

ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2000

Vivir juntos, en
mundos separados



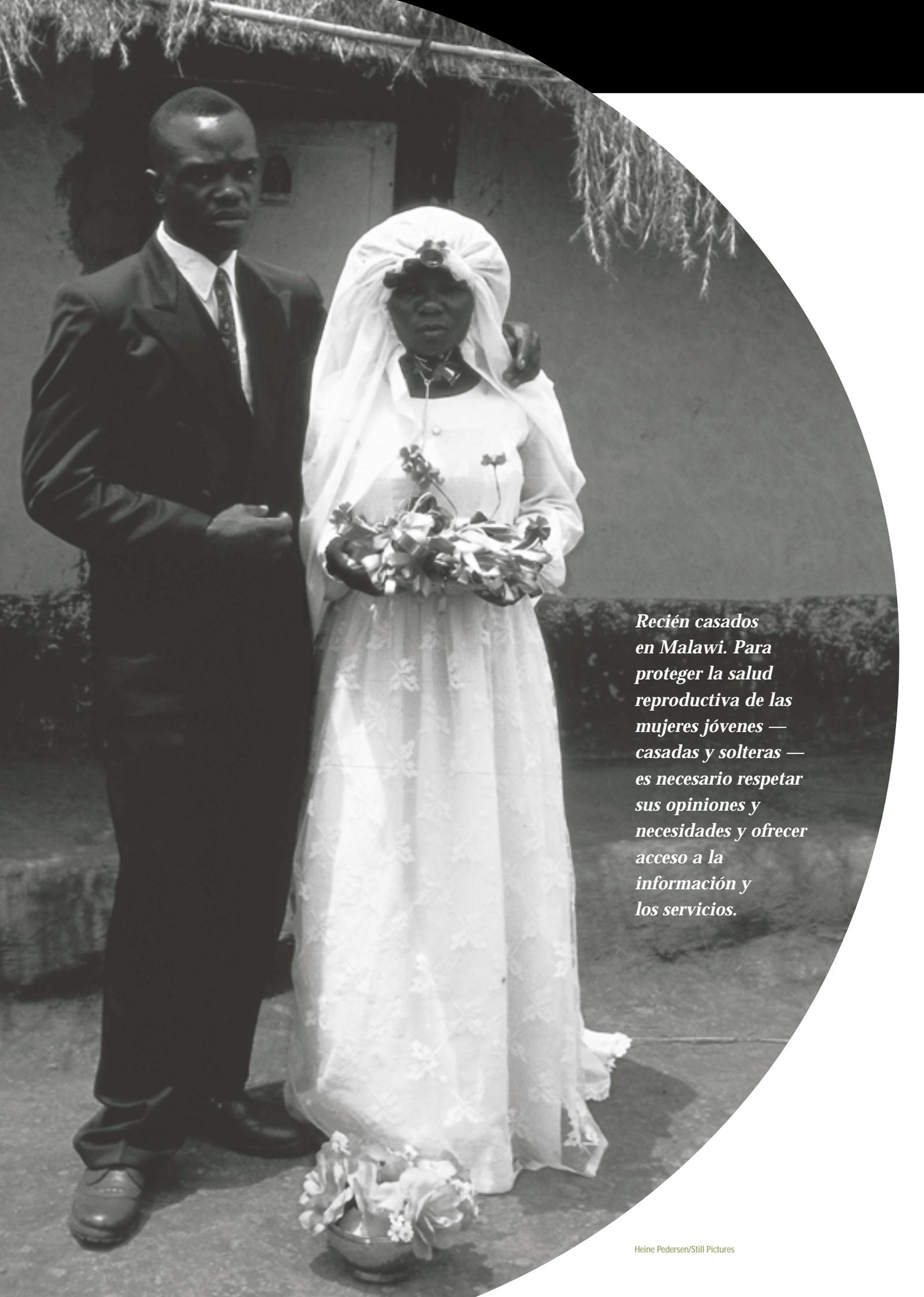
Shezad Noorani/Still Pictures

Hombres y mujeres
en tiempos de
cambio



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Dra. Nafis Sadik,
Directora Ejecutiva



Recién casados en Malawi. Para proteger la salud reproductiva de las mujeres jóvenes — casadas y solteras — es necesario respetar sus opiniones y necesidades y ofrecer acceso a la información y los servicios.

CAPÍTULO 1:

Panorama general	1
Introducción	1
Sinopsis	2
Género y salud	2
Violencia contra la mujer	5
Los hombres, los derechos reproductivos y la igualdad de género.....	5
El costo de la desigualdad.....	5
Medidas para poner fin a la desigualdad de género	7
Medidas adoptadas, medidas necesarias	7

CAPÍTULO 2

Género y salud	9
Componentes de los servicios de salud reproductiva	11
Planificación de la familia.....	11
Maternidad sin riesgos	11
Aborto y atención posterior al aborto.....	13
Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.....	14
Mutilación genital femenina	15
Cuestiones de los programas de salud reproductiva	16
Cuestiones de salud pública	16
Las restricciones culturales limitan las opciones	17
Funciones profesionales y papeles de género.....	17
Salud reproductiva, higiene sexual y comportamiento de los adolescentes	17
Los programas pueden contribuir a cambiar las normas.....	19
Políticas de promoción de alianzas	20
Necesidades de los hombres en materia de salud reproductiva	21
Necesidades de migrantes y refugiados en materia de salud reproductiva	21
Alianzas para la salud reproductiva y la planificación de la familia	23
Redes	23
Organizaciones no gubernamentales nacionales y servicios comunitarios de salud	23
Las organizaciones no gubernamentales y la salud reproductiva de los adolescentes	24

CAPÍTULO 3

Eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas: prioridad de derechos humanos y de salud	25
Repercusiones sobre la salud reproductiva	27
Trata de mujeres y niñas	29
“Asesinatos para restaurar la honra”	29
Labor de las organizaciones no gubernamentales para eliminar la violencia por razones de género	30

CAPÍTULO 4

Los hombres, los derechos reproductivos y la igualdad de género	31
Los papeles masculinos y las cambiantes realidades	32
Violencia	32

Desigualdad de género y expectativas culturales	33
Apoyo de los hombres a la higiene sexual y la salud reproductiva	34
Lecciones procedentes de la India	34
Otras acciones de organizaciones no gubernamentales para promover la participación masculina	35
Un programa común	35

CAPÍTULO 5:

Cómputo del costo de la desigualdad de género	37
Los costos de la invisibilidad económica	38
Los costos de denegar servicios de atención de la salud	38
Mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad	39
El costo económico del VIH/SIDA	39
Violencia por motivos de género.....	39
Costos psicológicos.....	40
Educación: Costos de la discrepancia de género	40
Microcrédito: Inversiones en la mujer	41
Demografía y género: Costos y oportunidades	42
El dividendo demográfico	43
Los efectos del envejecimiento	44
Medición de las desigualdades de género	45
Índices y otros indicadores	45
Otras acciones para monitorear el progreso	46

CAPÍTULO 6

Los derechos de la mujer son derechos humanos	47
Tratados de derechos humanos	47
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	48
Órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados de derechos humanos: informes y recomendaciones.....	48
Acuerdos por consenso en conferencias internacionales	50
Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo	51
Exámenes al cabo de cinco años	52

CAPÍTULO 7

Para lograr un futuro mejor	53
El papel de los gobiernos	53
Apoyo jurídico a la igualdad de género.....	53
Nueva legislación	54
Diseño de políticas y programas	55
Cuestiones básicas de política	55
El FNUAP apoya la igualdad de género	57
Apoyo a los gobiernos	58
Salud reproductiva de los adolescentes	58
Violencia por motivos de género.....	58
Participación masculina	58
Otras actividades de asistencia	59
El papel de los donantes	60
Los problemas que se avecinan	60

(continúa en la página siguiente)

NOTAS 61

FUENTES PARA LOS RECUADROS 66

RECUADROS

1. La discriminación y la pobreza van de consuno.....	2
2. Sería posible prevenir la mayoría de las defunciones derivadas de la maternidad	4
3. Más de 6.000 millones	6
4. La CIPD+5 y las cuestiones de género	7
5. Beijing: se reafirma el compromiso en pro de la Plataforma de Acción, 1995	8
6. Discriminación contra la niña: Una cuestión de vida o muerte	10
7. Indicadores básicos de referencia aprobados durante el examen de la CIPD+5	10
8. Honduras reduce la mortalidad derivada de la maternidad	12
9. El costo del aborto	13
10. El SIDA es hoy la enfermedad que causa mayores estragos en África	14
11. Sri Lanka logra promover la salud de la mujer	16
12. La actividad sexual difiere entre los adolescentes varones y las adolescentes	18
13. Las normas culturales de género pueden impedir las relaciones sexuales sin riesgo	19
14. La Fundación Gates ayuda a proteger a los jóvenes africanos contra el VIH/SIDA	20
15. El FNUAP y las necesidades de salud reproductiva en situaciones de emergencia	22
16. Uso de redes para promover la salud reproductiva	24
17. Asesinatos en Suecia suscitan un debate acerca de la violencia doméstica	27
18. En el Pakistán raramente se castiga a los atacantes de mujeres	27
19. Según un informe, raramente se castiga la trata en los Estados Unidos	29
20. Dos “asesinatos para restaurar la honra” en Jordania	29
21. Varias Ministras de Relaciones Exteriores solicitan que se elimine trata de seres humanos	30
22. El programa ONUSIDA afirma que los hombres pueden frenar la propagación del SIDA	36
23. Desarrollo y derechos humanos.....	38
24. El trabajo de la mujer está insuficientemente remunerado	38
25. Persiste la desigualdad de género en la educación	41
26. Las nuevas tecnologías de la información y la potenciación del papel de la mujer.....	42
27. Los beneficios del microcrédito no son sólo económicos	43
28. El derecho a servicios de salud reproductiva	50
29. El Programa de Acción de la CIPD y la igualdad de género	51
30. Las mujeres en puestos ejecutivos	54
31. Las mujeres egipcias obtienen derechos de divorcio similares a los de los hombres	55
32. El monitoreo y la evaluación mejoran los programas y promueven la sensibilidad de género.....	56
33. Reformas de la legislación sobre violación en la India	57
34. Medidas jurídicas y profesionales contra la violación en Sudáfrica.....	57

GRÁFICOS Y DIAGRAMAS

Gráfico 1: Las necesidades en materia de planificación de la familia aumentarán a medida que vayan aumentando la población y la demanda.....	3
Gráfico 2: Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado, por subregión	12
Gráfico 3: Frecuencia con que las parejas hablan de planificación de la familia, según los hombres y según las mujeres, Malawi, 1992.....	17
Gráfico 4: Porcentaje de alumbramientos por mujeres menores de 20 años, respecto de todos los alumbramientos, por región/subregión.....	18
Gráfico 5: Porcentaje de mujeres adultas atacadas físicamente por un compañero	26
Gráfico 6: Tasas de matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas), por sexo y región, 1997	42
Gráfico 7: Porcentaje de hombres y mujeres que se espera sobrevivan hasta cumplir 80 años, por región (personas nacidas entre 1995 y 2000)	43

CUADROS

Cuadro 1: La violencia de género a lo largo de la vida de una mujer	28
Cuadro 2: Índice de igualdad de género	45

INDICADORES

Vigilancia de las metas de la CIPD: Indicadores seleccionados	67
Indicadores demográficos, sociales y económicos.....	70
Indicadores seleccionados para países y territorios menos populosos	73
Notas de los cuadros de indicadores	74
Notas técnicas	74



Panorama general

Introducción

La desigualdad de género menoscaba la plenitud individual de las personas y frena el desarrollo de los países y la evolución de las sociedades, en detrimento tanto de las mujeres como de los hombres.

Los hechos que acusan la desigualdad de género — las restricciones en materia de opciones, oportunidades y participación de la mujer — tienen consecuencias directas y a menudo nefastas para la salud y la educación de la mujer y su participación social y económica. No obstante, hasta hace unos pocos años se consideraba que esas restricciones eran o bien carentes de importancia o bien inexistentes; se las aceptaba o se hacía caso omiso de ellas. La realidad de las vidas de las mujeres ha sido invisible para los hombres. Esta invisibilidad persiste en todos los niveles, desde la familia hasta la nación. Aun cuando comparten el mismo espacio, las mujeres y los hombres viven en mundos diferentes.

Se ha comenzado a adoptar las primeras medidas para poner fin a esta invisibilidad. En 1979, al aprobar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la comunidad mundial convino en eliminar la discriminación de género. La Convención, que tiene fuerza de legislación internacional, ha sido ratificada hasta ahora por 165 de los 188 Estados Miembros de las Naciones Unidas.

La atención de la salud y la educación de las niñas y las mujeres han sido temas de acuerdos internacionales, especialmente los concertados en una serie de conferencias mundiales relativas a la mujer

comenzada en 1975, en la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos celebrada en 1990 y en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994.

Va en rápido aumento el número de países que han adoptado políticas de población y desarrollo, las cuales abarcan medidas para satisfacer las necesidades de niñas y mujeres en materia de atención de la salud y educación, inclusive sus necesidades de salud reproductiva. La educación y la salud, incluida la salud reproductiva, son derechos humanos. Al satisfacer las necesidades de educación y salud y tratar de lograr la igualdad de género, también se contribuirá a equilibrar el crecimiento de la población y a propiciar el desarrollo económico.

Los países, en su mayoría, tienen en vigor algunas disposiciones para proteger la seguridad personal de la mujer y sus derechos en cuanto al matrimonio, los bienes, la herencia, la representación política y el lugar de trabajo. Esas disposiciones se están ampliando y su cumplimiento obligatorio está cada vez más generalizado.

Se están considerando los efectos de la potenciación del papel de la mujer sobre los derechos y los papeles de los hombres. En la actualidad, las acciones encaminadas a incorporar a la mujer en las actividades de desarrollo hacen hincapié en la alianza entre mujeres y hombres.

“Las cuestiones de género” no son lo mismo que “las cuestiones de la mujer”: comprender las cuestiones de género significa comprender las oportunidades, las limitaciones y los efectos de los cambios en la

FOTO: Una niña que trabaja en la India. La falta de apoyo a la educación de las niñas limita sus futuras posibilidades de opción.

UNICEF/0667/Vilas

medida en que afectan tanto a las mujeres como a los hombres. Se comprende cada vez más que la alianza entre mujeres y hombres constituye la base de familias sólidas y sociedades viables en un mundo en rápida evolución.

La alianza en un pie de igualdad es también el objetivo de las organizaciones de mujeres, que son cada vez más numerosas y más fuertes en muchos países de Asia, África y América Latina. Se reconocen cada vez más las ventajas de las alianzas entre organizaciones oficiales y grupos de mujeres. No obstante, sigue generalizada la desigualdad de género. Se trata de una cuestión de interés público, pero también relacionada con el comportamiento privado y, por consiguiente, aún no ha sido cabalmente analizada, especialmente allí donde el dominio masculino constituye la base de la vida en familia. En otros países, aun cuando se hayan proscrito o condenado las desiguales restricciones que afectan a la mujer, persisten algunas variantes que las han hecho más aceptables socialmente.

En el informe *Estado de la Población Mundial* de este año se fundamenta la necesidad de llevar a un

primer plano la desigualdad de género y tratarla como cuestión urgente que afecta tanto los derechos humanos como las prioridades de desarrollo. La discriminación de género no será eliminada si no se cobra cabal conciencia de sus contradicciones intrínsecas y si los países, las comunidades y las familias no adoptan medidas para eliminarla.

Sinopsis

Si las relaciones de poder entre hombres y mujeres fueran más igualitarias y si esa situación se combinara con mayor acceso a buenos servicios de salud reproductiva, se salvarían así las vidas de centenares de miles de mujeres, inclusive muchas de las que pierden la vida por causas relativas al embarazo. Si las mujeres tuvieran facultades para adoptar decisiones acerca de la actividad sexual y sus consecuencias, sería posible evitar muchos de los 80 millones de embarazos no deseados que ocurren cada año, muchos de los 20 millones de abortos realizados en malas condiciones, algunas de las 500.000 defunciones derivadas de la maternidad (inclusive 78.000 resultantes del aborto realizado en malas condiciones) y cantidades muy superiores de enfermedades y lesiones. También sería posible evitar muchos de los 333 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual que ocurren cada año. Las adolescentes son particularmente vulnerables (capítulo 2).

La violencia contra la mujer menoscaba gravemente su salud, su bienestar y su participación social (capítulo 3). Es preciso que los hombres participen en la protección de la salud reproductiva de la mujer, como cuestión de su propio interés y a fin de proteger a sus familias, además de beneficiar a la mujer (capítulo 4).

La igualdad de mujeres y hombres es imprescindible para el desarrollo (capítulo 5). También es un derecho humano (capítulo 6). Es menester que los gobiernos adopten las decisiones fundamentales. Los países donantes han convenido en apoyar esas prioridades, pero en el decenio de 1990 no han aportado ni siquiera la mitad de los recursos acordados en materia de población y salud reproductiva (capítulo 7).

Género y salud (Capítulo 2)

Los servicios de calidad de salud reproductiva posibilitan que las mujeres logren un equilibrio entre la procreación en condiciones de seguridad y los demás aspectos de sus vidas. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y en el examen al cabo de cinco años de la aplicación de su Programa de Acción, efectuado por las Naciones Unidas, "CIPD+5", se reconoció la importante relación existente entre las cuestiones de género y la salud reproductiva. Los programas sensibles a las cuestiones de género escuchan a las clientas y las involucran en el diseño de programas y servicios.

Componentes de la salud reproductiva

Se considera que aproximadamente un tercio de los embarazos — unos 80 millones por año — son o bien no deseados, o bien inoportunos. Se prevé que el número de usuarios de servicios de **planificación de la familia** en países en desarrollo — en la hipótesis de que dichos servicios puedan ofrecerse — ha de aumentar en más del 40% hacia 2015: 742 millones, en comparación con 525 millones en 2000. Poco más de

RECUADRO 1

La discriminación y la pobreza van de consuno

El Banco Mundial informa de que la desigualdad de género va aniquilando insidiosamente las perspectivas de desarrollo y reducción de la pobreza, mientras que el crecimiento económico y el aumento del ingreso reducen la desigualdad. Los estudios indican que las sociedades donde hay mayor discriminación son las que tienen mayor pobreza, más lento crecimiento económico y menor calidad de vida, en comparación con sociedades donde hay menos discriminación. Los efectos son tanto más intensos cuanto más pobres son los países.

Al velar por que las mujeres y los hombres disfruten de los mismos derechos y tengan igual acceso a la educación, el empleo, los bienes y el crédito, y al fomentar la participación de la mujer en la vida pública, se reduce la mortalidad infantil, se mejora la salud pública, se hace más lento el crecimiento de la población y se fortalece el crecimiento económico en general. Esto ocurre en todos los países, pero particularmente en los más pobres.

La proporción entre niñas matriculadas en la escuela, en comparación con los niños varones, es mayor cuando los ingresos y la igualdad de género son relativamente altos. En los países donde o bien los ingresos o bien la igualdad tienen un nivel relativamente bajo, se registra menor matriculación de niñas. Educar a las niñas es una de las maneras más eficaces de promover el desarrollo.

A medida que los ingresos van aumentando, las familias que antes eran pobres gastan más en la educación de sus hijos y en la atención y la nutrición de estos; en general, las niñas se benefician más que los varones. Del mismo modo, un desarrollo que crea nuevas oportunidades de empleo suele beneficiar más a las mujeres que a los hombres.

Un desarrollo económico que mejora la infraestructura de abastecimiento de agua, energía y transportes también reduce la desigualdad de género; reduce el tiempo que las mujeres tienen que dedicar a ir a buscar agua, recoger combustible para cocinar y producir alimentos para el consumo de la familia y, por ende, les da más tiempo para obtener ingresos adicionales y participar en los asuntos de la comunidad.

El crecimiento económico, por sí mismo, no eliminará las desigualdades. Las sociedades que promueven los derechos de la mujer y la igualdad de género junto con el crecimiento económico logran reducir más eficazmente las disparidades de género que las sociedades que sólo están centradas en el crecimiento económico.



la mitad del aumento se deberá a las crecientes cantidades de mujeres en edad de procrear (15 a 49 años) en esos países, grupo que aumentará en más de un quinto en los próximos 15 años, para llegar a 1.550 millones. El resto del aumento será consecuencia de la creciente demanda, a medida que va aumentando la proporción de personas que utilizan anticonceptivos.

Los programas de planificación de la familia eficaces tienen varias características en común¹:

- Cuentan con un firme apoyo gubernamental;
- Los encargados de prestar servicios están bien capacitados, tienen sensibilidad a las condiciones culturales, son receptivos a las necesidades de los clientes y tienen actitud amistosa y compasiva;
- Los servicios son costeables y ofrecen una gama de métodos anticonceptivos;
- Cuentan con asesoramiento que asegura el consentimiento bien fundamentado por parte de los clientes;
- Garantizan el carácter privado y confidencial de las consultas;
- Los locales son confortables y limpios;
- Los servicios se ofrecen sin tardanza.

El acceso universal a los servicios de higiene sexual y salud reproductiva es un objetivo fundamental del Programa de Acción de la CIPD. Después de la CIPD, muchos países han ampliado los servicios, que ya no se limitan a la planificación de la familia, para responder a las necesidades más amplias de las mujeres y los hombres en materia de salud reproductiva.

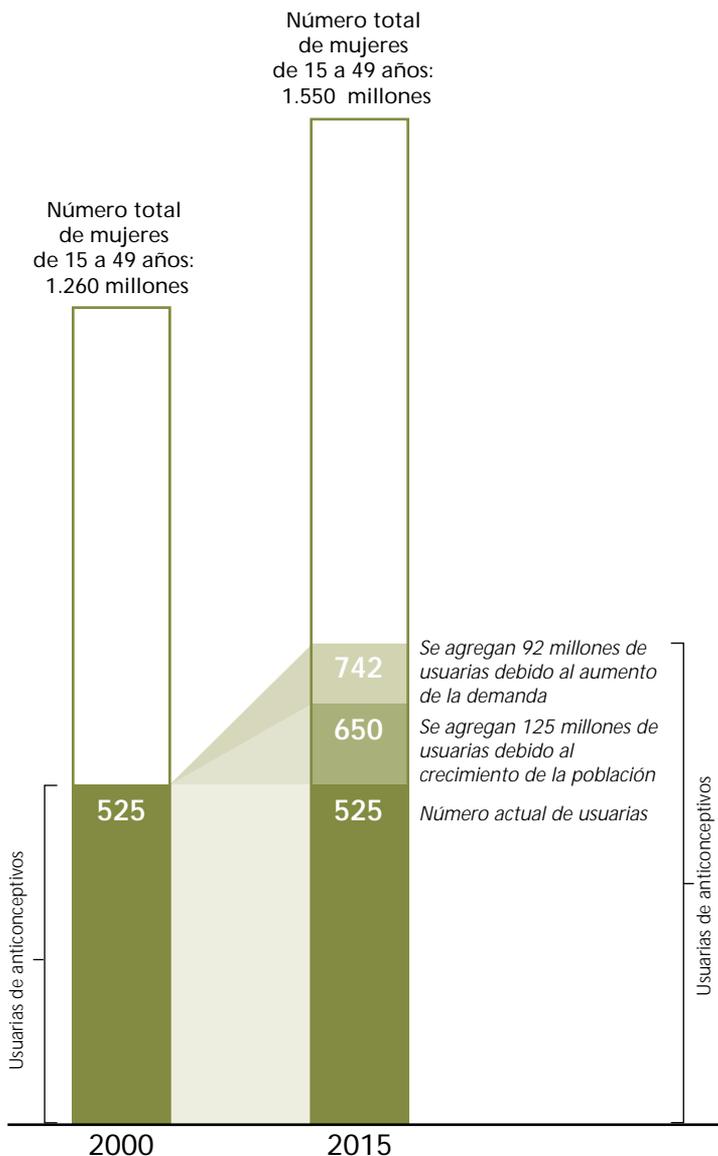
Cada minuto, una mujer pierde la vida por **causas relacionadas con el embarazo**. Es posible prevenir la mortalidad derivada de la maternidad por los siguientes medios:

- Ayudar a las mujeres a evitar los embarazos no deseados;
- Asegurar que cada parto esté atendido por personal capacitado;
- Ofrecer atención obstétrica de emergencia;
- Proporcionar atención postnatal: un 61% de todas las defunciones de madres ocurren después del parto;
- Ofrecer eficaz atención después del aborto: 78.000 defunciones de madres se deben a abortos realizados en malas condiciones, de los cuales un 95% se practican en países en desarrollo.

De los 50 millones de **abortos** que, según se estima, ocurren cada año, unos 20 millones se realizan en malas condiciones; en consecuencia, 78.000 mujeres pierden la vida y millones de otras padecen lesiones y enfermedades. Un mayor acceso a la planificación de la familia prevendría muchos embarazos no deseados y muchos abortos realizados en malas condicio-

Gráfico 1: Las necesidades en materia de planificación de la familia aumentarán a medida que vayan aumentando la población y la demanda

Proyecciones del aumento del número de usuarias de anticonceptivos, 2000-2015
(millones de mujeres de 15 a 49 años de edad, países en desarrollo)



Fuentes: División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 1998 Revision*; y un proyecto de informe del FNUAP.

nes. En muchos países de bajos ingresos, la eficaz atención posterior al aborto reduciría hasta en un quinto la mortalidad derivada de la maternidad.

Las **enfermedades de transmisión sexual** afectan a un número de mujeres cinco veces superior al de hombres. Según se estima, cada año hay 333 millones de nuevos casos, los cuales causan infertilidad, complicaciones del embarazo, enfermedades del puerperio y cáncer cervical.

Actualmente, el **virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)** es la principal causa de defunción en África y la cuarta causa de defunción entre las más comunes a escala mundial. A fines de 1999, 34,3 millones de hombres, mujeres y niños estaban viviendo con el VIH o el SIDA, 5,4 millones se habían conta-

RECUADRO 2

Sería posible prevenir la mayoría de las defunciones derivadas de la maternidad

En la mayoría de los países en desarrollo, las complicaciones del embarazo y el parto son las causas principales de defunción y discapacidad para mujeres de entre 15 y 49 años de edad.

De todas las estadísticas de salud que monitorea la Organización Mundial de la Salud (OMS), las correspondientes a la mortalidad derivada de la maternidad son las que arrojan las mayores discrepancias entre países desarrollados y en desarrollo: en los países en desarrollo, las probabilidades de que una mujer pierda la vida por causas relativas al embarazo son unas 30 veces superiores a las de países desarrollados.

Cada día, casi 1.400 mujeres — una por minuto — pierden la vida debido a complicaciones del embarazo y el parto; y 99% de esas defunciones ocurren en países de ingresos bajos e intermedios. Cada año, debido a complicaciones del embarazo, hay más de 50 millones de casos de enfermedad crónica o discapacidad.

En los países en desarrollo, sólo un 53% de los partos cuentan con la ayuda de personal capacitado: médico, enfermera o partera. Proporcionar mejor atención en el parto y mayor acceso a los servicios costaría unos 3 dólares por persona y por año y reduciría sustancialmente la mortalidad derivada de la maternidad. En Orán (Argelia), después de que se abolieron los honorarios de hospitales públicos en el decenio de 1970, disminuyó en un 42% la mortalidad derivada de la maternidad y se redujo pronunciadamente el número de partos en el hogar.

Una adecuada atención de la salud tiene importancia crucial para velar por la maternidad sin riesgos. En un estudio se comprobó que entre los miembros de un grupo religioso estadounidense que rechazaba todo tipo de atención médica, la tasa de mortalidad derivada de la maternidad era de 870 por cada 100.000 nacidos vivos, tan alta como las tasas existentes en los países más pobres, aun cuando los miembros del grupo tenían ingresos tan altos como los de sus conciudadanos.

Debido a las enfermedades crónicas y la malnutrición, muchas mujeres no están en condiciones de soportar los requerimientos físicos del embarazo. En los países en desarrollo, salvo China, la anemia, que suele ser consecuencia de la nutrición deficiente, afecta a entre 40% y 60% de las embarazadas, porcentaje más de dos veces superior al existente en países desarrollados. También la edad de la mujer y el número de alumbramientos previos afectan sus probabilidades de morir de parto.

Al evitar el embarazo no deseado se salvan vidas. Durante un estudio realizado en Bangladesh entre 1977 y 1985, se ofrecieron servicios completos de planificación de la familia, inclusive visitas domiciliarias, en algunas aldeas, y el porcentaje de mujeres que utilizaron anticonceptivos aumentó del 8% al 40%. En consecuencia, la tasa de mortalidad derivada de la maternidad disminuyó hasta menos de la mitad de la correspondiente a otras aldeas del mismo distrito, aun cuando no varió el riesgo de muerte de cada embarazo en particular.

giado ese año y 18,8 millones ya habían muerto a raíz de esa enfermedad. Más del 95% de todas las personas contagiadas con el VIH viven en el mundo en desarrollo.

Las mujeres son más vulnerables al contagio que los hombres y se contagian a mayor velocidad. En África, entre las personas con reacción serológica positiva al VIH, hay dos millones más de mujeres que de hombres. Durante el examen de la CIPD+5 se convino en que las mujeres necesitan información, educación, conocimientos prácticos, servicios y apoyo social para reducir su vulnerabilidad. Debería haber mayor acceso a los condones masculinos y femeninos y, de ser posible, a los medicamentos contra retrovirus. Se necesitan servicios de asesoramiento e información sobre la sexualidad, los papeles de género, los desequilibrios de poder entre mujeres y hombres, la violencia por motivos de género y otras cuestiones.

Los servicios de planificación de la familia y de atención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA deberían estar integrados con los servicios de salud reproductiva.

Las mujeres suelen contagiarse cuando son mucho más jóvenes que los hombres. En varias poblaciones africanas, las niñas de 15 a 19 años de edad tienen probabilidades cinco o seis veces superiores que los varones de la misma edad de tener reacción serológica positiva al VIH. Es evidente que las adolescentes se contagian de varones de mayor edad. La educación sexual de buena calidad ayuda a los adolescentes a aplazar las relaciones sexuales y a intensificar las precauciones para reducir el riesgo de las prácticas sexuales.

En todo el mundo, hay unos 130 millones de niñas y adolescentes que han sido objeto de **mutilación genital femenina**. Ese procedimiento es extremadamente doloroso y puede causar graves infecciones, choques nerviosos y circulatorios e incluso la muerte. Las sobrevivientes experimentan dolor en las relaciones sexuales y pueden correr mayores riesgos durante el parto y después de éste. La mutilación genital femenina puede causar infecciones reiteradas y esterilidad.

Los prejuicios de género pueden suscitar diversas **restricciones a los servicios**: por ejemplo, restringir algunos procedimientos para que sólo los practiquen los médicos o proporcionar clínicas públicas sólo para servicios de salud materno-infantil, de modo que los hombres y las mujeres sin hijos o solteros se sientan incómodos acudiendo a esas clínicas para obtener servicios de salud reproductiva.

Los servicios de salud reproductiva están reconociendo cada vez más que la salud reproductiva es cuestión de interés tanto para los hombres como para las mujeres, inclusive el efecto de la salud reproductiva de la mujer sobre el hombre y el apoyo del hombre a la salud reproductiva de su compañera.

Salud reproductiva de los jóvenes

Los jóvenes y las jóvenes son objeto de diferentes presiones y expectativas sociales, que pueden operar contra un comportamiento sexual responsable. Al capacitar a los jóvenes como educadores de otros jóvenes se alienta el intercambio de ideas y el comportamiento responsable. En algunos casos, simplemente al señalar a la atención las normas dobles aplicadas a niñas y varones pueden suscitarse mejoras.

Por otra parte, muchas niñas y muchos varones jóvenes se ven obligados a entablar relaciones sexuales precoces y en condiciones de riesgo, debido al abuso sexual, el matrimonio en la infancia o la pobreza. Asimismo, los adultos impiden que los jóvenes actúen responsablemente, al limitar su acceso a la información y los servicios de salud. Los padres y madres pueden aprender a ser fuentes de información y asesoramiento para sus hijos. Muchos otros adultos, dentro y fuera de la familia, también pueden tener un papel en el cambio de las actitudes sociales, especialmente los líderes políticos y religiosos, que tienen un alto grado de influencia.

Necesidades de los hombres en materia de salud reproductiva

Los hombres están sujetos a enfermedades de transmisión sexual y tienen otros problemas de salud reproductiva, entre ellos impotencia e infertilidad. También los hombres desean espaciar sus hijos; y en



algunos países en desarrollo, entre un cuarto y dos tercios de los hombres dicen que no quieren tener más hijos, pero ni ellos ni sus esposas están utilizando anticonceptivos.

Los servicios de salud reproductiva para los hombres se han concentrado en el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y la lucha contra éstas. En los últimos años, ha disminuido la proporción del uso de anticonceptivos por los hombres. Los hombres solteros aún disponen de escasa información sobre cómo evitar el embarazo y prevenir el contagio. Los programas de buena calidad pueden ahondar el interés de los hombres y aumentar el uso de anticonceptivos masculinos.

Migrantes y refugiados

Los migrantes y refugiados tienen necesidades especiales en materia de salud reproductiva. El FNUAP ha proporcionado oportuna asistencia de emergencia en varios países en desarrollo.

Alianzas para propiciar la salud reproductiva

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) han contribuido a suscitar grandes cambios en los programas de población y desarrollo y han ayudado a que en esos programas se haga hincapié en las cuestiones de género. Las organizaciones no gubernamentales están trabajando para lograr la igualdad de género y realizando tareas de promoción y formulación de políticas acerca de temas tan delicados como el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y la salud reproductiva de los adolescentes, entre otros.

La labor de las organizaciones no gubernamentales en lo concerniente a la violencia contra la mujer es una de las contribuciones más importantes a la eliminación de los malos tratos por motivos de género. Muchas organizaciones no gubernamentales nacionales están promoviendo la salud reproductiva y el bienestar de la mujer, ofreciendo atención de la salud y servicios sociales y participando activamente en las reformas del sector de salud.

Uno de los aspectos más fuertes de las organizaciones no gubernamentales es su posibilidad de entablar alianzas y asociaciones entre sí y con los gobiernos. Las redes internacionales validan y fortalecen los grupos nacionales y aumentan la visibilidad de las organizaciones no gubernamentales en los debates internacionales.

Las alianzas entre entidades de la sociedad civil y gobiernos pueden ser sumamente productivas. En Bangladesh, por ejemplo, un 25% de las actividades de salud reproductiva son realizadas por organizaciones no gubernamentales. Las alianzas eficaces son especialmente importantes allí donde las inversiones del sector público son más limitadas.

Violencia contra la mujer (Capítulo 3)

En todo el mundo, las niñas y las mujeres, sean cuales fueren sus niveles de ingreso, su clase social y su cultura, están sujetas a malos tratos físicos, sexuales y psicológicos. La violencia contra la mujer abarca la violación, la mutilación genital femenina, el ataque sexual; el embarazo, la esterilización o el aborto forzados; la obligación de usar o de no usar anticonceptivos; los delitos "para restaurar la honra"; la trata sexual y la violencia relacionada con la dote.

En todo el mundo, al menos una de cada tres mujeres ha sido golpeada, obligada bajo coacción a

entablar relaciones sexuales o maltratada de alguna otra manera, con mucha frecuencia por alguien que ella conoce, inclusive su esposo u otro familiar de sexo masculino. Una de cada cuatro mujeres ha sido maltratada durante el embarazo.

Cada año, la violación y la violencia doméstica cuestan a las mujeres de todo el mundo la pérdida del equivalente de millones de años de vida saludable. Casi siempre, la violencia física va acompañada de malos tratos psicológicos, que pueden ser igualmente ultrajantes y degradantes.

Muchas culturas permiten, o al menos toleran, un cierto grado de violencia contra la mujer. Incluso las mujeres mismas suelen considerar que un cierto grado de malos tratos físicos se justifica en ciertas circunstancias. Cada año, unas 5.000 mujeres y niñas son asesinadas en las llamadas "muertes para restaurar la honra", muchas de ellas debidas a "la deshonra" de haber sido violadas.

Entre las consecuencias de la violencia para la salud reproductiva cabe mencionar los embarazos no deseados, las complicaciones del embarazo, el aborto realizado en malas condiciones y el contagio con enfermedades de transmisión sexual.

En todo el mundo, según se estima, cada año cuatro millones de mujeres y niñas son compradas y vendidas, o bien para que contraigan matrimonio, o bien para que se prostituyan o se transformen en esclavas. Si bien el mayor volumen de la trata corresponde a Asia, las mujeres de Europa oriental son cada vez más vulnerables.

En 1998, la conferencia constitutiva de la Corte Penal Internacional reconoció la creciente utilización de la violencia contra la mujer como arma de guerra y agregó a su definición de crímenes de guerra una disposición sobre justicia de género en que indicó que la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, la esterilización forzada y otras formas de violencia sexual son graves transgresiones de los Convenios de Ginebra contra crímenes de guerra².

Los hombres, los derechos reproductivos y la igualdad de género (Capítulo 4)

Las consideraciones de género atañen tanto a los hombres como a las mujeres; en consecuencia, comprender las cuestiones de género significa comprender las oportunidades y limitaciones que afectan tanto a las mujeres como a los hombres. Las definiciones de los papeles de género suelen estar rígidamente estereotipadas y cada vez corresponden menos a los cambios externos. Esas expectativas anómalas son causas profundas de la persistente desigualdad de género.

Cuando los hombres adquieren más conocimientos acerca de cómo pueden contribuir a asegurar que el embarazo y el parto se realicen sin riesgos, comienzan a interesarse en la salud reproductiva de las mujeres. Las creencias compartidas acerca del matrimonio y el comportamiento correcto mejoran la salud reproductiva de ambos miembros de la pareja.

El costo de la desigualdad (Capítulo 5)

La potenciación del papel de la mujer y la igualdad de ésta son en sí mismos importantes objetivos de derechos humanos, pero también son parte integrante del desarrollo. Se trata de algo más que de una cuestión de economía: según afirmó la Directora Ejecutiva del FNUAP, Dra. Nafis Sadik, "Al disfrutar de

Muchas culturas permiten, o al menos toleran, un cierto grado de violencia contra la mujer.

mejor salud, más educación y mayor libertad para planificar el futuro de sus familias, se ampliarán las opciones económicas de las mujeres y también se liberarán sus mentes y sus espíritus”.

Gran parte del trabajo de la mujer, remunerado y no remunerado, tiene repercusiones económicas, aun cuando es raro que se repare en su contribución o que se la cuantifique plenamente; si se reconociera dicha contribución por lo que es y se la apoyara de manera consecuente, su valor sería incluso mayor. Por ejemplo, si las agricultoras de Kenya recibieran el mismo apoyo que los hombres, el rendimiento de sus cosechas aumentaría en más del 20%; si se aumentarían los salarios de las mujeres de América Latina hasta los mismos niveles que los de los hombres, el producto nacional aumentaría en un 5%.

Una de las claves del desarrollo sostenible será reconocer los costos de la discriminación de género y las ventajas de la igualdad, hacer dichos costos y ventajas visibles para los encargados de formular políticas y las familias, y convenir en las acciones a realizar.

Atención de la salud y educación

La ausencia de servicios de salud entraña costos económicos tanto como personales. Hasta un 30% del crecimiento económico puede atribuirse a mejoras en la salud y la nutrición. Por otra parte, la esperanza de vida es menor en los países pobres y entre las poblaciones pobres. Las reducciones de los servicios de salud, como

las impuestas después de la crisis financiera asiática, afectan más agudamente a los pobres y, en particular, a las mujeres pobres, que son quienes más usan los servicios públicos. Cuando debido a la reducción de los recursos se impone el pago de derechos, se prolonga el período de recuperación después de una enfermedad y disminuye la participación en la fuerza laboral. Las mujeres pobres figuran entre las más gravemente afectadas.

El limitado acceso a los servicios de salud de que disponen los pobres tiene efectos relativos mayores sobre las mujeres que sobre los hombres. En particular, las mujeres pobres tienen mayores probabilidades de perder la vida como resultado del embarazo. La muerte de una madre es algo más que una tragedia personal: los costos económicos y sociales abarcan los efectos sobre la salud y la educación de sus hijos y sobre la capacidad del padre para mantener unida a la familia.

El VIH/SIDA, al igual que la muerte y la discapacidad de la madre, tiene un pesado costo económico y social, en particular debido a que esas defunciones se concentran en los años iniciales e intermedios de la adultez, cuando las responsabilidades respecto de la familia son mayores y el poder adquisitivo es superior. En parte como resultado de la desigualdad de género, actualmente las mujeres tienen mayores posibilidades que los hombres de contagiarse con el VIH. Los costos económicos pueden ascender a una pérdida de 0,5 punto porcentual en el crecimiento anual del producto interno bruto (PIB), lo cual representa una considerable carga cuando el crecimiento económico ya es lento.

La violencia por motivos de género también impone costos, desde el costo de atender a las personas lesionadas hasta el costo de la disolución de la familia; entre los costos indirectos figuran los de las oportunidades perdidas para las mujeres y sus hijos. La desigualdad también tiene costos psicológicos, en especial el de la menor autoestima y la depresión de las mujeres, así como el de la frustración de los hombres cuando han tenido expectativas poco realistas.

Los estudios demuestran reiteradamente que al educar a las niñas y las mujeres se elevan todos los índices de desarrollo. Al denegar la educación a las mujeres se ha frenado el desarrollo social y económico. Según se estima, dos tercios de los 300 millones de niños que carecen de acceso a la educación son niñas y dos tercios de los 880 millones de adultos analfabetos son mujeres.

Por otra parte, las utilidades económicas de las inversiones en la educación de la mujer son superiores a las correspondientes a la educación del varón. Las diferencias en las tasas de fecundidad entre distintas regiones están fuertemente vinculadas con las diferencias en los niveles de salud y educación de la mujer. Según un reciente estudio, un tercio del aumento de la esperanza de vida de hombres y mujeres entre 1960 y 1990 obedece a los adelantos en el nivel educacional de la mujer.

Tendencias demográficas

Los programas de planificación de la familia y salud reproductiva en general mejoran la salud de la mujer; tienden a redundar en menores tasas de fecundidad y de crecimiento de la población. El envejecimiento de las poblaciones también tendrá consecuencias sociales y económicas; la ancianidad plantea problemas diferentes para hombres y mujeres. Los factores de género influyen fuertemente en esas tendencias y re-

RECUADRO 3

Más de 6.000 millones

A mediados del año 2000, la población mundial era de 6.060 millones de personas y ha ido aumentando a razón de 75 millones de personas por año. Más del 95% del aumento ocurre en los países en desarrollo.

La magnitud y la tasa de crecimiento de la población mundial en el futuro dependen de las medidas que se adopten para eliminar la discriminación por motivos de género. La experiencia durante más de 30 años en los países en desarrollo ha demostrado que cuando se ofrece a las mujeres una gama completa de opciones, ellas tienen familias más pequeñas, pero más saludables y mejor educadas, que sus madres. Si se contara con acceso universal a los servicios de planificación de la familia y si las mujeres pudieran tener sólo el número de hijos al que aspiran, en muchos países la tasa de fecundidad total disminuiría en un tercio.

Las tasas óptimas de crecimiento son tema de debate público y política oficial; las tasas en la realidad dependen de decisiones privadas. A partir de 1968, varios países han convenido en que las parejas y los individuos tienen derecho a escoger el número y el espaciamiento de sus hijos y a disponer de los medios y la información para hacerlo. En la CIPD se reafirmó ese derecho y se destacó que las políticas de población, incluidos los incentivos y desincentivos a la procreación, deben respetar este derecho humano básico.

Muchos países se están aproximando al nivel de fecundidad de reemplazo, es decir, el nivel en que los progenitores tienen sólo el número de hijos necesarios para reemplazarse a sí mismos en la población, o tienen una tasa inferior a aquel nivel. Por otra parte, las altas tasas de fecundidad ponen en jaque a muchos de los países más pobres, donde las desigualdades de género también tienden a ser más pronunciadas. Cuando se trata de lograr la igualdad de género, prestando estrecha atención a las necesidades de salud y educación — inclusive la planificación de la familia como parte de los servicios de salud reproductiva —, así se promueven los derechos humanos y, al mismo tiempo, se libera el potencial de la mujer para contribuir al desarrollo. Las mujeres que controlan su propio destino contribuyen a plasmar el futuro de su país.



RECUADRO 4

La CIPD+5 y las cuestiones de género

En 1994, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo colocó la igualdad de género y la potenciación del papel de la mujer entre las metas centrales de su Programa de Acción a 20 años, encaminado a satisfacer las necesidades individuales y ayudar a los países a lograr un desarrollo sostenible.

El año pasado, en un examen realizado por las Naciones Unidas de los progresos logrados en los cinco años transcurridos después de la conferencia (CIPD+5), se determinaron los adelantos hacia las metas convenidas, se individualizaron los obstáculos y se plantearon nuevos datos básicos de referencia.

Entre las acciones fundamentales relativas a cuestiones de género que se recomendaron en el examen de la CIPD+5 figuran las siguientes:

- Establecer mecanismos para propiciar la igual representación de la mujer en los procesos políticos y la vida pública, en todos los niveles;
- Promover los derechos de las adolescentes, inclusive las casadas, a la educación, la información y los servicios de salud reproductiva;
- Asegurar el acceso universal a servicios de calidad apropiados y costeables para la atención de la salud de las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital;
- Satisfacer las necesidades de los hombres en materia de higiene sexual y salud reproductiva, sin menoscabo de los servicios de higiene sexual y salud reproductiva para las mujeres;
- Eliminar las desigualdades de género en el mercado laboral e instituir y hacer cumplir leyes que garanticen igual salario por igual trabajo o por trabajo de igual valor;
- Vigilar los diferentes efectos sobre las mujeres y los hombres de la mundialización económica y la privatización de los servicios sociales básicos, en particular los servicios de salud reproductiva;
- Propiciar normas de tolerancia nula respecto de actitudes perniciosas como la preferencia por el hijo varón (que puede redundar en la selección prenatal en función del sexo), la discriminación y la violencia contra las niñas, así como respecto de todas las formas de violencia contra la mujer, inclusive la mutilación genital femenina, la violación, el incesto, la trata de mujeres, la violencia sexual y la explotación de mujeres;
- Promover el acceso de las niñas a los servicios de salud, la nutrición, la educación y las oportunidades para la vida;
- Apoyar el papel de padres y madres en el fortalecimiento de la autoimagen, la autoestima y la condición de las niñas;
- Promover modelos positivos de comportamiento masculino, de modo que los niños varones se transformen en adultos que respeten la salud reproductiva y los derechos reproductivos de la mujer.

quieren mayor atención por parte de los encargados de formular políticas.

Entre los beneficios económicos de las menores tasas de fecundidad figura un "dividendo demográfico" del que se disfrutará una sola vez, cuando aumente el número de integrantes de la fuerza laboral en relación con la población de dependientes. Al mejorar la educación de las niñas y satisfacer sus necesidades especiales de salud se contribuirá a aprovechar al máximo el dividendo demográfico.

Medición del prejuicio de género

Para determinar el prejuicio de género, se utilizan varios patrones de medida compuestos. Las variaciones son considerables y, en muchos países, los indicadores difieren respecto de las cuestiones que necesitan mayor atención; pero en todos los casos hay acuerdo, en gran medida, acerca de la situación relativa de países y localidades.

Medidas para poner fin a la desigualdad de género (Capítulo 6)

La igualdad es un derecho humano

La igualdad de mujeres y hombres ha sido aceptada como un principio fundamental de derechos humanos desde la aprobación de la Carta de las Naciones Unidas en 1945. Varios tratados internacionales, entre ellos la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, obligan a los Estados signatarios a adoptar medidas contra las prácticas de discriminación.

Como expresiones de la conciencia mundial, las decisiones adoptadas por consenso en conferencias internacionales son poderosos instrumentos de promoción del derecho a la igualdad. En la CIPD (1994) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), así como en los respectivos exámenes al cabo de cinco años, se convino en medidas concretas para lograr la vigencia del derecho a la igualdad.

Medidas adoptadas, medidas necesarias (Capítulo 7)

Los gobiernos deben adoptar las decisiones fundamentales para avanzar en materia de igualdad de género. Los cambios jurídicos dimanar de decisiones que incumben a la soberanía; además, en muchos países en desarrollo, las entidades de la sociedad civil tienen relativamente poca magnitud y carecen de poder. Al mismo tiempo, los gobiernos son empleadores de gran magnitud y sus normas y prácticas tienen poderosa influencia sobre el cambio social. Los gobiernos son los principales proveedores de servicios, entre otros, los de salud y educación, y las políticas públicas al respecto determinarán cuál ha de ser el ritmo del cambio.

Los parlamentarios constituyen la interfaz entre la población y los gobiernos, aun cuando va en aumento el papel de las organizaciones no gubernamentales en cuanto a definir y promover la igualdad y equidad de género. Los parlamentarios suelen ser los cauces por conducto de los cuales llegan a los gobiernos las respuestas a las políticas y las novedades acerca de las cambiantes necesidades y prácticas.

RECUADRO 5

En "Beijing+5" se reafirma el compromiso en pro de la Plataforma de Acción aprobada en 1995

En el vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, "La mujer en el año 2000: igualdad de género, desarrollo y paz para el siglo XXI" (conocido en forma abreviada como "Beijing+5"), que se celebró en Nueva York del 5 al 10 de junio de 2000, los gobiernos reafirmaron su compromiso en pro de las metas de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995.

Los delegados afirmaron que se habían logrado notables adelantos en la puesta en práctica de lo acordado en 1995, pero que subsistían obstáculos de gran magnitud. Aprobaron una Declaración Política y llegaron a un acuerdo sobre las futuras acciones e iniciativas para aplicar la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.

Aun cuando se reconocen cada vez más los aspectos de género de la pobreza, en el período extraordinario de sesiones se llegó a la conclusión de que se está ampliando la desigualdad económica entre el hombre y la mujer. Si bien la mundialización ha aportado mayores oportunidades económicas y más autonomía a algunas mujeres, también ha agravado la marginación de otras.

Entre otras comprobaciones y recomendaciones fundamentales cabe mencionar las siguientes:

- Es necesario adoptar medidas para aumentar la participación de las mujeres en la adopción de decisiones sobre políticas económicas y las actividades de desarrollo y prevención de conflictos, así como alentar a las mujeres a que participen en actividades políticas;
- Es preciso incrementar en un 50% hacia 2015 la alfabetización de adultos, y debe ofrecerse educación primaria gratuita y obligatoria a las niñas y a los niños varones; en los currículos deben abordarse los estereotipos de género como causa de segregación en el trabajo;
- Es necesario promulgar leyes más rigurosas contra todas las formas de violencia doméstica, inclusive la violación en el matrimonio y el abuso sexual; la violencia contra mujeres y niños es una conculcación de sus derechos humanos;
- Es preciso contar con leyes, políticas y programas educativos a fin de erradicar las prácticas tradicionales nocivas, entre ellas la mutilación genital femenina, el matrimonio precoz y forzado, y "los asesinatos para restaurar la honra"; y eliminar la explotación sexual comercial, la trata de mujeres y niñas, el infanticidio femenino, los delitos por motivos raciales y la violencia relacionada con la dote;
- En los últimos años se ha prestado creciente atención a la higiene sexual, la salud reproductiva, los derechos reproductivos y los derechos sexuales de las mujeres; es preciso que los gobiernos lleven a la práctica lo acordado en 1999 durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la "CIPD+5", inclusive los datos básicos de referencia (Recuadro 7);
- Es prioritario reducir las tasas de morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad: las mujeres deberían tener acceso sin trabas a servicios esenciales de atención obstétrica, de postparto y de maternidad, así como a eficaces sistemas de transporte y remisión a establecimientos de mayor capacidad, cuando sea necesario;
- Entre otras prioridades de salud, es necesario prevenir los embarazos no deseados y prevenir, detectar y tratar los casos de cáncer de mama, de cuello de útero y de ovario, así como los de osteoporosis y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA;
- No se han aplicado plenamente las recomendaciones de la Plataforma de Acción relativas a que los gobiernos adopten medidas con respecto a los efectos sobre la salud de los abortos realizados en malas condiciones con carácter de grave problema de salud pública, como tampoco medidas encaminadas a reducir el recurso al aborto mediante servicios más amplios y mejores de planificación de la familia;
- Los adolescentes siguen careciendo de la educación y los servicios que necesitan para poder asumir de manera responsable y positiva su sexualidad y es preciso proporcionarles educación, información y servicios apropiados, acogedores, accesibles y sin discriminación a fin de abordar concretamente sus necesidades en materia de higiene sexual y salud reproductiva;
- Es preciso formular programas a fin de alentar a los jóvenes varones y posibilitar que adopten comportamientos sexuales y reproductivos seguros y responsables y que utilicen eficazmente métodos para evitar los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA;
- Las mujeres y los hombres deberían tener acceso universal y en condiciones de igualdad, a lo largo de todas sus vidas, a servicios sociales relativos a la salud, inclusive los de educación, abastecimiento de agua no contaminada, saneamiento en condiciones de seguridad, nutrición, seguridad alimentaria y educación sobre salud.

El cambio social no puede lograrse meramente por conducto de la legislación; debe ser alentado mediante el liderazgo y el ejemplo. También puede ser alentado por medidas internacionales encaminadas a poner en vigor los acuerdos logrados en instrumentos jurídicamente vinculantes, entre ellos la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el consenso, moralmente obligatorio, a que se llegó en debates internacionales como el celebrado en la CIPD. Se han emprendido importantes iniciativas, entre ellas la campaña mundial para la educación de las niñas, a fin de reanimar el debate y movilizar el apoyo prometido.

Se exhorta a los países donantes a que apoyen esas prioridades, y ellos han convenido en hacerlo. Pero en el decenio de 1990, los donantes no han alcanzado ni siquiera la mitad de las metas convenidas para sus contribuciones en materia de población y salud reproductiva; al mismo tiempo, la asistencia internacional a la educación y la potenciación del papel de la mujer es lastimosamente insuficiente. La escasez de los recursos aportados para ayudar a los países a promover la igualdad de género vulnera los intereses de las mujeres y los hombres, los de sus países y el futuro mundial.



Género y salud

La desigualdad de género y la discriminación perjudican directa e indirectamente la salud de las niñas y las mujeres a lo largo del ciclo vital; y el descuido de sus necesidades de salud impide que muchas mujeres participen plenamente en la sociedad. Con frecuencia, las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres limitan el control de las mujeres sobre la actividad sexual y su posibilidad de protegerse a sí mismas contra embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA; las adolescentes son particularmente vulnerables.

Los inadecuados servicios de salud reproductiva para las mujeres redundan en altas tasas de embarazo no deseado, aborto realizado en malas condiciones y muerte y lesión prevenibles, a raíz del embarazo y el parto. La violencia contra las mujeres, incluidas las prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital femenina, se cobran un alto precio en materia de salud, bienestar y participación social de las mujeres. La violencia en diversas formas también refuerza la desigualdad e impide que las mujeres alcancen sus metas en lo concerniente a la reproducción (véase también el Capítulo 3).

Los hombres también tienen necesidades en materia de salud reproductiva y la participación de los hombres es una parte imprescindible de la protección de la salud reproductiva de las mujeres.

Los servicios de salud reproductiva ayudan a potenciar el papel de la mujer

Al ofrecer servicios de calidad de salud reproductiva se posibilita que las mujeres logren un equilibrio entre la procreación en condiciones de seguridad y otros aspectos de sus vidas. También se contribuye a protegerlas contra los riesgos de salud, se facilita su participación social, incluido el empleo, y se posibilita que las niñas prosigan y finalicen su educación.

En el Programa de Acción de la CIPD se reconoce la importante relación entre género y salud reproductiva y en el examen de la CIPD+5 realizado en 1999 se destacó esta conexión. En el acuerdo sobre medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD se destacó que “debe adoptarse una perspectiva de género en todos los procesos de formulación y aplicación de políticas y en la prestación de servicios, en particular de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia”¹.

La salud reproductiva no afecta exclusivamente a las mujeres; es también una cuestión social y de salud de la familia. Los programas con sensibilidad de género pueden abordar la dinámica de los conocimientos, los vínculos de poder y la adopción de decisiones en las relaciones sexuales, entre encargados de pres-

FOTO: Una maestra cubana enseña cómo se utiliza un condón. Los jóvenes necesitan acceso a servicios de salud reproductiva e información al respecto.

Mark Edwards/Still Pictures

RECUADRO 6

Discriminación contra las niñas: Una cuestión de vida o muerte

El infanticidio femenino, los alimentos insuficientes, la atención médica inadecuada, los malos tratos físicos, la mutilación genital femenina, las relaciones sexuales forzadas y los alumbramientos precoces se cobran las vidas de muchas niñas.

En algunos países asiáticos hay 105 hombres adultos por cada 100 mujeres, debido a la discriminación contra las niñas. Aun cuando muchos países han prohibido las pruebas prenatales para detectar el sexo del feto, se recurre a pruebas ilegales y los fetos femeninos son objeto de aborto con más frecuencia que los masculinos.

En algunas partes del mundo, en especial en el Asia meridional, el Asia sudoriental y el África septentrional, las niñas tienen más probabilidades de morir que los niños varones. En algunos países donde las niñas están en situación más pronunciadamente desventajosa, los niños varones reciben más medicamentos y más tratamientos médicos que las niñas.

En un estudio realizado en un centro de tratamiento de diarreas en Bangladesh, las consultas relativas a los niños varones eran más frecuentes, en un 66%, que las relativas a las niñas. En América Latina y la India, las niñas suelen ser inmunizadas más tarde que los niños varones, o no se las inmuniza. En algunos lugares, los niños varones reciben alimentos mejores y en mayor cantidad que las niñas. En algunos países, también las prácticas de amamantamiento y destete parecen favorecer a los niños varones.

RECUADRO 7

Indicadores básicos de referencia aprobados durante el examen de la CIPD+5

En el Programa de Acción de la CIPD se recomendó un conjunto de metas y objetivos cuantitativos interdependientes, inclusive el acceso universal a la educación primaria, prestando especial atención a eliminar la discrepancia de género en la matriculación primaria y secundaria; el acceso universal a la atención primaria de la salud; el acceso universal a una gama completa de servicios integrales de atención de la salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia; reducciones en las tasas de morbilidad y mortalidad de menores de un año, niños y madres; y aumento de la esperanza de vida.

Tras examinar el progreso logrado en esas esferas, en su período extraordinario de sesiones de 1999 la Asamblea General convino en un nuevo conjunto de indicadores básicos de referencia:

- Hacia 2005 debe haberse reducido a la mitad la tasa de analfabetismo de mujeres y niñas existente en 1990; y hacia 2010, la tasa neta de matriculación en la escuela primaria de niños de uno y otro sexo debería ser al menos del 90%;
- Hacia 2005, un 60% de los establecimientos que ofrecen servicios de atención primaria de la salud y planificación de la familia deberían ofrecer la gama más amplia posible de métodos seguros y eficaces de planificación de la familia, además de atención obstétrica esencial, prevención y atención de las infecciones del aparato reproductor, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, y métodos de barrera para prevenir el contagio; un 80% de los establecimientos deberían ofrecer esos servicios hacia 2010, y todos ellos, hacia 2015;
- Hacia 2005, al menos un 40% de todos los partos deberían contar con la asistencia de personal capacitado en los países donde la tasa de mortalidad derivada de la maternidad es muy alta; en todo el mundo, la proporción debería ser del 80%; esas proporciones deberían ser del 50% y el 85%, respectivamente, hacia 2010; y del 60% y el 90%, hacia 2015;
- Es preciso reducir a la mitad hacia 2005 la discrepancia entre la proporción de personas que utilizan anticonceptivos y las que expresan el deseo de espaciar los alumbramientos o limitar el número de hijos; en un 75%, hacia 2010 y en un 100%, hacia 2015. Para alcanzar este objetivo no deberían utilizarse metas de captación de clientes ni cuotas;
- Para reducir la vulnerabilidad al contagio con el VIH/SIDA, hacia 2005 al menos un 90% de los jóvenes varones y mujeres de entre 15 y 24 años de edad deberían tener acceso a métodos preventivos, entre ellos, condones femeninos y masculinos, pruebas voluntarias de laboratorio para la detección de la enfermedad, asesoramiento y seguimiento; y hacia 2010, al menos un 95%. En los países más afectados, hacia 2005 las tasas de contagio con el VIH de personas de 15 a 24 años de edad deberían reducirse en un 25%, y hacia 2010, esas tasas deberían reducirse en un 25% a escala mundial.

tar servicios y clientes, y entre líderes de la comunidad y ciudadanos².

Una perspectiva de género entraña también que las instituciones y las comunidades adopten prácticas más equitativas e inclusivas. Es preciso escuchar a los clientes y es menester que ellos participen en el diseño de programas y servicios. En su carácter de usuarias primarias

de los servicios de salud reproductiva, las mujeres deben participar en la formulación de políticas y la ejecución de programas a todos los niveles. Es preciso que los encargados de formular políticas tomen en cuenta los efectos de sus decisiones sobre hombres y mujeres y la manera en que los papeles de género ayudan u obstaculizan los programas y el progreso hacia la igualdad de género.



El acceso universal a los servicios de higiene sexual y salud reproductiva fue un objetivo central de la CIPD. En el examen de la CIPD+5 se convino en que el adelanto hacia esta meta debería medirse monitoreando la prestación de los servicios.

Componentes de los servicios de salud reproductiva

Planificación de la familia

En la CIPD+5, los gobiernos convinieron en redoblar los esfuerzos a fin de encontrar los recursos necesarios para poner en práctica el Programa de Acción de El Cairo. Reconocieron la importancia de ofrecer la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos, inclusive nuevas opciones al respecto, y de la promoción de métodos no utilizados.

Los nuevos datos básicos de referencia relativos a eliminar la discrepancia entre la proporción de personas que utilizan anticonceptivos y las que expresan el deseo de espaciar los alumbramientos o limitar el número de sus hijos representan un reto sustancial. Se estima que un tercio de todos los embarazos — 80 millones por año — son o bien no deseados, o bien inoportunos³. En los próximos 15 años, las proyecciones del número de usuarios de anticonceptivos en los países en desarrollo arrojan aumentos de más del 40%, desde 525 millones hasta 742 millones, a medida que las poblaciones sigan aumentando, los programas sigan ampliándose y vaya en aumento la proporción de parejas que desean utilizar anticonceptivos⁴.

Los factores sociales y culturales, inclusive las normas de género, condicionan las intenciones de las mujeres en materia de reproducción, es decir, el número de hijos a que aspiran y el espaciamiento entre ellos. Si las mujeres pudieran tener sólo el número de hijos que desean, en muchos países la tasa de fecundidad total disminuiría en casi un niño por mujer. Cuanto menor sea el número de hijos a que aspiran las mujeres, tanto mayor será el tiempo en que necesitarán anticonceptivos y tanto más servicios necesitarán.

Las mujeres no siempre obtienen el apoyo que necesitan para plasmar en la realidad sus intenciones en materia de reproducción. En algunos lugares, las mujeres, temerosas de represalias por parte de esposos que desaprueban sus intenciones, o por parte de terceros, pueden recurrir al uso clandestino de anticonceptivos⁵. Las mujeres entrevistadas en el Proyecto de Estudio sobre la Mujer, de cinco años de duración, realizado en ocho países por *Family Health International*, afirmaron que para alcanzar sus objetivos en materia de planificación de la familia, necesitaban compañeros que las apoyaran, información adecuada, métodos sin impedimentos y servicios dispensados por personal respetuoso⁶.

Las mujeres deben encargarse de iniciar y controlar el uso de la mayoría de los anticonceptivos modernos: anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos (DIU), diafragmas, obturadores cervicales y productos inyectables, en comparación con los cuales no existen métodos masculinos correlativos. Del 58% de las parejas casadas que utilizan anticonceptivos en todo el mundo, menos de un tercio utilizan

un método que requiere participación del hombre (condón y vasectomía) o cooperación masculina (ritmo y retiro). En las regiones menos adelantadas, casi dos tercios de los usuarios de anticonceptivos recurren a la esterilización femenina o a los dispositivos intrauterinos⁷.

En los últimos años, el condón femenino ha ganado popularidad en numerosos lugares donde ha sido introducido. No obstante, en muchos países, incluso donde es alta la prevalencia del VIH/SIDA, el uso de condones sigue siendo relativamente bajo.

La abstinencia periódica y el retiro, para ser eficaces, plantean exigencias que los usuarios pueden encontrar difíciles; además, están muy difundidas las informaciones erróneas acerca del uso correcto de la abstinencia periódica y el retiro⁸. Incluso los usuarios bien informados y dedicados al uso de esos métodos experimentan más altas tasas de embarazos no deseados que quienes utilizan otros métodos.

Los programas de planificación de la familia de buena calidad tienen varias características en común⁹:

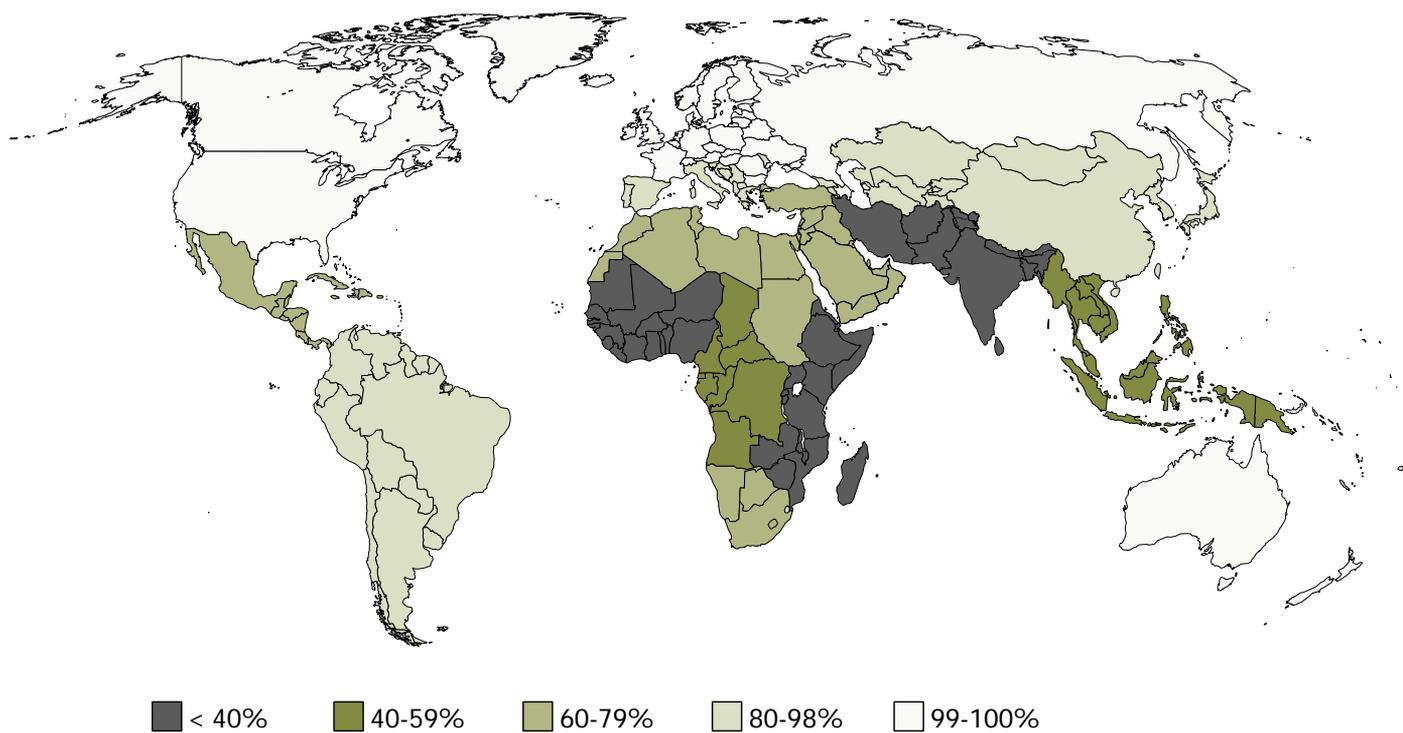
- El apoyo gubernamental es firme;
- Los encargados de prestar servicios están bien capacitados, tienen sensibilidad a las condiciones culturales, escuchan a los clientes cuando estos expresan sus necesidades y tienen actitudes amistosas y compasivas;
- Los servicios son costeables y ofrecen una gama de métodos anticonceptivos (la gama completa de métodos modernos abarca anticonceptivos orales, DIU, productos inyectables, implantes, condones masculinos y femeninos, anticoncepción de emergencia y anticoncepción quirúrgica voluntaria);
- El asesoramiento garantiza un consentimiento bien fundamentado al escoger anticonceptivos;
- Se garantiza el carácter privado y confidencial de las consultas;
- Los establecimientos son confortables y limpios;
- Los servicios se proporcionan sin tardanza.

Después de la CIPD, muchos países — entre ellos, Bangladesh, el Brasil, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Egipto, Filipinas, Ghana, la India, Indonesia, Jamaica, Jordania, Nepal, Marruecos, México, el Pakistán, el Perú, la República Unida de Tanzania, el Senegal, Sudáfrica, Sri Lanka, Uganda y Zambia — han adoptado medidas para ampliar los servicios, que ya no se limitan a los de planificación de la familia sino que responden a las necesidades más amplias de las mujeres y los hombres en materia de salud reproductiva¹⁰.

Maternidad sin riesgos

De las aproximadamente 500.000 defunciones anuales derivadas de la maternidad, un 99% ocurren en países en desarrollo, donde las complicaciones del embarazo y el parto se cobran la vida de aproximadamente una de cada 48 mujeres. No es infrecuente que las mujeres africanas, cuando están a punto de

Hacia 2015, las necesidades de anticonceptivos en los países en desarrollo aumentarán en más del 40%.

Gráfico 2: Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado, por subregión

Fuente: Organización Mundial de la Salud

RECUADRO 8**Honduras reduce la mortalidad derivada de la maternidad**

Entre 1990 y 1997, después de que el Gobierno de Honduras hubo intensificado su compromiso en pro de la salud de la mujer, disminuyó espectacularmente la tasa de defunción derivada de la maternidad.

Después de un estudio sobre el tema realizado en 1990, el Gobierno de Honduras asignó prioridad en su sistema de salud pública a la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad. El aumento de los recursos posibilitó que el Ministerio de Salud ofreciera atención obstétrica de emergencia en mayor cantidad de centros de salud rurales y urbanos y hospitales de distrito. Aumentó el número de agentes de salud en zonas remotas y se establecieron salas de maternidad en zonas de acceso difícil. Aumentó la utilización de servicios de atención prenatal en los centros de salud. Se capacitó a las parteras tradicionales y se las integró en el sistema de salud, lo cual redundó en una mayor aceptación por la comunidad y un aumento del número de remisiones de casos de emergencia a hospitales. También mejoraron los transportes, los caminos y las comunicaciones.

En consecuencia, la tasa de mortalidad derivada de la maternidad disminuyó desde 182 hasta 108 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. La tasa de defunción de madres disminuyó a la mitad, desde 0,26 hasta 0,13 por cada 100.000 mujeres en edad de procrear.

dar a luz, se despidan de sus hijos mayores. En la República Unida de Tanzania, las madres tienen un dicho: "Me voy al mar a recoger un nuevo niño, pero el viaje es largo y peligroso y tal vez no regrese"¹¹. En algunos lugares, hasta un 40% de las mujeres padecen graves enfermedades después del parto¹².

Los niños menores de un año y los niños en general también sufren como resultado de la deficiente salud de las madres. Los mismos factores que causan la mortalidad y morbilidad de las madres, inclusive las complicaciones del embarazo y el parto y la atención deficiente al respecto, contribuyen a una cantidad de fetos nacidos muertos y defunciones de recién nacidos que se estima en ocho millones por año. Trágicamente, cuando una madre muere, aumentan las probabilidades de que sus hijos también mueran. En un estudio realizado en Bangladesh se comprobó que cuando una mujer muere de parto, su recién nacido casi seguramente morirá. En otro estudio realizado en Bangladesh se comprobó que los niños de hasta 10 años de edad cuyas madres mueren tienen probabilidades entre tres y diez veces mayores de morir dentro de un plazo de dos años que los niños cuyos progenitores están vivos¹³. En Tanzania, los niños cuyas madres habían muerto, probablemente abandonarían la escuela para encargarse de realizar tareas en el hogar¹⁴.

Al evitar el embarazo no deseado utilizando métodos de planificación de la familia se reduce la mortalidad derivada de la maternidad. El mismo efecto puede atribuirse a la atención prenatal, pero sólo un



70% de los alumbramientos en el mundo en desarrollo han sido precedidos por alguna visita prenatal, aunque sea una sola. Cada año, 38 millones de mujeres no reciben ninguna atención prenatal. Sólo una mitad de todas las embarazadas reciben inyecciones antitetánicas; actualmente, el tétanos se cobra cada año más de 300.000 vidas de niños menores de cinco años.

También es importante velar por que en cada parto esté presente una persona con capacidad para atenderlo. En los países en desarrollo, sólo un 53% de todos los alumbramientos cuentan con atención profesional¹⁵. Esto redundará cada año en el descuido de que son objeto 52,4 millones de mujeres.

Por otra parte, el principal medio de prevenir las defunciones de madres es proporcionar acceso a la atención obstétrica de emergencia, inclusive el tratamiento de hemorragias, infecciones, hipertensión y obstrucción del parto. Muchas mujeres del mundo en desarrollo, especialmente en zonas rurales, no tienen a su alcance medidas que pueden salvar sus vidas, como la remisión a centros médicos, la administración de antibióticos y la posibilidad de operaciones quirúrgicas. Cuatro problemas comunes aumentan en gran medida el riesgo que corre la mujer en el parto: las demoras en detectar un problema incipiente, los retrasos en cuanto a la decisión de actuar, el retardo en organizar el transporte y las demoras en llegar hasta los servicios. Para salvar vidas de madres, tiene importancia crucial que se cuente con un sistema de base comunitaria que garantice el rápido transporte a un establecimiento médico bien equipado.

La atención en el puerperio es especialmente importante. De las mujeres que pierden la vida por causas relativas al embarazo, 24% mueren durante el embarazo; 16% durante el parto; y 61% en el puerperio, de hemorragia en el postparto, trastornos hipertensivos y sepsis¹⁶. Es posible impartir capacitación a los trabajadores de salud de la comunidad para detectar problemas en el puerperio y ofrecer tratamiento, así como asesorar sobre el amamantamiento, la atención del recién nacido, la higiene, las inmunizaciones, la planificación de la familia y el mantenimiento de un buen estado de salud.

Las comunidades se están organizando para impedir que las madres mueran de parto. En las campañas de educación se destaca la importancia de acudir sin tardanza a los centros de salud cuando hay complicaciones. La Red de Prevención de la Mortalidad Materna ha introducido medidas para mejorar los servicios de maternidad sin riesgos en algunas partes de África. La mejor calidad en otros aspectos de la atención de la salud ha redundado en una mayor utilización de los servicios en casos de partos de alto riesgo.

En un centro comunitario de salud de Juaben (Ghana) se establecieron un banco de sangre y una sala de operaciones. Se impartieron a las parteras conocimientos que posibilitan salvar vidas y se les asignó un papel protagónico en la prestación de servicios. Casi se triplicó el número de mujeres que acuden al centro para solicitar servicios y, al mismo tiempo, disminuyó la proporción de pacientes remitidas a establecimientos de mayor capacidad en el sistema de salud¹⁷.

Algunas comunidades de África ofrecen planes autofinanciados de transporte para velar por la maternidad sin riesgos¹⁸. Indonesia está ensayando la aplicación de programas de seguro social para sufragar el costo de la atención obstétrica de emergencia¹⁹.

Los expertos en maternidad sin riesgos postulan que podrían ofrecerse más servicios de atención obstétrica de emergencia sin necesidad de cuantiosos gastos adicionales, si se mejoraran los servicios que ya se están prestando en hospitales y en algunos centros de salud²⁰.

Aborto y atención posterior al aborto

Cada año hay, según se estima, unos 50 millones de mujeres que se someten a abortos, de los cuales 20 millones se realizan en malas condiciones; a raíz de ello, pierden la vida unas 78.000 mujeres y millones más padecen lesiones y enfermedades. Al menos un cuarto de todos los abortos realizados en malas condiciones corresponden a niñas de entre 15 y 19 años de edad²¹.

La CIPD reconoció que el aborto es un importante problema de salud pública y exhortó a los gobiernos a reducir los embarazos no deseados y prevenir el aborto mediante un mayor acceso a los servicios de planificación de la familia. En el Programa de Acción se establece: "En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos"²².

La Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer exhortó a los gobiernos a "considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales"²³.

En la CIPD+5, los gobiernos convinieron en que, a fin de reducir las tasas de mortalidad de madres causada por los abortos en malas condiciones, "en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible"²⁴.

RECUADRO 9

El costo del aborto

En América Latina, el aborto en malas condiciones causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones derivadas de la maternidad. Según se estima, antes de que el aborto fuera legalizado en Rumania en 1992, un 86% de las defunciones derivadas de la maternidad se debían a abortos realizados en malas condiciones. Durante el primer año después de la legalización, las defunciones derivadas de la maternidad disminuyeron hasta un 40% del total registrado en 1989.

Al menos un cuarto de todos los abortos realizados en malas condiciones corresponden a niñas de entre 15 y 19 años de edad. Las adolescentes tienden a aplazar la obtención de un aborto hasta después del primer trimestre y a menudo solicitan ayuda de agentes no médicos, lo cual causa tasas más altas de complicaciones. En muchos países, también es común entre las adolescentes el aborto provocado por la propia niña.

En Chile y la Argentina, más de un tercio de las defunciones derivadas de la maternidad entre adolescentes es resultado directo de abortos realizados en malas condiciones. En el Perú, un tercio de las mujeres hospitalizadas debido a complicaciones del aborto tienen entre 15 y 24 años de edad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en África al sur del Sahara hasta un 70% de las mujeres hospitalizadas a causa de complicaciones del aborto son menores de 20 años. Según un estudio realizado en Uganda, casi un 60% de las defunciones a raíz del aborto ocurrieron entre adolescentes.

En muchos países de bajos ingresos²⁵, si se ofrecieran servicios eficaces de atención posterior al aborto, se reducirían sustancialmente las tasas de mortalidad de madres en hasta un quinto.

Varios países, particularmente en África y América Latina, están tratando de mitigar las consecuencias para la salud del aborto realizado en malas condiciones, proporcionando atención posterior al aborto. Esto abarca el fortalecimiento de la capacidad de las instituciones sanitarias para ofrecer: tratamientos de emergencia a las complicaciones del aborto espontáneo o el aborto provocado en malas condiciones; asesoramiento y provisión de servicios de planificación de la familia posteriores al aborto; vínculos entre el tratamiento de emergencia posterior al aborto y la atención de la salud reproductiva²⁶. Algunos países, entre ellos Ghana, han capacitado a parteras y a otros agentes de salud para que ofrezcan atención posterior al aborto.

Algunos países han promovido el uso de aspiradores manuales al vacío para el tratamiento de los abortos incompletos; se ha comprobado que este método es más seguro, tiene mayor eficiencia en función de los costos y es más aceptable que un curetaje.

Debido tanto a la cultura como a los condicionantes biológicos, las mujeres son más vulnerables que los hombres a las enfermedades de transmisión sexual.

Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA

El VIH/SIDA sigue siendo un crítico problema de salud pública, particularmente en África, que está padeciendo los peores efectos de la epidemia. Actualmente, el VIH/SIDA es la principal causa de defunción en África y ocupa el cuarto lugar entre las causas más comunes de defunción en todo el mundo. A fines de 1999 había 34,3 millones de hombres, mujeres y niños que vivían con el VIH o el SIDA y 18,8 millones ya habían perdido la vida a causa de esa enfermedad. En 1999, hubo 5,4 millones de nuevos contagios en todo el mundo; de ellos, 4,0 millones ocurrieron en

África al sur del Sahara y aproximadamente un millón, en el Asia meridional y sudoriental, donde las tasas de prevalencia van en rápido aumento en algunos países²⁷.

La pandemia de SIDA está causando sufrimientos indecibles a personas, familias y sociedades. Se estima que hacia fines del año 2000 habrá 13,2 millones de niños, en su mayoría africanos, que habrán perdido a su madre o ambos progenitores a causa del SIDA²⁸. Las mujeres están rápidamente alcanzando y superando el número de hombres contagiados con el VIH. En África, el número de mujeres con reacción serológica positiva al VIH es superior en dos millones al de hombres.

Debido tanto a la cultura como a los condicionantes biológicos, las mujeres son más vulnerables que los hombres a las enfermedades de transmisión sexual. La carga de las enfermedades de transmisión sexual (excluido el SIDA) que pesa sobre las mujeres es más de tres veces superior a la correspondiente a los hombres²⁹. Debido a las diferencias anatómicas, las enfermedades del aparato reproductor se transmiten más fácilmente a las mujeres, pero son de más difícil diagnóstico en ellas. Las enfermedades de transmisión sexual de las mujeres son asintomáticas más frecuentemente que entre los hombres y cuando esos síntomas se presentan en las mujeres, son más sutiles. Debido a su más baja condición social y a su dependencia económica respecto de los hombres, las mujeres pueden no estar en condiciones de negociar el uso de condones como medida de prevención del contagio con enfermedades de transmisión sexual³⁰.

En estudios realizados por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer se ilustran el papel y la influencia de importancia crítica que tienen las cuestiones de género y sexualidad sobre las interacciones sexuales y cómo determinan la posibilidad de que los hombres y las mujeres tengan conductas sin riesgo. Los estudios, realizados en diez países de

RECUADRO 10

El SIDA es hoy la enfermedad que causa mayores estragos en África

El SIDA figura actualmente entre las mayores amenazas al desarrollo social y económico de África. La epidemia se ha propagado excediendo todos los pronósticos. En los países gravemente afectados, donde hasta un cuarto de los adultos están contagiados, el SIDA está desbaratando los adelantos logrados durante muchos decenios en materia de desarrollo. En algunos países, la esperanza de vida está descendiendo hasta niveles no registrados después de 1960. Los adelantos arduamente conseguidos en materia de supervivencia infantil están perdiendo terreno y se está diezmando el limitado grupo de trabajadores calificados.

Los recursos que actualmente se asignan a la lucha contra la epidemia son excesivamente insuficientes. El SIDA se está propagando con velocidad tres veces mayor que el aumento de los recursos para combatirlos.

La experiencia de algunos países africanos indica que es posible poner coto a la tasa de nuevos contagios y que las sociedades pueden comenzar a combatir eficazmente la epidemia del VIH/SIDA cuando el gobierno pone en juego su propio prestigio político y compromete sus recursos financieros; involucra plenamente a la sociedad civil; emprende una amplia gama de actividades de prevención, atención y apoyo; y atrae así mayor cantidad de recursos externos.

Los estudios sugieren que, como mínimo, cada año se necesitan 1.000 millones de dólares adicionales a fin de satisfacer las necesidades de África en materia de prevención del VIH/SIDA y atención de los afectados por la enfermedad. Algunos de esos recursos habrán de ser generados en fuentes no tradicionales, como las empresas y las fundaciones, y reorientados desde fondos sociales, proyectos de reforma sectorial y operaciones de mitigación de la deuda. La Alianza Internacional contra el SIDA en África está patrocinando acciones de movilización de recursos a escala tanto nacional como regional.



África, Asia y América Latina y el Caribe, contribuyen a definir complejos conceptos como los de género, sexualidad y poder. También destacaron la importancia de aumentar el acceso de la mujer a la información, la educación, la adquisición de aptitudes, los servicios y el apoyo social, a fin de reducir su vulnerabilidad al contagio con el VIH/SIDA y mejorar los resultados en materia de salud reproductiva³¹.

En el documento de la CIPD+5 se reconoce que la pandemia del VIH/SIDA es mucho más grave que lo que se había supuesto en la CIPD, se reitera la importancia de ofrecer acceso a condones masculinos, se exhorta a ofrecer ampliamente condones femeninos y se insta a los gobiernos a que promulguen leyes y adopten medidas para prevenir la discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA y las que son vulnerables al contagio con el VIH. En el documento también se exhorta a que los gobiernos, cuando sea factible, pongan los medicamentos contra los retrovirus a disposición de las mujeres durante el embarazo y después de éste y ofrezcan asesoramiento, de modo que las madres que viven con el VIH/SIDA puedan adoptar decisiones libres y bien fundamentadas acerca del amamantamiento³².

Los programas de salud reproductiva pueden reducir los niveles de enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA, proporcionando información y asesoramiento sobre cuestiones de importancia crítica como la sexualidad, los papeles de género y los desequilibrios de poder entre mujeres y hombres, la violencia por motivos de género y su nexos con el contagio con el VIH; la transmisión del VIH de la madre al hijo; la distribución de condones femeninos y masculinos; el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual; la formulación de estrategias para encontrar a las personas que han tenido contacto con los enfermos; y la remisión de personas contagiadas con el VIH a servicios de mayor capacidad.

En la CIPD se propugnó la integración de los servicios de planificación de la familia y atención de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, dentro de los servicios de salud reproductiva. Se considera que la integración de esos componentes tiene posibilidades de buena eficacia en función de los costos para llegar a las mujeres que tienen actividad sexual y a sus compañeros a fin de ofrecerles información y servicios que pueden contribuir a la prevención de los contagios y el tratamiento de la enfermedad. No obstante, según un estudio basado en las conclusiones de análisis de situación realizados en varios países de África, no era posible promover los servicios integrados de planificación de la familia y enfermedades de transmisión sexual con base en clínicas, puesto que la infraestructura existente era insuficiente³³. Muchas clínicas de planificación de la familia no estaban equipadas para ofrecer atención de las enfermedades de transmisión sexual y los agentes de salud no tenían capacitación suficiente. Asimismo, en otros estudios se ha citado la falta de pruebas concluyentes de los beneficios de integrar los servicios de planificación de la familia y de atención de las enfermedades de transmisión sexual³⁴.

Aun cuando por lo general los agentes de salud no reciben una capacitación suficiente ni apoyo a fin de que puedan ofrecer servicios para enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, e información al respecto, en varios estudios de casos en Burkina Faso,

Côte d'Ivoire, Uganda y Zambia se comprobó que los encargados de prestar servicios estaban dispuestos a hablar de la sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual con los clientes y podían comprender la necesidad de individualizar a las personas que corrían riesgo de contagiarse con enfermedades de transmisión sexual³⁵.

En Filipinas, el FNUAP y la organización *Women's Health Care Foundation* están colaborando para mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva, recurriendo a agentes capacitados de salud comunitaria, niños de la calle y vendedores callejeros. La Fundación proporciona servicios para enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, inclusive remisión a otros establecimientos para efectuar pruebas de laboratorio e imparte educación y asesoramiento en beneficio de mujeres pobres de zonas urbanas y trabajadoras del sexo. El FNUAP apoya la capacitación de los encargados de prestar servicios y los trabajadores voluntarios de salud para que adquieran aptitudes en materia de asesoramiento y educación comunitaria; y ha financiado una línea telefónica de emergencia en la cual se responde a preguntas sobre las enfermedades de transmisión sexual y la sexualidad³⁶.

La recientemente constituida Alianza Internacional contra el SIDA en África está tratando de aprovechar estructuras existentes a escala mundial, regional y nacional, a fin de abordar los devastadores efectos del SIDA en África³⁷. A mediados de 1999, Ministros de Hacienda y otros líderes de más de 20 países africanos expresaron su apoyo y una docena de organismos bilaterales de desarrollo convinieron en movilizar más recursos para respaldar a la Alianza. Diversas ONG africanas también han convenido en desempeñar un papel activo. La Alianza está fortaleciendo los programas nacionales mediante: el aliento a un apoyo político patente y sostenido; la ayuda para formular planes de acción conjuntos, negociados por los países; el aumento de los recursos financieros; y el refuerzo de la capacidad técnica nacional y regional.

La mitad de todos los nuevos contagios con el VIH se producen entre jóvenes de 15 a 24 años de edad³⁸. Según el examen efectuado en 1997 por el programa ONUSIDA, una buena educación sobre la sexualidad ayuda a los adolescentes a aplazar la iniciación de las relaciones sexuales y reducir más los riesgos en las prácticas sexuales³⁹. A partir de la CIPD, en 64 países se ha apoyado la integración de la prevención del VIH/SIDA en los programas educacionales escolares y extraescolares.

Uganda, por ejemplo, ha adoptado un enfoque directo e integral para abordar el problema de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, en particular entre los jóvenes; actualmente se están estabilizando las tasas de prevalencia del VIH entre los jóvenes. En Swazilandia, se inició en 1990 el Programa de educación sobre VIH/SIDA y población en las escuelas de Swazilandia (SHAPE) a fin de prevenir la propagación del VIH/SIDA y reducir las tasas de embarazo en las alumnas de 14 a 19 años de edad. En 1997, el mismo programa también fue introducido en escuelas primarias. Dicho programa ha mejorado los conocimientos y las actitudes, más que los comportamientos⁴⁰.

En la CIPD+5, los gobiernos estuvieron de acuerdo en que los jóvenes (de 15 a 24 años de edad) corren grandes riesgos de contagio con el VIH y fija-

ron metas para reducir la prevalencia en este grupo de edades (véase el recuadro 7).

Mutilación genital femenina

Muchas sociedades de África y del Asia occidental practican la mutilación genital femenina, a menudo denominada circuncisión femenina. En todo el mundo, han sido objeto de esta peligrosa y dolorosa práctica unos 130 millones de niñas y mujeres jóvenes, y cada año corren el mismo riesgo otros dos millones.

La mutilación genital femenina se practica en unos 28 países de África — donde varían ampliamente las tasas de prevalencia, desde 5% en la República Democrática del Congo hasta 98% en Somalia —, en la Península árabe y en la región del Golfo. También se practica en algunos grupos minoritarios de Asia y en mujeres inmigrantes en Europa, el Canadá y los Estados Unidos.

La mutilación genital femenina consiste en la ablación total o parcial del clítoris y otras partes del aparato genital. Quienes practican la modalidad más extrema, o infibulación, eliminan el clítoris y ambos labios y cosen ambos costados de la vulva, lo cual deja sólo una pequeña apertura para el paso de la orina y la sangre menstrual. Según se estima, la infibulación constituye un 15% del total de los casos de mutilación genital femenina y entre el 80% y el 90% de los casos en Djibouti, Somalia y el Sudán.

Otras modalidades menos extremas consisten en la eliminación parcial o total del clítoris (clitoridectomía) o del clítoris y los labios internos (excisión). Aproximadamente tres cuartas partes del total de las niñas sometidas a este degradante procedimiento han sido objeto de una u otra de estas modalidades menos radicales⁴¹.

Esta terrible conculcación de los derechos humanos de las niñas y las adolescentes se basa en las creencias reinantes de que es preciso controlar la sexualidad femenina y preservar la virginidad de las jóvenes hasta el matrimonio. En esas culturas, los hombres no van a contraer matrimonio con una joven que no ha sido circuncidada, puesto que la consideran “contaminada” o de conducta ligera⁴².

Casi siempre, la mutilación genital femenina se practica en condiciones antihigiénicas y sin anestesia. Es extremadamente dolorosa y puede causar graves

infecciones, choque nervioso y circulatorio, o incluso la muerte. Si la niña sobrevive, puede padecer dolor al tener relaciones sexuales, lo cual deteriora la calidad de su vida⁴³. La constricción de la experiencia sexual femenina debido a la mutilación genital femenina es un problema de salud tanto física como mental que afecta a las mujeres y un impedimento para el desarrollo de relaciones más profundas y satisfactorias en la pareja.

Entre los riesgos de salud inmediatos de la mutilación genital femenina cabe mencionar la hemorragia por perforación de la arteria clitoral, la infección, la retención de orina y el envenenamiento de la sangre a raíz de utilizar utensilios de corte no esterilizados y a menudo crudos. Las complicaciones posteriores se deben principalmente a la obturación parcial de las aberturas de la vagina y la uretra, que favorecen las infecciones crónicas del aparato urinario, las infecciones reiteradas del aparato reproductor, y causan dolor de espalda y dolor pelviano. En particular allí donde se practican las formas más drásticas de mutilación, la niña tendrá un mayor riesgo de padecer dificultades en el parto o de morir a raíz de éste.

En algunos casos, la mutilación genital femenina puede causar esterilidad. En un estudio realizado en el Sudán se comprobó que las mujeres que habían sido objeto de mutilación genital tenían probabilidades dos veces superiores de ser infecundas que las mujeres que no habían sido objeto de ese procedimiento⁴⁴. Esto se debe a las inflamaciones pelvianas causadas por reiteradas infecciones resultantes de la retención de orina o sangre menstrual, que se propagan por todo el aparato reproductor y llegan a causar inflamación y cicatrices en las trompas de Falopio. En las sociedades tradicionales, la infecundidad es una afección particularmente devastadora, dado que en muchas de esas culturas, el valor de una mujer se determina en función de su capacidad de tener hijos⁴⁵.

Cuestiones de los programas de salud reproductiva

Cuestiones de salud pública

Para mejorar la salud reproductiva de mujeres y hombres es preciso contar con un enfoque de salud pública orientado a la comunidad y que haga hincapié en la prevención. La mala salud reproductiva se relaciona directamente con la desigualdad por motivos de género en la distribución del poder social y de los recursos.

La participación comunitaria puede contribuir a contrarrestar esa situación, al asegurar que los hombres y las mujeres sean copartícipes en condiciones de igualdad en el desarrollo social y económico y que las voces femeninas se oigan en la comunidad al igual que las masculinas⁴⁶; al velar por que las niñas, al igual que los niños varones, sean criadas en ámbitos saludables y dispongan de igualdad de oportunidades de asistir a la escuela y de desarrollarse físicamente antes de que asuman el papel de madres; al garantizar los derechos de la mujer a vivir libre de coacción sexual y de la amenaza de violencia, y a entablar relaciones sexuales sin temor de contagio y de embarazo no dese-

RECUADRO 11

Sri Lanka logra promover la salud de la mujer

Las mujeres de Sri Lanka, cuya esperanza de vida es de 74 años, disfrutan de un estado de salud mejor que el de cualesquiera otras mujeres del Asia meridional. Las razones son complejas, pero entre ellas cabe mencionar: “el desarrollo del sistema de salud pública y las medidas de salud pública, que han reducido la mortalidad derivada de la maternidad, así como los cambios socioeconómicos que han cambiado la condición jurídica y social de la mujer y el valor para la madre y el padre de las niñas en comparación con los varones”. Las tasas absolutas de mortalidad de niñas y niños varones son inferiores a las de otros países del Asia meridional, debido en parte “al papel fundamental de las mujeres como encargadas de la salud de la familia y a su relativa autonomía, así como el desarrollo social general de Sri Lanka en lo concerniente a los servicios de salud y educación”.



ado; y al proporcionar a todas las mujeres acceso a la atención del embarazo en condiciones de seguridad, inclusive servicios obstétricos de emergencia si su embarazo o su parto presenta problemas.

Si bien la salud reproductiva no forma parte del conjunto de servicios esenciales en todos los países, se la incluye en Bangladesh, la India, México, el Senegal, Sudáfrica, Uganda y Zambia. Por ejemplo, en Bangladesh, el conjunto de servicios esenciales abarca salud materna (atención prenatal, del parto y postnatal, regulación de la menstruación y atención de las complicaciones posteriores al aborto); salud de los adolescentes; planificación de la familia; atención y prevención o tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA; y atención de la salud infantil⁴⁷.

Las restricciones culturales limitan las opciones

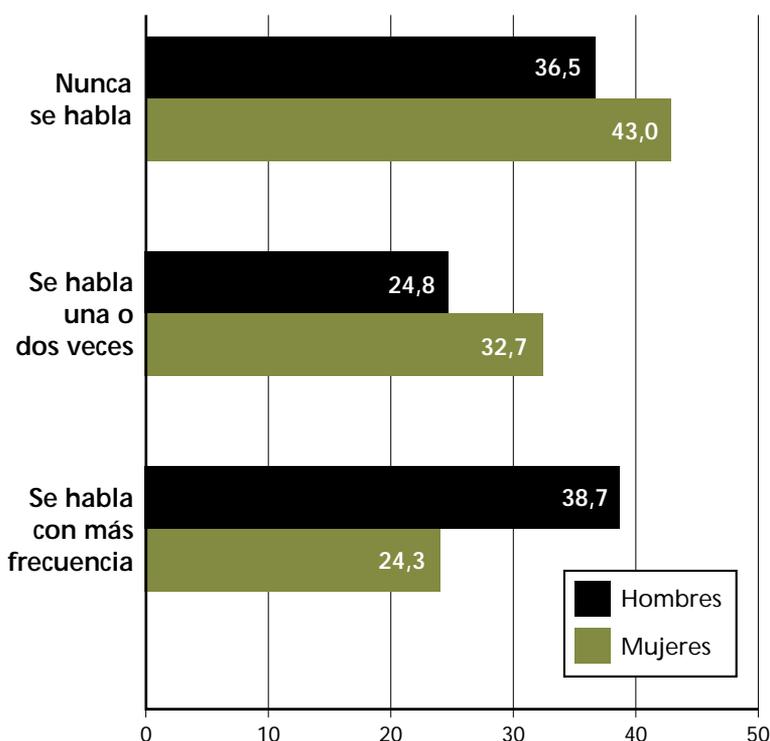
Las creencias acerca de los comportamientos apropiados pueden reducir el acceso a la atención de la salud y a la información al respecto y menoscabar su calidad. Los tabúes directos y las restricciones indirectas disuaden a las mujeres de expresar sus necesidades y riesgos en materia de salud, mientras que las mujeres que no pueden leer ni asociarse fácilmente con otras tropiezan con dificultades para encontrar información sobre la salud.

Esas restricciones significan que las mujeres dependen de las decisiones de terceros en lo tocante a la atención médica; a la posibilidad de aplazar o prevenir un embarazo; a recibir exámenes prenatales durante el embarazo; a disponer de la atención de un profesional capacitado en el parto; o a obtener transporte en caso de emergencia obstétrica. Puede ser difícil para las mujeres plantear sus preocupaciones en materia de salud reproductiva; algunos temas, como las irregularidades de la menstruación, son especialmente difíciles de mencionar. Tal vez las mujeres no logren que se preste atención a sus problemas hasta que la situación se torna grave y las opciones para obtener tratamiento son más restringidas o más costosas.

Cuando las parejas y las familias conversan acerca de la planificación de la familia, es más probable que utilicen los servicios. Cuando está prohibido hablar del tema, algunas mujeres recurrirán a utilizar anticonceptivos clandestinamente. Incluso cuando el "uso clandestino" es en realidad un secreto a voces, esta restricción menoscaba las posibilidades de establecer relaciones cercanas y de apoyo. La elección de anticonceptivos, o bien mutuamente convenida o bien clandestina, puede ser afectada por normas y preferencias culturales.

Los programas de buena calidad reconocen los conceptos culturales y responden a ellos. Quienes formulan programas están tornándose más receptivos a la necesidad de trabajar dentro del marco cultural de las vidas de sus clientas. Un programa realizado en Túnez aprovecha la costumbre local de poner fin a la reclusión de la nueva madre en el cuadragésimo día después del alumbramiento, para proporcionar servicios de postparto y planificación de la familia a las mujeres y atención al recién nacido, en una única visita a la clínica⁴⁸. En un estudio realizado en 1987 se comprobó que un 84% de las madres acudían a la clínica en el cuadragésimo día y de esas mujeres, un 56% comenzaban a utilizar un método anticonceptivo.

Gráfico 3: Frecuencia con que las parejas hablan de planificación de la familia, según los hombres y según las mujeres, Malawi, 1992 (porcentaje)



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2000. *World Population Monitoring, 2000: Population, Gender and Development*.

Funciones profesionales y papeles de género

Es difícil para las mujeres hablar francamente de sus necesidades reproductivas con profesionales masculinos, debido a razones tanto de género como de condición social. Cuando los encargados de prestar los servicios son mujeres, tal vez sea más fácil hablar con ellas, pero sigue habiendo una diferencia en la condición social, especialmente cuando las clientas son mujeres pobres. Además, algunos procedimientos (por ejemplo, inserción de un DIU o receta para tomar la píldora) pueden estar limitados a los médicos, que suelen ser hombres.

Cuando las normas culturales prohíben que los hombres (incluso médicos) efectúen un reconocimiento médico directo de pacientes mujeres, se siente gravemente la calidad de la atención.

Con frecuencia, los hombres son renuentes a acudir a clínicas públicas para recibir servicios de salud reproductiva, dado que dichas clínicas se definen como "lugares para mujeres", utilizados mayormente por las mujeres para recibir servicios de salud maternoinfantil. Cuando sea posible, disponer de un espacio separado para los hombres (por ejemplo, entrada, sala de espera y cajero por separado, con el mismo personal) aun cuando se trate del mismo establecimiento, es posible que aumente el uso de los servicios⁴⁹. La integración de actividades de prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA con programas de planificación de la familia también puede contribuir a que las clínicas sean más acogedoras para los hombres.

RECUADRO 12

La actividad sexual difiere entre los adolescentes varones y las adolescentes

En todo el mundo, la gran mayoría de los varones de 15 a 19 años de edad que poseen experiencia sexual son solteros, mientras que dos tercios o más de las adolescentes del mismo grupo de edades que poseen experiencia sexual están casadas. Asimismo, hay grandes variaciones por país y por género en cuanto al momento de la iniciación sexual de los adolescentes.

Entre las niñas, la proporción de las que tiene su primera relación sexual antes de los 17 años de edad en Malí (72%), en Jamaica (53%), en Ghana (52%), en los Estados Unidos (47%) y en la República Unida de Tanzania (45%) es entre siete y diez veces superior a la proporción correspondiente a Tailandia (7%) y Filipinas (6%). La proporción de varones que han tenido relaciones sexuales antes de cumplir 17 años en Jamaica (76%), los Estados Unidos (64%) y el Brasil (63%) es aproximadamente diez veces superior a la proporción registrada en Filipinas (7%).

Las diferencias entre los adolescentes varones y mujeres son muy grandes en Ghana y Malí, donde hay mayores proporciones de niñas que de niños que comienzan a tener actividad sexual precozmente; y en el Brasil, Costa Rica, la República Dominicana, el Perú y Tailandia, donde ocurre lo contrario.

Salud reproductiva, higiene sexual y comportamiento de los adolescentes

Los adolescentes, varones y mujeres, enfrentan diferentes presiones sociales que afectan su posibilidad de abordar responsablemente las cuestiones de la sexualidad. Los varones suelen ser objeto de presiones para comenzar su actividad sexual a fin de probar su virilidad y ser aceptados por sus amigos⁵⁰. Las niñas pueden estar sometidas a presiones para abstenerse de solicitar información sobre cuestiones sexuales, por temor a ser consideradas "livianas", o también pueden enfrentar presiones de otro tipo, para iniciar relaciones sexuales a cambio de beneficios.

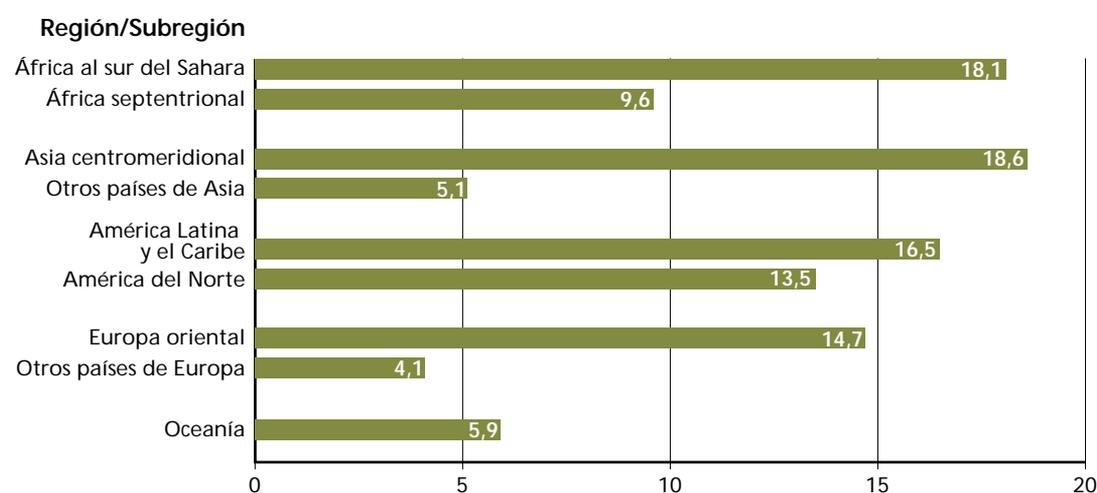
Las presiones que se ejercen sobre los jóvenes también son intrínsecas. Los jóvenes desean transformarse en hombres o mujeres y, en consecuencia, organizan su comportamiento sobre la base de estereotipos masculinos y femeninos aprendidos de los medios de difusión, los adultos y los demás jóvenes. Si se atienen a esos estereotipos de género, pueden adoptar comportamientos riesgosos.

Por ejemplo, los jóvenes que creen decididamente en los estereotipos masculinos tienen mayor cantidad de compañeras sexuales, menor nivel de intimidad con sus compañeras, mayor nivel de convicción de que las relaciones sexuales son relaciones entre adversarios, menor coherencia en el uso de condones y mayor preocupación acerca de que los condones menoscaban el placer masculino. Asimismo, valoran menos la apreciación de sus compañeras cuando se trata del uso de condones, asumen un más bajo nivel de responsabilidad en cuanto a prevenir el embarazo y tienen una más fuerte creencia en que el embarazo valida la virilidad⁵¹.

En México y los Estados Unidos, las adolescentes que habían solicitado métodos anticonceptivos tenían una más débil vinculación con los papeles sexuales tradicionales de la mujer que otras niñas que habían quedado embarazadas⁵². En Tailandia, Zimbabue y muchos otros lugares, el estereotipo admirado, de niñas calladas, inocentes y "buenas", impide que las niñas negocien el uso de condones⁵³.

Tanto los varones como las niñas suelen aceptar la "doble norma" (diferente para los varones y las mujeres), que puede redundar en comportamientos deficientes en lo concerniente a la salud reproductiva. Muchos adolescentes encuestados en la India y Tailandia estuvieron de acuerdo con que los varones tuvieran múltiples compañeras sexuales, pero rechazaron la idea de que ocurriera lo propio con las mujeres y aceptaron que los varones tuvieran relaciones sexuales prematrimoniales, pero no las mujeres⁵⁴. Con frecuencia, tanto los adolescentes como las adolescentes manifestaron que los jóvenes varones que no iniciaban y controlaban las relaciones sexuales eran débiles, actitud que a me-

Gráfico 4: Porcentaje de alumbramientos por mujeres menores de 20 años, respecto de todos los alumbramientos, por región/subregión



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2000. *World Population Monitoring, 2000: Population, Gender and Development*.



nudo conduce a los varones a obligar a las niñas a tener relaciones sexuales⁵⁵.

Es necesario que los padres y madres estén más involucrados. Los progenitores afirman que les gustaría que sus hijos recibieran enseñanzas acerca de la sexualidad, pero, en su mayoría no la imparten. Muchos están mal informados o se sienten turbados al tocar el tema y temen que se les formulen preguntas a las que no pueden responder⁵⁶.

Las niñas conversan con sus madres acerca de la menstruación y el embarazo, pero raramente se comunican con su compañero sexual. Los varones reciben incluso menos información por parte de sus progenitores y, por cierto, no tanta como querrían⁵⁷. Los padres suelen estar ausentes o silenciosos y, por ende, proporcionan un modelo de comportamiento masculino desamorado. En verdad, en un estudio realizado en Zimbabwe se informó de que los padres estaban “frecuentemente ausentes de su hogar y solía percibirseles como personas remotas, temibles, depresivos e impredecibles, a las que era mejor evitar”⁵⁸.

Las desigualdades sociales y sexuales aprendidas durante la infancia y la adolescencia incrementan la vulnerabilidad de las niñas al embarazo y el contagio con el VIH debido a que en una relación, ellas no pueden negociar relaciones sexuales de menor riesgo en un pie de igualdad⁵⁹. Asimismo, las niñas corren mayores riesgos que los varones de ser objeto de abuso sexual y violencia física infligidos por un compañero.

Las jóvenes casadas pueden estar en situación particularmente desventajosa. Las jóvenes recién casadas que preferirían esperar antes de tener un hijo pueden encontrarse con que sus esposos, sus familias, e incluso algunos encargados de servicios de salud, no les proporcionan anticonceptivos hasta que hayan tenido un hijo⁶⁰. Cuando las mujeres dependen de sus esposos, también pueden carecer de facultades para negociar prácticas sexuales de menor riesgo⁶¹.

Los programas pueden contribuir a cambiar las normas

Esas actitudes pueden cambiar y los programas pueden ayudar al respecto. Naturalmente, los programas son uno entre muchos factores que influyen sobre las normas de género, pero son un punto de partida.

A veces, simplemente al señalar a la atención la desigualdad en las normas de género se pueden suscitarse mejoras. En la India, el Centro de Educación, Capacitación y Concienciación sobre la Nutrición ofrece en las ferias locales representaciones teatrales ilustrativas de cómo las suposiciones de que las mujeres no deben viajar sin permiso y deben encargarse de todas las tareas domésticas podría menoscabar la posibilidad de las familias de recibir buena atención de la salud. Los líderes locales afirmaron que nunca habían reflexionado sobre esas cuestiones y apoyaron decididamente cambios que otorgaron a las mujeres mayor grado de libertad⁶².

Al ayudar a los jóvenes a tomar conciencia de las suposiciones en cuestiones de género se puede propiciar una mejor cooperación. En Tailandia, el Proyecto de Lucha contra el SIDA en Bangkok organizó grupos de opinión integrados por adolescentes, varones y mujeres, para hablar de la utilización de condones. En esos grupos se comprobó que los hombres y las mujeres tailandeses tenían diferentes puntos de vista respecto de las relaciones sexuales. Mientras las jóvenes aspiraban a situaciones románticas, los varo-

nes querían relaciones sexuales y a veces obligaban a las niñas a tener relaciones sin protección. Sobre la base de esas conclusiones, el proyecto imprimió folletos separados para distribuirlos entre adolescentes varones y mujeres. En cada folleto figuraba una descripción de lo que querían y esperaban las personas del otro sexo, así como las maneras de hablar de esas cuestiones⁶³. Los folletos tuvieron tanta aceptación que otros proyectos compraron miles de ejemplares.

Algunos programas estudian a los jóvenes que poseen buenas aptitudes de comunicación y cooperación para determinar qué es lo que hacen correctamente. En el Brasil, algunos jóvenes varones *no* actúan de acuerdo con los estereotipos culturales predominantes, que presentan varones agresivos y no comunicativos. Todos esos jóvenes han tenido un pariente o amigo que les ofreció un ejemplo diferente. Los jóvenes que podían reflexionar sobre sus vidas o ser considerados competentes en alguna esfera de sus vidas — escuela, trabajo, deportes o música — estaban en mejores condiciones de hacer caso omiso de los estereotipos masculinos tradicionales. Entre las respuestas de los programas puede incluirse la colaboración con los jóvenes para reflexionar acerca de sus acciones, ofrecerles mentores que promuevan la seguridad en las relaciones sexuales, les impartan aptitudes y los ayuden a cuestionar los modelos tradicionales de comportamiento⁶⁴.

La experiencia de programas realizados en el pasado indica que los jóvenes necesitan programas accesibles, en que no se los critique y se responda a lo que los jóvenes quieren⁶⁵. Debido a que hay tantas clases diferentes de jóvenes — varones y mujeres, casados y solteros, con y sin actividad sexual — no hay un único criterio que sea apto para todos ellos⁶⁶. Aun cuando deberían realizarse acciones por separado para satisfacer las necesidades de los varones y las niñas, lograr que se escuchen entre ellos es particu-

RECUADRO 13

Las normas culturales de género pueden impedir las relaciones sexuales sin riesgo

En el Brasil, los varones aprenden que la actividad sexual es una parte importante de su masculinidad. Un “macho” debe tener actividad sexual y seguridad financiera. Para la mayoría de los jóvenes varones, tener actividad sexual es más fácil que encontrar un empleo, de modo que las conquistas sexuales son una de las pocas maneras en que pueden afirmar su masculinidad. Los varones aprenden las normas de masculinidad de otros varones. Amigos, tíos, hombres de su vecindario, incluso los padres, acicatean a los jóvenes y los alientan a tener relaciones sexuales y, si no las tienen, los califican de homosexuales.

En el Brasil, las niñas reciben un mensaje diferente. Una mujer debe ser más frágil que un hombre, menos enérgica y más capaz de controlar su sexualidad. Antes del matrimonio, no debe tener actividad sexual ni estar informada acerca de cuestiones sexuales. Después del matrimonio, su esposo le enseñará lo que necesite saber.

Esas normas sociales de género redundan en deficiente cooperación y comunicación en cuestiones de sexualidad. Las niñas dicen que no pueden sugerir el uso de condones ni llevarlos consigo por temor a ser consideradas promiscuas. Los varones dicen que no pueden aceptar la abstención por temor a ser considerados débiles. Las niñas corren riesgo de deshonor si buscan información acerca de la sexualidad o demuestran interés al respecto. Los niños corren riesgo de que se los ridiculice si se limitan a una única compañera.

larmente eficaz para facilitar la comunicación sin trabas en la pareja.

Al capacitar a los jóvenes para que sean educadores de otros jóvenes se puede legitimar el intercambio de ideas sobre responsabilidad sexual. Los jóvenes varones se reúnen con otros de la misma edad que hablan sin dificultades y abiertamente acerca de la sexualidad y promueven los comportamientos responsables como una cualidad “masculina” atrayente. Ser un educador de otros jóvenes también posibilita que las niñas hablen de cuestiones sexuales sin riesgo de que se las tache de promiscuas⁶⁷.

Los programas pueden satisfacer las necesidades de los jóvenes a un menor costo si evitan tratar la sexualidad en la adolescencia como cuestión médica. Muchos jóvenes, tal vez la mayoría, sólo necesitan información, aptitudes para la vida y consejos sanos. Esas necesidades pueden satisfacerse en los ámbitos comunitarios que los jóvenes prefieran. Los recursos deferirán cuando se trate de varones y niñas, de menor o de mayor edad, pero pueden incluir clubes deportivos, grupos de exploradores, farmacias y lugares de trabajo⁶⁸. Los servicios de salud pueden apoyar esas acciones⁶⁹.

También es necesario que los programas se orienten hacia los adultos, para que éstos no limiten el acceso de los jóvenes a la información y los servicios de salud y no impidan así que los jóvenes ejerzan su responsabilidad sexual. Por ejemplo, el personal de atención de la salud suele negarse a tratar a los jóvenes que solicitan atención de la salud, los progenitores no proporcionan información a sus hijos y los maestros omiten presentar materiales sobre higiene sexual en sus clases.

En un estudio realizado en Kenya se determinó que un 71% de los progenitores informaron de que en el año transcurrido habían conversado con sus hijos acerca de las tareas escolares, pero sólo un 28% de ellos habían hablado con sus hijos acerca del comportamiento sexual⁷⁰. Es preciso que los padres y madres examinen sus propias suposiciones acerca de cuestiones de género y sexualidad y decidan si son esos los valores que desean que sus hijos adopten. Una vez que los padres y madres reconocen la importancia de su propio papel en el proceso de educación, los programas pueden hacer hincapié en ofrecer información y ayudar a los progenitores a elaborar criterios para conversar con sus hijos.

Los padres y madres no son los únicos adultos que deberían estar involucrados. En Uganda, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) utiliza una amplia definición que equipara los progenitores a todos los adultos que cuidan a niños: madres, padres, abuelos, tías, tíos, padrastros, madrastras, tutores y amigos de la familia. Los agentes de salud, los maestros, los instructores y otras personas que trabajan con jóvenes también pueden pasar a ser eficaces fuentes de información para ellos. Al igual que lo que ocurre con padres y madres, es preciso que estos adultos tengan conciencia de sus propios prejuicios, y también que tengan acceso a información fidedigna.

Hay varios tipos de programas que enseñan comunicación entre las personas de diferentes generaciones acerca de la sexualidad. En Kenya, por ejemplo, la Asociación de Planificación de la Familia está ensayando un modelo centrado en los progenitores para ampliar la información y los servicios ofrecidos a los jóvenes residentes en el poblado de Nyeri. En virtud del programa, se capacita a padres y madres para que actúen como amigos de sus hijos y proporcionen a los adolescentes y a otros padres y madres información, asesoramiento básico y remisión a otras instancias. Además, se capacita a los encargados de prestar servicios privados y públicos para que reciban remisiones de adolescentes que necesitan niveles más avanzados de información, asesoramiento o atención clínica⁷¹.

El FNUAP ha apoyado varios proyectos de educación de padres y madres en África y en otras partes del mundo. En Malawi, por ejemplo, un proyecto está tratando de integrar la educación de padres y madres en un programa de capacitación con base comunitaria. En Egipto, un proyecto interregional que cuenta con el apoyo del FNUAP ha capacitado eficazmente a teólogos musulmanes para que impartan instrucción extraescolar y asesoramiento a padres y madres sobre salud reproductiva, educación sobre la sexualidad y planificación de la familia. En México, el grupo *Gente Joven* tiene el propósito de mejorar la comunicación entre generaciones y establecer en los adultos, padres y madres una actitud clara y positiva respecto de la sexualidad de los jóvenes. El programa ofrece cursos básicos sobre orientación sexual para padres y madres de jóvenes de entre 11 y 20 años de edad. En 1991 también se impartió capacitación a 110.000 promotores de la juventud.

Políticas de promoción de alianzas

De conformidad con las normas sociales vigentes en la actualidad, se priva a los jóvenes de información fidedigna, al mismo tiempo que la cultura popular exalta y alienta la actividad sexual⁷². Los encargados de for-

RECUADRO 14

La Fundación Gates ayuda a proteger a los jóvenes africanos contra el VIH/SIDA

En abril de 2000, la Fundación Bill & Melinda Gates anunció un subsidio por valor de 57 millones de dólares con destino a programas cuyo objetivo es proteger contra el VIH/SIDA a los jóvenes de Botswana, Ghana, la República Unida de Tanzania y Uganda. La prevención de enfermedades mortales entre los niños pobres es un tema de prioridad fundamental para esa fundación estadounidense.

El subsidio, de cinco años de duración, se utilizará para ampliar las campañas nacionales encaminadas a educar a los jóvenes acerca de la prevención del VIH/SIDA y velar por que puedan protegerse a sí mismos. Los gobiernos de los países ejecutarán los programas en colaboración con el FNUAP, dos ONG internacionales dotadas de amplia experiencia en África al sur del Sahara — el Programa de Tecnología Apropriada en Salud (PATH) y *Pathfinder International* — y grupos locales.

Los cuatro países fueron seleccionados sobre la base de las necesidades y de su demostrado compromiso en pro de la prevención del VIH/SIDA entre los jóvenes.

Personal sobre el terreno del FNUAP, del PATH y de *Pathfinder* han formulado diversos proyectos: educación rural y urbana, asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes dentro y fuera de la escuela, servicios accesibles de salud reproductiva (ofrecidos en centros de la juventud, por ejemplo) y capacitación en el empleo para jóvenes en situación desventajosa.

Los programas que reciben apoyo también servirán como modelo para otros países gravemente afectados y para la asistencia internacional. Una red regional de apoyo facilitará el intercambio de información sobre las experiencias nacionales.



mular políticas pueden contribuir a cambiar esas normas. Pueden promulgar y hacer cumplir leyes que protejan a las niñas y los niños varones contra los abusos perpetrados por adultos y contra el matrimonio precoz. En colaboración con los profesionales de la salud, pueden proporcionar a los adolescentes acceso a la información, aptitudes y servicios, de ser necesario. Pueden apoyar las acciones para que los jóvenes, en especial las niñas, sigan asistiendo a la escuela.

Y, lo que es más importante, los encargados de formular políticas y los líderes políticos pueden convertirse en nuevos modelos de comportamiento y validar a las mujeres capaces y a los hombres compasivos. Mediante sus acciones, están en condiciones de demostrar que los hombres y las mujeres pueden comunicarse y cooperar, y que lo hacen.

Necesidades de los hombres en materia de salud reproductiva

Si bien las mujeres corren mayores riesgos de contraer enfermedades del aparato reproductor que los hombres, los hombres también están sujetos al contagio con enfermedades de transmisión sexual y sufren otros problemas de salud reproductiva, entre ellos impotencia o infertilidad. La muerte o la enfermedad de sus esposas a raíz de la inadecuada atención de la salud reproductiva es también una carga que agobia a muchos hombres.

Se ha calculado que, debido a las enfermedades de transmisión sexual, excluido el VIH/SIDA, cada año se perderán más de 1,9 millón de años de vida ajustados en función de discapacidades para el caso de los varones de 15 a 59 años de edad; y otros 16,8 millones de años se perderán a raíz del VIH/SIDA⁷³. La infertilidad, con frecuencia a raíz de enfermedades de transmisión sexual que no han recibido tratamiento, afecta a millones de hombres, pero las estadísticas son deficientes, dado que la salud reproductiva de los varones suele no evaluarse desde el punto de vista médico y está insuficientemente estudiada⁷⁴.

Los hombres, al igual que las mujeres, quieren espaciar los alumbramientos o limitar el número de hijos; pero sus necesidades quedan insatisfechas. En algunos países en desarrollo, por ejemplo, entre la cuarta parte y las dos terceras partes de los hombres afirman que no quieren tener más hijos; pero ni ellos ni sus esposas están utilizando anticonceptivos⁷⁵.

Los servicios de salud reproductiva orientados a los hombres se han concentrado en el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y la lucha contra éstas. En muchos países también se ha tratado de proporcionar información y servicios a los conscriptos⁷⁶. En Bolivia, el Ecuador, Nicaragua, el Paraguay y el Perú, varios programas que cuentan con el apoyo del FNUAP están creando en las fuerzas armadas y las fuerzas policiales mayor conciencia acerca de la higiene sexual y la salud reproductiva de los hombres, la desiguales relaciones de género y la violencia contra la mujer⁷⁷.

En los últimos años, la proporción del uso de anticonceptivos por los hombres (inclusive condones y los métodos de retiro, abstinencia periódica y vasectomía) ha ido disminuyendo. Ha llegado al 26%, lo cual representa una disminución del 11% respecto de

1987 y del 5% respecto de 1994⁷⁸. La vasectomía (anticoncepción quirúrgica masculina) es un procedimiento más seguro y menos invasor del cuerpo que la correlativa operación femenina (ligadura de trompas), pero se la practica mucho menos.

Los usuarios potenciales citan varias razones por las que consideran que determinados métodos son inaceptables (por ejemplo, preocupaciones acerca de la permanencia o la reversibilidad del método, interrupción de la espontaneidad de las relaciones sexuales, efectos negativos sobre la libido o el desempeño sexual). Pero esos métodos ofrecen beneficios: en el caso de los condones, la prevención del contagio con el VIH; en el de muchas vasectomías, permanencia; en el de la abstinencia y el retiro, ausencia de costos financieros.

En muchos países, el grado de información que poseen los hombres solteros sobre cómo evitar el embarazo y prevenir el contagio con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual aún sigue siendo escaso. Los hombres solteros que tienen actividad sexual manifiestan que usan los condones en proporciones diversas (del 7% al 50% en África al sur del Sahara y entre el 27% y el 64% en América Latina)⁷⁹. No obstante, las lagunas en la información, sumadas a la turbación y la renuencia de los encargados de proporcionar condones, impiden un mayor uso.

Los programas encaminados a cambiar las actitudes masculinas, apoyar los servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, e impartir sensibilidad a las cuestiones de género⁸⁰, han puesto de manifiesto algunos adelantos. Los programas de asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes han sido particularmente útiles en el caso de los varones adolescentes.

La Federación de Planificación de la Familia de Ghana ha intensificado el interés de los hombres en el uso de anticonceptivos aplicando un enfoque en que se combinan las acciones en los medios de difusión con la divulgación por personal de las clínicas, a fin de promover una amplia gama de cuestiones de salud reproductiva, incluidas la impotencia y la infertilidad⁸¹.

En México y en Colombia, el asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes ha intensificado la aceptación de la vasectomía. Debido a la capacitación de asesores y personal paramédico en México, aumentó en un 25% la aceptación y se redujo la dependencia respecto de la anticoncepción quirúrgica femenina. En Turquía, al asesorar a las parejas acerca de la vasectomía después de un aborto se ha promovido la aceptación del procedimiento y se ha reducido el recurso al aborto.

Necesidades de migrantes y refugiados en materia de salud reproductiva

Atender las necesidades de salud, inclusive las necesidades de salud reproductiva, de personas que la infraestructura existente no atiende, o no puede atender, es una cuestión prioritaria de salud pública. Esos grupos abarcan personas afectadas por guerras o desastres naturales; poblaciones remotas y otras comunidades que viven en la pobreza; o países perjudicados por reveses económicos o transiciones. Las mujeres y los niños constituyen una proporción muy

Los hombres, al igual que las mujeres, quieren espaciar los alumbramientos, pero sus necesidades quedan insatisfechas.

grande de esas comunidades, y aparecen cada vez más asumiendo funciones de jefes de familia.

Se ha calculado que en todo el mundo hay actualmente 125 millones de migrantes internacionales y 15 millones de refugiados que van al extranjero en procura de mejores vidas para sí mismos y sus familias, huyendo de guerras, de disturbios civiles, del hambre y de la destrucción del medio ambiente. Hay otros 20 millones de personas clasificadas como internamente desplazadas dentro de sus propios países. Esos migrantes y refugiados, en su mayoría, van a parar a zonas urbanas y mayormente — hasta un 80% en algunas zonas — son mujeres y niños⁸².

Casi todos los refugiados y la mitad de todos los migrantes viven en países en desarrollo, donde los servicios suelen ser lastimosamente insuficientes para satisfacer sus necesidades en materia de salud reproductiva. En un grado aun mayor que otros grupos, los migrantes y los refugiados necesitan servicios de salud reproductiva, inclusive la protección contra el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, servicios para la maternidad sin riesgos y protección contra la violencia sexual y de género. Pero con demasiada frecuencia carecen de acceso a estos importantes servicios. Esos grupos, apiñados en los márgenes de las ciudades, alojados en campamentos transitorios en zonas remotas, muchos de ellos carentes de un lugar que puedan considerar su hogar, figuran entre los miembros más vulnerables de la sociedad⁸³.

Dado que en los países en desarrollo las familias migrantes suelen ser pobres y vivir en condiciones miserables en asentamientos de precaristas, en villas de

emergencia o en las calles, corren mayores riesgos que la población en general en lo concerniente a embarazos no deseados, complicaciones del embarazo y violencia doméstica. Las mujeres y los niños también corren riesgo de explotación sexual, contagio con enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA) y violencia por motivos de género⁸⁴. Con frecuencia, las mujeres y las adolescentes caen presa de la industria del sexo.

Por conducto de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la comunidad internacional está tratando de restaurar las vidas de las personas desplazadas, particularmente las mujeres y los niños. Mediante empleos y capacitación práctica, acceso a herramientas y equipo y programas de crédito, las mujeres y sus familias están reconstruyendo sus vidas⁸⁵. En forma similar, los programas de salud reproductiva deben llegar a las mujeres — y a los hombres — en sociedades en transición y situaciones de refugiados, proporcionando servicios que los protejan contra embarazos no deseados y enfermedades y los ayuden a asegurar una procreación saludable.

Las personas desplazadas de sus viviendas como resultado de conflictos civiles, guerras o desastres naturales, suelen ser vulnerables a los riesgos de salud reproductiva y carecer de acceso regular a los servicios y la información. En esas situaciones, muchas mujeres se encuentran como jefas de familia o solas sin protección familiar, con lo cual aumentan su vulnerabilidad a la explotación sexual y los peligros concomitantes.

La violencia sexual es común en muchos conflictos armados, especialmente cuando los combatientes

RECUADRO 15

El FNUAP y las necesidades de salud reproductiva en situaciones de emergencia

A partir de 1994, el FNUAP ha centrado activamente la atención internacional en la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los refugiados y las personas desplazadas, y ha prestado asistencia a proyectos de salud reproductiva de emergencia en más de 30 países. En virtud de esos proyectos se ofrecen: atención personal en materia de higiene; atención prenatal, del parto en condiciones de seguridad y postnatal; tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio; información y servicios de planificación de la familia; prevención y atención de las infecciones del aparato reproductor y las enfermedades de transmisión sexual, incluida la prevención del VIH/SIDA; y tratamiento de las consecuencias de la violencia sexual.

En 1995, el FNUAP y el ACNUR, con la colaboración del UNICEF y de la OMS, organizaron un simposio para organismos de asistencia humanitaria, a raíz del cual se creó el Grupo Mixto de Trabajo sobre Necesidades de Salud Reproductiva en Situaciones de Refugiados y se preparó el *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health Needs in Refugee Situations*, que posteriormente ha sido ampliamente utilizado por muchos organismos en situaciones de emergencia. La versión más reciente del manual fue dada a conocer por la OMS, el ACNUR y el FNUAP en junio de 1999.

El Grupo Mixto de Trabajo sigue desempeñándose como activo órgano de coordinación de organismos internacionales en esta esfera y proporciona un vehículo para el intercambio de información sobre las operaciones, además de fijar estándar

para los servicios de atención, guiar la investigación y coordinar la capacitación y las acciones de promoción.

El Grupo Mixto de Trabajo también contribuyó a preparar y perfeccionar el contenido de un conjunto de 12 botiquines de emergencias obstétricas y salud reproductiva que pueden ser enviados por avión a zonas afectadas por crisis antes de que sea posible establecer allí programas más integrales. El FNUAP organiza esos botiquines y los pone a disposición de organismos y gobiernos nacionales, a petición de éstos, en situaciones de emergencia. El Fondo ha aportado equipo y suministros de ese tipo, así como apoyo técnico a los servicios de salud reproductiva en el Afganistán, Albania, Bosnia y Herzegovina, Eritrea, Kosovo, Guinea-Bissau, Mongolia, Mozambique, la República Unida de Tanzania, Rwanda, Timor Oriental y Zimbabue.

En 1999 y a principios de 2000, el FNUAP respondió a diversos casos de desastres naturales, entre ellos terremotos en Turquía; deslizamientos de tierras en Venezuela; un ciclón en la India; e inundaciones en Madagascar, Mozambique y Zimbabue.

El FNUAP colabora estrechamente con otros organismos y organizaciones internacionales, así como con grupos locales, y ha suscrito acuerdos con el ACNUR, la Organización Internacional para las Migraciones y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. El Fondo aporta regularmente servicios de expertos en la documentación de los aspectos demográficos de situaciones de crisis, como parte del diagnóstico de las necesidades humanitarias y la planificación conjunta por los organismos de las Naciones Unidas.



entran en contacto con las poblaciones civiles; en varios conflictos recientes se han documentado grandes cantidades de violaciones. Por consiguiente, hay una necesidad crítica de proporcionar a las mujeres y las jóvenes que han sido objeto de violencia sexual el tratamiento, el asesoramiento y los servicios necesarios, entre ellos la anticoncepción de emergencia, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y la atención del parto y las complicaciones del aborto.

Alianzas para la salud reproductiva y la planificación de la familia

Los gobiernos pueden promover la participación de las comunidades en la mejora de la salud reproductiva y pueden disponer que los programas del sector público tengan mayor sensibilidad de género. Con esos fines, se han preparado varias guías y currículos y en algunos países se ha ampliado la capacitación conexa del personal de programas⁸⁶. Las organizaciones no gubernamentales suelen tener mayor flexibilidad al respecto que los servicios gubernamentales y con frecuencia es para ellas más fácil que para los gobiernos trabajar en temas delicados, como la salud de los adolescentes y la violencia por motivos de género.

Redes

Uno de los principales aspectos fuertes de las organizaciones no gubernamentales es su capacidad para entablar alianzas y relaciones de coparticipación entre ellas y con los gobiernos. Esas redes de organizaciones aplican diversas perspectivas y tipos de conocimientos especializados a las cuestiones de interés común.

En el **Brasil**, la **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos** es una red de escala nacional integrada por 60 ONG y grupos de mujeres, 20 grupos universitarios que se ocupan de cuestiones de género y salud, legisladoras, profesionales de la salud y del derecho y activistas de derechos humanos. Después de la CIPD, esta red ha facilitado la participación de la mujer en la formulación y la aplicación de políticas sobre salud reproductiva y derechos reproductivos de las mujeres y las adolescentes, ha fortalecido la perspectiva de género y ha contribuido a crear una nueva visión y nuevos indicadores de salud.

La **Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)** congrega a asociaciones de planificación de la familia de 150 países. La Carta de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, elaborada en 1995 por la IPPF, se utiliza en todo el mundo para enmendar la legislación y emprender tareas de promoción sobre cuestiones delicadas, como el aborto en malas condiciones y los embarazos no deseados.

Health Empowerment Rights and Accountability (HERA) es una red internacional de ONG compuesta por investigadores y organizaciones de mujeres y formada durante el proceso de la CIPD a fin de promover la igualdad de género, la salud reproductiva y los derechos reproductivos. HERA es coordinada por la Coalición Internacional para la Salud de la Mujer (IWHC) y sus informes actualizados, boletines, consultas y seminarios prácticos han tenido influencia en cuanto a la concienciación de la

comunidad internacional sobre la importancia de las cuestiones de género y los derechos de la mujer en las estrategias de población y desarrollo.

El **Grupo Internacional de Acción e Investigación sobre Derechos Reproductivos**, establecido en 1992, colabora con otras redes de mujeres, entre ellas **Alternativas de Desarrollo para la Mujer en la Nueva Era (DAWN)**, la **Coalición para la Salud de la Mujer de América Latina y el Caribe** y la **Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos**. La influencia de sus políticas se pone de manifiesto en los siete países donde realizaron tareas de investigación (el Brasil, Egipto, los Estados Unidos, Filipinas, Malasia, México y Nigeria) así como en el plano internacional, en que han contribuido a incorporar al temario intergubernamental los aspectos culturales, políticos y económicos de los derechos reproductivos.

El **Fondo Mundial para la Mujer** fue establecido a mediados del decenio de 1980 para ayudar a las mujeres y las organizaciones de mujeres a transformar sus sociedades. El Fondo Mundial estudió los efectos de sus subsidios en ocho países, entre ellos los efectos sobre las actitudes de las mujeres respecto de la planificación de la familia y el uso de anticonceptivos. El estudio llegó a la conclusión de que "la participación en las actividades de las organizaciones amplía los medios de acción de las mujeres (mediante mayor autoestima, mayores conocimientos, más aptitudes y mayor autonomía económica). Esto, a su vez, tiene efectos sobre la salud reproductiva y el comportamiento. Para muchas mujeres, ahonda su deseo de utilizar anticonceptivos, y al mismo tiempo, aumenta sus posibilidades de tener acceso a ellos"⁸⁷.

Organizaciones no gubernamentales nacionales y servicios comunitarios de salud

Las ONG nacionales están promoviendo la salud reproductiva y el bienestar de la mujer, ofreciendo atención de la salud y servicios sociales y participando activamente en los procesos de reforma del sector de salud. En **Bangladesh**, por ejemplo, un 25% de las actividades de salud reproductiva son realizadas por ONG. Una de ellas es el Comité de Adelanto Rural de Bangladesh (BRAC), fundado en 1972, que cuenta con más de 20.000 funcionarios y llega a 2,1 millones de mujeres y niñas en 65.000 aldeas y 34.000 escuelas.

En **Bangladesh, Colombia, Jamaica, México, el Perú y Zambia**, las ONG han asumido el liderazgo en cuanto a la ampliación de servicios, en particular, proporcionando servicios de planificación de la familia en el marco de los servicios de salud reproductiva y ofreciendo servicios a hombres y adolescentes. PROFAMILIA, una asociación colombiana afiliada a la IPPF, ofrece más del 60% de los servicios de planificación de la familia existentes en el país. A partir de 1994 ha ido extendiendo los servicios de salud reproductiva que proporciona, además de ofrecer otras actividades para la ampliación de los medios de acción de la mujer. En el **Perú**, la ONG de mujeres Manuela Ramos está colaborando con cerca de 90 organizaciones de mujeres de base comunitaria, en virtud de un proyecto titulado *ReproSalud*⁸⁸.

En **China**, la Fundación Ford apoyó el Programa de Salud Reproductiva y Desarrollo de la Mujer para abordar las cuestiones de salud reproductiva de la mujer en el contexto social y económico más amplio

Para las organizaciones no gubernamentales suele ser más fácil que para los gobiernos trabajar en temas delicados, como la salud de los adolescentes.

RECUADRO 16

Uso de redes para promover la salud reproductiva

El proyecto ACCESS, del Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA), proporcionó servicios de planificación de la familia y salud reproductiva con base comunitaria en Nigeria, colaborando con diez organizaciones de defensa de los intereses de la mujer en varios estados de ese país. Todas ellas son filiales a escala estatal de redes nacionales de mayor magnitud, entre ellas el Consejo Nacional de Sociedades de Mujeres, la Organización Cristiana para la Salud de Nigeria, la Asociación de Campesinas Nigerianas, la organización Mujeres en Nigeria y la Organización de Salud de las Comunidades de Base de Nigeria. Las organizaciones colaboran con 500 sociedades locales, las cuales ofrecen servicios integrados por conducto de más de 2.000 agentes, puesteros en mercados y comerciantes. La fortaleza de esas redes dimana de su legitimidad nacional y su credibilidad y, lo que es más importante, su pertinencia local y su capacidad para colaborar con programas de gobiernos locales y apoyarlos.

que conforma la salud femenina en general⁸⁹. El programa posibilitó que las campesinas pobres comprendieran más sus necesidades de salud, las expresaran mejor y actuaran al respecto. Las comunidades participaron en la adopción de decisiones y el diseño de programas. En virtud de esta iniciativa, también se capacitó a profesionales nacionales y locales para que utilizaran un enfoque “de abajo hacia arriba” al satisfacer las necesidades individuales y de la comunidad.

Algunas asociaciones de planificación de la familia afiliadas a la IPPF están tratando de ayudar a las comunidades a determinar cuáles son sus problemas de salud reproductiva y al hacerlo, fomentan en la comunidad la confianza hacia los agentes de salud y aseguran que los nuevos servicios satisfagan las necesidades comunitarias. En Madrás (**India**), este enfoque ha fomentado mayores aptitudes de comunicación entre las mujeres y ha posibilitado que éstas hablen con sus esposos y asuman un papel más amplio en cuanto a velar por el bienestar de sus hijos⁹⁰.

Las organizaciones no gubernamentales y la salud reproductiva de los adolescentes

Las ONG están tratando de involucrar a los adolescentes en las actividades encaminadas a satisfacer sus necesidades de salud reproductiva e higiene sexual. Al dar a las niñas un espacio para que hablen acerca de sus sentimientos y expectativas respecto de la reproducción, la salud y la sexualidad se adopta una importante estrategia para lograr mejor salud reproductiva y mayor igualdad de género.

Algunos grupos tradicionales, entre ellos la Asociación Mundial de las Guías Scout, también están promoviendo los derechos reproductivos de las jóvenes. Una ONG de las comunidades de base, entre ellas la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, el CEDPA en la **India**, *Arrow* en **Malasia**, *ISIS International-Manila* en **Filipinas**, *Tanzania Media Women's Association* en la **República Unida de Tanzania** y el *Women's Health Project* en **Sudáfrica** están utilizando intercambios de ideas entre personas de un mismo grupo y técnicas de capacitación en cuestiones de género a fin de alentar a las niñas a que hablen acerca de la salud reproductiva y la higiene sexual y se hagan valer más en sus relaciones con los varones.

El Programa para Mejorar la Vida Reproductiva de los Adolescentes (PEARL) en **Uganda**, programa de base comunitaria que cuenta con el apoyo del FNUAP y cuyo objetivo principal es llegar a los jóvenes que no asisten a la escuela, tiene como meta crear para los adolescentes un ámbito protegido en que se combinen las actividades de recreación con el asesoramiento y los servicios en materia de salud reproductiva. Aunque el programa está dirigido a los adolescentes, también crea conciencia entre padres, madres, líderes religiosos y líderes comunitarios acerca de la importancia de ofrecer asesoramiento y servicios de ese tipo.

Otros grupos, entre ellos el Centro de Rehabilitación de Mujeres en **Nepal** y los miembros de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos en más de 23 países están abordando la difícil cuestión de mejorar la salud, el bienestar y las opciones de las niñas trabajadoras del sexo que han sido rescatadas.



Eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas:

prioridad de derechos humanos y de salud

“[La violencia contra las mujeres] abarca todo tipo de situaciones sociales y económicas y está profundamente enraizada en las culturas de todo el mundo, a punto tal que millones de mujeres la consideran un modo de vida”¹.

La violencia por motivos de género — en diversas formas, inclusive la violación, la violencia doméstica, los asesinatos “para restaurar la honra” y la trata de mujeres — se cobra un enorme precio en cuanto a la salud mental y física. Cada vez se reconoce más que la violencia por motivos de género es una importante cuestión de salud pública y una grave conculcación de derechos humanos básicos².

En todo el mundo, al menos una de cada tres mujeres ha sido apaleada, obligada a entablar relaciones sexuales bajo coacción o maltratada de alguna otra manera, muy frecuentemente por alguien que ella conoce, inclusive su esposo u otro varón miembro de su familia; una de cada cuatro mujeres ha sido objeto de sevicias durante el embarazo³.

Millones de mujeres necesitan atención médica o sufren de otra manera los efectos de la violencia por motivos de género; el temor a la violencia coarta el intercambio de ideas y constriñe las opciones en materia de salud y las oportunidades en la vida de muchos otros millones de mujeres.

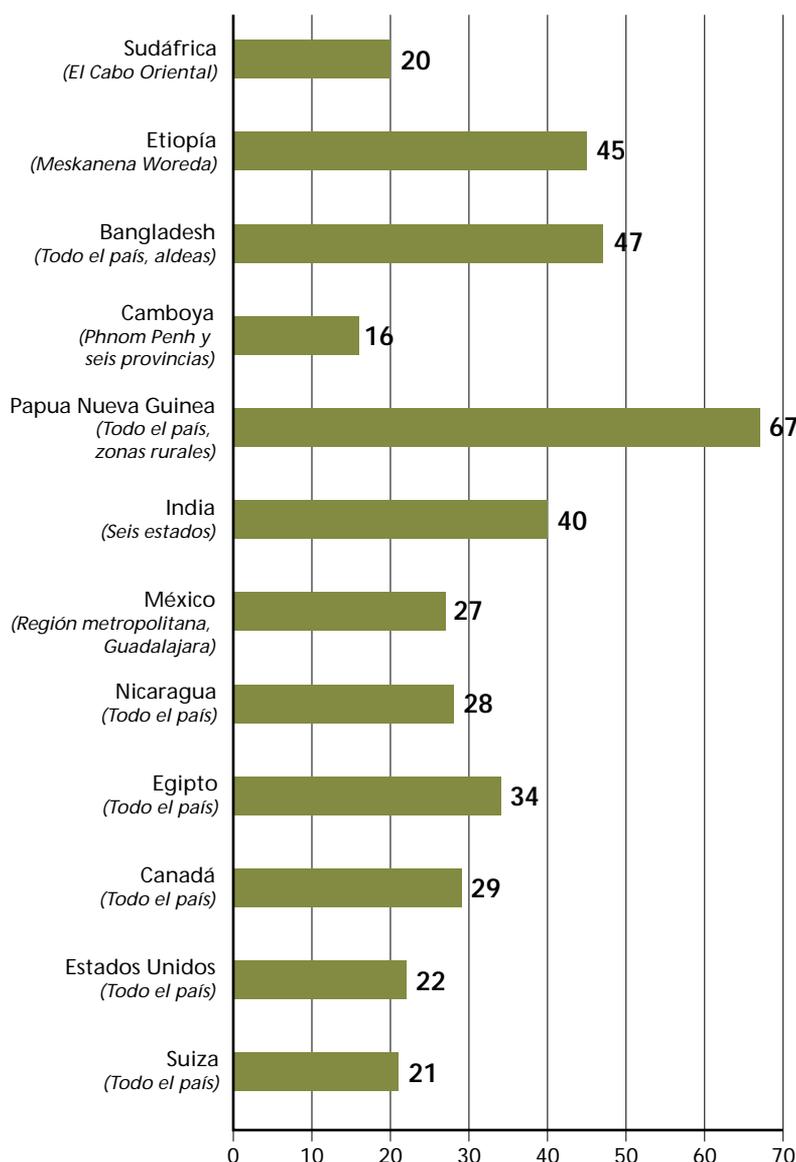
Casi siempre, los malos tratos físicos van acompañados de malos tratos psicológicos. Además, entre un tercio y la mitad de todos los casos entrañan abuso sexual. Una gran proporción de las mujeres que son objeto de sevicias están sujetas a reiterados actos de violencia⁴.

La violencia contra la mujer constituye una conculcación generalizada, aun cuando no suficientemente reconocida, de sus derechos humanos. En consecuencia, en 1993 la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena, y en 1995 la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, dieron prioridad a este problema.

FOTO: Prostitutas en India. Muchas mujeres y niñas son atraídas mediante señuelos hacia la prostitución por proxenetas que explotan a las muchachas pobres y vulnerables.

Bartholomew/Liaison

Gráfico 5: Porcentaje de mujeres adultas atacadas físicamente por un compañero
(En relaciones íntimas de cualquier tipo; estudios seleccionados)



Fuente: Heise, L., M. Ellsburger y M. Gottemoeller, 1999. "Ending Violence Against Women." *Population Report*, serie L número 11, Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Programa de Información sobre Población.

La violencia contra las mujeres y las niñas aparece en muchas formas:

- Al menos 60 millones de niñas que de otro modo habrían vivido, han "desaparecido" de diversas poblaciones, mayormente en Asia, como resultado del aborto selectivo en función del sexo, el infanticidio o la desatención;
- Los estudios sugieren que la violencia doméstica está generalizada en la mayoría de las sociedades y que es una frecuente causa de suicidio de mujeres;
- Van en aumento las violaciones y otras formas de violencia sexual. En muchos casos no se denuncia la violación debido al estigma y al trauma que

esto entraña, así como a la ausencia de trato compasivo por parte de los funcionarios del sistema judicial. Los cálculos de la proporción de violaciones denunciadas a las autoridades varían, desde menos del 3% en Sudáfrica hasta un 16% en los Estados Unidos;

- Cada año, dos millones de niñas de entre 5 y 15 años de edad son incorporadas al mercado comercial del sexo;
- Al menos 130 millones de mujeres han sido obligadas a someterse a la mutilación (o corte) genital; cada año, otros dos millones corren riesgo de ser objeto de esta degradante y peligrosa práctica;
- Los asesinatos perpetrados presuntamente "para restaurar la honra" se cobran cada año las vidas de miles de jóvenes mujeres, principalmente en el Asia oriental, el África septentrional y partes del Asia meridional. En 1999, al menos 1.000 mujeres fueron asesinadas por esa razón en el Pakistán.

En los Estados Unidos, cada 15 segundos una mujer es golpeada, por lo general por un compañero íntimo⁵. Casi siempre, la violencia física va acompañada de malos tratos psicológicos, que pueden ser igualmente ultrajantes y degradantes. Entre 613 mujeres que habían sido objeto de malos tratos en el Japón, por ejemplo, cerca de un 60% había padecido malos tratos físicos, psicológicos y sexuales a manos de sus compañeros; sólo un 8% había sido objeto exclusivamente de malos tratos físicos⁶. De manera similar, en León (Nicaragua), los investigadores comprobaron que de 188 mujeres que habían sido objeto de malos tratos por sus compañeros, sólo cinco no habían sido sometidas a ataques sexuales⁷.

Naturalmente, la medición de los actos de violencia contra mujeres y niñas no describe la atmósfera de terror que suele predominar en las relaciones abusivas. Por ejemplo, en una encuesta realizada en 1993 en todo el Canadá, los investigadores descubrieron que un tercio de todas las mujeres que habían sido objeto de violencia doméstica habían temido perder la vida en algún momento de la relación⁸. Las mujeres suelen admitir que los malos tratos psicológicos prolongados y la degradación constante son más difíciles de soportar que el dolor físico⁹.

Muchas culturas permiten o, al menos, toleran cierto grado de violencia contra la mujer. En el subcontinente de la India y en partes del Asia meridional y occidental y África, por ejemplo, se considera que los hombres tienen derecho a disciplinar a sus esposas como lo consideren necesario. En muchas sociedades es una convicción profundamente arraigada que el esposo tiene derecho a golpear o intimidar físicamente a su esposa.

Incluso las mujeres suelen considerar que un cierto grado de malos tratos físicos se justifica en ciertas circunstancias. Por ejemplo, un 80% de las mujeres encuestadas en zonas rurales de Egipto dijeron que los golpes eran comunes y a menudo justificados, particularmente si la mujer se negaba a tener relaciones sexuales con su compañero¹⁰.

La justificación de la violencia dimana de normas de género: percepciones distorsionadas de los papeles y las responsabilidades de los hombres y las mujeres en las relaciones.

Los estudios realizados en todo el mundo han demostrado una pauta constante de hechos que desen-



cadena respuestas violentas: no obedecer al esposo, replicar, negarse a tener relaciones sexuales, no preparar las comidas a tiempo, no cuidar a los niños, no ocuparse de la casa, formular preguntas al hombre acerca del dinero o de otras mujeres, o trasladarse a otro lugar sin permiso del esposo¹¹.

Repercusiones sobre la salud reproductiva

La violencia en todas sus formas causa inmensos perjuicios a la salud reproductiva y el bienestar de mujeres y niñas de todo el mundo, de manera directa e indirecta:

- Embarazos no deseados y acceso restringido a la información sobre planificación de la familia y los anticonceptivos;
- Aborto realizado en malas condiciones o lesiones a consecuencia de un aborto legal después de un embarazo no deseado;
- Complicaciones de frecuentes embarazos de alto riesgo y carencia de atención ulterior;
- Enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA;
- Persistentes problemas ginecológicos;
- Problemas psicológicos, inclusive el temor a las relaciones sexuales y la pérdida del placer.

La violencia como barrera contra la planificación de la familia

Aun cuando el uso de anticonceptivos sea aceptado por ambos miembros de la pareja, los investigadores han comprobado que las mujeres que son objeto de malos tratos tienden a no utilizar los servicios de planificación de la familia, aun cuando estos sean fácilmente accesibles, por temor a las represalias de sus esposos. En Zimbabue y Kenya, por ejemplo, las mujeres suelen esconder sus píldoras anticonceptivas debido a que están aterrorizadas por las consecuencias de que sus esposos descubran que ya no controlan la fecundidad de las mujeres¹². De manera similar, las mujeres maltratadas que participaron en intercambios de ideas en "grupos focales" en el Perú y México afirmaron que no hablan acerca del uso de anticonceptivos con sus esposos porque temen que estos se tornen violentos¹³.

En un estudio realizado en Ghana, cerca de la mitad de todas las mujeres y el 43% de los hombres afirmaron que se justificaba que un hombre apaleara a su mujer si ésta utilizaba un método de planificación de la familia sin el expreso consentimiento del marido¹⁴.

Aborto

Las mujeres que son objeto de malos tratos o temen plantear la cuestión de la planificación de la familia a sus compañeros corren riesgo de embarazos no deseados reiterados. Muchas mujeres maltratadas tratan de obtener abortos.

RECUADRO 17

Asesinatos en Suecia suscitan un debate acerca de la violencia doméstica

En octubre de 1999, después del cuarto caso en un mes en que la policía interrogó a un hombre o lo acusó de la muerte de su esposa o compañera, se intensificaron en Suecia las exhortaciones para eliminar la violencia doméstica contra la mujer.

Una mujer de 32 años de edad falleció tras precipitarse desde el balcón de un quinto piso. La policía interrogó al esposo, de 35 años de edad, después de que los vecinos manifestaron que la pareja había estado envuelta en una querrela en el balcón antes de la caída. En una semana en septiembre, tres otras mujeres fueron asesinadas y sus compañeros fueron los principales presuntos autores. Un hombre admitió que había matado a su esposa. Una joven de 19 años fue vapuleada hasta morir en su casa, después de haber denunciado a su ex novio por haberla amenazado.

En Suecia, unas 16 mujeres pierden su vida a manos de sus compañeros cada año, lo cual representa un sexto de todos los asesinatos. Entre enero y septiembre de 1998, se denunciaron malos tratos a mujeres en 20.373 casos.

Las investigaciones sobre la violencia doméstica en el período de 1991 a 1996 indicaron que con frecuencia, los hombres que matan a sus esposas o compañeras están ebrios o han padecido problemas psicológicos. Las razones más comunes fueron los celos y la separación.

Se exhorta a las autoridades a que presten mayor atención a los signos de alerta. Un portavoz del Consejo Nacional de Prevención de Crímenes dijo: "En muchos casos, los vecinos y los amigos saben que el hombre está vapuleando a la mujer, e incluso la mujer ha denunciado a la policía las amenazas o los ataques, pero no se hace lo suficiente".

3

RECUADRO 18

En el Pakistán raramente se castiga a los atacantes de mujeres

Las mujeres pakistaníes padecen enormes aumentos de la violencia por motivos de género, un marco jurídico profundamente perjudicado contra la mujer y un sistema de vigilancia del cumplimiento de la ley que traumatiza aún más a las víctimas, en lugar de facilitar que se haga justicia", se declara en un informe preparado en 1999 por *Human Rights Watch*. En el informe se mencionan tasas de violencia doméstica de hasta un 90% y al menos ocho casos de violación denunciados en el Pakistán cada 24 horas, así como un alarmante aumento de los llamados "asesinatos para restaurar la honra", delitos que se siguen perpetrando con una impunidad casi total.

En el informe se afirma que las autoridades encargadas de vigilar el cumplimiento de la ley suelen descartar los casos de violencia doméstica por considerarlos querrelas privadas. Las mujeres víctimas que tratan de presentar denuncias sobre malos tratos invariablemente son rechazadas y la policía suele aconsejarles que se reconcilien con sus esposos o parientes autores de los abusos, y a veces, ejercen presión al respecto.

Con frecuencia, no se da crédito y se trata irrespetuosamente a las mujeres que denuncian una violación o ataque sexual por parte de extraños. Esas mujeres deben lidiar con agentes de policía abusivos, médicos forenses a quienes preocupa más la virginidad anterior de la mujer que sus lesiones, fiscales no capacitados, jueces escépticos y un marco jurídico discriminatorio y deficiente. En el informe se afirma: "Sólo las denunciadas dotadas de mayor entereza y reciedumbre pueden maniobrar en un ámbito tan hostil; y las que lo logran, raramente consiguen que se castigue a sus atacantes".

La ley pakistaní relativa a la violación, Ordenanza de Infracción de Zina, permite la violación en el matrimonio, no prevé el delito de estupro y en algunos casos, no permite que la mujer víctima presente su testimonio.

En el informe se afirma que las organizaciones que defienden los derechos de la mujer han sido objeto de intimidación, inclusive vigilancia por parte del Gobierno y amenazas de proscripción.

La violencia causa inmensos perjuicios a la salud reproductiva y el bienestar de la mujer.

Embarazos de alto riesgo

La violencia se ha relacionado con mayores riesgos de aborto espontáneo, parto prematuro, sufrimiento fetal y bajo peso al nacer¹⁵. En un estudio realizado en León (Nicaragua), se comprobó que la violencia contra las embarazadas redundaba en la triplicación de la cantidad de niños con bajo peso al nacer¹⁶. Los golpes abdominales pueden causar la muerte del feto o su bajo peso al nacer y provocar alumbramientos prematuros¹⁷. La violencia también puede afectar indirectamente el resultado del embarazo, al incrementar las probabilidades de que una mujer opte por comportamientos dañinos como fumar y consumir alcohol y drogas, todos los cuales se han vinculado a las complicaciones del embarazo y el bajo peso al nacer¹⁸. El estrés y la ansiedad suscitados por un persistente comportamiento violento durante el embarazo pueden reducir la capacidad de una mujer para obtener nutrición adecuada, descanso, ejercicio y atención médica; esto puede retrasar el crecimiento fetal¹⁹.

Violencia y enfermedades de transmisión sexual

Las relaciones sexuales forzadas o sin protección colocan a las mujeres en situación de riesgo de contagiarse con enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA. Sería posible prevenir muchas enfermedades de transmisión sexual, así como infecciones del aparato reproductor, si los hombres sistemáticamente utilizaran condones al entablar relaciones sexuales y se abstuvieran de tenerlas cuando la mujer padece dolores u otros problemas. Muchas mujeres tienen miedo de pedir a sus compañeros que usen condones durante las relaciones sexuales, por temor a las reacciones violentas.

Las víctimas de violación corren especiales riesgos de contagio. De las mujeres víctimas de violación en los Estados Unidos, cada año hasta un 30% se contagian con una enfermedad de transmisión sexual como consecuencia.

El abuso sexual de niñas de corta edad es otro aspecto profundamente inquietante de este problema. Por ejemplo, en un estudio realizado en Zaria (Nigeria), se comprobó que un 16% de las pacientes que acudían a hospitales por enfermedades de transmisión sexual eran menores de cinco años²⁰. En el Centro de Enfermedades Genitourinarias de Harare (Zimbabwe), los médicos comprobaron que solamente en 1990, más de 900 niñas menores de 12 años habían recibido tratamiento por una enfermedad de transmisión sexual²¹.

Problemas ginecológicos persistentes

El abuso físico y sexual también incrementa el riesgo de una mujer de padecer diversos trastornos ginecológicos comunes, entre ellos dolor pelviano crónico. En muchos países, el dolor pelviano crónico es causa de hasta un 10% de todas las visitas a ginecólogos y un cuarto de todas las histerectomías²². Aun cuando el dolor pelviano crónico es causado normalmente por adherencias, endometriosis o infecciones, una mitad de los casos tratados no tienen una patología que pueda describirse. En varios estudios se comprobó que las mujeres que sufren dolores pelvianos suelen tener mayores probabilidades de que en su historia clínica se registre abuso sexual en la infancia, ataque sexual o abuso físico y sexual por sus compañeros²³.

Entre otros problemas ginecológicos causados por la violencia sexual cabe mencionar el sangrado vaginal, las descargas vaginales, la menstruación dolorosa, la inflamación pelviana y la disfunción sexual²⁴.

El ataque sexual también incrementa el riesgo de tensiones premenstruales, trastorno que afecta hasta a un 10% de las mujeres que menstrúan y causa cambios físicos, del talante y del comportamiento²⁵.

Problemas psicológicos

La violencia distorsiona las vidas emocionales de las mujeres y las niñas. En Nicaragua, por ejemplo, en

Cuadro 1: La violencia de género a lo largo de la vida de una mujer

Etapa	Tipo de violencia
Prenatal	Aborto para seleccionar el feto en función del sexo; malos tratos durante el embarazo; embarazo forzado (violación durante la guerra)
Primera infancia	Infanticidio femenino; malos tratos emocionales y físicos; menos acceso a los alimentos y la atención médica
Infancia	Mutilación genital; incesto y abuso sexual; menor grado de acceso a los alimentos, la atención médica y la educación; prostitución infantil
Adolescencia	Violencia en el noviazgo y el cortejo; relaciones sexuales bajo coacción económica; abuso sexual en el lugar de trabajo; violación; acoso sexual; prostitución forzada
Etapa de procreación	Malos tratos infligidos a las mujeres por sus compañeros íntimos; violación en el matrimonio; malos tratos y asesinatos relacionados con la dote; homicidio perpetrado por el compañero; malos tratos psicológicos; abuso sexual en el lugar de trabajo; acoso sexual; violación; malos tratos infligidos a mujeres discapacitadas
Ancianidad	Malos tratos infligidos a viudas; malos tratos a los ancianos (que afectan mayormente a las mujeres)

Fuente: Heise, L. 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. World Bank Discussion Paper. Washington, D.C.: Banco Mundial.



estudios basados en “grupos focales” se comprobó que muchas mujeres consideraban que los persistentes efectos psicológicos de la violencia doméstica eran más debilitantes y severos que los efectos físicos. Además, la violencia puede conducir al suicidio²⁶.

Aproximadamente un tercio de las mujeres apaleadas en los Estados Unidos padecen graves episodios de depresión²⁷. En varios estudios se comprobó que un cuarto de todos los intentos de suicidio habían ido precedidos de malos tratos. Los datos correspondientes en los Estados Unidos indican que las mujeres que han sido objeto de abuso sexual en la infancia tienden a entablar relaciones con hombres que las maltratan y tener un riesgo superior al normal de caer en la prostitución y consumir drogas²⁸.

Otro estudio realizado en los Estados Unidos llegó a la conclusión de que las mujeres que habían sido objeto de ataques sexuales durante la infancia tenían probabilidades tres veces superiores de quedar embarazadas antes de cumplir 18 años que las mujeres que no habían sido objeto de abuso sexual. Asimismo, las mujeres que habían sido objeto de abuso sexual durante la infancia tenían probabilidades dos veces superiores de contagiarse con una enfermedad de transmisión sexual o el VIH, al tener relaciones sexuales sin protección con múltiples compañeros²⁹.

Trata de mujeres y niñas

Según se estima, en todo el mundo 4 millones de mujeres y niñas son compradas y vendidas, con destino al matrimonio, la prostitución o la esclavitud³⁰. Muchas son atraídas por los tratantes con señuelos y promesas de empleo. En algunos países, los tratantes se ceban en comunidades pobres y vulnerables. Tal vez lleguen durante una sequía o antes de la cosecha, cuando escasean los alimentos, y persuadan a las familias pobres de vender a sus hijas a cambio de sumas ínfimas de dinero.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), cada año ingresan a Tailandia al menos 10.000 niñas y mujeres procedentes de países vecinos más pobres y terminan en la industria comercial del sexo. Cada año, entre 5.000 y 7.000 niñas nepalesas traspone las fronteras de la India, para terminar como trabajadoras del sexo en Mumbai o Nueva Delhi³¹.

Si bien el mayor volumen de la trata de mujeres ocurre en Asia, las mujeres de Europa oriental son cada vez más vulnerables.

“Asesinatos para restaurar la honra”

En todo el mundo, cada año pierden la vida hasta unas 5.000 mujeres y niñas a manos de sus propios familiares, muchas de ellas debido a la “deshonra” de haber sido violadas, a menudo por miembros de su propia familia ampliada.

Muchas formas de violencia contra la mujer sancionada por la comunidad, como los “asesinatos para restaurar la honra” se originan en las exigencias de la comunidad o de la familia de que las niñas conserven su castidad sexual y su virginidad. Quienes perpetran esos actos abusivos a menudo reciben sentencias leves o son exonerados enteramente por los

tribunales, debido a que la defensa de la honra de la familia se considera una circunstancia atenuante.

Los “asesinatos para restaurar la honra” van en aumento en todo el mundo, según informa Asma Jahangir, Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias. La Sra. Jahangir está colaborando estrechamente con investigadores especiales de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer y sobre la independencia de jueces y abogados para abordar la cuestión.

En su informe anual del año 2000 a la Comisión de Derechos Humanos, la Sra. Jahangir dijo: “Quiénes perpetran esos crímenes son mayormente hombres miembros de la familia de las mujeres asesinadas, que quedan exentos de castigo o reciben sentencias reducidas debido a que se justifica que hayan asesinado a la mujer para defender sus erró-

RECUADRO 19

Se informa de que raramente se castiga la trata en los Estados Unidos

Cada año, hasta unas 50.000 mujeres y niñas procedentes de Asia, América Latina y Europa oriental son atraídas hacia los Estados Unidos con añagazas y obligadas a trabajar como prostitutas, trabajadoras explotadas o sirvientas, según un informe de la *Central Intelligence Agency* de los Estados Unidos. Pero en los últimos dos años, el Gobierno sólo enjuició casos que atañen a no más de 250 víctimas.

Sobre la base de entrevistas con funcionarios, oficiales encargados del cumplimiento de la ley, víctimas y expertos juristas, en el informe se afirma que durante años hubo pruebas de una próspera trata de mujeres y niñas inmigrantes, algunas de sólo nueve años de edad. En general, los funcionarios no quieren ocuparse de esos casos, debido a que son difíciles de investigar y de enjuiciar y los castigos suelen ser leves.

En el informe se describe un caso tras otro de mujeres extranjeras que respondieron a anuncios periodísticos para trabajar en los Estados Unidos como niñeras “*au pair*”, vendedoras, secretarías o camareras, pero cuando llegaron comprobaron que esos empleos no existían; en cambio, fueron apesadas, recluidas bajo vigilancia y obligadas a prostituirse o a trabajar como esclavas. Algunas fueron vendidas directamente a propietarios de prostíbulos. Según el informe, las víctimas de la trata proceden principalmente de Tailandia, Viet Nam, China, México, Rusia y la República Checa.

RECUADRO 20

Dos “asesinatos para restaurar la honra” en Jordania

Kifaya, una niña jordana de 12 años de edad, era inteligente y curiosa; pero cuando regresó una tarde a su hogar después de caminar por el vecindario con algunas amigas, la enfrentó su iracundo padre. Gritando que había deshonrado a toda la familia, el padre procedió a apalearla a Kifaya con bastones y cadenas de hierro, hasta que la niña murió. Dijo a la policía que había matado a su única hija debido a que ella había salido de paseo sin su permiso. Aproximadamente al mismo tiempo, Hanan, de 34 años de edad, fue muerta a balazos por su hermano, por el “delito” de desposar a un cristiano. Su hermano dejó el cadáver en la calle y se puso a fumar, a la espera de que llegara la policía. En Jordania, entre 25 y 50 mujeres y niñas son víctimas cada año de “asesinatos para restaurar la honra”.

neas nociones de “la honra de la familia”³². Según el informe, se han registrado matanzas de ese tipo en Bangladesh, el Brasil, el Ecuador, Egipto, la India, Israel, Italia, Jordania, Marruecos, el Pakistán, el Reino Unido, Suecia, Turquía y Uganda.

En el informe se indica que en Batsail (Bangladesh), una muchacha de 18 años edad fue azotada por orden de los clérigos debido a su comportamiento “inmoral”. En Egipto, un padre se paseó por las calles blandiendo la cabeza de su hija decapitada y proclamando “he vengado mi honra”.

Según el informe, los “asesinatos para restaurar la honra” tienden a ser más frecuentes en los países donde hay una mayoría de población musulmana, aun cuando no se limitan a estos. Por otra parte, en el informe se afirma que los líderes islámicos han condenado la práctica, dado que carece de toda base en la religión.

Labor de las organizaciones no gubernamentales para eliminar la violencia por razones de género

En todo el mundo, la labor de las organizaciones no gubernamentales relativa a la violencia contra la mujer es una de las más importantes contribuciones para poner fin a la opresión por motivos de género.

Mediante la labor de organizaciones no gubernamentales africanas y con el apoyo de organizaciones internacionales, se está cuestionando la mutilación genital femenina y se está proscribiendo esa práctica, con lo cual se otorga a millones de niñas y mujeres la esperanza de una vida en que puedan disfrutar de derechos, salud y seguridad. El Comité Interamericano sobre Prácticas Tradicionales que Afectan la Salud de Mujeres y Niñas, una red que cuenta con filiales en 26 países africanos y tres europeos, ha liderado una lucha cada vez más eficaz contra la mu-

tilación genital femenina, mediante campañas de concienciación del público y capacitación en escuelas y comunidades y con curanderas tradicionales y personal médico capacitado.

Las organizaciones no gubernamentales también están en la línea de frente en las tareas de asistencia a las mujeres sobrevivientes de actos de violencia y violación en la guerra. La *Corporación Grupo de Apoyo en Bosa (Colombia)* alberga a mujeres que son víctimas de violencia doméstica y violencia sexual, de modo que puedan reconstituir su autoestima y reafirmar su propio poder. En San Cristóbal de las Casas, una ciudad en la altiplanicie de Chiapas (México), el *Centro de Apoyo a la Mujer* proporciona capacitación y apoyo a mujeres que viven en situaciones de extrema pobreza e incertidumbre, y trata en particular de cambiar prácticas como la de obligar a niñas pequeñas (de hasta 10 años) a contraer matrimonio y también trata de cambiar tradiciones que toleran los malos tratos a la esposa, la violencia doméstica y el incesto.

En **Bosnia**, donde tras años de conflicto las mujeres padecen no sólo violencia sexual sino también daños mentales y físicos y estrés, un ginecólogo alemán estableció *Medica Zenica*, una organización que en sus primeros cinco años de vida ha ofrecido asesoramiento a 20.000 mujeres y niñas y ha llegado a mujeres residentes en aldeas aisladas mediante clínicas móviles para pacientes ambulatorias. En **Uganda**, *ISIS WICCE* apoya a las sobrevivientes de la violencia sexual en Burundi, Rwanda, el Sudán y Uganda, mediante un programa de intercambio en que las mujeres comunican sus experiencias en una atmósfera de apoyo, que contribuye a su recuperación.

Las organizaciones no gubernamentales que efectúan campañas contra la violencia por motivos de género están utilizando cada vez más la *Internet*. Por ejemplo, en Rajastán (**India**), cuando fueron encarcelados miembros de la sociedad *Bal Rashmi* — que combate activamente la explotación sexual, la violación y los asesinatos y torturas relacionados con la dote —, la voz de alerta por conducto de la *Internet* condujo a la suspensión de su enjuiciamiento.

En **Croacia**, *B.a.B.e.*, un grupo estratégico de gestión pública, ha utilizado la *Internet* para crear conciencia acerca de la experiencia de las mujeres que padecieron actos de violencia durante la guerra y para lograr que se dicte una nueva ley de la familia en que se estipulen órdenes para que los hombres se abstengan de aproximarse a las mujeres en los casos de violación doméstica. La organización *Women's International Network-Emergency and Solidarity* se sirve de la *Internet* para comunicar experiencias entre las mujeres que trabajan en situaciones de conflicto, guerra, desastre ecológico o extrema pobreza.

La organización *Women Living Under Muslim Law* ha iniciado por conducto de la *World Wide Web* una campaña relativa a la denegación de los derechos de la mujer en sociedades islámicas; orienta su apoyo a la Asociación de Mujeres del Afganistán, entre otras. En **Sudáfrica**, *WomenNet* se sirvió de la *Internet* para emprender con el apoyo de aliados internacionales, una campaña para lograr la eliminación de la violación.

En **Filipinas**, varias organizaciones no gubernamentales de mujeres iniciaron el Programa Nacional de Prevención de la Violencia en la Familia, el cual promueve la innovadora campaña “Voces de 2001: Quebrar el silencio”, que ha recopilado relatos acerca de las experiencias de 2001 mujeres.

RECUADRO 21

Varias Ministras de Relaciones Exteriores solicitan que se elimine la trata de seres humanos

En octubre de 1999, 14 Ministras de Relaciones Exteriores enviaron una carta al Secretario General de las Naciones Unidas Kofi Annan, con el propósito de lograr que se elimine la práctica generalizada de la trata de mujeres y niñas.

“En el umbral del siglo XXI, es inaceptable que en todo el mundo se compren y se vendan seres humanos para sumirlos en situaciones — como la explotación sexual, la servidumbre doméstica y el vasallaje por deudas — que difieren poco de la esclavitud”, escribieron las Ministras de las Bahamas, Barbados, Bulgaria, El Salvador, los Estados Unidos, Finlandia, el Níger, Liechtenstein, Luxemburgo, Madagascar, México, Mongolia, Sudáfrica y Suecia.

En la carta afirmaron: “Reconocemos la importancia de una estrecha cooperación internacional para derrotar a los tratantes en todos los aspectos de sus actividades delictivas”. Las ministras prometieron el apoyo de sus gobiernos a la propuesta Convención contra la delincuencia transnacional organizada y el Protocolo sobre la trata de personas, los cuales están actualmente en proceso de negociación.



Los hombres, los derechos reproductivos y la igualdad de género

La igualdad entre hombres y mujeres es un asunto de incumbencia de la sociedad en general, pero comienza con las familias. Comprender la discriminación de género significa comprender las oportunidades y limitaciones que afectan tanto a los hombres como a las mujeres. Las actitudes y los comportamientos de los hombres están fuertemente influenciados por las expectativas sociales acerca de lo que significa ser un hombre.

En particular, al suponer que la anticoncepción, el embarazo, el parto y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual son cuestión exclusivamente de mujeres, se refuerza la falta de participación de los hombres en la salvaguarda de la salud reproductiva, tanto la propia como la de sus compañeras.

Las definiciones de masculinidad suelen ser rígidamente estereotipadas. En muchos lugares, por ejemplo, se piensa que:

- Un “hombre verdadero” es el jefe de su familia. Mantiene el hogar, pero tiene derecho a utilizar el dinero como le plazca. Puede escoger su placer personal antes que los gastos que requiere la familia;
 - Un “hombre verdadero” es fuerte. No reconoce ni admite la incertidumbre (un signo de debilidad);
 - La emoción también puede ser indicio de debilidad. Por consiguiente, un “hombre verdadero” se preocupa muy poco por los derechos, el placer o el bienestar de su compañera. No presta atención fácilmente a los aspectos emocionales de la relación, pero sí los aspectos instrumentales.
- Estos estereotipos y otros similares no cuadran con la realidad, ni para los hombres ni para quienes dependen de ellos. Los hombres que, consciente o inconscientemente, organizan sus vidas de conformidad con esos estereotipos, crean condiciones propicias al fracaso, dificultades en las relaciones de la familia y tensiones irrazonables.
- En las culturas donde se acepta que el patriarcado es la única estructura familiar aceptable, los

FOTO: El comportamiento de los hombres en la familia depende mucho de las expectativas acerca de lo que significa ser “un hombre verdadero”.

Shehzad Noorani/Still Pictures



UNICEF / 0789 / Nicole Toutourji

La paternidad responsable puede promover la igualdad de género y mejorar el bienestar de las familias.

hombres y las mujeres pueden quedar atrapados en pautas de relaciones y dependencias que pueden frustrarlos a ambos. Una mujer que no tiene esposo tal vez no tenga ningún prestigio social y tal vez tropiece con dificultades incluso para encontrar medios de subsistencia; pero el hombre también puede encontrar que la vida es difícil si no tiene una esposa que haga “el trabajo de la mujer”: cultivar plantas para alimentos, cocinar y criar a los hijos.

Los hombres que no pueden satisfacer las expectativas de que ser masculino es ser poderoso y competente pueden responder refugiándose en la pasividad y el escapismo, recurriendo a los estupefacientes o el alcohol, cometiendo actos de violencia para con quienes son aun más débiles o haciendo gala de exagerados alardes y asumiendo riesgos desmesurados.

Los papeles masculinos y las cambiantes realidades

Particularmente entre los hombres que son pobres, carecen de educación, están desempleados y padecen marginación, los intentos de satisfacer los ideales de “masculinidad” con frecuencia quedan menoscabados por las duras y cambiantes realidades.

Un análisis detallado de las relaciones de género en el distrito de Kisii (Kenya)¹ indica cómo puede socavarse la autoestima de los hombres. En Kisii, la mayoría de los hombres ya no pueden aspirar a ser propietarios de grandes extensiones de

tierra ni de muchas cabezas de ganado, o a tener numerosas esposas o procrear muchos hijos². Al mismo tiempo, tienen plena conciencia de en qué medida dependen de los cultivos que realizan las mujeres y también tienen plena conciencia del creciente costo de la vida.

Ahora es necesario que sufraguen la educación y la atención de la salud de sus hijos, que antes era gratuita o se ofrecía a un costo nominal. Las exigencias de dinero y mantenimiento por parte de sus esposas recuerdan constantemente a los hombres su menor capacidad para satisfacer expectativas³. Su autoridad paterna queda debilitada aún más por las cambiantes circunstancias y los nuevos valores: fragmentación de las tierras, creciente migración hacia las ciudades, menor cantidad de matrimonios concertados con novias acaudaladas, más fuertes asociaciones locales de mujeres y mayores expectativas por parte de sus hijos, como resultado de haber recibido educación.

Tanto las mujeres como los hombres experimentan estrés. Aun cuando comprendan sus causas, carecen de medios de hacer frente a tal situación. En consecuencia, las esposas cada vez expresan más claramente su frustración; los hombres son renuentes a dar cumplimiento a sus responsabilidades para con la familia; muchos hogares se están transformando en ásperos campos de batalla; y va en aumento el número de hogares destrozados⁴.

Las cambiantes circunstancias están creando tensiones similares en hogares de América Latina, donde los persistentes ideales del **machismo** — una concepción de la masculinidad basada en el control y la preponderancia del hombre — plantea problemas para las relaciones de familia, la socialización de los adolescentes y la realización del potencial personal de las mujeres⁵.

En las últimas tres generaciones, han cambiado las expectativas de los hombres en calidad de conductores y protectores del hogar. Actualmente, los esposos reconocen más las perspectivas y la sexualidad de sus esposas, y la paternidad es más importante para su autoestima. Según una reciente encuesta de opinión pública en dos ciudades peruanas, Lima y Callao, se llegó a la conclusión de que en el ideal de paternidad ahora se valora el afecto para con los niños y la comunicación con ellos⁶.

En un estudio realizado en el Perú se comprobó que cuando los hombres y las mujeres hablan acerca de las relaciones, las mujeres reconocen grandes variaciones en la manera en que interactúan con los hombres⁷. No obstante, los hombres sólo consideran sus papeles sexuales desde el punto de vista de la medida en que ellos son dominantes o pasivos. Esta diferencia perturba la comunicación y obstaculiza el cambio.

Las tensiones internas que socavan los ideales de desempeño y competencia del hombre pueden posibilitar que los hombres busquen nuevos modelos y modalidades de comportamiento.

Violencia

Cada vez se reconoce y percibe más la violencia masculina contra la mujer. Esa violencia es resultado de una compleja red de causas, entre ellas las tradiciones culturales y de la familia, la desintegración de las tradiciones e instituciones de protección y la frustración y pérdida de facultades por parte de los hombres.



En un análisis de la cultura en América del Norte se considera que la masculinidad tradicional abarca:

La supresión de una gama de emociones, necesidades y posibilidades, como el placer al cuidar a otros, la receptividad, la empatía y la compasión, que se consideran incompatibles con el poder masculino. Las emociones y necesidades no desaparecen, pero no se permite su expresión. La persistencia de emociones y necesidades no asociadas con la masculinidad es, en sí misma, una gran fuente de temor. Ese dolor oculto puede expresarse en forma de agresión contra terceros o contra el propio hombre⁸.

En un estudio realizado en Filipinas se comprobó que un 13% de las mujeres casadas habían experimentado violencia física a manos de sus esposos⁹. Se comprobó que era más probable que ocurrieran actos de violencia en zonas urbanas, cuando los hombres estaban desempleados, en hogares donde la esposa consideraba que el ingreso era insuficiente y cuando las mujeres ganaban más del 50% del ingreso de la familia¹⁰. Asimismo, la probabilidad de violencia también era mayor cuando los hombres guardaban total o parcialmente sus ingresos para sí mismos; los hombres que entregaban todo su sueldo a sus esposas (como es la costumbre) tenían probabilidades iguales sólo a la mitad de golpear a sus mujeres, en comparación con los hombres que no lo hacían.

La violencia era menos frecuentes en hogares donde los cónyuges se comunicaban entre sí y compartían la responsabilidad de las decisiones¹¹. Cuando no se adoptaban decisiones en forma conjunta, un 25% de las parejas indicaron que el esposo había golpeado a su mujer. En los casos en que todas las decisiones se adoptaban conjuntamente, la incidencia de violencia doméstica era del 6%.

Este estudio afirma que si se ayuda a los hombres y las mujeres a comunicarse acerca de sus papeles y responsabilidades en la familia — inclusive las decisiones sobre anticoncepción y atención de la salud reproductiva — esto constituye un importante factor para fortalecer las relaciones, eliminar la desigualdad de género y reducir el recurso a la violencia.

Desigualdad de género y expectativas culturales

Se da por sentado que el cambio en la esfera pública — crecimiento económico, transformación política y nuevos medios de comunicación y transporte — se reflejará en cambios en las actitudes y comportamientos individuales. Pero esta expectativa no abarca la esfera privada, en que están en juego cuestiones básicas de identidad y familia. Tal vez la sociedad cambie, pero no se espera que los papeles de género cambien con ella.

Esta anomalía es la raíz de la persistencia de la desigualdad de género. En muchas culturas se mantiene un sistema patriarcal tradicional, en que los hombres son los principales encargados de adoptar decisiones en la familia y las relaciones sociales. Aun cuando por lo general el resultado no las favorece, las mujeres pueden avenirse a mantener su nivel en la comunidad y, llegado el caso, a ganar el respeto que se debe a una madre o a una anciana.

La opinión de que la familia, el hogar y la vida privada son el ámbito de autoridad y preocupación de la mujer restringe las oportunidades de las mujeres y las supedita al control de los hombres. No obstante, también tiene compensaciones: “protege a la mujeres” contra la violencia externa, les asigna una posición reconocida y les ofrece un ámbito en que ejercer aptitudes y capacidad particulares.

En muchas culturas, cuando las mujeres van avanzando en edad y ya han dejado de procrear, su condición social se eleva y tienen más satisfacciones. Esto puede conducir a que las mujeres de más edad acaten la situación existente y que las mujeres más jóvenes acallen su insatisfacción con la expectativa de los futuros beneficios. Inversamente, el temor a la desaprobación de la familia o la comunidad puede forzar el acatamiento por parte de la mujer, particularmente cuando dicha desaprobación está reforzada por amenazas de castigo físico o expulsión.

Las disposiciones tradicionales refuerzan el sentido de poder y competencia de los hombres. Esto puede tornarse más importante cuando los hombres enfrentan retos exteriores, como ocurre en períodos de rápido cambio social y económico. En el caso de los hombres cuya condición social es relativamente baja, el control sobre las mujeres ofrece una posición de poder de que no disponen en otros aspectos de sus vidas.

Los mitos y los conceptos erróneos perpetúan las estructuras de poder y debilitan a las mujeres. Por ejemplo, en algunas partes de la India, los miembros de la familia alientan a las mujeres a comer poco durante el embarazo, en la creencia de que el feto será más pequeño y se facilitará el parto¹². Tal vez se atribuya a algunos alimentos nutritivos, como huevos o leche, supuestos efectos nocivos sobre la madre o el feto. Tal vez haya prejuicios contra el ejercicio físico, el empleo fuera del hogar e incluso contra la educación, debido a que de recibirlas, las mujeres “se parecerán demasiado a los hombres”. Suele haber temores respecto de la sexualidad femenina, que es tema de mitos anómalos grotescos y bárbaros; la mutilación genital femenina es sólo el medio más extremo, salvo el asesinato, de controlar la sexualidad femenina.

La ignorancia de las alternativas y el temor a lo desconocido refuerzan los comportamientos y las actitudes tradicionales y dificultan los cambios para el

Un padre y una madre mexicanos. Es importante la igualdad de género en los servicios de salud a lo largo de todo el ciclo vital.



Jørgen Schytte/Still Pictures

hombre. Una mejor información y un debate abierto pueden ayudar en la transición, pero la mejor vía para lograr el cambio es mediante el ejemplo y el liderazgo.

Apoyo de los hombres a la higiene sexual y la salud reproductiva

Los hombres, que tienen mayores probabilidades que las mujeres de estar alfabetizados y de tener mayor acceso a la información, suelen estar en mejores condiciones que las mujeres para adquirir información acerca de la salud reproductiva. Sin embargo, no se interesan en el tema debido a que la salud reproductiva — inclusive todo lo atinente a la anticoncepción, el embarazo, el parto y las enfermedades de transmisión sexual — se considera cuestión de mujeres. Los “hombres verdaderos” no se interesan en esas cuestiones. (Aun cuando los hombres se contagien con una enfermedad, culpan a una mujer y a veces piensan que en una mujer estará “la cura”. La creencia de que tener relaciones sexuales con una virgen puede curar el SIDA causa innumerables contagios de mujeres jóvenes).

Esta situación puede cambiarse. Si se busca el momento oportuno y el enfoque correcto, al informar a los hombres acerca de la salud reproductiva, la maternidad y el cuidado de los niños se un logra mayor apoyo al embarazo y el parto sin riesgos, y al amamantamiento¹³. En Egipto, un eficaz proyecto ha demostrado que los hombres están muy dispuestos a aprender qué pueden hacer para ayudar a sus esposas después de un aborto espontáneo y están dispuestos a aprender acerca de la salud reproductiva¹⁴.

La Dra. Leela Visaria, que ha tenido una prolongada actuación en cuanto a las políticas de salud reproductiva en la India, llega a la conclusión de que “es preciso que la investigación no se limite a estimaciones de incidencia y prevalencia, sino que es preciso indagar cuáles son las relaciones de poder en la pareja”, inclusive las negociaciones y el proceso de adopción de decisiones¹⁵.

Se han hecho diversos intentos para ahondar el interés de los hombres en su propia salud reproductiva y la de sus compañeras. Los enfoques de base comunitaria han abordado diversas cuestiones. Los programas han colaborado con grupos de hombres, creando oportunidades para una comunicación más expedita. Se ha captado la colaboración de autoridades tradicionales para que motiven a los hombres. Se han creado mejores modalidades para que los hombres adquieran información fidedigna.

Lecciones procedentes de la India

Varios proyectos realizados en la India demuestran algunas tesis en general válidas acerca de obtener la participación de los hombres en cuestiones de salud reproductiva¹⁶.

Los hombres y las mujeres suelen percibir de manera diferente las cuestiones de salud reproductiva. En un estudio efectuado en parejas de adolescentes casados¹⁷, los varones entrevistados describieron los efectos positivos del matrimonio en sus vidas cotidianas y estaban convencidos de que sus esposas compartían sus opiniones. Las esposas evaluaron de

manera algo diferente el matrimonio, en momentos en que se estaban ajustando a las cargas de sus múltiples responsabilidades.

Las enfermedades de los hombres se pusieron de manifiesto inmediatamente debido a su repercusión sobre los salarios; las enfermedades de las mujeres pasaron a primer plano sólo cuando éstas las comunicaron a sus esposos o cuando se perturbó la rutina del hogar; era más probable que las mujeres ocultaran sus necesidades en materia de salud debido a la posibilidad de incurrir en gastos. Las mujeres experimentaban fuertes presiones para quedar embarazadas muy pronto después de contraer matrimonio. Los hombres no conocían mucho acerca de la planificación de la familia y tenían conciencia de su falta de información.

Los hombres acompañaron a sus esposas a sus primeros reconocimientos médicos para confirmar un embarazo, pero las esposas no esperaban ni querían que ellos las acompañaran en visitas ulteriores. Los agentes de salud de las clínicas, a fin de proteger a otras mujeres, no alentaban la reiteración de las visitas de los hombres.

Los esposos hacían caso omiso de la atención de la salud de la mujer durante el embarazo, salvo en lo concerniente a la necesidad de una dieta nutritiva. Si bien aconsejaban a las mujeres que trabajaran menos, en general no hacían nada para ayudar, salvo en algunos casos en que contribuían a realizar las tareas del hogar. Se consideraba que el parto era cuestión de mujeres y, por lo general, los hombres no tenían conciencia de los problemas.

Si se hablara de las cuestiones de salud reproductiva, así se ofrecerían posibilidades de cambio.

Las creencias tradicionales pueden perjudicar la salud reproductiva. En un proyecto se comprobó que las creencias tradicionales acerca del semen y la sexualidad redundaban en una menor protección contra las enfermedades de transmisión sexual. Las creencias tradicionales acerca de cuestiones como los trastornos de la erección obstaculizaban la atención de la salud reproductiva. Las preocupaciones acerca de la falta de adecuación sexual en una minoría de hombres jóvenes habían suscitado violencia en la familia y los habían desalentado con respecto al uso de anticonceptivos.

Las acciones para involucrar a los hombres en cuestiones de salud reproductiva deben incluir la educación acerca de las relaciones de género y las oportunidades compartidas. En la India, la organización no gubernamental *Social Action for Rural and Tribal Inhabitants of India (SARTHI)* ha trabajado en comunidades tradicionales para mejorar la condición de la mujer y su salud reproductiva. Se comprobó que las tareas iniciales del grupo relativas a la salud de la mujer mejoraban el grado de conciencia de los hombres y su sensibilidad respecto de las cuestiones de género. Contrariamente a lo que se preveía, los hombres no se sintieron amenazados por las reuniones de las mujeres, e incluso se ofrecieron voluntariamente a realizar tareas domésticas para que sus esposas pudieran participar. Seguidamente, SARTHI comenzó a incluir en el programa a hombres de todas las edades; y en un nuevo programa de salud al servicio de hombres y niños, comenzó a capacitar a los hombres como agentes de salud.

Después de varios años, SARTHI reconoció que las tareas para potenciar el papel de la mujer deberían ir acompañadas de acciones a fin de sensibilizar

Con frecuencia, los hombres no se interesan en la salud reproductiva por considerarla asunto de mujeres.



a los hombres acerca de las relaciones de género, de modo de liberarlos de las definiciones patriarcales de masculinidad. Antes de que los hombres agentes de salud puedan transformarse en buenos modelos de comportamiento en la comunidad, es necesario que experimenten una transformación personal.

Otra organización no gubernamental, el *Centre for Health Education, Training and Nutrition Awareness (CHETNA)* comenzó a trabajar para involucrar a los hombres en sus programas de salud reproductiva a comienzos del decenio de 1990, cuando tomó conciencia del grado de dominación que ejercían los esposos sobre sus esposas y de la forma en que descuidaban a estas últimas, así como el efecto que esta situación tenía sobre la salud femenina; las mujeres afirmaron que no tenían ni siquiera libertad para decidir cuánta comida podían consumir. Actualmente, CHETNA se concentra en promover la participación de los hombres en la atención en la primera infancia, inclusive la enseñanza acerca de la nutrición y la vigilancia del crecimiento; impartir a los varones adolescentes enseñanzas acerca de la higiene sexual y la salud reproductiva; y utilizar a hombres capacitados como agentes de salud para motivar a otros hombres, de modo que se interesen en la salud femenina.

Esas acciones han demostrado que la capacitación tiene importancia crucial — los hombres deficientemente capacitados pueden perpetuar comportamientos y creencias perjudiciales — y que los programas cuyo objetivo es alentar la participación de los hombres deben involucrar a los miembros de sus familias ampliadas. De lo contrario, es posible que los hombres sean objeto de críticas y que se los ridiculice cuando tratan de ayudar en las tareas domésticas o de asumir algunas de las responsabilidades de sus esposas.

La adaptación creativa de las instituciones existentes puede crear nuevas oportunidades para lograr el cambio. La organización *Family Welfare Education and Services (FWES)* organiza clubes de mujeres y suegras en apoyo de la salud reproductiva¹⁸. Los hombres intercambian ideas sobre cuestiones como el alcoholismo, el tabaquismo, la desnutrición, la planificación de la familia y la alfabetización de la mujer. En la India, las suegras ejercen una gran influencia en el hogar; el proyecto las alienta a promover la nutrición correcta y la atención de los niños y a motivar a sus hijos para que traten mejor a sus nueras debido a que “sólo cuando una madre es saludable y feliz puede tener un hijo saludable”.

Dos centros de salud locales ofrecen servicios para adolescentes y se ha establecido un buzón para que formulen preguntas relativas a la sexualidad y la reproducción. En los cinco años transcurridos desde el comienzo del proyecto hubo un pronunciado cambio en la conciencia y las perspectivas de los jóvenes. Actualmente, los jóvenes varones formulan menos preguntas acerca de la virginidad de las niñas y más acerca de la participación de los hombres en la crianza de los hijos. También formulan con frecuencia preguntas acerca de las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA, los anticonceptivos y las relaciones sexuales sin riesgos. Los adolescentes expresan creciente preocupación acerca de los problemas de las niñas y ahora es más probable que formulen preguntas acerca de la menstruación. Actualmente, hay más jóvenes que consideran que las relaciones sexuales no son meramente una fuente de placer o un medio de procreación sino que también

forman parte de “expresar y compartir amor”. Hay mayor número de niñas que aspiran a compartir las tareas del hogar y la crianza de los niños con sus futuros compañeros.

En las aldeas donde se realizan proyectos de la organización FWES, ha aumentado la matriculación de las niñas en las escuelas y no han cambiado las proporciones entre los sexos entre los recién nacidos, a diferencia de aldeas cercanas, donde ha disminuido la matriculación de las niñas y se ha producido una pronunciada baja en el número de nacimientos de niñas. No obstante, en otras aldeas los clubes no han tenido aceptación y la participación se ha estancado.

Otras acciones de organizaciones no gubernamentales para promover la participación masculina

En Malí, la *Association de soutien au développement des activités de population* colaboró con el proyecto ACCESS del Centro de Actividades de Desarrollo y Población a fin de ampliar los servicios de planificación de la familia de base comunitaria y alentar la participación de los hombres. Con el respaldo de líderes tradicionales, se capacitó a hombres voluntarios para que distribuyeran anticonceptivos y proporcionaran información acerca de la salud reproductiva, inclusive la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, los comportamientos de alto riesgo y la utilización de condones. El proyecto incrementó el interés de los hombres en la salud de las madres y los niños y suscitó un mayor interés en los métodos modernos de espaciamiento de los alumbramientos¹⁹.

En Nicaragua, la organización no gubernamental *Cantera* ofrece seminarios prácticos sobre masculinidad y sexualidad; género, poder y violencia; corrección del concepto de machismo; y aptitudes de comunicación. En una evaluación realizada en 1997, muchos hombres informaron de que los cursos de *Cantera* habían cambiado sus vidas: dos tercios manifestaron que poseían una autoimagen diferente y más de dos tercios dijeron que eran menos propensos a la violencia. Casi la mitad de las mujeres afirmaron que después de haber recibido capacitación, sus compañeros se habían vuelto mucho menos violentos y otro 21% dijeron que sus compañeros eran ligeramente menos violentos. Tanto los hombres como las mujeres informaron de que los hombres tenían una conducta sexual notablemente más responsable²⁰.

Varios programas se centran en los papeles y las responsabilidades de los adolescentes varones. En el Brasil, la organización no gubernamental *Estudios, Información y Acción Ciudadana* realiza una campaña mediante programas de radio y televisión y libros de historietas, para llegar hasta los padres adolescentes. En el Reino Unido, *Save the Children* ha apoyado el rodaje de cuatro películas en la India, Nepal, Bangladesh y el Pakistán; el proyecto “*Let's Talk Men*” utiliza las películas para crear conciencia sobre las relaciones de género, de modo que los adolescentes varones adopten actitudes más responsables acerca de las mujeres y las relaciones sexuales.

Un programa común

Las acciones para involucrar a los hombres en programas de salud reproductiva están cobrando impulso; y

La participación de los hombres en las decisiones sobre salud reproductiva debería redundar en el aumento y no en la disminución de las facultades de las mujeres.

RECUADRO 22

El programa ONUSIDA afirma que los hombres pueden frenar la propagación del SIDA

Según un informe dado a conocer en marzo de 1999 por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la manera más segura de cambiar el curso de la epidemia es captar a los hombres como aliados para la lucha contra el SIDA. La campaña mundial contra el SIDA en el año 2000, emprendida por el ONUSIDA, tiene el propósito de lograr que las respuestas nacionales a la crisis adopten un nuevo enfoque en los hombres, como complemento de los programas de prevención en beneficio de mujeres y niñas.

Las mujeres corren un especial riesgo de contagiarse con el VIH: suelen tener menos control sobre si han de entablar o no relaciones sexuales, cuándo y dónde. Pero las opiniones y expectativas culturales acerca de "la virilidad" también alientan los comportamientos sexuales riesgosos y el consumo de estupefacientes por parte de los hombres; esto los coloca a ellos — y a sus compañeras — en situación de mayor riesgo.

En el informe del ONUSIDA se postula que cambiar actitudes y comportamientos, inclusive la manera en que los hombres adultos consideran el riesgo y la sexualidad y en que se socializa a los niños varones, debe ser parte de la lucha contra el SIDA. El Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo del UNAIDS, dijo: "Ha llegado el momento de comenzar a considerar a los hombres no como un problema, sino como parte de la solución".

En todos los continentes, salvo en África al sur del Sahara, el número de hombres contagiados y muertos a causa del SIDA es superior al de mujeres. Los hombres jóvenes corren mayores riesgos que los demás: una de cada cuatro personas contagiadas es un hombre menor de 25 años.

Sin los hombres, el virus tendría escasas oportunidades de proliferar. Más del 70% de los contagios con el VIH en todo el mundo ocurren en relaciones sexuales entre hombres y mujeres y otro 10%, entre hombres. Otro 5% ocurre entre quienes se inyectan drogas, cuatro quintos, hombres.

En todo el mundo, los hombres tienen mayor número de compañeras sexuales que compañeros sexuales las mujeres, por lo cual ellos multiplican su propio riesgo de contagiarse con el VIH y el riesgo de contagiar a sus compañeras, agravado por el ocultamiento, el estigma y el bochorno que conlleva el VIH. La violencia sexual masculina contra mujeres y niñas también estimula la proliferación del VIH.

Hay circunstancias especiales que agravan el riesgo de muchos hombres. Quienes migran por razones de trabajo y viven separados de sus familias tal vez recurran a relaciones sexuales comerciales y utilicen sustancias, como el alcohol, que los ayuden con las tensiones y la soledad; los hombres que están en ámbitos totalmente masculinos, como el ejército, tal vez experimenten la influencia de una cultura de asunción de riesgos; en las cárceles, hombres que prefieren tener a mujeres como compañeras sexuales, tal vez entablen relaciones sexuales con otros hombres.

"Es demasiado frecuente que se considere "impropio de un hombre" preocuparse acerca de los riesgos que entrañan las drogas o molestarse en usar condones", dijo el Dr. Piot. "Esas actitudes socavan gravemente las acciones de prevención del SIDA".

En el informe se agrega que, al mismo tiempo, los hombres poseen potencial — en carácter de políticos, trabajadores de primera línea, padres, hijos, hermanos y amigos — para lograr adelantos contra la epidemia. Es preciso alentar a los hombres para que adopten comportamientos positivos y desempeñen papeles mucho más activos en cuanto a cuidar a sus compañeras y sus familias, particularmente si se tiene en cuenta que a causa de la epidemia de SIDA hay más de 11 millones de niños huérfanos, necesitados de la ayuda de los adultos para obtener ropa, vivienda y educación mientras crecen.

Ya se ha demostrado que el comportamiento de los hombres puede cambiar y que ese cambio, a su vez, puede alterar el curso de la epidemia. En partes de África, Centroamérica y Asia, se ha alentado a los camioneros que recorren grandes distancias a que tengan menor número de compañeras sexuales y adopten prácticas de seguridad en sus relaciones sexuales. Tailandia ha contado con eficaces programas de prevención para conscriptos; y en los Estados Unidos, los estudiantes universitarios están comenzando a aplazar el momento en que comienzan a tener relaciones sexuales y están utilizando condones más regularmente.

se han preparado útiles modelos programáticos. Al formular esas actividades, el diseño de programas debe velar por que no se desvíen los escasos recursos asignados a las actividades en beneficio de la mujer, como lo temen algunas organizaciones no gubernamentales de mujeres. La mayor participación de los hombres en las decisiones de salud reproductiva debería reforzar las facultades de las mujeres, y no reducir las.

Las diferentes necesidades de hombres y mujeres no deberían redundar en la competición por los recursos. El objetivo común es el bienestar de todos los miembros de la familia.

Los hombres pueden promover la igualdad de género y propender al bienestar de sus familias por los siguientes medios:

- **Proteger la salud de su compañera y apoyar las opciones de ésta** — adoptando comportamientos sexualmente responsables; estableciendo comunicación acerca de cuestiones de higiene sexual y salud reproductiva y colaborando para resolver los problemas; considerando la posibilidad de utilizar métodos anticonceptivos masculinos (inclusive la vasectomía y los condones); y sufragando el costo del transporte hasta los establecimientos que ofrecen servicios y el de los propios servicios.
- **Hacer frente a sus propios riesgos de salud reproductiva** — aprendiendo cómo prevenir u obtener tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual, la impotencia, el cáncer de próstata, la infertilidad, las disfunciones sexuales y las tendencias violentas o abusivas.
- **Abstenerse de actos de violencia por motivos de género** en sí mismos y oponerse a dicha violencia por parte de terceros²¹, y promover conceptos no agresivos de la sexualidad masculina y la masculinidad;
- **Practicar la paternidad responsable** — apoyando a sus compañeras en la crianza de los hijos y las tareas del hogar; protegiendo la salud de sus hijos y realizando inversiones en el futuro de éstos; enseñando a sus hijos respeto por las necesidades y las perspectivas de las mujeres; entablando relaciones abiertas y de apoyo con sus hijas; y proporcionando a sus hijos información fidedigna y dotada de sensibilidad;
- **Promover la igualdad de género, la salud y la educación** — apoyando la educación y la capacitación de niñas y mujeres; promoviendo la participación de la mujer en cuestiones de salud, educación y actividad económica; efectuando gestiones a fin de aumentar los recursos destinados a servicios sociales básicos y tratando de mejorar la calidad de los programas; y exigiendo que en las escuelas se impartiera educación sobre vida en familia.



Cómputo del costo de la desigualdad de género

La condición de ciudadana de segunda clase de la mujer entraña un costo financiero y social, y no sólo para la mujer. El hombre y la sociedad en general también pagan un precio.

Por esta razón, la potenciación del papel de la mujer es un objetivo fundamental del desarrollo sostenible. Como ha observado Amartya Sen, laureado con el Premio Nobel, el “objetivo global” de desarrollo es maximizar “la capacidad” de las personas: su posibilidad de “tener el tipo de vida que para ellas es valioso y tener razones para valorarlo”¹. No es meramente una cuestión de economía; como dijo la Dra. Sadik, “las mejores condiciones de salud y educación y la posibilidad de planificar el futuro de sus familias ampliarán las opciones económicas de la mujer; pero también liberarán su mente y su espíritu”.

La potenciación del papel de la mujer y la igualdad son importantes derechos humanos en sí mismos y un análisis exclusivamente económico de la desigualdad de género conduciría a la “reificación” de mujeres y hombres². No obstante, es menester no dejar de lado los aspectos económicos: al promover la igualdad de género, también se promueven el crecimiento y desarrollo estables de los sistemas económicos, lo cual redundará en beneficios sociales, además de los estrictamente económicos.

Gran parte del trabajo de la mujer, remunerado y no remunerado, tiene repercusiones económicas, aun cuando raramente se pone de manifiesto o se cuantifica plenamente la contribución femenina. Si

dicha contribución fuera reconocida en su justo valor y apoyada consecuentemente, el incremento de valor compensaría todos los costos o todas las presuntas economías dimanadas de la desigualdad, por ejemplo, en el trabajo agrícola no remunerado de la mujer.

La desigualdad entre hombres y mujeres causa la pérdida de oportunidades e impide que haya beneficios recíprocos. En general, la discriminación:

- **Desvía recursos** de las actividades en pro de las mujeres, a veces para favorecer inversiones menos productivas en los hombres;
- **Recompensa** a los hombres, aunque también a algunas mujeres, con lo cual todos pierden de vista las alternativas productivas;
- **Obstruye** la participación social y económica y excluye posibles alianzas;
- **Reduce** la eficacia de la mujer, puesto que no la apoya cuando debe hacer frente a sus responsabilidades, problemas y cargas.

Una de las claves del desarrollo sostenible será reconocer los costos de la discriminación, darles visibilidad ante los encargados de formular políticas y las familias y arbitrar maneras de eliminar dichos costos.

FOTO: Tugurio en Haití. Los hombres, y la sociedad en general, pagan un precio por la condición de ciudadana de segunda clase de la mujer.

UNICEF/0749/Nicole Toutounji

RECUADRO 23

Desarrollo y derechos humanos

¿Ayudan la democracia y los derechos políticos y civiles a promover el proceso de desarrollo? Según el economista Amartya Sen, la pregunta está fuera de foco, puesto que "el surgimiento y la consolidación de esos derechos pueden considerarse *elementos constitutivos* del proceso de desarrollo".

Según señala Sen con respecto a la educación, "Si la educación aumenta la eficiencia de una persona en la producción de artículos, entonces se trata claramente de una mejora del capital humano. Así es posible aumentar el valor de la producción en la economía y también el ingreso de las personas que han sido educadas. Pero incluso dentro del mismo nivel de ingresos, una persona puede beneficiarse con la educación: al poder leer, comunicarse, intercambiar ideas, efectuar opciones mejor fundamentadas, ser tomadas más en serio por los demás, y en muchos otros aspectos ... no debemos limitarnos a la noción de capital humano; debemos *avanzar* al respecto ... y tomar nota también del papel instrumental de la mayor capacidad en cuanto a promover el *cambio social*"

RECUADRO 24

El trabajo de la mujer está insuficientemente remunerado

Gran parte del trabajo de la mujer no está remunerado, e incluso cuando hay intercambio de dinero en efectivo, la contribución de la mujer no se incluye o desaparece en las estadísticas nacionales. Por ejemplo, en zonas rurales, las mujeres no sólo preparan casi todos los alimentos de las familias, sino que también los cultivan; y son mayormente las niñas y las mujeres quienes van a recoger agua, leña para cocinar y forraje para los animales domésticos.

En el África occidental, el Caribe y Asia, entre un 70% y un 90% del comercio de todos los productos marinos y de granja está a cargo de mujeres. Los puestos de venta en las calles y los mercados son parte de una economía paralela insuficientemente computada que genera, según se estima, un 30% de toda la riqueza urbana.

Se estima que la labor no remunerada de la mujer en el hogar representa un tercio de la producción económica mundial. En los países en desarrollo, cuando las tareas agrícolas y del hogar se computan junto con el trabajo remunerado, se estima que las horas de trabajo de la mujer superan las de los hombres en un 30%.

Las discrepancias en la remuneración suelen estar más arraigadas en los países desarrollados. Por ejemplo, en Kenya el salario medio de la mujer en empleos no agrícolas es el 84% del hombre, mientras que en el Japón las mujeres ganan sólo un 51% de lo que ganan los hombres.

En varios estudios se ha puesto de manifiesto que el aumento del ingreso de la mujer tiene efectos mayores y más inmediatos sobre el bienestar de la familia que el aumento de lo que ganan los hombres. En un estudio realizado en la India meridional, por ejemplo, se comprobó que mientras las mujeres casi no retenían ninguna porción de su ingreso para su exclusivo uso personal, los hombres se guardaban hasta un 26%.

Los costos de la invisibilidad económica

Las contribuciones económicas de la mujer se computan insuficientemente debido a que las mujeres suelen estar en el sector paralelo o no estructurado (*informal*) de la economía, respecto del cual la preparación de informes es menos sistemática. Si esas aportaciones se computaran mejor, la actividad eco-

nómica de la mujer se tornaría más claramente visible y el beneficio de apoyarla podría compararse con otras oportunidades de inversión.

A la hora de asignar recursos, se suele hacer caso omiso de la mujer. Después de que se hayan despejado las tierras para dedicarlas a la agricultura de subsistencia, son las mujeres quienes realizan la mayor parte del trabajo; pero las mujeres raramente son propietarias de la tierra y los préstamos y servicios de divulgación benefician a los propietarios de tierras. Los programas de divulgación agrícola dirigidos a las mujeres podrían mejorar sustancialmente la producción, el ingreso y el bienestar de la familia. En un estudio se llegó a la conclusión de que cuando se ofrecía a las agricultoras de Kenya el mismo apoyo que a los hombres, ellas podían incrementar el rendimiento de los cultivos en más del 20%³.

Si se eliminara la discriminación, aumentaría el ingreso nacional, así como el ingreso de las mujeres. En un estudio efectuado en América Latina se estimó que al eliminar la desigualdad de género en el mercado laboral podrían aumentar los salarios de las mujeres en un 50% y el producto nacional, en un 5%⁴.

La posición de las mujeres como administradoras de los recursos del hogar magnifica los efectos de la desigualdad económica. El menor nivel educacional, las menores oportunidades económicas, la falta de control sobre los recursos y la falta de acceso a los servicios de salud reproductiva tienen efectos inmediatos sobre el nivel nutricional de los niños, sobre su salud y sobre su desarrollo, así como sobre la salud de la madre y el número de hijos⁵.

Los costos de denegar servicios de atención de la salud

Un 30% del crecimiento económico per cápita en Gran Bretaña entre 1780 y 1979 se atribuyó a mejoras en las condiciones de salud y nutrición. En estudios sobre diversos países, correspondientes a períodos más recientes, se han efectuado estimaciones similares⁶.

Por otra parte, cuando las inversiones en servicios de salud son insuficientes, esto redundará en considerables costos, tanto para los hombres como para las mujeres. En los países más pobres, la esperanza de vida es menor y lo propio ocurre entre los pobres de todos los países. La mala salud reduce el ingreso y agrava el estrés.

En el decenio de 1990, en muchos países disminuyeron las inversiones públicas en atención primaria de la salud, como proporción de los gastos gubernamentales, y los costos se trasladaron a los clientes. Pero los pobres, especialmente las mujeres, no pueden sufragar los costos y dependen de los servicios públicos.

Es posible medir los efectos de las reducciones en los gastos públicos, inclusive los relativos a la reforma del sector de salud⁷. En Indonesia, después de la crisis económica ocurrida a fines del decenio de 1990, la utilización de los servicios de salud disminuyó y el nivel de salud empeoró, mayormente para las mujeres y, en particular, para los pobres⁸. En un experimento controlado se demostró que la utilización de centros de salud disminuyó en las zonas donde se impuso el



pago de derechos, y además, en esas zonas se prolongó el tiempo de recuperación después de una enfermedad y disminuyó la participación en la fuerza laboral, en particular de los pobres, los hombres mayores de 40 años y las mujeres pertenecientes a familias de baja condición económica y educacional.

En todo el mundo, las niñas tienen mayores probabilidades de sobrevivir después de la infancia que los niños varones, salvo en los países donde es más grave la discriminación por motivos de sexo⁹. Pero la discrepancia entre los niños de hogares pobres y no pobres es más pronunciada para las niñas: en los hogares pobres, las probabilidades de que mueran los niños varones es 4,3 veces superior en comparación con hogares en situación más holgada, pero hay probabilidades 4,8 veces superiores de que las niñas en hogares pobres pierdan la vida; probablemente, su mayor vulnerabilidad es consecuencia de sus menores posibilidades de recibir atención médica¹⁰.

En etapas posteriores de la vida, el contraste es diferente. Un 19% de los hombres en posición desahogada tienen probabilidad de morir entre los 15 y los 59 años de edad, mientras para las mujeres en esa misma posición la probabilidad es 9%. Pero el riesgo de muerte en hogares pobres, en comparación con los que no son pobres, es 2,2 veces superior para los hombres y 4,3 veces superior para las mujeres. El limitado acceso a los servicios de salud de que disponen los pobres tiene efectos relativamente mucho mayores sobre las mujeres que sobre los hombres. En particular, las mujeres pobres tienen más probabilidades de perder la vida como resultado del embarazo.

Los sistemas de atención de la salud reflejan diferentes papeles de género dentro de las profesiones de salud. Las enfermeras o los agentes paramédicos, inclusive las parteras, así como los trabajadores de divulgación, son mayormente mujeres. La mayoría de los médicos y funcionarios ejecutivos — ministros, funcionarios públicos, profesionales de alto nivel y administradores de hospitales — son hombres; estos tal vez estén más dispuestos a ocuparse de los problemas de salud de los hombres o tengan mayores probabilidades de hacer caso omiso de los problemas de la mujer. Una parte desproporcionada de las investigaciones se ha centrado en enfermedades que causan defunciones en los hombres. En las actividades de investigación y desarrollo de las empresas farmacéuticas, los ensayos clínicos suelen no analizar cabalmente la eficacia, los efectos secundarios y las contraindicaciones en lo que respecta a las mujeres¹¹.

Asimismo, la salud de los hombres puede quedar perjudicada por factores relativos al género, particularmente por expectativas no razonables acerca de la capacidad de tolerar el dolor, como cualidad propia de “la masculinidad”. Debido a esa idea, tal vez los hombres aplacen el momento de solicitar atención médica. La detección tardía de muchas enfermedades puede agravarlas y aumentar las probabilidades de discapacidad o muerte.

Mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad

Es imposible calcular racionalmente el costo de una vida perdida¹². Las defunciones y enfermedades derivadas de la maternidad afectan de muchas maneras a las mujeres, a sus hijos, a sus esposos, a sus familias amplias y a sus comunidades. Los costos económicos de la defunción de una madre abarcan la pérdida de

sus contribuciones (monetarias y no monetarias) a la familia y su supervivencia, mayores tasas de mortalidad de sus hijos, crecientes cargas para los sobrevivientes en lo tocante a la atención del hogar y el cuidado de los niños y otros efectos sobre las comunidades y las sociedades¹³.

Los efectos directos sobre el bienestar de los niños se han documentado inequívocamente. Hay grandes probabilidades de que los niños pierdan la vida si uno de sus progenitores muere, pero las probabilidades son mucho mayores si quien muere es la madre. Asimismo, la muerte de una mujer¹⁴ tiene mayores efectos negativos sobre el crecimiento de los niños y sobre las tasas de matriculación escolar, particularmente cuando se trata de familias pobres¹⁵; los niños de más corta edad se matriculan más tarde y los niños de entre 15 y 19 años de edad abandonan la escuela antes.

En un estudio sobre la India se comprobó que cuando las mujeres perdían la vida, solía afectarse la supervivencia del hogar debido a que los hombres no estaban acostumbrados a manejar los asuntos o el presupuesto del hogar. Los hijos mayores a menudo abandonaban la escuela para ayudar a mantener a la familia o eran enviados a vivir con sus abuelos. Las estructuras tradicionales de familias amplias ayudan a las personas afectadas a hacer frente a la muerte de un adulto, pero están predominando cada vez más las familias nucleares, particularmente en las ciudades y en la clase media¹⁶.

El costo económico del VIH/SIDA

Las altas tasas de contagio con el VIH/SIDA, debidas en parte a la desigualdad de género (Capítulo 2) y a que no se efectúan inversiones en la prevención, han dañado gravemente las perspectivas económicas y sociales en muchos países. Debido a la concentración de las defunciones en los años tempranos e intermedios de la adultez, se han perdido las vidas de muchos trabajadores capacitados, lo cual ha desgarnecido la fuerza laboral y ha impuesto que se duplicaran las inversiones de escasos recursos en la capacitación de personal. La comunidad internacional ha reconocido tardíamente esa amenaza¹⁷.

Se estima que en los países gravemente afectados, la pandemia del SIDA ha reducido el crecimiento del PIB per cápita en un 0,5% anual¹⁸. En los países donde el crecimiento económico ya es lento, estos efectos son de gran magnitud; quienes más sufren son los pobres y el sistema de salud. La epidemia también está imponiendo sustanciales costos agregados a los sistemas de salud. En algunos de los países más afectados, las personas contagiadas ocupan más de la mitad de las camas de hospital disponibles.

La pandemia del SIDA se cobra sus costos de maneras diferentes. Un desarrollo estancado o que pierde terreno en países de bajos ingresos es de difícil cuantificación y de más difícil restauración. Las redes de apoyo social han quedado recargadas por encima de su capacidad. Muchos millones de huérfanos a causa del SIDA viven sin recibir educación adecuada, atención de la salud o nutrición suficiente. Muchos tropiezan con dificultades para mantenerse a sí mismos, a sus hermanos y hermanas y a sus sobrecargadas familias adoptivas.

El programa ONUSIDA estima que, solamente en los países de África al sur del Sahara, se necesitarían cada año 1.000 millones de dólares para la preven-

En los países gravemente afectados, debido al VIH/SIDA se ha reducido en un 0,5% anual el crecimiento del PIB per cápita.

ción y la atención del VIH/SIDA. En el Programa de Acción de la CIPD se estimó que los costos mundiales de los componentes fundamentales del conjunto de medidas preventivas del VIH/SIDA ascenderían este año a 1.300 millones de dólares y aumentarían hacia 2010 hasta 1.500 millones de dólares¹⁹.

Violencia por motivos de género

Los gastos mundiales que causan la violencia y el abuso por motivos de género son de difícil determinación. Abarcan los gastos directos de, por ejemplo, el tratamiento de los efectos de la violencia sobre la salud; la enfermedad; la ausencia del trabajo; la aplicación de las leyes y la protección; el albergue, la disolución del matrimonio; la pensión de alimentos para los niños; y todas las demás consecuencias de adaptarse al abuso o escapar a éste. Dichos costos también abarcan los gastos indirectos de impedir que las mujeres trabajen o efectúen otras contribuciones, así como de la educación que no se recibe, inclusive los de mantener a las niñas fuera de las escuelas para evitar que estén en contacto con niños varones.

En las comunidades pobres, los gastos se calculan en gran medida en función de las oportunidades de desarrollo perdidas. En otras comunidades, los costos directos son igualmente importantes y a veces de gran magnitud. Se dispone de algunas estimaciones, particularmente en lo que atañe a los países más desarrollados. El Banco Mundial estima que en los países industrializados, debido al asalto y la violencia sexuales se pierde casi uno de cada cinco años de vida saludables en las mujeres de 15 a 44 años de edad.

En los Estados Unidos, los empleadores pierden una suma estimada en 4.000 millones de dólares anuales debido al ausentismo, el aumento de los gastos de atención de la salud, la alta tasa de renovación de la plantilla y la menor productividad²⁰. En el Canadá, los costos anuales de la violencia contra la mujer en lo tocante a la salud se estiman en 900 millones de dólares. Por otra parte, solamente en British Columbia, un estudio sobre aspectos escogidos calculó gastos de 385 millones de dólares anuales²¹.

En estos cálculos se incluyen los costos de la policía, el sistema correccional y de libertad bajo vigilancia, la indemnización por lesiones criminales, la asistencia a las víctimas y los gastos de asesoramiento, estimaciones parciales de la atención de la salud mental, complemento del ingreso de las familias afectadas, albergues en condiciones de seguridad y otro tipo de alojamiento transitorio, tiempo de trabajo perdido y tratamiento para los hombres que perpetran los ataques. En los cálculos no se incluyen los costos del tratamiento médico de emergencia (cuya relación con la violencia suele ser ocultada por las víctimas) y los efectos transmitidos a sucesivas generaciones (como el tratamiento a los hijos de madres maltratadas y los gastos de apoyo cuando se disuelven relaciones abusivas).

Se dispone de estudios similares para Alemania, Nueva Zelanda, los Países Bajos, el Reino Unido y Suiza²².

Costos psicológicos

La discriminación por motivos de género entraña un menoscabo a la autoestima y la capacidad de la mujer durante toda su vida. La discriminación por motivos de género desbarata las aspiraciones de la mujer y restringe sus oportunidades. Le deniega la

experiencia sobre la cual cimentar su competencia y su autogobierno y posibilitar alianzas en condiciones de igualdad con los hombres.

Las restricciones que se imponen a las mujeres pueden conducir a un estado de "desamparo adquirido", típico de la depresión clínica. Es desproporcionada la población de mujeres que padecen síndromes depresivos, los más importantes factores contribuyentes a la carga de mala salud a escala mundial²³.

Son pocas las experiencias tan devastadoras para la conciencia de competencia personal de la mujer como las experiencias sexuales no deseadas, especialmente cuando éstas son reiteradas, y las consecuencias de tales experiencias. Los embarazos no deseados y las ulteriores responsabilidades respecto de la crianza de los niños crean obligaciones involuntarias y restringen las opciones de la mujer. Un embarazo no deseado puede suscitar resentimientos a largo plazo, que a menudo son transferidos al hijo²⁴. La medida en que las mujeres se esforzarán por evitar esta situación se pone claramente de manifiesto en el hecho de que recurran al aborto, aun cuando sepan que es ilegal y que, probablemente, se ha de realizar en malas condiciones.

A su vez, las excesivas expectativas de independencia y control constriñen el potencial y las opciones de los hombres. Los riesgos físicos que los hombres creen se espera que ellos asuman se trasuntan, por ejemplo, en las altas tasas de defunción de jóvenes varones debido a accidentes viales, que ocupan el noveno lugar a escala mundial entre las principales causas de pérdida de años de vida. Las lesiones ocupacionales también constituyen un importante factor de riesgo en lo concerniente a la muerte y la discapacidad²⁵. Si bien los hombres suelen tener ocupaciones que acarrearán riesgos físicos (por ejemplo, la minería o la operación de maquinaria pesada y de camiones), las definiciones de masculinidad incrementan su vulnerabilidad.

Nunca se ha determinado el costo psicológico para los hombres de la desigualdad de género y hasta recientemente, ni siquiera se había reparado en que tal desigualdad entraña un costo. Las relaciones tradicionales de poder entre hombres y mujeres, por limitantes que fueran, tal vez hayan creado en los hombres ámbitos de conflicto psicológico relativamente raros debido a que se validaban firmemente las normas sociales; pero, debido a los rápidos cambios que están experimentando casi todas las sociedades, se están poniendo en jaque esas normas. En consecuencia, se suscitan dudas, incertidumbre y conflicto interior en los hombres de todas las generaciones.

Educación: Costos de la discrepancia de género

El hecho de denegar a las mujeres la posibilidad de recibir educación ha frenado el desarrollo social y económico. En los países donde la proporción de matriculación primaria o secundaria entre niñas y varones es inferior a 0,75, en términos generales, el PNB per cápita es un 25% inferior al de otros países²⁶. Esto se pone más de manifiesto en algunas zonas de África y del Asia meridional, donde reina una aguda falta de equidad. Por otra parte, los adelantos en la

La discriminación por motivos de género menoscaba la autoestima y la capacidad de la mujer durante toda su vida.



educación de la mujer facilitaron y reforzaron los adelantos económicos en los países del Asia oriental y sudoriental (véase *infra*).

Las inversiones en la educación de la mujer constituyen una opción económica eficiente. Según se ha calculado, un aumento del 1% en la matriculación secundaria de las niñas redundaría en un aumento del 0,3% en el crecimiento económico²⁷. La relación entre la educación secundaria de las niñas y el crecimiento económico también está fehacientemente establecida (cuando en los análisis se incluye la matriculación secundaria de varones y niñas²⁸, sólo la matriculación secundaria de las niñas arroja una relación firme y sostenida). Se ha comprobado que las utilidades económicas de las inversiones en la educación de la mujer son superiores a las que producen las inversiones en la educación de los varones²⁹. Una razón es que las mujeres que aprovechan sus aptitudes para incrementar sus ingresos efectúan mayores inversiones en la salud y la educación de los niños³⁰.

Los padres y madres educados tienen mayores probabilidades de efectuar inversiones en la educación de sus hijos, y las madres educadas, de apoyar la educación de sus hijas³¹.

En la mayoría de las regiones hubo adelantos, aun cuando desiguales, en la matriculación en la escuela primaria y secundaria. Algunos de los aumentos más rápidos han ocurrido en el Asia meridional y en África, pero en esas regiones los niveles siguen siendo bajos. En algunos países, las guerras, el ajuste económico y el aumento de los gastos de las familias han restringido las oportunidades educacionales, especialmente para los pobres.

En general, la matriculación ha mejorado más para las niñas que para los varones, de modo que en la mayoría de las regiones se está mitigando la discrepancia de género en la enseñanza. No obstante, en muchos países dicha discrepancia sigue siendo de gran magnitud. En 22 países africanos y nueve países asiáticos, la matriculación de las niñas es inferior al 80% de la de los varones³². La discrepancia es mayor en los países del Asia meridional y de África al sur del Sahara, particularmente en lo concerniente a la educación secundaria; menos de un 40% de los estudiantes secundarios son de sexo femenino. Cuando el acceso a la educación básica es en general mayor, el número de niñas es superior al de varones en el África meridional, América Latina y la mayoría de los países del Asia oriental.

El acceso a la educación tiene los niveles más bajos en las zonas rurales, tanto para los varones como para las niñas, y en particular para estas últimas. En el Níger, por ejemplo, en las ciudades hay 80 niñas que asisten a la escuela por cada 100 varones, pero en zonas rurales la proporción es de sólo 41 niñas por cada 100 varones³³. Esas diferencias reflejan el valor inferior que los padres y madres asignan a la educación de las niñas en comparación con las tareas del hogar realizadas por estas últimas, así como las expectativas de los progenitores en cuanto al futuro rendimiento de sus inversiones.

Tal vez los padres y madres no quieran que sus hijas alternen con niños varones u hombres en el aula o cuando acuden a la escuela, o es posible que tengan aprensiones acerca de la seguridad de las niñas, por lo cual la distancia a la escuela se transforma en un factor importante. En el Pakistán, donde las escuelas están segregadas por sexo, en las zonas rurales un

RECUADRO 25

Persiste la desigualdad de género en la educación

Muchos estudios ponen de manifiesto reiteradamente que al efectuar inversiones en la educación de niñas y mujeres se elevan todos los indicadores de adelanto hacia un crecimiento y desarrollo económicos sostenibles. Pese a ello, según se estima, dos tercios de los 300 millones de niños que carecen de acceso a la educación son niñas y dos tercios de los 880 millones de adultos analfabetos son mujeres.

En 1996, eran analfabetas un 29% de las mujeres del mundo mayores de 15 años, en comparación con un 16% de los varones. En los últimos decenios, los países de todas las regiones ampliaron los servicios de educación primaria, aun cuando en África el progreso comenzó a hacerse más lento en el decenio de 1980 debido a que aumentaron los costos para los progenitores y disminuyó la calidad de la enseñanza. En los países en desarrollo, considerados en su conjunto, ha disminuido sustancialmente la discrepancia de género en la enseñanza primaria, aun cuando persiste en los países de África al sur del Sahara, del África septentrional y del Asia meridional. La proporción de niñas disminuye en la enseñanza secundaria y postsecundaria, pero en los últimos decenios la discrepancia de género ha disminuido ligeramente.

Las mayores discrepancias de género se observan en las regiones donde los niveles generales de educación son más bajos. Cuando tienen que optar, algunos progenitores escogen educar a los hijos varones debido a que se ofrecen empleos más numerosos y mejor remunerados para los hombres que para las mujeres. Se saca a algunas niñas de la escuela para que trabajen en el hogar. Algunas familias no están dispuestas a educar a las niñas cuando la escuela está a gran distancia del hogar o los maestros son hombres. Algunos progenitores efectúan menos inversiones en la educación de las niñas debido a que las utilidades económicas beneficiarán a las familias de sus futuros esposos después del matrimonio.

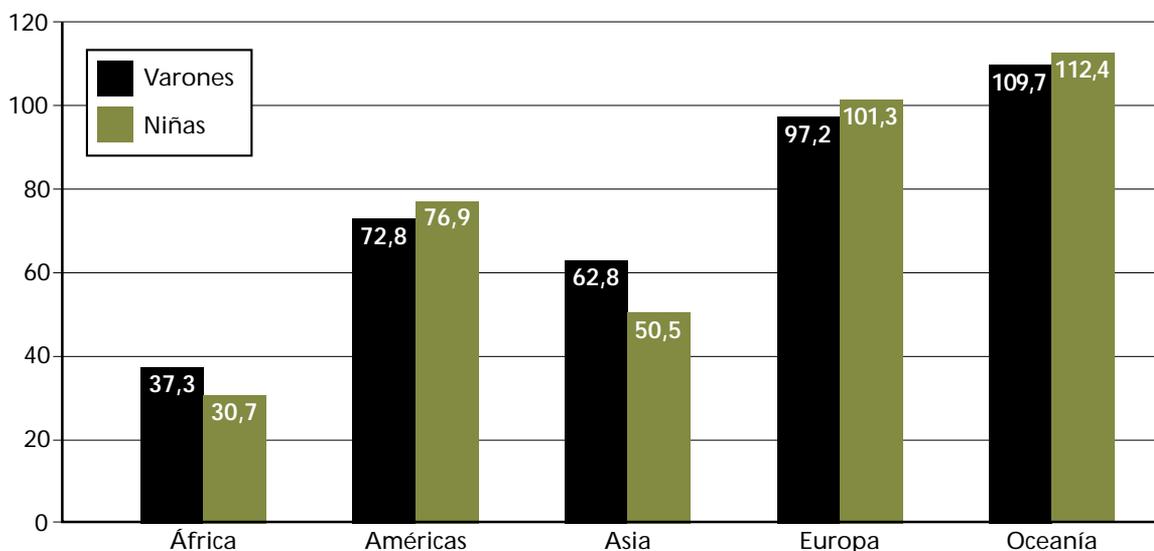
Una vez que las niñas llegan a la pubertad, puede ocurrir que el embarazo impida que sigan asistiendo a la escuela. Con frecuencia, las estudiantes que quedan embarazadas abandonan la escuela o son expulsadas por las autoridades escolares. Los embarazos no deseados de las madres tal vez puedan conducir a sacar a sus hijas de la escuela para que ayuden en el hogar.

El número de hijos en la familia tiene influencia sobre el nivel educacional: los niños de uno u otro sexo en familias pequeñas tienen mejores oportunidades educacionales. En un estudio realizado en Tailandia se comprobó que si otros factores (nivel de ingresos, religión, lugar de residencia, nivel educacional de los progenitores y ambición de los progenitores respecto de sus hijos) eran iguales, en las familias con cuatro o menos hijos un 31% asistían a la escuela secundaria superior; esta proporción era de sólo 14% en las familias que tenían más de cuatro hijos. De manera similar, en un estudio realizado en Bangladesh se comprobó que los hijos de familias pequeñas permanecían más tiempo en la escuela debido a que no era necesario que se ocuparan de sus hermanitos en el hogar. Por otra parte, en estudios realizados tanto en Tailandia como en Bangladesh, se comprobó que los varones tenían un nivel educacional más alto que las niñas.

La educación, en particular la educación femenina, tiene mayores efectos sobre las tasas de mortalidad de menores de un año y de niños en general que los efectos combinados del mayor ingreso, el mejor saneamiento y el empleo en el sector moderno de la economía. Botswana, Kenya y Zimbabwe, países de África al sur del Sahara donde se acusan los más altos niveles de matriculación femenina, son los que tienen menores niveles de mortalidad de niños. En Kenya, por ejemplo, un 10,9% de los hijos de mujeres carentes de toda educación perderán la vida antes de llegar a los 5 años, en comparación con 7,2% de los hijos de mujeres que tienen educación escolar primaria y 6,4% de los hijos de mujeres que tienen educación escolar secundaria.

21% de las niñas — más del doble de la proporción de niños varones — carecen de una escuela en un radio de un kilómetro respecto de su vivienda³⁴.

Gráfico 6: Tasas de matriculación en la escuela secundaria (cifras brutas), por sexo y región, 1997



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2000. *World Population Monitoring, 2000: Population, Gender and Development* (véanse las Notas Técnicas).

RECUADRO 26

Las nuevas tecnologías de la información y la potenciación del papel de la mujer

Las nuevas tecnologías de la información ofrecen muchas oportunidades para la potenciación del papel de la mujer, pese a la desigualdad de género en cuanto a la accesibilidad y la utilización de dichas tecnologías.

La mayoría de quienes se ocupan de cuestiones de diseño, desarrollo, comercialización, venta, instalación, gestión y reparación en relación con las nuevas tecnologías son hombres, lo cual refleja la suposición implícita de que sólo los hombres tienen capacidad tecnológica. Las mujeres están concentradas en trabajos de montaje, que requieren escasa capacidad técnica.

Las encuestas acerca de usuarios de la *Internet* indican que un 35% son mujeres — mayormente en América del Norte, Europa y Australia, regiones que en 1999 representaron el 80% del total de la utilización de la *Internet* — aun cuando va en aumento el porcentaje de mujeres. En una encuesta entre grupos de mujeres y mujeres individuales realizada en todo el mundo se comprobó que las mujeres solían mencionar la falta de capacitación y el costo del equipo como obstáculos que impedían la utilización de la *Internet*.

Aun así, hay en todo el mundo muchas mujeres que están utilizando eficazmente las nuevas tecnologías y comprendiendo la capacidad de éstas y su potencial para transformar las vidas de las mujeres. Por ejemplo, las mujeres utilizaron la *Internet* para establecer amplias redes internacionales y locales de gestión en relación con las diversas conferencias mundiales celebradas en el decenio de 1990.

Es posible utilizar las nuevas tecnologías para ayudar a las mujeres pobres. En Bangladesh, en virtud de un proyecto del Banco Grameen, se alquilan teléfonos celulares a las mujeres, cada una de las cuales se desempeña como operadora telefónica de su aldea: así gana un ingreso, eleva su condición social y aumenta el acceso de la comunidad a la información de diversos tipos. Esas “señoras del teléfono” pueden vincular las aldeas con fuentes distantes de información. Por ejemplo, cuando los agricultores tienen conocimiento de los precios que se cotizan en los mercados de las ciudades pueden obtener mejores precios por sus productos y evitar la explotación por parte de los intermediarios. Merced a esas ventajas, las comunidades se benefician en medida mucho mayor que los 30 ó 40 dólares mensuales que reciben las “señoras del teléfono”.

(Cuando el presente informe se coloque en línea, en www.unfpa.org, podrá encontrarse información sobre sitios escogidos en la *Internet* que se dedican a promover la igualdad de género, la salud reproductiva y las cuestiones de población).

Microcrédito: Inversiones en la mujer

Los efectos de los programas de microcrédito demuestran claramente los positivos efectos de proporcionar a las mujeres acceso a los recursos y control sobre sus opciones en la vida.

Los planes de microfinanciación contribuyen a potenciar el papel de la mujer en sus familias y sus comunidades, al otorgar préstamos por pequeños importes a pequeñas empresas dirigidas por mujeres. El Banco Mundial³⁵, las instituciones financieras regionales, las organizaciones nacionales de crédito (como el Banco Grameen en Bangladesh) y las organizaciones no gubernamentales³⁶ apoyan la financiación de créditos rotatorios.

Se ha comprobado que esos programas de préstamos son financieramente viables (con tasas de devolución superiores a las de los préstamos comerciales convencionales, y con tasas de interés viables y competitivas). También pueden crear un importante cauce para transmitir información sobre la nutrición y la salud, inclusive información sobre salud reproductiva, y pueden servir para capacitar a líderes de la comunidad.

Se ha demostrado que los programas de microcrédito contribuyen a la salud reproductiva cuando se les ofrece un apoyo técnico correcto. El aumento del ingreso y de la autonomía de la mujer puede conducir a la adopción de nuevas prácticas en materia de salud y planificación de la familia.

El microcrédito, por sí mismo, no creará igualdad de oportunidades económicas. Los críticos de la institución pionera del microcrédito, el Banco Grameen, han dicho que, en la práctica, los hombres controlan y, algunas veces, desvían una porción de los préstamos otorgados a las mujeres³⁷. Algunos hombres se sienten amenazados cuando sus esposas obtienen mayor independencia económica y pueden ocurrir actos de violencia, a menos que también los hombres participen en el plan y en sus beneficios. Otros analistas destacan que el crédito también es ne-



cesario para ayudar a las mujeres a efectuar la transición desde empresas en pequeña escala hasta otras de mayor magnitud³⁸.

Demografía y género: Costos y oportunidades

Las oportunidades y opciones de las mujeres, además de afectar las tasas de fecundidad, mortalidad y salud (capítulo 2), influyen pronunciadamente sobre los futuros efectos de otros dos hechos demográficos: las cantidades sin precedentes de jóvenes adultos en edad de trabajar y procrear, y el envejecimiento de las poblaciones.

El dividendo demográfico

Al posibilitar que las mujeres y los hombres escojan el número de hijos, así como el momento y el espaciamiento entre alumbramientos, se acelera la "transición demográfica" desde altas tasas de fecundidad y mortalidad hacia bajas tasas de fecundidad y mortalidad. Los países industrializados ya han experimentado esta transición, la cual está muy adelantada en muchos otros países. Los países menos adelantados, en su mayoría, aún no han atravesado esta etapa.

La transición entraña beneficios económicos tangibles; entre ellos, un "dividendo demográfico" transitorio, a medida que las cantidades de niños dependientes disminuyen rápidamente en relación con la población en edad de trabajar; esto crea una oportunidad para que los países efectúen más inversiones en estimular el crecimiento económico. A fin de aprovechar esta oportunidad, es preciso que los países efectúen inversiones en la educación, la capacitación y el empleo de los jóvenes, así como en los servicios

RECUADRO 27

Los beneficios del microcrédito no son sólo económicos

Los planes de microcrédito vinculados a los servicios de salud reproductiva y la educación al respecto otorgan a las mujeres más control sobre sus ingresos, una voz de mayor presencia en la adopción de decisiones en la familia, mayor confianza en sí mismas y mayor participación en cuestiones comunitarias, según se indica en un examen de proyectos del FNUAP realizados en seis países.

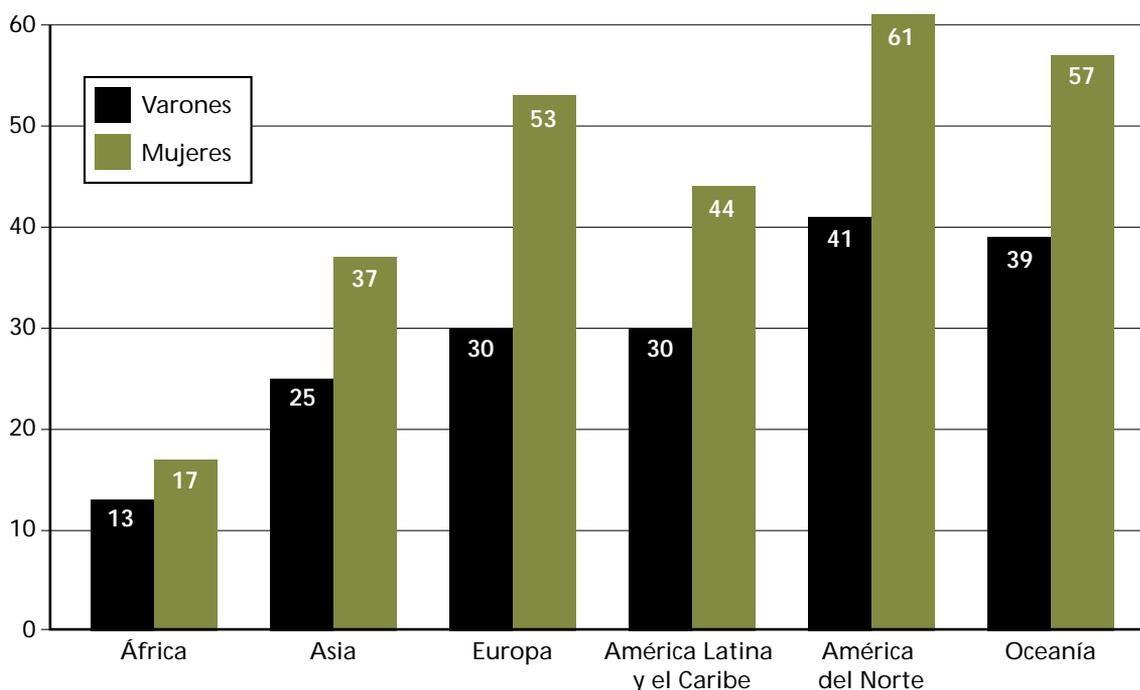
Esos resultados fueron más marcados cuando las actividades de generación de ingresos fueron acompañadas por el afianzamiento de la conciencia de género y la justicia social y económica.

Las participantes en proyectos de microcrédito afirman que después de su incorporación a dichos proyectos, estuvieron en condiciones de expresar más libremente sus opiniones e ideas. En Filipinas, una mujer dijo: "Mi esposo solía adoptar todas las decisiones acerca de la compra de artículos para el hogar y se limitaba a hacerme saber lo que había decidido. Ahora, pide mi opinión y si yo le digo que no, no compra esos artículos".

Otra mujer señaló: "Antes del proyecto yo me ocupaba mayormente de las tareas del hogar. Mi esposo solía tratarme como si yo fuera un mueble. Después de que comencé a participar en el proyecto, ingresé en el programa de capacitación y fui seleccionada como presidenta del grupo de mujeres. Ahora presido las reuniones y mi esposo me respeta".

En la India, una mujer de Madrás (en el proyecto de *Working Women's Forum*) dijo, refiriéndose al trabajo de su grupo en la comunidad: "Hemos estado tratando de mantener limpio nuestro vecindario; hemos enviado una petición a la empresa municipal para que se subsane la contaminación del agua ... también hemos enviado una petición al gobernador para que se prohíban los negocios de venta de bebidas alcohólicas". En Dindigul, las mujeres organizaron una marcha de protesta a fin de obtener una bomba para el pozo de agua de su aldea. Y las mujeres de Kancheepuram enviaron una petición a la empresa municipal para obtener una guardería diurna.

Gráfico 7: Porcentaje de hombres y mujeres que se espera sobrevivan hasta cumplir 80 años, por región (personas nacidas entre 1995 y 2000)



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2000. *World Population Monitoring, 2000: Population, Gender and Development*.

de salud, incluidas la higiene sexual y la salud reproductiva. Cuando la disminución de la tasa de fecundidad es más lenta, se diluyen tales efectos del dividendo demográfico.

Las economías de varios países del Asia oriental y sudoriental crecieron a velocidades sin precedentes entre el decenio de 1960 y el de 1980, con promedios del orden del 8% anual. Este proceso se benefició en gran medida con las inversiones realizadas inicialmente en salud y educación, especialmente en beneficio de las mujeres. Las tasas de fecundidad disminuyeron rápidamente y en el decenio de 1980, esos países estuvieron en condiciones de cosechar muchas de las ventajas del dividendo demográfico. Según los análisis, un 30% de este crecimiento en los “tigres asiáticos” se atribuye al cambio en las estructuras de edades resultante de la disminución en las tasas de mortalidad y fecundidad. Esto equivale a un adelanto económico de 1.525 dólares per cápita en un período de 30 años³⁹.

Pese a los demostrados beneficios económicos de las inversiones públicas en educación y atención primaria de la salud, durante el decenio de 1990 en muchos países disminuyó la proporción del gasto gubernamental en esas esferas.

En los países de África al sur del Sahara y del Asia meridional, donde las tasas de fecundidad son muy altas, las inversiones en educación y salud, inclusive la satisfacción de las necesidades insatisfechas en materia de planificación de la familia, podrían contribuir a impulsar una rápida transición demográfica en mayor cantidad de países y podrían ofrecerles la oportunidad de recoger el dividendo demográfico a medida que vaya disminuyendo la tasa de fecundidad.

Los efectos del envejecimiento

En este siglo, cambiará la estructura de edades de la población mundial, a medida que vaya aumentando la proporción de personas de más edad. Esto puede percibirse ya en las regiones más desarrolladas, donde están bien establecidas las bajas tasas de fecundidad y de mortalidad. Este proceso está avanzando velozmente en países donde la tasa de fecundidad ha disminuido muy rápidamente y la esperanza de vida es mayor. En los países donde siguen siendo altas las tasas de fecundidad y de mortalidad, el envejecimiento de la población ocurrirá más lentamente.

En las regiones más desarrolladas, a medida que el crecimiento de la población se estabiliza o comienza a disminuir, los encargados de formular políticas están cada vez más preocupados por las necesidades financieras y de salud de las poblaciones de mayor edad. Se está prestando atención a las disposiciones para aumentar la edad mínima de la jubilación (inclusive la posibilidad de que las personas continúen trabajando), la reforma de los sistemas de pensiones, la enmienda de los programas de atención de la salud y atención a largo plazo y el establecimiento de sistemas de apoyo comunitario para las personas de más edad. La ampliación de las pensiones ofrecidas por los gobiernos suele quedar eclipsada por preocupaciones relativas a su sustentabilidad fiscal.

Es necesario adoptar medidas contra la discriminación de género a lo largo de todo el ciclo vital. El envejecimiento de las poblaciones tiene diferentes repercusiones para hombres y mujeres:

La cantidad de mujeres mayores de 60 años es superior a la de hombres. Las mujeres viven más tiempo que los hombres y su esperanza de vida ha aumentado más rápidamente que la de los hombres. La diferencia en la esperanza de vida entre hombres y mujeres es resultado de una combinación de diferencias biológicas, entre ellas la menor susceptibilidad a las enfermedades cardiovasculares de las mujeres antes de la menopausia, y de influencias culturales, como la mayor exposición de los hombres a riesgos laborales⁴⁰. Los hombres casados viven más tiempo que los que no lo están⁴¹.

Los sistemas públicos de pensiones se diseñaron con la expectativa de que los hombres serían la principal fuente de apoyo económico. Pese a que hay mayor cantidad de mujeres, en la ancianidad éstas reciben menos apoyo que los hombres por parte de programas públicos, debido a que lo frecuente es que no hayan participado en la fuerza laboral en la economía estructurada. Algunos países solían ofrecer pensiones a las madres, independientemente de su participación económica pero, en su mayoría, han reducido o eliminado esas prestaciones al reformar los sistemas públicos⁴². En la práctica, las pensiones de las mujeres dependen de las aportaciones de sus esposos. Aun cuando las mujeres también hayan contribuido a los sistemas públicos de seguridad social, en algunos casos se ha establecido para las prestaciones conjuntas un máximo muy inferior a la suma de las aportaciones del marido y la mujer, y tales prestaciones pueden ser reducidas en gran medida, o eliminadas, al fallecer el esposo.

Las mujeres que han enviudado tienen mayores probabilidades de vivir solas que los hombres viudos. En todos los países, la viudez es más común entre las mujeres debido a que viven más tiempo y se casan con hombres mayores que ellas. Debido o bien a sus opciones o bien a las costumbres, también hay menores probabilidades para las mujeres que para los hombres de volver a contraer matrimonio después del fallecimiento del cónyuge; y las viudas suelen vivir solas. En el África septentrional, un 79% de las mujeres mayores de 60 años son viudas. Asimismo, la viudez femenina también es frecuente en países del Asia central, donde hay altas tasas de mortalidad masculina⁴³. En algunos países en desarrollo, la proporción de ancianas que viven solas se aproxima a la existente en los países industrializados.

La carga de atender a los ancianos recae más pesadamente en las mujeres que en los hombres. Las mujeres atienden a los miembros ancianos de su familia, además de ocuparse de sus esposos y sus hijos. En los países desarrollados, pesan sobre las mujeres que trabajan tantas responsabilidades de atender a miembros de sus familias como sobre las mujeres que no trabajan. En los países donde se espera que el hijo mayor se ocupe de sus progenitores ancianos, en realidad quien se hace cargo de esa responsabilidad es su esposa.

Las mujeres que carecen de apoyo en la ancianidad tienen más probabilidades que los hombres de ser culpadas por las circunstancias en que se encuentran; las que cuentan con apoyo enfrentan situaciones más precarias. Aun cuando las mujeres tienden a vivir más tiempo que los hombres, las ancianas suelen recibir menos apoyo de sus familias⁴⁴ y con frecuencia hay una suposición intrínseca de que no merecen que se las apoye. Los hombres de más edad tienen mayores probabilidades de contar con familiares que los apoyan y viven bajo su mismo techo,

Las ancianas tienen más probabilidades de ser pobres que los hombres ancianos.



mientras las mujeres suelen ser huéspedes en las casas de sus hijos⁴⁵.

Las mujeres padecen más altas tasas de discapacidad en edades más avanzadas, lo cual refleja las cargas acumuladas a lo largo del ciclo vital. En general, una mayor duración de la vida no incrementa los años de discapacidad en etapas más avanzadas⁴⁶. No obstante, particularmente en los países donde hay una pronunciada inequidad de género, el estado de salud de las mujeres ancianas se resiente debido a la falta de servicios de salud, de educación y de nutrición en las etapas anteriores de sus vidas.

Las mujeres ancianas tienen más probabilidades de ser pobres que los hombres ancianos. Los efectos acumulados de ingresos más bajos a lo largo de su vida, menores pensiones, más baja condición social y menor acceso a los bienes y la herencia contribuyen a tasas desproporcionadamente altas de pobreza entre las mujeres de más edad. Las más gravemente afectadas son las ancianas que nunca se casaron o que quedaron viudas.

Debido a la atención prestada a estas cuestiones en el Año Internacional de las Personas de Edad, 1999, se cobró mayor conciencia respecto de esas situaciones, estimulada por el debate y la formulación de políticas⁴⁷.

Medición de las desigualdades de género

Las opciones acerca de los indicadores a utilizar en la medición del progreso hacia las metas de desarrollo social reflejan las prioridades de desarrollo. Recientemente, se ha prestado mayor atención a la igualdad de género y la protección de los derechos de la mujer. Allí donde hay una valoración sistemáticamente insuficiente de las mujeres y sus derechos, casi cualquier medida concreta pondrá de manifiesto esa situación. Allí donde las mujeres son participantes activas y valoradas, se aprecian sus contribuciones, sea cual fuere la esfera de actividad considerada.

Para determinar los prejuicios de género se utilizan varias mediciones compuestas. La variación es considerable, pero todas coinciden en gran medida en cuanto a la situación relativa de distintos países y localidades.

Los indicadores estándar, en su mayoría, no reflejan adecuadamente la naturaleza, la magnitud o los efectos de los desequilibrios de género o la manera en que estos se producen. Por ejemplo, la proporción de mujeres que ocupan empleos remunerados no refleja la labor de la mujer en el hogar ni en el sector paralelo o no estructurado (*informal*) de la economía. Cuando los niveles de em-

Cuadro 2: Índice de igualdad de género

Esfera de la vida	Indicador o indicadores
Autonomía del cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> • Protección jurídica contra la violencia por motivos de género e incidencia de ésta • Control sobre la sexualidad • Control sobre la reproducción
Autonomía dentro de la familia y el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para contraer matrimonio y divorciarse • Derecho a la patria potestad sobre los hijos en caso de divorcio • Facultades para la adopción de decisiones y acceso a los bienes del hogar
Poder político	<ul style="list-style-type: none"> • Adopción de decisiones en niveles superiores al del hogar (municipalidades, sindicatos, gobiernos, parlamento) • Proporción de mujeres en puestos ejecutivos de alto nivel
Recursos sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a servicios de salud • Acceso a servicios de educación
Recursos materiales	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la propiedad de la tierra • Acceso a la propiedad de la vivienda • Acceso al crédito
Empleo e ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de las tareas remuneradas y no remuneradas • Diferencias de salario entre hombres y mujeres • División del trabajo en la economía estructurada y en la economía paralela o no estructurada (<i>informal</i>), por género
Tiempo disponible	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso relativo al descanso y el sueño
Identidad de género	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez de la división del trabajo entre hombres y mujeres

Fuente: Wieringa, Saskia. 1999. "Women's Empowerment in Japan: Towards an Alternative Index on Gender Equality". Ponencia presentada al Primer Foro Mundial sobre Desarrollo Humano patrocinado por la Oficina del Informe sobre Desarrollo Humano, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York, 29 a 31 de julio de 1999.

pleo son bajos, se pone de manifiesto la restricción en la movilidad social y las oportunidades de las mujeres, pero cuando va aumentando progresivamente la participación femenina en la fuerza laboral, esto no indica que se hayan ampliado los medios de acción de la mujer; en algún punto, la escala indica que tanto hombres como mujeres no tienen otra alternativa sino trabajar.

Índices y otros indicadores

Pese a las imperfecciones de las mediciones, la comunidad internacional acepta algunas de ellas, ya que proporcionan indicaciones generales. El Índice de Desarrollo Humano (IDH), propuesta pionera del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)⁴⁸, refleja el estado de salud y el acceso a los servicios al incluir la esperanza de vida, las perspectivas económicas indicadas por el PIB per cápita y el nivel educacional mediante la combinación de las tasas de alfabetización de adultos y de matriculación escolar.

En 1996, el PNUD introdujo dos nuevos índices para reflejar la naturaleza diferenciada por géneros del desarrollo humano. El primero, Índice de Desarrollo de Género (IDG), utiliza los mismos componentes que el IDH, pero diferenciados por género⁴⁹. El segundo, Índice de Potenciación de Género (IPG), utiliza un conjunto de mediciones: escaños parlamentarios ocupados por mujeres; proporción de administradores y ejecutivos que son mujeres; proporción de trabajadores profesionales y técnicos que son mujeres⁵⁰; y proporción correspondiente a la mujer de los ingresos obtenidos.

Si bien esos son indicadores importantes, no miden cabalmente la gama de posibles opciones de la mujer. El Índice de Igualdad de Género (IIG), elaborado bajo los auspicios del Instituto Internacional de Estadística, aspira a ser más integral (Cuadro 2). Sin embargo, no todos los países cuentan con los datos necesarios y esa situación ha impedido una elaboración cabal de este índice.

Se han hecho algunos intentos de medición de la condición jurídica y social de la mujer utilizando conjuntos de datos existentes, en particular las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) realizadas en más de 60 países hacia fines de 1999⁵¹. La amplia gama de temas cubiertos y la detallada descripción de los hogares posibilitan diversos estudios.

Uno de esos indicadores, el Umbral de la Condición de la Mujer (TMWS), abarca seis esferas de la vida — condición socioeconómica, condición de jefa de hogar, educación y contacto con la información, empleo y volumen de trabajo, matrimonio y alumbramiento, y condición asignada —, define los umbrales de rendimiento eficaz sobre la base de indicadores específicos para cada esfera⁵². El TMWS tiene una trama más pormenorizada que otras mediciones agregadas o de síntesis; pero sigue sin reflejar muchos detalles de la adopción de decisiones en las familias; para ello se requeriría que en las encuestas se formulen preguntas acerca de quién adopta las decisiones sobre las compras en el hogar, por ejemplo, o si una mujer necesita permiso para viajar fuera del hogar⁵³.

En los países donde los datos posibilitan la comparación de los tres indicadores, la categorización ge-

neral de los países con respecto al IDG, el IPG y el TMWS resulta aproximadamente igual. Pero en muchos países, hay discrepancias en los indicadores acerca de cuáles son los temas que requieren mayor atención.

Un análisis de indicadores similares al IPG y al IIG en países de África al sur del Sahara también indicó que, en general, había coherencia pero había grandes variaciones en relación con algunas mediciones concretas y no se podían determinar simples vínculos causales entre diferentes mediciones⁵⁴. Por ejemplo, los niveles de educación relativamente altos no estaban claramente correlacionados con niveles más altos de participación en el poder político.

Otras acciones para monitorear el progreso

El FNUAP ha determinado un conjunto de indicadores demográficos, programáticos y de salud que reflejan los aspectos de género en los programas por países⁵⁵. El Fondo también ha seleccionado indicadores de metas⁵⁶, inclusive la reducción de la discrepancia de género en la matriculación en escuelas primarias y secundarias; el aumento de la proporción de mujeres parlamentarias; y las mayores tasas de alfabetización femenina.

El marco común de indicadores del sistema de las Naciones Unidas es similar, pero reemplaza el indicador de alfabetización de adultos por la proporción de mujeres que ocupan empleos no agrícolas remunerados⁵⁷. Una evaluación del progreso, efectuada por el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), llama a la reflexión: “Hasta la fecha, sólo seis países han logrado una aproximación a la igualdad de género en la matriculación en escuelas secundarias y al mismo tiempo, al menos un 30% de mujeres que ocupan escaños en parlamentos o legislaturas, así como una participación de aproximadamente un 50% en empleos remunerados en actividades no agrícolas”⁵⁸.

También el Banco Mundial está elaborando un conjunto de mediciones para caracterizar a los países en función de las cuestiones de género. Esas mediciones se refieren a: la proporción de mujeres en la población; la esperanza de vida por sexo; la proporción de mujeres en la fuerza laboral; la matriculación y progresión en las escuelas primarias, desagregadas por sexo, y las tasas de analfabetismo de jóvenes, hombres y mujeres; las tasas de fecundidad; la prevalencia del uso de anticonceptivos; los partos que cuentan con atención profesional; y las tasas de mortalidad derivadas de la maternidad⁵⁹. El Banco también ha producido descripciones más cualitativas de cuestiones clave y del progreso, relativas a diversos países⁶⁰.

La reforma del sector de salud, una iniciativa fundamental del Banco Mundial, se está llevando a la práctica utilizando la medición de años de vida ajustados por discapacidad, como base para determinar las prioridades en la prestación de servicios. No obstante, algunos críticos postulan que la medición se resiente debido al prejuicio de género, en particular dado que no se toma en cuenta cómo se perjudican las familias debido a la enfermedad de la mujer, que es la principal encargada de proporcionar cuidados⁶¹.

Los indicadores estándar de desarrollo no reflejan la naturaleza ni la magnitud o los efectos de los desequilibrios de género.

Los derechos de la mujer son derechos humanos

Un conjunto de tratados de derechos humanos y acuerdos celebrados en conferencias internacionales y forjados por los gobiernos durante varios decenios — con la creciente influencia de un movimiento mundial cada vez más fuerte en pro de los derechos de la mujer — proporciona las bases jurídicas para eliminar la discriminación por motivos de género y la conculcación de los derechos de género. Esos acuerdos afirman que las mujeres y los hombres tienen iguales derechos y obligan a los Estados a adoptar medidas contra las prácticas de discriminación.

El punto de partida se encuentra en los principios de la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de Derechos Humanos, a los cuales se adhieren todos a los Estados Miembros de las Naciones Unidas. Después de que esos dos instrumentos fueron redactados, en el decenio de 1940, se elaboraron descripciones concretas de los derechos y las libertades, pero cada uno de los tratados ulteriores sobre derechos humanos se ha basado en el reconocimiento explícito por parte de los precursores acerca de la igualdad de derechos y libertades fundamentales de cada hombre y cada mujer, y el hincapié que hicieron en proteger la dignidad básica de la persona humana.

Como expresiones de la conciencia del mundo, las decisiones adoptadas por consenso en conferencias internacionales son también poderosos instrumentos de promoción del cambio, tanto dentro de los países como en el plano internacional. La Declaración y Programa de Acción de Viena, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción

aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer son acuerdos internacionales aprobados por consenso que apoyan firmemente la igualdad de género y la potenciación del papel de la mujer.

En particular, los documentos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, basados en acuerdos de derechos humanos, expresan claramente los conceptos de derechos sexuales y reproductivos — inclusive el derecho a la salud sexual y reproductiva; elección voluntaria del conyuge, de las relaciones sexuales y de la procreación; la protección contra la violencia y la coacción sexuales; y el derecho a la vida privada¹ — que son imprescindibles para la igualdad de género.

Tratados de derechos humanos

En el Preámbulo de la **Carta de las Naciones Unidas**, aprobada en 1945, se reafirma “la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas”. En la Carta se reconoce que un propósito de las Naciones Unidas es “realizar la cooperación internacional en... el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”.

FOTO: Jueza en Ghana. Los tratados de derechos humanos proporcionan la base jurídica para eliminar la conculcación de los derechos humanos por motivos de género.

Jorgen Schytte/Still Pictures

La **Declaración Universal de Derechos Humanos**, aprobada en 1948, amplió más el alcance de los derechos humanos. En el artículo 1 se resumen todos los demás artículos y posteriores tratados y convenciones cuando se expresa “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. En algunas cuestiones, como los derechos inherentes al matrimonio, la Declaración detalla las maneras en que es preciso tratar a hombres y mujeres. Indica que “los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia; y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse matrimonio”.

Más de 20 años después de aprobar la Declaración Universal de Derechos Humanos, la comunidad internacional convino en dos pactos en que se indican más detalladamente los derechos consagrados en la Declaración: el **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** (a menudo llamado el pacto político) y el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (a menudo llamado el pacto de derechos económicos). Ambos entraron en vigor en 1976. Son jurídicamente obligatorios para los Estados que los han ratificado. No obstante, son muchos los Estados Miembros que no los han ratificado y muchos otros lo han hecho, pero interponiendo reservas sustanciales (los Estados pueden formular reservas respecto de artículos de los tratados cuando desean eximirse de su cumplimiento, en la medida en que las reservas no se opongan al significado del tratado).

Ambos pactos incorporaron entendimientos basados en la Declaración, muchos de los cuales tienen importantes repercusiones con respecto a los derechos de género y reproductivos; son estos el derecho de la mujer de estar libre de todas las formas de discriminación, el derecho a la libertad de reunión y asociación, y los derechos pertinentes a la familia. El pacto político, entre otras cosas, reconoce los derechos a “la libertad y la seguridad de la persona” (Artículo 9) y a “la libertad de expresión”, inclusive “la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole” (Artículo 19); y afirma que “el matrimonio no podrá celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes” (Artículo 23).

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer fue aprobada por la Asamblea General en 1979; en enero del año 2000 tenía 165 Estados Partes. En la Convención se trata de abordar la discriminación generalizada de índole social, cultural y económica contra la mujer y se declara que los Estados deben esforzarse por modificar las pautas sociales y culturales de conducta que crean estereotipos para uno y otro sexo o colocan a las mujeres en posición de inferioridad. También se declara que los Estados deben velar por que las mujeres tengan igualdad de derechos en materia de educación e igual acceso a la información; eliminar la discriminación contra la mujer en cuanto al acceso a los servicios de salud; y eliminar la discriminación contra la mujer en todas las cuestiones relativas al

matrimonio y las relaciones de familia. La Convención declara que los Estados deben actuar para eliminar toda conculcación de los derechos de la mujer, sea ésta cometida por personas privadas, grupos u organizaciones.

La Convención plantea definiciones y normas más claras que las que figuran en pactos anteriores en lo concerniente a la igualdad de género y amplía las protecciones contra la discriminación. En particular, reconoce que debido a que hay diferencias en los papeles de género definidos socialmente, las disposiciones contra la discriminación y el abuso no pueden estipular simplemente la igualdad de trato para hombres y mujeres; debe haber una definición más positiva de las responsabilidades que aplique a todos por igual normas apropiadas relativas a los derechos. En la Convención se reconoce la necesidad de examinar las normas y prácticas sociales relativas al género para asegurar que no debiliten las garantías de vigencia de los derechos, que aseguran la igualdad de ambos sexos en todos los aspectos de sus vidas.

Casi todos los Estados han ratificado la **Convención sobre los Derechos del Niño**, lo que la convierte en un fuerte instrumento para responsabilizar a los gobiernos de cuestiones relativas a derechos humanos. Además de defender los derechos concretos de los niños, esta Convención, aprobada en 1989, trata más ampliamente de las relaciones de género. Reafirma, por ejemplo, el derecho a los servicios de planificación de la familia, reconocidos por anteriores convenciones y conferencias.

En el Artículo 24 se obliga a los Estados a “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres”. También los exhorta a adoptar “todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”; éste es un reconocimiento explícito de los abominables efectos de prácticas como la mutilación genital femenina. En el artículo 34 se establece que los Estados deben comprometerse “a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abuso sexuales”. En el artículo 17 se establece que los niños deberán tener acceso a la información “que tenga por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental”.

Al aplicar la Convención, el Comité de los Derechos del Niño, por ejemplo, ha recomendado que se aprueben, promulguen y apliquen leyes para prohibir la mutilación genital femenina (1997); ha exhortado a Kuwait a adoptar medidas para prevenir y combatir los matrimonios precoces (1998); y ha instado a México a elevar y uniformar la edad legal mínima de varones y niñas para poder contraer matrimonio (1999).

Órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados de derechos humanos: informes y recomendaciones

Los países que han ratificado tratados de derechos humanos deben informar regularmente acerca de las acciones emprendidas para asegurar el ejercicio y el disfrute de los derechos especificados. Los órganos establecidos vigilan la vigencia de los instrumentos de derechos humanos. Por ejemplo, el Comité de Derechos Humanos vigila el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y recibe denuncias de personas cuyos derechos han sido conculcados, mientras que el Comité de Derechos Eco-

Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.



nómico, Sociales y Culturales vigila la aplicación del pacto de derechos económicos.

Los órganos encargados de vigilar el cumplimiento de tratados ofrecen recomendaciones e interpretaciones para contribuir a la vigilancia, el examen y la evaluación de la aplicación de los tratados internacionales de derechos humanos. Sus recomendaciones pueden adoptar varias formas. Algunas recomendaciones clarifican las disposiciones de los tratados, por ejemplo, al especificar las acciones que deben realizar los Estados, grupos o individuos. Esos órganos de vigilancia también pueden definir las normas y recomendar las medidas necesarias para proteger o ampliar un derecho. Además, cuando un Estado presenta informes a un órgano encargado de vigilar el cumplimiento de un tratado, las organizaciones no gubernamentales pueden presentar "informes paralelos".

El **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** ha emitido recientemente varios dictámenes sobre derechos reproductivos. Por ejemplo, ha exhortado al Camerún a que elimine las prácticas de poligamia, matrimonios forzados, mutilación genital femenina y prejuicio a favor de la educación de los niños varones (1999); ha señalado con preocupación la alta incidencia de embarazos de niñas en edad escolar en San Vicente y las Granadinas (1997); y ha señalado que el Parlamento de Suiza aún no ha reconocido el derecho de las embarazadas a prestaciones de maternidad, de conformidad con el artículo 10 (1998).

Preocupado por la gran cantidad de suicidios de niñas adolescentes "que parecerían deberse en parte a la prohibición del aborto", el **Comité de Derechos Humanos** exhortó al Ecuador a ayudar a las adolescentes en que han quedado embarazadas involuntariamente a obtener atención de la salud y educación adecuadas (1998). Con respecto a Polonia, el Comité expresó preocupación acerca de la existencia de leyes estrictas de aborto conducentes a mayores cantidades de abortos clandestinos realizados en malas condiciones; al limitado acceso de la mujer a anticonceptivos costeables; a la eliminación en las escuelas de la educación sobre la sexualidad; y a la insuficiencia de los programas públicos de planificación de la familia (1999).

En marzo de 2000, el Comité aprobó un comentario general integral sobre igualdad de género, en que se indica en detalle qué entraña el artículo 3 del pacto político y qué información se espera que aporten los Estados en sus informes. El Comité declara que la igualdad de género se aplica al disfrute de todos los derechos — civiles, culturales, económicos, políticos y sociales — y no se limita al derecho a la no discriminación; se necesitan medidas de discriminación positiva. Los Estados Partes están obligados a prohibir la discriminación por motivos de sexo y a eliminar las acciones discriminatorias en los sectores tanto público como privado.

El **Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer** (CEDAW) vigila la aplicación de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En su período de sesiones de enero de 1992, el Comité aprobó la Recomendación General 19, relativa a la violencia contra la mujer, en la que se establece que la violencia por motivos de género que obstaculiza o anula el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de la mujer constituye discriminación en el sentido establecido por el tratado.

En 1994, el Comité dictaminó que la violencia contra la mujer en la familia constituye una conculca-

ción del derecho a la no discriminación contra la mujer en todas las cuestiones relativas al matrimonio y las relaciones en la familia. Exhortó a que se aplicaran medidas punitivas y se impusiera el pago de indemnizaciones civiles en casos de violencia doméstica; se proscibiera "la defensa del honor de la familia" como justificación para el ataque físico o el asesinato; se proporcionaran servicios para garantizar la seguridad de las víctimas de violencia en la familia; se ofrecieran programas de rehabilitación para quienes perpetraran actos de violencia doméstica; y se ofrecieran servicios de apoyo a las familias donde haya incidencia de incesto o abuso sexual.

Posteriormente, el Comité censuró las altas tasas de incidencia del embarazo de adolescentes en Belice, que relacionó con la falta de adecuados servicios de planificación de la familia, de información y de uso de anticonceptivos; también expresó preocupación porque las escuelas pueden expulsar a las niñas embarazadas y sólo hay unas pocas escuelas que permiten que las niñas continúen su educación después del embarazo (1999). Dictaminó que en Chile "prejuicios sociales y culturales profundamente arraigados" menoscaban el logro de la igualdad de la mujer; expresó preocupación por las altas tasas de embarazo en la adolescencia, que relacionó con la violencia sexual; exhortó al Gobierno a revocar leyes que imponen medidas punitivas cuando las mujeres se someten a abortos y que estipulan que los profesionales de la salud tienen obligación de denunciarlas (1999).

El Comité exhortó a Nepal a que enmendara las leyes discriminatorias de propiedad y herencia, matrimonio, nacionalidad, registro de los nacimientos y aborto; y que castigara a los proxenetas que consiguen mujeres para la prostitución o la trata; y expresó preocupación acerca de las costumbres y prácticas tradicionales nocivas, entre ellas el matrimonio en la infancia, la dote, la poligamia y prácticas étnicas y religiosas que obligan a las niñas a prostituirse (1999). El Comité expresó preocupación acerca de la alta tasa de violencia doméstica en el Perú, incluidos casos de incesto y violencia sexual contra mujeres y adolescentes campesinas e indígenas; y recomendó que el Gobierno enmendara su legislación sobre el aborto y velara por que las mujeres tuvieran acceso a servicios completos de salud, inclusive el aborto realizado en condiciones de seguridad y la atención médica de emergencia cuando hay complicaciones del aborto (1988).

Cada año, sólo unos pocos países presentan informes al Comité. Los efectos de las recomendaciones y dictámenes cobran importancia debido a su pertinencia general y su aplicación acumulativa.

El 10 de diciembre de 1999, Día de los Derechos Humanos, se abrió a la firma, la ratificación y la adhesión el **Protocolo Facultativo** de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Al 28 de marzo de 2000, 33 países habían firmado el Protocolo y algunos habían iniciado los procedimientos parlamentarios necesarios antes de la ratificación; se necesitan diez ratificaciones para que el Protocolo entre en vigor. El Protocolo Facultativo es un instrumento jurídico que posibilitará que las víctimas de discriminación por motivos de género presenten denuncias al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Al aceptar el Protocolo, un Estado reconocería la competencia del Comité para recibir y considerar denuncias de personas y grupos de personas

Los países que han ratificado tratados de derechos humanos deben informar periódicamente acerca de los adelantos que han logrado.

RECUADRO 28

El derecho a servicios de salud reproductiva

El acceso a los servicios de salud, incluidos los de salud reproductiva, es un derecho básico en virtud de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En el Artículo 12 se estipula que los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el acceso a los servicios, inclusive los de planificación de la familia; en particular, los servicios apropiados de planificación de la familia y atención del embarazo, el parto y el puerperio.

En 1999, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer formuló una recomendación general relativa al Artículo 12 de la Convención, cuyos aspectos principales son:

“Los Estados partes deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una gama completa de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva.

Los Estados Partes deberían asignar suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para garantizar que se destine a la salud de la mujer una parte del presupuesto total de salud comparable con la de la salud del hombre, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades en materia de salud.

Los Estados Partes también deberían, en particular:

- Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer;
- Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y reproductiva y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA);
- Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos;
- Supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención;
- Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa;
- Velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género”.

dentro de su jurisdicción en casos en que se han agotado los recursos dentro del país.

El Protocolo Facultativo también posibilita que el Comité inicie indagaciones en situaciones de conculcación grave o sistemática de los derechos de la mujer. Aun cuando el Protocolo posibilita que los Estados, al ratificarlo o al adherirse a él, declaren que

no aceptan el procedimiento de indagación, establece explícitamente que no se admiten reservas. Cuando el Protocolo entre en vigor, colocará a la Convención en condiciones de igualdad con otros instrumentos de derechos humanos que cuentan con procedimientos para presentar denuncias individuales, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

En abril de 2000, el **Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial** aprobó una recomendación general en que se reconoció que algunas formas de discriminación racial tienen repercusiones singulares y concretas sobre las mujeres. El Comité resolvió que al examinar casos de discriminación racial, tendría en cuenta los factores de género.

Además de la labor de los órganos encargados de la vigilancia del cumplimiento de los tratados, la **Comisión de Derechos Humanos** vigila el cumplimiento por los estados de la legislación internacional de derechos humanos e investiga presuntas conculcaciones de esos derechos. La Comisión, por conducto de relatores especiales y grupos de trabajo, envía misiones de comprobación de los hechos a países en desarrollo y desarrollados de todas las partes del mundo. Por ejemplo, hay un relator especial sobre la violencia contra la mujer.

En abril de 1999, la Comisión aprobó por consenso resoluciones en que se exhortaba a los gobiernos a adoptar medidas eficaces para combatir la trata de mujeres y niñas y la violencia contra la mujer. También exhortó a que todos los órganos encargados de vigilar la aplicación de tratados, procedimientos especiales y otros mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas incorporen sistemáticamente la perspectiva de género al dar cumplimiento a sus mandatos.

Acuerdos por consenso en conferencias internacionales

Si bien los acuerdos concertados en conferencias internacionales no son jurídicamente vinculantes, los órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados de derechos humanos pueden tomar en cuenta las recomendaciones de dichas conferencias, por ejemplo, al fijar normas y al efectuar interpretaciones y formular recomendaciones. Los acuerdos concertados en conferencias, dado que son expresiones de consensos internacionales, también son poderosos instrumentos de promoción que pueden influir, e influyen, en la formación de leyes y políticas nacionales. Varias de las principales conferencias celebradas en el decenio de 1990 abordaron las cuestiones de igualdad de género y derechos de la mujer.

La **Conferencia Mundial de Derechos Humanos**, celebrada en Viena en 1993, declaró que los derechos humanos son una norma universal, independiente de los estándares vigentes en cada uno de los Estados. En la Declaración de Viena se destaca que los derechos de las mujeres y las niñas son parte “inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos”, y que requieren atención especial como parte de todas las actividades de derechos humanos.

La Conferencia exhortó a otorgar mayor prioridad a la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo; a asegurar la participación cabal y en condiciones de igualdad de las mujeres en la vida política, civil, económica, social y cultural; y a eliminar todas las formas de violencia



por motivos de género. Los países convinieron en que el disfrute por las mujeres de los derechos — inclusive el acceso en condiciones de igualdad a los recursos — es a la vez un fin en sí mismo y un factor esencial para la potenciación del papel de la mujer, la justicia social y el desarrollo social y económico en general.

La Declaración de Viena también afirma que las mujeres deberían disfrutar de los más altos niveles de salud física y mental a lo largo de toda su vida. En la Declaración se reafirma el principio de igualdad entre hombres y mujeres y el derechos al acceso en condiciones de igualdad a la educación en todos los niveles; y se reconoce el derecho de la mujer a disponer de servicios accesibles y adecuados de atención de la salud y a la más amplia gama de servicios y métodos de planificación de la familia.

Como resultado de las recomendaciones formuladas en Viena, en diciembre de 1993 la Asamblea General aprobó por consenso la **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer** — en la que se estipula que todos los Estados Partes, de conformidad con la legislación nacional, deberían prevenir, investigar y castigar los actos de violencia contra la mujer, hayan sido estos perpetrados por el Estado o por personas privadas — y designó un relator especial encargado de vigilar la aplicación de las medidas encaminadas a eliminar la violencia contra la mujer.

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

En 1994, la CIPD reconoció que la potenciación del papel de la mujer y la mejora de su condición jurídica y social son fines importantes en sí mismos e imprescindibles para el logro del desarrollo sostenible. En el Programa de Acción de la CIPD² se afirmó que los estándares de derechos humanos universalmente reconocidos se aplican a todos los aspectos de los programas de población.

El Programa de Acción plantea el contexto y el contenido de los derechos reproductivos. En el párrafo 7.3 se indican los preceptos intrínsecos:

“[L]os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.

Otro acontecimiento notable en las acciones para lograr la plena igualdad de las mujeres fue la **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer**, celebrada en Beijing en 1995. La Plataforma de Acción³ aprobada en la Conferencia afirma que los derechos humanos de la mujer son inalienables, universales, indivisibles

e interdependientes; se plantea el principio de que es preciso defender los derechos de todos en general a fin de preservar los derechos de cualquier persona; y se exhorta a todos los gobiernos, organizaciones e individuos a que promuevan y protejan los derechos humanos de la mujer mediante la plena aplicación de todos los instrumentos pertinentes de derechos humanos, en especial la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y a que velen por establecer la igualdad entre los sexos y la no discriminación por motivos de género, tanto en la legislación como en la práctica.

En la Plataforma de Acción de Beijing se indican “12 esferas de especial preocupación” necesarias para potenciar el papel de la mujer y garantizar sus derechos humanos: la mujer y la pobreza; la educación y capacitación de la mujer; la mujer y la salud; la violencia contra la mujer; la mujer y los conflictos armados; la mujer y la economía; la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; los mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; los derechos humanos de la mujer; la mujer y los medios de difusión; la mujer y el medio ambiente; y la niña⁴.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer se reafirmó y fortaleció el consenso logrado el año anterior en El Cairo, durante la CIPD. Gran parte de los conceptos de la CIPD relativos a los derechos reproductivos fueron incorporados directamente en la Plataforma de Acción. En el párrafo 92 se establece: “La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación”. En el párrafo 96 se estipula “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.

Después de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, se encomendó a la **Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer** que examinara regularmente las esferas de especial preocupación de la Plataforma de Acción y desempeñara funciones de agente catalítico en el seguimiento de la Conferencia. La Comisión, establecida en 1946, se

RECUADRO 29

El Programa de Acción de la CIPD y la igualdad de género

En el Principio 4 del Programa de Acción de la CIPD se estipula: “Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional”.

reúne todos los años para formular recomendaciones y presentar informes en que se promueve la igualdad de derechos de las mujeres y los hombres en las esferas política, económica, civil, social y educacional. Entre otras cosas, la Comisión logró que en la Declaración Universal de Derechos Humanos se incluyeran disposiciones sobre la igualdad de género.

Exámenes al cabo de cinco años

Los documentos aprobados por consenso en la CIPD y en otras conferencias tienen el propósito de conducir a la acción. En los exámenes realizados al cabo de cinco años de la aprobación de esos documentos se han determinado los progresos hacia las metas convenidas, se han detectado los obstáculos y se han establecido nuevos datos básicos de referencia.

El seguimiento de la "CIPD+5", por ejemplo, se preparó en 1998 y 1999, en una serie de actos⁵ que culminaron en un período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, en el cual se aprobó un documento sobre medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD. En ese documento, a la vez que se respaldaron todas las disposiciones del Programa de Acción de la CIPD, se avanzó respecto de éste en algunas esferas, inclusive los derechos reproductivos de los adolescentes y de las mujeres en situaciones de emergencia.

En el período extraordinario de sesiones se exhortó a los gobiernos a que respetaran, protegieran y promovieran los derechos humanos de las mujeres y las niñas — particularmente la protección contra la coacción, la discriminación y la violencia, inclusive las prácticas nocivas y la explotación sexual — formulando, aplicando y obligando eficazmente al cumplimiento de políticas y leyes sensibles a las cuestiones de género. En el período extraordinario de sesiones se exhortó a intensificar las medidas relativas a: salud reproductiva e higiene sexual; mortalidad derivada de la maternidad; necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva; reducción de la tasa de aborto y atención de las consecuencias para la salud del aborto realizado en malas

condiciones; prevención del VIH/SIDA; y consideración de cuestiones de género y educación (Recuadros 4 y 7).

Se exhortó a los gobiernos a que firmaran, ratificaran y aplicaran la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; a que desistieran de las reservas incompatibles con el objetivo y el propósito de la Convención; y a que celebraran consultas con la sociedad civil acerca del proceso de presentación de informes correspondientes a los tratados sobre derechos humanos. Se exhortó a los órganos de las Naciones Unidas encargados de formular indicadores relativos a los derechos humanos de la mujer a que incorporaran las cuestiones relativas a la salud reproductiva y la higiene sexual.

El examen de "Beijing+5", titulado "La mujer en el año 2000: igualdad de género, desarrollo y paz para el siglo XXI" se celebró del 5 al 9 de junio de 2000. En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General se determinaron los adelantos en la aplicación de las estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer, aprobadas en 1985, y la aplicación de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, y se consideraron futuras acciones e iniciativas (Recuadro 5).

Para que los derechos incorporados en los tratados y documentos aprobados por consenso se plasmen en la realidad, es necesario incorporarlos en la legislación nacional y en las políticas y programas nacionales. Los mecanismos de vigilancia dimanados de las conferencias internacionales han logrado que sea mucho más fácil que en el pasado mantenerse al tanto del progreso de los países en cuanto a transformar los ideales en realidades.

La comprensión de lo que entrañan los derechos humanos y la manera en que se los debe proteger y vigilar, se ha ido desarrollando en diversos procesos, en el plano internacional y dentro de los países. Es preciso que la consideración de los factores de género pase a ser parte integrante y sistemática de todos esos procesos. Pese a los importantes progresos logrados, en gran medida esa tarea queda por hacer.



Para lograr un futuro mejor

El papel de los gobiernos

De muchas maneras, los gobiernos crean las condiciones para la igualdad de género. Pueden eliminar las barreras jurídicas y cambiar la legislación a fin de promover la justicia de género; pueden prestar atención a la igualdad de género en el diseño de políticas y programas; y pueden alentar ámbitos institucionales propicios. Dado que los gobiernos son los mayores empleadores directos e indirectos, pueden fijar normas y ofrecer ejemplos a los demás. Finalmente, los líderes políticos pueden propugnar y promover la igualdad de género y alentar a sus partidarios a que sigan su ejemplo en todos los niveles.

En el Programa de Acción de la CIPD, los gobiernos convinieron en la necesidad de incrementar las asignaciones nacionales con destino a la atención de la salud, incluidos los servicios de salud reproductiva, así como las contribuciones a la asistencia internacional. Convinieron en que una mayor participación en la cooperación técnica y un mayor apoyo entre países en desarrollo difundiría más ampliamente las lecciones obtenidas de programas eficaces.

Apoyo jurídico a la igualdad de género

Muchos códigos jurídicos o administrativos contienen barreras para el acceso de las mujeres a los recursos y los bienes, a la información básica y a los servicios (inclusive los de salud y educación), a las decisiones básicas relativas a la condición de la familia¹, a la protección contra la violencia y a la libertad de

asociación. Aun en los casos en que se cuenta con legislación propicia, es posible que los mecanismos para la vigencia en la práctica de esos derechos jurídicos sean débiles o queden suplantados por el derecho consuetudinario.

La Constitución de **Sudáfrica** garantiza los derechos reproductivos, pero el ejercicio de estos derechos quedó restringido cuando se invocó el derecho consuetudinario. Esta cuestión está a consideración de los tribunales y ha sido señalada a los funcionarios encargados de formular políticas.

El FNUAP ha patrocinado intercambios de ideas entre parlamentarios de Estados árabes y de países de África acerca de los cambios que es preciso introducir en las leyes sobre el estatuto personal de los ciudadanos a fin de proteger el ejercicio de los derechos reproductivos y de otro tipo.

Más de dos tercios de los países del mundo, entre ellos casi todos los de América Latina, han modificado su legislación para mejorar el acceso de la mujer a los recursos y los servicios de educación y salud, y para aumentar las facultades de la mujer en lo concerniente a la adopción de decisiones en la familia².

En el **Ecuador**, la Asamblea Constitucional Nacional ha debatido la incorporación en la Constitución de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Varios grupos de mujeres, entre ellos el Consejo Nacional de la Mujer, lideraron las consultas y las gestiones ante las autoridades. En **Venezuela**, la Red de Población, con el apoyo del FNUAP, promovió la incorporación de los derechos sexuales y

FOTO: Programas de capacitación para oficinistas en Ghana. Los gobiernos pueden capacitar a hombres y mujeres para que utilicen las nuevas tecnologías.

Jorgen Schytte/Still Pictures

RECUADRO 30

Las mujeres en puestos ejecutivos

Las mujeres han sido siempre líderes en organizaciones comunitarias y no gubernamentales, pero están insuficientemente representadas en casi todos los planos del gobierno, especialmente en órganos ministeriales y otros órganos ejecutivos. Hay una docena de países que siguen careciendo de mujeres en el parlamento y en al menos ocho países, las mujeres ni siquiera pueden votar.

Las mujeres constituyen el 13% de los parlamentarios de todo el mundo, en comparación con el 7% en 1975. Sólo en nueve países hay una proporción de mujeres del 30% o más en los parlamentos nacionales (meta fijada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer): Alemania, Dinamarca, Eritrea, Finlandia, Islandia, Noruega, los Países Bajos, Sudáfrica y Suecia (con más del 40%).

En algunos países, la constitución obliga a establecer cuotas para los escaños parlamentarios ocupados por mujeres. En otros países, los partidos políticos también pueden convenir en cuotas o fijar metas para la proporción de candidatos electorales.

En Europa oriental y Mongolia, por ejemplo, junto con la transición hacia sistemas políticos democráticos se eliminaron las cuotas y esto redundó en pronunciadas disminuciones en la proporción de escaños parlamentarios ocupados por mujeres. En Sudáfrica, en cambio, después de poner fin al apartheid, la proporción aumentó del 1% al 30%.

Varios otros países en desarrollo han experimentado aumentos espectaculares en los últimos 25 años, entre ellos Uganda (desde 1% hasta 18%), el Ecuador (desde 1% hasta 17%), las Bahamas (desde 4% hasta 20%) y Barbados (desde 4% hasta 20%).

Las mujeres ocupan un 30% o más de los cargos de nivel ministerial en sólo seis países: Barbados, Eritrea, Finlandia, Liechtenstein, Seychelles y Suecia. En otros diez países de Europa occidental y el Caribe, la proporción es de entre 20% y 29%. Hay unos 48 países que no tienen ninguna mujer en cargos ministeriales.

reproductivos y la equidad de género en la nueva Constitución, aprobada en diciembre de 1999³.

Se ha prohibido por ley la mutilación genital femenina en **Ghana** (1994); **Djibouti** (1995); **Burkina Faso** (1996); **Côte d'Ivoire**, el **Togo** y la **República Unida de Tanzania** (1998); y el **Senegal** (1999). En 1996, merced a un decreto del Ministerio de Salud se prohibió en **Egipto** la mutilación genital femenina, salvo en casos de necesidad médica; en 1997, el tribunal administrativo superior ratificó la prohibición después de que haberse iniciado un juicio para cuestionar las bases jurídicas de dicha prohibición⁴.

Nueva legislación

En los años 1997 a 1999, varios países aprobaron o enmendaron leyes sobre diversos temas, a fin de reflejar las principales metas de la CIPD y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer⁵.

Salud reproductiva

México y el **Perú** promulgaron leyes integrales para incrementar el acceso a todo tipo de servicios de salud reproductiva. El nuevo Código de Salud Pública de **Guinea** asignó prioridad a los servicios de planificación de la familia. La Ley de Salud de **Georgia** estipuló que todos los ciudadanos tienen derecho a determinar el número y el espaciamiento de sus hijos. **Portugal** enmendó su Constitución para especificar que el Estado debe garantizar el derecho a la planificación de la familia. La nueva Constitución del

Ecuador garantizó el derecho de las personas a decidir cuál es el número de hijos que desean tener.

El **Perú** garantizó el derecho a escoger la esterilización como método de planificación de la familia. El **Brasil** aprobó la esterilización de personas mayores de 25 años o de menores de 25 años cuando ya tienen dos hijos. El **Paraguay** publicó un manual nacional de planificación de la familia en que se autoriza la esterilización. **Tailandia** autorizó el otorgamiento de licencia en su trabajo a los empleados que desean someterse a operaciones de esterilización.

El Ministerio de Salud y Bienestar Social del **Japón** aprobó la venta de anticonceptivos orales de baja dosificación en 1999, casi 40 años después de iniciarse los trámites para obtener dicha aprobación.

Camboya promulgó una legislación integral sobre el aborto, ampliando las circunstancias en que se autoriza a practicarlo.

Mejora de la condición jurídica y social de la mujer

Albania, **Burkina Faso**, el **Ecuador**, **Fiji**, **Madagascar**, **Polonia** y el **Sudán** aprobaron o enmendaron sus constituciones a fin de prohibir la discriminación por motivos de sexo. **Francia** enmendó su Constitución para promover el acceso en condiciones de igualdad de hombres y mujeres a las facultades electorales y los cargos electivos. **Luxemburgo** tipificó como delito la discriminación por motivos de sexo en casi todos los aspectos de la sociedad.

Cabo Verde y la **República Checa** promulgaron nuevos códigos de la familia y garantizan la igualdad de derechos y deberes en el matrimonio. **Sudáfrica** estipuló que los miembros de la pareja en uniones consensuales tienen igual condición. Otros países aprobaron leyes menos integrales al respecto.

En el **Pakistán**, el Tribunal Superior de Lahore dictaminó que para que un matrimonio sea válido es preciso el consentimiento de ambos contrayentes y que un tutor no tiene derecho a otorgar su consentimiento en nombre de la contrayente si ésta no da su aprobación. La Constitución de **Burkina Faso** estipula que el matrimonio se basa en el libre consentimiento del hombre y la mujer.

Violencia por motivos de género

Botswana, **China**, **Colombia**, **Dominica**, **Filipinas**, el **Perú**, el **Reino Unido** y **Viet Nam** aumentaron los castigos por diversas transgresiones sexuales o ampliaron la protección contra la violencia sexual. **Cabo Verde**, **Cuba**, la **República Unida de Tanzania**, **Tailandia**, **Ucrania** y **Viet Nam** proscribieron la trata de mujeres y niños. El **Canadá**, **Italia** y el **Reino Unido** tipificaron como delito el turismo sexual en que se explota a menores. **Bolivia** ya no requiere que se certifique que una mujer es "honesta" para considerarla víctima de algunos ataques sexuales. En **Alemania** se tipificó como delito la violación de una mujer por su esposo.

Bélgica, las **Bermudas**, **Honduras**, **Mauricio**, **México**, el **Perú**, **Portugal**, la **República Dominicana**, **Sudáfrica** y **Venezuela** alentaron varios tipos de legislación contra la violencia doméstica. Las **Bermudas** prohibieron el rondar al acecho de una mujer, mientras **Nueva Zelandia** y el **Reino Unido** establecieron medidas para contrarrestar el acoso.

Relaciones laborales y empleo

Camboya, el **Ecuador**, **Indonesia**, la **República de Corea**, el **Senegal** y **Tayikistán** promulgaron nuevos có-



digos laborales en los que se prohíbe la discriminación contra la mujer en el lugar de trabajo; **Camboya**, el **Ecuador** y **Swazilandia** también garantizaron la equidad en el pago y todos esos países, salvo **Tayikistán**, proporcionan ahora protección contra el despido de una embarazada o de una mujer en uso de licencia de maternidad. En el **Senegal**, una trabajadora ya no necesita el consentimiento de su esposo para afiliarse a un sindicato. En el **Ecuador**, los empleadores deben tener un cierto porcentaje de mujeres en la fuerza laboral. **Tailandia** estipula que los empleadores han de tratar en un plano de igualdad a los empleados varones y mujeres y prohíbe el acoso sexual en el lugar de trabajo.

La **República Unida de Tanzania** prohibió el despido por motivos de sexo o de embarazo. **Chile**, **Chipre**, el **Sudán** y **Zambia** proscribieron la discriminación por motivos de embarazo o parto. **Chile** también prohibió que se exigiera un análisis de laboratorio para detección del embarazo como requisito para obtener un empleo. La **República de Corea** prohibió la discriminación por motivos de género en los sindicatos. **Fiji** proscribió el acoso sexual y la discriminación por motivos de género en las solicitudes de empleo. Varios otros países fortalecieron las medidas existentes de protección contra la discriminación por motivos de sexo.

Diseño de políticas y programas

Varios países de América Latina han comenzado a analizar los diferentes efectos de sus programas sobre hombres y mujeres. Actualmente, esos países, en su mayoría, cuentan con planes de acción para poner en práctica el Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Casi todos los países africanos cuentan con un ministerio, una oficina, un departamento o una dependencia que se encarga de cuestiones de igualdad de género.

Los gobiernos pueden formular políticas y programas prestando atención a sus diversos efectos sobre hombres y mujeres, y alentando la retroinformación procedente de los participantes y la vigilancia local. Pueden recompensar a las instituciones que promueven la igualdad en su plantilla de personal y al asignar recursos.

Los planes nacionales para poner en práctica las recomendaciones de las conferencias deben deslindar claramente las responsabilidades dentro y fuera del gobierno e incorporar las opiniones de los diferentes grupos interesados. Tal vez sea necesario contar con nuevos órganos normativos y administrativos o con coordinadores de asuntos de género en las instituciones existentes.

Cuestiones básicas de política

Políticas y cambios institucionales

Tal vez sea necesario que los países formulen o enmienden sus políticas oficiales, con el propósito de promover la igualdad de género. Es preciso que los encargados de formular políticas estén en condiciones de analizar los diferentes efectos que los programas tienen sobre hombres y mujeres y la manera en que responden a las diferentes necesidades de unos y otras. Asimismo, tal vez sea necesario introducir cambios institucionales, entre ellos el establecimiento de coordinadores encargados de monitorear el pro-

greso. También se necesitan mejores mecanismos a fin de preparar informes y recibir retroinformación procedente de las entidades de la sociedad civil, inclusive los grupos de mujeres.

Capacitación

Los encargados de formular políticas y los funcionarios de programas necesitan recibir capacitación en cuestiones de género a fin de promover la igualdad de género. Las organizaciones no gubernamentales y las redes internacionales y locales, las oficinas de asistencia para el desarrollo, las instituciones financieras internacionales y las oficinas nacionales han preparado materiales de capacitación. En **Colombia**, por ejemplo, debido a la capacitación de los trabajadores de clínicas de salud reproductiva, ha mejorado la circulación de información, se ha reducido el tiempo de espera y ha aumentado la participación del personal y la satisfacción de los clientes.

Monitoreo

Es preciso monitorear la asignación de los recursos para velar por que estos promuevan la igualdad de

RECUADRO 31

Las mujeres egipcias obtienen derechos de divorcio similares a los de los hombres

En marzo de 2000 entró en vigor una ley en virtud de la cual las mujeres egipcias pueden iniciar un procedimiento de divorcio unilateralmente y sin explicaciones, con lo cual Egipto pasó a ser el segundo país del mundo árabe, después de Túnez, que otorga a la mujer derechos de divorcio similares a los del hombre.

"Esto es básicamente una revolución", dijo Mona Zulfukar, abogada y activista que contribuyó al éxito de una campaña de 15 años de duración para reformar la Ley de la Familia, y también facilitar los procedimientos a fin de obtener pensiones de manutención y alimentos para los hijos, facilitar su cobro y consolidar varios procedimientos separados bajo la jurisdicción de un único juez.

Una coalición polifacética respaldó la reforma, inclusive activistas interesados en aumentar la eficiencia del sistema jurídico, promotores de las libertades civiles y defensores de los derechos de la mujer, además de académicos musulmanes que convinieron en que el islamismo justifica los cambios propuestos. Los activistas egipcios adujeron que el Profeta Mahoma había estipulado claramente que el divorcio es una oportunidad igual, o casi igual, para que hombres y mujeres disuelvan matrimonios desavenidos. Los académicos de la Universidad Al Azhar, la más antigua institución musulmana de enseñanza religiosa, estuvieron de acuerdo.

La oposición manifestada por conservadores religiosos y hombres que veían amenazada su dominación de la vida de la familia requirió algunas soluciones de transacción. A medida que la legislación fue progresando, se eliminó la disposición que permitía que las mujeres viajaran sin el permiso de su esposo o su padre.

Incluso después de introducir las reformas, un esposo puede poner fin al matrimonio con mucha más facilidad que la esposa; todo lo necesario es efectuar una gestión (que puede durar sólo una hora) ante el funcionario local que registra matrimonios; no es necesario notificar a la esposa. Antes de que se otorgue un divorcio a petición de la mujer, es preciso que intervenga un mediador supervisado por el Tribunal; y ella debe devolver el dinero en efectivo o los bienes recibidos de su esposo en virtud del contrato de matrimonio.

De conformidad con una reforma anterior de las leyes, en 1999 el Gobierno de Egipto abolió una controvertida sección del Código Penal que posibilitaba que quien había perpetrado una violación evitara ser condenado a prisión si ofrecía desposar a su víctima.

género y respondan a las necesidades de hombres y mujeres. Por ejemplo, las escuelas deben ser accesibles por igual a los niños varones y las niñas; y los estudiantes deben estar protegidos contra los malos tratos. Es preciso que los indicadores programáticos sean sensibles a las cuestiones de género y es menester que las bases de datos desagregados por género pasen a ser instrumentos estándar de diagnóstico. Los indicadores cualitativos deberían complementar los enfoques cuantitativos.

Responsabilidad

Los códigos de conducta de los programas de salud deberían garantizar el respeto a los derechos, las necesidades, las percepciones y las oportunidades de los clientes. Se necesita contar con sistemas como el de defensor público (*Ombudsman*) y otros medios de obtener retroinformación y contribuciones de los interesados a fin de asegurar que se rinda cuentas a los beneficiarios de los programas.

RECUADRO 32

El monitoreo y la evaluación mejoran los programas y promueven la sensibilidad de género

El monitoreo de las necesidades de las poblaciones en materia de salud reproductiva, así como de los efectos de la discriminación de género y de las desiguales relaciones de poder reviste importancia vital para el diseño de estrategias de mejora. Es preciso prestar apoyo a bases de datos públicas que contengan información desagregada por sexo y fácilmente accesible a los encargados de formular políticas, los encargados de realizar programas, los promotores y los funcionarios ejecutivos locales.

Cuando se realizó el examen al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, se señaló la necesidad de contar con indicadores cualitativos de éxito, en particular para la medición del contexto social de la salud reproductiva. Es notable la ausencia de indicadores de buena calidad para medir los cambios en los papeles de género y la potenciación del papel de la mujer en las esferas tanto pública como privada. Los indicadores también pueden ayudar a monitorear en qué grado los propios programas son conducidos con sensibilidad de género.

El Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre Cuestiones de Género, vinculado con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), está tratando de producir indicadores para la medición de cuestiones de género en lo concerniente a la salud reproductiva. También está elaborando procedimientos para que los programas definan sus propios indicadores de género. En virtud de esos procedimientos, se analizan los obstáculos de género que impiden el logro de los objetivos programáticos, se determinan cuáles son las actividades necesarias para contrarrestar tales obstáculos y se sugieren indicadores y fuentes de datos para determinar la eficacia de tales actividades.

La IPPF ha diseñado un instrumento de monitoreo de los programas para determinar la calidad de la atención en sus servicios de salud reproductiva, desde una perspectiva de género.

El FNUAP, en consulta con otras instituciones internacionales y académicas, ha preparado un conjunto de indicadores para la medición de la salud reproductiva. El propósito de estos indicadores es estandarizar la compilación de datos en todos los organismos de las Naciones Unidas y poner a disposición de los países indicadores que estos pueden utilizar en sus propios programas. Hay indicadores específicamente ideados para monitoreo del progreso hacia la igualdad de género; la sensibilidad de género fue un tema de preocupación en la selección de todos los tipos de indicadores.

Reforma del sector de salud y ajuste estructural

Los análisis realizados en países del Asia sudoriental y del África al sur del Sahara han demostrado que los programas de ajuste estructural, inclusive los de descentralización de servicios, pueden debilitar los programas de educación y salud y socavar los esfuerzos por erradicar la pobreza y mejorar la calidad de la vida. Los gobiernos deberían monitorear los efectos de los programas de reforma, a fin de velar por que los servicios de educación y de salud sigan beneficiando a los pobres, en particular, a las mujeres y las niñas.

Calidad de la atención

Es preciso que los encargados de prestar servicios reciban capacitación y apoyo a fin de que ofrezcan a mujeres y hombres un trato respetuoso y dotado de sensibilidad. Es menester mejorar la calidad de la atención que ofrecen los sistemas de salud, particularmente en cuestiones de higiene sexual y salud reproductiva. Los organismos donantes internacionales y bilaterales, inclusive el FNUAP, hacen mayor hincapié en las iniciativas para elevar la calidad de la atención, como parte de su apoyo a programas de salud reproductiva.

Análisis presupuestario sensible a las cuestiones de género

Es preciso examinar los presupuestos nacionales para determinar de qué manera responden a las necesidades y los intereses de las mujeres, y cuáles son los efectos de las políticas de ingresos y gastos, en especial, la manera en que éstas afectan a las mujeres pobres⁶. Se necesitan recursos de fuentes públicas, privadas y comunitarias para velar por que se apliquen estrictamente las medidas de protección de la equidad de género. Después de la CIPD y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, **Cuba**, **el Ecuador** y **El Salvador** han incrementado sus asignaciones presupuestarias a programas para la mujer⁷. Desde mediados del decenio de 1980, **Australia** ha estado realizando análisis periódicos de la manera en que las mujeres se han beneficiado con los gastos del Gobierno federal y de los gobiernos de los estados⁸. La Secretaría del Commonwealth ha apoyado a gobiernos de varios países, entre ellos **Barbados**, **Fiji**, **St. Kitts y Nevis**, **Sri Lanka** y **Sudáfrica** en una iniciativa presupuestaria sobre cuestiones de género⁹.

Investigación

Es preciso determinar mejor las diferentes necesidades de mujeres y hombres, los efectos de la desigualdad de género y las barreras que se oponen al adelanto, para fundamentar la programación y las tareas de promoción. Dado que la más agobiante discriminación de género es la que ocurre en la familia, debería prestarse apoyo a la recopilación de datos sobre las familias y al monitoreo de los cambios en éstas.

Programas en beneficio de los hombres

Es menester contar con programas que aborden las necesidades de los hombres en materia de salud reproductiva, intensifiquen un activo apoyo masculino a la salud de la mujer e involucren a los hombres en un diálogo sobre la desigualdad de género y su costo para las mujeres, los hombres y la sociedad en su conjunto.

Prevención de la violencia

Para proteger a las mujeres contra la violencia por motivos de género es necesario adoptar medidas en



muchas esferas: promoción, cambios en la legislación; mejores disposiciones para el cumplimiento de las leyes vigentes; alternativas para la seguridad de las víctimas; sistemas de denuncia; servicios de mediación y asesoramiento; y financiación de grupos locales de apoyo.

Erradicación de la pobreza

En la asistencia internacional para el desarrollo, se asigna ahora prioridad a satisfacer las necesidades de los más pobres entre los pobres. En la India, por ejemplo, el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) elaborado por organizaciones gubernamentales e internacionales, esboza un enfoque coordinado de la asistencia para el desarrollo, prestando atención a la erradicación de la pobreza y las cuestiones de género¹⁰.

Barreras que obstan a la contratación y diferencias en la remuneración

A fin de eliminar la discriminación de género en la contratación de empleados, debe impedirse que los empleadores exijan a las aspirantes a empleo pruebas de que utilizan anticonceptivos o de que no están embarazadas. Es preciso analizar las diferencias de salario entre el hombre y la mujer y que las mismas sean tema del debate público acerca de la igualdad de género y la justicia, el significado del concepto de trabajo "equivalente", la importancia de los papeles reproductivos y productivos de la mujer y cuestiones conexas¹¹.

Educación sobre derechos humanos

Las campañas en apoyo de los derechos humanos básicos de hombres y mujeres, inclusive los derechos a servicios de higiene sexual y salud reproductiva, deberían tomar en cuenta las diferentes perspectivas masculinas y femeninas. Los mensajes deben ser apropiados a las diferentes edades y situaciones. Las organizaciones de la sociedad civil han elaborado diversos programas de estudios y materiales didácticos sobre derechos humanos¹².

Promoción

Los medios de difusión, inclusive el cine, la radio, la televisión y cada vez más la *Web*, pueden alentar imágenes y modelos de comportamiento positivos. La educación de funcionarios encargados de formular políticas, líderes locales y miembros de las comunidades puede impulsar a éstas y a las familias a actuar cuando perciben faltas de equidad. Un mejor acceso a las nuevas tecnologías de la información posibilitará un intercambio expedito de información sobre las mejores prácticas y los diferentes enfoques.

El FNUAP apoya la igualdad de género

El Fondo de Población de las Naciones Unidas, en su carácter de principal organización del sistema de las Naciones Unidas que apoya la puesta en práctica del Programa de Acción de la CIPD, presta asistencia a los países en desarrollo y a los países con economías en transición para asegurar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, inclusive los de planificación de la familia e higiene sexual, y la aplicación de estrategias de población y desarrollo en pro del desarrollo sostenible. El Fondo también promueve la

RECUADRO 33

Reforma de la legislación sobre violación en la India

La Comisión Legislativa de la India ha exhortado a que se introduzcan reformas integrales de las leyes de ese país contra la violación. El informe de la Comisión, relativo a los malos tratos dentro de la familia, afirma que los casos de violación y ataque sexual deberían ser sometidos a juicio en tribunales especiales, donde pasarían a primer plano las necesidades de las víctimas. Pero son pocas las mujeres y pocos los niños que se avienen a que la cuestión se ventile en público y que están dispuestos a someterse a los escollos de un juicio; e incluso cuando el juicio se inicia, por lo general la carga de la prueba recae en la mujer.

La Comisión Legislativa también recomendó que se aplicaran castigos más severos contra quienes cometen transgresiones sexuales, particularmente quienes se ensañan con los niños. En su informe, la Comisión afirmó que el ataque sexual a los niños causa "daños psicológicos indelebles".

Recientemente se han dado a conocer estadísticas sobre violación y abuso sexual de niños en la India, y las cifras son ominosas. El Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Infantil de la India dice que, en promedio, en ese país una mujer es víctima de violación cada hora. Ese organismo afirma que cada día hay 14 mujeres asesinadas por las familias de sus esposos.

Los grupos de mujeres afirman que las actitudes profundamente conservadoras acerca de las relaciones sexuales y la preservación del carácter privado de los asuntos de la familia han contribuido a la monstruosa ineficiencia de las leyes contra la violación. Una mujer violada, además, corre el riesgo de que se la proscriba de su familia y de su comunidad.

RECUADRO 34

Medidas jurídicas y profesionales contra la violación en Sudáfrica

La violación es un problema de gran entidad en Sudáfrica, donde cada año 52.000 mujeres denuncian que han sido violadas y los funcionarios policiales estiman que la proporción de dichas denuncias es de una de cada 36 víctimas.

Las mujeres blancas, residentes urbanas y educadas suelen presentar con mayor frecuencia denuncias a la policía cuando son víctimas de ataques, pero muchas mujeres pobres y negras, especialmente cuando son violadas por alguien que ellas conocen, suelen no denunciar la violación a las autoridades. Los mitos relativos al SIDA también perpetúan el problema, puesto que muchos hombres piensan que el hecho de tener relaciones sexuales con una virgen puede curar esa enfermedad.

En Sudáfrica, donde cada año hay 129 denuncias de violación por cada 100.000 habitantes, el problema parecería ser más grave que en cualquier otro país del mundo: en los Estados Unidos, en 1996 hubo 36,1 mujeres violadas por cada 100.000 habitantes y en el Reino Unido, 8,7.

Sudáfrica está estableciendo ahora 20 "tribunales que entienden en casos de violación" especializados, la primera iniciativa de ese tipo en todo el mundo. El Canadá está contribuyendo a financiar el programa, mientras que el Departamento de Justicia de los Estados Unidos y la Oficina Federal de Investigaciones de ese país están capacitando a fiscales e investigadores.

La periodista y activista contra la violación Charlene Smith, que ha escrito acerca de su propia violación, ha exhortado a la Asociación Médica Sudafricana a sensibilizar a los médicos, y su grupo está creando un "protocolo de violación". En abril de 2000, el autor de su violación fue sentenciado a 15 años de prisión.

Charlene Smith promete continuar abogando por esa cuestión. Dijo: "Si hemos eliminado el apartheid, también podremos eliminar los problemas de la violación y el VIH".

conciencia sobre cuestiones de población y desarrollo y aboga por la movilización de los recursos necesarios a fin de satisfacer las metas de la CIPD.

La programación del FNUAP en cada uno de esos temas está animada por su compromiso en pro de los derechos reproductivos, la igualdad de género, la responsabilidad masculina y la potenciación del papel de la mujer.

Apoyo a los gobiernos

En **México**, el Consejo Nacional de Población, con el apoyo del FNUAP, ha capacitado a su personal técnico y al personal de los consejos de población de diez estados acerca de la manera en que los programas y las políticas de población pueden promover la igualdad de género. Actualmente, los cinco estados más pobres de México cuentan con planes para promover la igualdad de género en sus programas de población. La etapa siguiente será la inclusión de una perspectiva de género en el monitoreo y la evaluación.

El FNUAP ha ofrecido capacitación y asistencia técnica, por ejemplo, en **Angola** para el Ministerio de la Familia y la Promoción de la Mujer y en **Swazilandia** para la Oficina de Género del Ministerio del Interior¹³.

En el **Perú**, aprovechando la experiencia recogida en otros países de la región, el FNUAP apoyó la creación del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano. En la **República Dominicana**, el FNUAP proporcionó asesoramiento a expertos para formular la ley de creación de la nueva Secretaría de la Mujer.

En el **Ecuador**, el **Perú** y la **República Dominicana**, donde se han descentralizado los servicios de salud, el FNUAP ha apoyado a varias municipalidades para que promuevan los derechos reproductivos y la participación de la mujer en la adopción de decisiones.

El Fondo también se está ocupando activamente de una amplia gama de cuestiones concretas de género.

Salud reproductiva de los adolescentes

Después de las conferencias de El Cairo y Beijing, los países han comenzado a prestar más atención a la salud reproductiva de los adolescentes. El FNUAP ofrece asistencia técnica y financiera a los programas nacionales.

En América Latina, las Jornadas de Conversación sobre Afecto y Sexualidad, conducidas por ONG, alientan a los adolescentes a hablar de sus experiencias y a desarrollar sus propias alternativas. La metodología fue preparada en **Chile**, con el apoyo del FNUAP, por el Servicio Nacional de la Mujer, el Instituto Nacional de la Juventud y los Ministerios de Salud y Educación; esa metodología ha sido adoptada en la **Argentina**, **Bolivia**, el **Brasil**, **Costa Rica** y el **Uruguay**. El FNUAP ha ofrecido mayor apoyo a programas que responden a las necesidades de los adolescentes en **Chile**, **Colombia**, el **Ecuador**, **Haití**, **Honduras**, **Nicaragua**, **Panamá**, el **Paraguay**, el **Perú**, la **República Dominicana** y **Venezuela**. Un proyecto apoyado por el FNUAP en beneficio de campesinos adolescentes en Nicaragua se centra en los pobres y los excluidos de la educación escolar.

En **Egipto**, el FNUAP apoyó la capacitación en aptitudes de liderazgo de hombres y mujeres jóvenes para que educaran a otros jóvenes. Entre las actividades cabe mencionar el desarrollo de la conciencia de sí mismos, la planificación de sus vidas y sus ca-

rreras y el enfoque en el comportamiento reproductivo, la procreación, la crianza de los hijos, las enfermedades de transmisión sexual y la planificación de la familia¹⁴.

Violencia por motivos de género

El FNUAP ha apoyado la capacitación de agentes de salud para que sepan cómo intervenir en los casos de violencia por motivos de género, estén al tanto de las leyes y la aplicación obligatoria de las reglamentaciones y puedan impartir asesoramiento. En el **Ecuador**, **Honduras**, **México**, la **República Dominicana** y **Venezuela**, el FNUAP ha ofrecido apoyo a gobiernos, parlamentos y organizaciones de la sociedad civil para que formulen, reformen o apliquen leyes que castiguen la violencia contra la mujer; y ha contribuido a la preparación de informes sobre el abuso sexual de las niñas en **Chile**, **Nicaragua** y **Panamá**.

En la **República Dominicana**, el Fondo ha apoyado la creación de oficinas del Departamento de Policía que reciben denuncias de actos de violencia contra mujeres y niñas y ha contribuido a preparar publicaciones sobre la prevención de la violencia por motivos de género y las leyes contra ella. En **Haití**, el FNUAP ha apoyado a varios grupos de mujeres que efectúan gestiones ante las autoridades para mejorar la administración de justicia en casos de violación y ha contribuido a capacitar a miembros de la policía nacional para prevenir la violencia por motivos de género y recibir denuncias al respecto. En el **Perú**, el FNUAP, el UNICEF y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) apoyan a la Comisión Nacional de Prevención de la Violencia en la Familia, integrada por representantes de departamentos gubernamentales, la Asociación Nacional de Municipalidades y organizaciones de mujeres.

El Fondo también ha participado en la campaña de las Naciones Unidas para la educación pública sobre la violencia contra las mujeres y los niños en América Latina y el Caribe, conducida por el UNIFEM en colaboración con el FNUAP, el UNICEF, el PNUD y el ONUSIDA. En varios países, el FNUAP ha apoyado la realización de desfiles, conferencias de prensa, reuniones y debates en panel.

Participación masculina

El FNUAP ha apoyado la celebración de varias conferencias nacionales sobre participación masculina, diversos enfoques regionales en África al sur del Sahara y la creación de grupos de hombres en **Bolivia**, **Colombia**, **Honduras**, **Nicaragua**, el **Perú** y el **Uruguay**.

En las fuerzas armadas y las fuerzas policiales de **Bolivia**, el **Ecuador**, **Nicaragua**, el **Paraguay** y el **Perú**, el Fondo está apoyando actividades a fin de crear mayor conciencia acerca de la higiene sexual y la salud reproductiva de los hombres, las desiguales relaciones de género y la violencia contra la mujer.

En la región noroccidental de **Namibia**, el FNUAP está apoyando grupos de debate para los hombres sobre planificación de la familia, enfermedades de transmisión sexual y desigualdad de género. Participan en esos debates hombres enfermeros, agentes de policía y miembros de las fuerzas armadas, así como representantes de la Iglesia Luterana Evangélica y de un club de fútbol¹⁵.

Los países están comenzando a prestar más atención a la salud reproductiva de los adolescentes.



Otras actividades de asistencia

Prevención del VIH/SIDA

El FNUAP colabora con el ONUSIDA, con la OMS y con otros organismos para velar por la equidad de género en los programas de prevención del VIH/SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual. El FNUAP y la IPPF están preparando un módulo de capacitación sobre prevención del VIH/SIDA, para su uso por asociaciones de planificación de la familia y otros encargados de prestar servicios.

Investigación y capacitación

Con el apoyo del FNUAP, **Nicaragua** ha establecido un programa internacional de estudios de licenciatu- ra en salud reproductiva y derechos reproductivos, con una perspectiva de género. En **Bolivia**, el FNUAP ayuda a capacitar a encargados de salud reproductiva acerca de la calidad de los servicios y los derechos y contribuye a publicaciones sobre investigación cualitativa¹⁶. El FNUAP ha ofrecido apoyo a la investigación en la **Argentina, Bolivia, el Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica, México y el Perú**, a fin de determinar las necesidades especiales de las mujeres en materia de higiene sexual y salud reproductiva, particularmente en relación con las políticas de salud y los efectos de éstas, la mortalidad derivada de la maternidad y el empleo de la mujer¹⁷. En **Panamá**, el FNUAP ha apoyado la investigación sobre los vínculos entre cuestiones de población, de género y de pobreza, y ha impartido capacitación a organizaciones no gubernamentales y gubernamentales para que preparen proyectos sensibles a las cuestiones de género que vinculen las cuestiones de población y la reducción de la pobreza.

Promoción

En **Haití**, el FNUAP está ayudando al Ministerio de la Condición y los Derechos de la Mujer a diseñar y conducir estrategias de promoción de los derechos de la mujer. En **Bolivia**, el FNUAP apoya la formulación de programas televisivos educativos sobre la salud y la equidad de género¹⁸. En **México**, el FNUAP apoya a la organización "Comunicación e Información de la Mujer", una red nacional de periodistas de la prensa escrita comprometidos en pro de la igualdad de género y la potenciación del papel de la mujer. En **Chile**, el Fondo ha prestado apoyo a *Fempres*, revista de la Red de Salud de la Mujer de América Latina y el Caribe.

Participación política de la mujer

En **Bolivia**, el **Ecuador**, **El Salvador**, la **República Dominicana** y **Venezuela**, el FNUAP ha apoyado la capacitación para el liderazgo político de la mujer y su participación en los procesos legislativos, así como en las políticas y la gestión locales. El FNUAP ha apoyado redes de mujeres y grupos indígenas en **Bolivia**, el **Ecuador**, el **Perú** y **Centroamérica**, así como la Red Afrocaribeña.

Educación de la niña

El FNUAP apoya actividades de promoción encaminadas a mantener a las niñas en la escuela y mejorar su condición social, en apoyo del Plan de Acción de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, celebrada en 1990. El Fondo colaboró con la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la



Ciencia y la Cultura (UNESCO), el PNUD, el UNICEF y el Banco Mundial en una evaluación del Plan de Acción que culminó en el Foro Mundial de la Educación celebrado en Dakar (Senegal) en abril de 2000.

Microcrédito

Los gobiernos están apoyando cada vez más a las instituciones de microcrédito, o bien directamente mediante subsidios, o bien mediante reglamentaciones propicias. Para que esos programas tengan eficacia en la potenciación del papel de la mujer, deberían impartir alfabetización, enseñanza sobre aritmética y educación sobre vida en familia y, de ser posible, deberían alentar la transición hacia las empresas del sistema estructurado de la economía. El FNUAP ha apoyado diversos programas de ese tipo, por ejemplo, los realizados en el **Yemen**¹⁹. En **Viet Nam**, el FNUAP ha apoyado la creación de más de 500 grupos de ahorro integrados por mujeres, ha prestado asistencia a proyectos de mejora agrícola y de la comunidad, ha realizado campañas para mejorar el abastecimiento de agua y el saneamiento y ha constituido una red de agentes voluntarios de salud de base comunitaria²⁰.

Recopilación de datos

El FNUAP presta asistencia técnica a los países a fin de crear conciencia acerca de la falta de equidad de género y generar y analizar datos sensibles a las cuestiones de género, para ser utilizados en la planificación y evaluación de políticas y programas. Se está prestando asistencia a **Bolivia, Haití, Honduras y Venezuela** en la preparación de censos nacionales de población, aplicando un análisis que toma en cuenta la equidad de género.

El papel de los donantes

Los donantes internacionales han apoyado decididamente las acciones de promoción de la igualdad de género. El compromiso de las organizaciones donantes se ha puesto de manifiesto en declaraciones de política²¹, mecanismos institucionales²² y preparación de informes²³ después de la CIPD y de la Cuarta Con-

Niñas escolares en Malawi. El FNUAP apoya tareas de promoción para que las niñas sigan asistiendo a la escuela.



ferencia Mundial sobre la Mujer, pero este compromiso aún no está respaldado por recursos suficientes.

En la CIPD se convino en que hacia el año 2000 se necesitaría asistencia internacional por valor de 5.700 millones de dólares anuales con destino a programas de salud reproductiva y población, suma que aumentaría hasta 7.200 millones de dólares anuales hacia 2015. Actualmente, sólo se dispone de 2.100 millones de dólares anuales²⁴.

Es menester que se entable una mejor colaboración entre los donantes, a fin de reducir la duplicación de actividades e intercambiar expertos, de conformidad con las reformas del sistema de asistencia de las Naciones Unidas para el desarrollo.

El UNIFEM y el FNUAP han suscrito un memorando de entendimiento en virtud del cual se intensifica la cooperación entre ambos organismos, en apoyo de las acciones nacionales. Los especialistas del FNUAP en cuestiones de género apoyan proyectos y actividades del UNIFEM en todo el mundo.

El FNUAP ha adoptado directrices programáticas sobre igualdad y sensibilidad de género²⁵ y directrices operacionales para sus oficinas en los países, en lo concerniente a la potenciación del papel de la mujer y los derechos humanos²⁶. Otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, entre ellas el UNICEF, el PNUD, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), también han preparado directrices y manuales sobre este tema.

El Banco Mundial ha publicado el *Policy Research Report on Gender and Development*²⁷, en que se analiza la importancia para el desarrollo de las cuestiones de género y de potenciación del papel de la mujer, y ha presentado informes sobre programas y proyectos de préstamos financiados con préstamos del Banco²⁸. El Banco está elaborando estrategias y exámenes de las cuestiones de género en los programas sectoriales²⁹.

Será necesario que los organismos prosigan e intensifiquen esas acciones.

Varias fundaciones privadas, entre ellas, la Fundación Ford, la Fundación Bill y Melinda Gates, la Fundación William y Flora Hewlett, la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, la Fundación David y Lucile Packard, la Fundación Rockefeller, la Fundación Summit, el *Wallace Global Fund* y la Fundación para las Naciones Unidas, están desempeñando un papel cada vez más importante en el apoyo a programas nacionales para promover la salud reproductiva y la igualdad de género.

Al aumentar el apoyo ofrecido por los donantes, se alentarán las acciones nacionales y locales.

Los problemas que se avecinan

El cambio social siempre es difícil, en particular cuando se trata de las relaciones básicas entre hombres y mujeres en la familia. En los últimos decenios se ha prestado mayor atención a la potenciación del papel de la mujer y se han logrado algunos adelantos al respecto. También se ha reconocido cada vez más la manera en que las normas que rigen las oportunidades de hombres y mujeres, los fondos sociales y los comportamientos afectan las perspectivas de lograr desarrollo acelerado y justicia.

Los cambios en esas relaciones, en los sistemas de poder y en las creencias que los apoyan, no son menos arrolladores e importantes que los cambios en curso en cuestiones como la mundialización, la gobernabilidad, la tecnología de la información y la urbanización. Las sociedades necesitan arbitrar sus propias soluciones, basadas en su visión de la justicia y la igualdad de género y coherentes con sus culturas y situaciones, a fin de proporcionar una vida mejor, tanto para las mujeres como para los hombres.



Notas

Capítulo 1

1. *The Alan Guttmacher Institute*. 1995. *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences*. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute*.
2. Naciones Unidas. 1999. Estatuto del Tribunal Penal Internacional, adoptado por la Conferencia Diplomática de Plenipotenciarios de las Naciones Unidas sobre el Establecimiento del Tribunal Penal Internacional, el 17 de Julio de 1998 (A/CONF/183/9). Nueva York: Naciones Unidas.

Capítulo 2

1. Naciones Unidas. 1999. Acciones clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5/Add.1). Nueva York: Naciones Unidas.
2. Paulson, Susan. 1998. "Gender Insights Can Improve Services". *Network* 18(4): pág. 32.
3. *The Alan Guttmacher Institute*. 1999. *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute*.
4. Las cifras corresponden a mujeres en edad de procrear, sobre la base de proyecciones efectuadas por Rodolfo Bulatao empleando estimaciones y metodologías tomadas de: Ross, John, John Stover y Amy Willard. 1999. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs in 116 Countries*. Glastonbury, Connecticut: *The Futures Group International*. El FNUAP publicará mayores detalles.
5. Snow, R. y otros. 1997. "Attributes of Contraceptive Technology: Women's Preferences in Seven Countries". En: *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*. Monografía de la Organización Mundial de la Salud, editada por T.K. Sundari Ravindran, Marge Berer y Jane Cottingham. 1997. Londres: *Reproductive Health Matters*; y Castle, Sarah y otros. 1999. "A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali". *Studies in Family Planning* 30(3): págs. 231 a 248.
6. Barnett, Barbara y Jane Stein. 1998. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*. Research Triangle Park, Carolina del Norte: *Family Health International*.
7. Naciones Unidas. 2000. Informe conciso sobre vigilancia de la población mundial 2000: población, género y desarrollo: Informe del Secretario General (E/CN.9/2000/3). Nueva York: Naciones Unidas.
8. La investigación muestra reiteradamente que muchos usuarios del método de abstinencia periódica no tienen conocimiento de cuál es el lapso para evitar más eficazmente el embarazo.
9. *The Alan Guttmacher Institute*. 1995. *Hopes and Realities: Closing the Gap Between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences*. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute*.
10. Hardee, K. y otros. 1998. *Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: A Comparative Study of Eight Countries*. POLICY Occasional Working Paper 2. Washington, D.C.: *The Futures Group International*; Ashford, L. y C. Makinson. 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau; *Family Care International*. 1998a. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: A Report of Four African Countries*. Nueva York: *Family Care International*; *Family Care International*. 1998b. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: A South Asia Report*. Nueva York: *Family Care International*; y Forman, S. y R. Ghosh. 2000. *Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development*. Boulder, Colorado: *Lynne Rienner Publishers*.
11. Brundtland, Gro Harlem. 1999. Discorso pronunciado en la reunión relativa a combatir la mortalidad derivada de la maternidad, Maputo, Mozambique, 19 de abril de 1999.
12. Fortney, J. A. y J. B. Smith. 1996. *The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries*. Research Triangle Park, Carolina del Norte: *Maternal and Neonatal Health Center, Family Health International*.
13. Strong, M. A. 1992. "The Health of Adults in the Developing World: The View from Bangladesh". *Health Transition Review* 2(2): págs. 215 a 224.
14. Starrs, Ann. 1998. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. Informe de la Consulta Técnica sobre Maternidad sin Riesgo, Colombo, Sri Lanka, 18 a 23 de octubre de 1997. Nueva York: *Family Care International*, en colaboración con el Grupo Interinstitucional para la Maternidad sin Riesgo.
15. Datos proporcionados por: Organización Mundial de la Salud. 1999.
16. Starrs 1998.
17. Maine, Deborah. 1997a. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. Nueva York: *Center for Population and Family Health, Columbia University*.
18. Maine, Deborah. 1997b. "Lessons from Program Design for the Promotion of Maternal Mortality Networks". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59 (Supplement Issue 1002): págs. S259 a S265.
19. Behrman, Jere R. y James C. Knowles. 1998. "Population and Reproductive Health: An Economic Framework for Policy Evaluation". *Population and Development Review* 24(4): págs. 697 a 737.
20. Maine, Deborah y Allan Rosenfield. 1999. "The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled?". *American Journal of Public Health* 89(4): págs. 480 a 482.
21. Organización Mundial de la Salud. 1997. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
22. Naciones Unidas. 1995. Población y Desarrollo, volumen 1: Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, párrafo 8.25. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
23. Naciones Unidas. 1996. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, China: 4 a 15 de septiembre de 1995, párrafo 106(k). Nueva York: Departamento de Información Pública, Naciones Unidas.
24. Naciones Unidas 1999, párrafo 63(iii).
25. Maine 1997a.
26. Salter, Cynthia, Heidi Bart Johnson y Nicolene Hengen. 1997. "Care for Postabortion Complications: Saving Women's Lives". *Population Reports, Series L, No. 10*. Baltimore, Maryland: *Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health*.
27. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud. 2000. *Report on the Global HIV/AIDS, AIDS Epidemic: June 2000*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
28. *Ibidem*.
29. Murray, Christopher J. L. y Alan D. Lopez (editores). 1998. *The Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders, and Congenital Abnormalities*. *Global Burden of Disease Series, vol. 3*. Boston, Massachusetts: *Harvard University Press*.
30. Cates, W. y K. Stone. 1994. "Family Planning: The Responsibility to Prevent Both Pregnancy and Reproductive Tract Infections". En: *Proceedings from the Fourth International Conference on IUDs*, editores C. Wayne Bardin y Daniel R. Mishell, Jr. Newton, Massachusetts: *Butterworth Heinemann*.
31. Weiss, E. y G. R. Gupta. 1998. *Bridging the Gap. Addressing Gender and Sexuality in HIV Prevention*. Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW).
32. Germain, Adrienne y Françoise Girard. 2000. "Beijing+5 and Women's Health: Building on ICPD+5". *Populi* 27(1): Págs. 14 y 15.
33. Askew, Ian, Goli Fasshian y Ndugga Maggwa. 1998. "Integrating STI and HIV/AIDS Services at MCH/Family Planning Clinics". En: *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, editores Kate Miller y otros, págs. 199 a 216. 1998. Nueva York: *The Population Council*.
34. Delne, K. y R. Snow. 1998. "Integrating STD Management into Family Planning Services: What Are the Benefits?". Documento inédito. Heidelberg, Alemania: Departamento de Higiene Tropical y Salud Pública, Universidad de Heidelberg.
35. *Family Care International*. 1998b.
36. FNUAP. 2000. *Working to Empower Women: UNFPA's Experience in Implementing the Beijing Platform for Action*. Nueva York: FNUAP.
37. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 1999. *International Partnership Against AIDS in Africa*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Sitio en la Web: <www.unaids.org>.
38. Ross, Stover y Willard 1999.
39. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 1997. *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update (UNAIDS/97.4)*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
40. Shongwe, T. 1998. "The Swaziland Schools HIV/AIDS and Population Education (SHAPE) Programme". En: *Confounding the Critics: Cairo: Five Years On*. Informe de la Conferencia de Cocoyoc, Morelos, México, 15 a 18 de noviembre de 1998, por *Health Empowerment Rights and Accountability (HERA)*. 1998.
41. FNUAP. 1999a. *Violence Against Girls and Women: A Public Health Priority*, págs. 2 a 23. Nueva York: FNUAP.
42. *Ibidem*.
43. *Panos Institute*. 1998. *The Intimate Enemy: Gender Violence and Reproductive Health*, pág 5. *Panos Briefing No. 27*. Londres: *Panos Institute*.
44. Althaus, F. A. 1997. "Female Circumcision: Rite of Passage or Violation of Rights?". *International Family Planning Perspectives* 23(3): págs. 130 a 133. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute*.
45. *Panos Institute* 1998, pág. 5.
46. Guijt, Irene y Meera Kaul Shah. 1998. "Waking Up to Power, Conflict and Process". En: *The Myth of Community. Gender Issues in Participatory Development*, editado por Irene Guijt y Meera Kaul Shah. 1998. Londres: *Intermediate Technology Publications*; y Maguire, P. 1996. "Proposing a More Feminist Participatory Research: Knowing and Being Embraced Openly". En: *Participatory Research in Health: Issues and Experiences*, editores K. de Koning y M. Martin, págs. 27 a 39. 1996. Londres: *Zed Books*.
47. Programa Ampliado de Inmunización (PAI), infecciones respiratorias agudas (IRA), lucha contra las enfermedades diarreicas (LED) y prevención de la desnutrición.
48. Coeytaus, Francine. 1989. "Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day: The Sfax, Tunisia Postpartum Program". *Quality/Calidad/Qualité*, No. 1. Nueva York: *The Population Council*.
49. Esto ha contribuido en gran medida al éxito de los programas para hombres que realiza PROFAMILIA en Colombia, tanto en Bogotá (edificio separado) como en Medellín (ubicación separada dentro del mismo edificio). Véase: *AVSC International*. 1997. *Men as Partners Initiative: Summary Report of Literature Review and Case Studies*. Nueva York: *AVSC International*.
50. Stewart, L. y E. Eckert. 1995. *Indicators for Reproductive Health Program Evaluation*. Informe final del Subcomité sobre Servicios de Salud Reproductiva para Adolescentes. Chapel Hill, Carolina del Norte: *Evaluation Project, Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill*.
51. Marsiglio, W. 1983. "Adolescent Males' Orientation Toward Paternity". *Family Planning Perspectives* 25(1): págs. 98 a 109; y Pleck, J. H., F. L. Sonenstein y L. C. Ku. 1993. "Masculinity Ideology: Its Impact on Adolescent Males' Heterosexual Relationships". *Journal of Social Issues* 49(3): págs. 11 a 29.
52. Ireson, C. J. 1984. "Adolescent Pregnancy and Sex Roles". *Sex Roles* 11(3-4): págs. 189 a 201; y Pick de Weiss, S., y otros. (Sin fecha.) "Sex, Contraception and Pregnancy Among Adolescents in Mexico City". Documento inédito.
53. Cash, K. y B. Anasuchatkul. 1993. *Experimental Educational Interventions for AIDS Prevention Among Northern Thai Single Migratory Female Factory Workers. Women and AIDS Research Program. Report-in-Brief*. Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW); y Bassett, M. y J. Sherman. 1994. *Female*

- Sexual Behavior and the Risk of HIV Infection: An Ethnographic Study in Harare, Zimbabwe. Women and AIDS Research Program Report Series No. 3.* Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW).
54. Praditwong, T. 1990. "Family Formation Attitudes of Thai Adolescents". Tesis de doctorado inédita. Ithaca, Nueva York: Cornell University; y *Sex Education Counseling Research Training and Therapy (SECRT) y Family Planning Association of India.* 1993. "Attitudes and Perceptions of Educated, Urban Youth to Marriage and Sex". *The Journal of Family Welfare* 39(4): págs. 1 a 40.
55. Brown, Steven. 1993. "The Role of Gender Stereotypes in Fueling the Dynamics of Coercive Sex at the Individual Level". Presentación preparada para el seminario sobre Coacción Sexual y Salud Reproductiva de la Mujer, 22 y 23 de noviembre de 1993. Texto inédito; y Praditwong 1990.
56. McCauley, A. P. y C. Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults". *Population Reports. Series J. No. 41.* Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
57. Givaudan, M., S. Pick y L. Proctor. 1997. *Strengthening Parent/Child Communication: An AIDS Prevention Strategy for Adolescents in Mexico City. Women and AIDS Research Program. Report-in-Brief.* Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW); y Wilson, D., y otros. 1995. *Intergenerational Communication in the Family: Implications for Developing STD/HIV Prevention Strategies for Adolescents in Zimbabwe. Women and AIDS Research Program Report Series No. 13.* Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW).
58. Wilson 1995.
59. Weiss, E., D. Whelan y G.R. Gupta. 1996. *Vulnerability and Opportunity: Adolescents and HIV/AIDS in the Developing World: Findings from the Women and AIDS Research Program.* Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW).
60. Mensch, B., J. Bruce y M. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World.* Nueva York: The Population Council.
61. Weiss, Whelan y Gupta 1996.
62. Capoor, I. y S. Mehta. 1995. "Talking About Love and Sex in Adolescent Health Fairs in India." *Reproductive Health Matters* 5: págs. 22 a 27.
63. Proyecto "Bangkok Combate el SIDA". (Sin fecha). Comunicación personal.
64. Barker, Gary. 1996. "The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in Reproductive and Sexual Health in Latin America and the Caribbean: Report for the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Population Program, Chicago". En: "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles", por Margaret E. Greene y Ann E. Biddlecom. 2000. *Population and Development Review* 26(1): págs. 81 a 115.
65. McCauley y Salter 1995; Mensch, Bruce, y Greene 1998; y Senderowitz, Judith. 1995. *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood. Paper No. 272.* Washington, D.C.: Banco Mundial.
66. Hughes, J. y A. P. McCauley. 1998. "Improving the Fit: Adolescents' Needs and Future Programs for Sexual and Reproductive Health in Developing Countries". *Studies in Family Planning* 29(2): págs. 233 a 253.
67. Cash y Anasuchatkul 1995.
68. Hughes y McCauley 1998.
69. Ibidem.
70. Kiragu, Karungari. 1995. "Do Adults and Youth Have Differing Views: A Case Study in Kenya". En: McCauley y Salter 1995.
71. Asociación de Planificación de la Familia de Kenya. 1996. Mencionado en: Hughes y McCauley 1998.
72. McCauley y Salter 1995.
73. Murray, Christopher J. L. y Alan D. Lopez (editores). 1996. *The Global Burden of Disease. Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 1.* Boston: Harvard University Press. Cabe señalar que las proyecciones de los efectos del VIH/SIDA se efectuaron antes de introducir mejoras en la base de datos del programa ONUSIDA y, probablemente, son inferiores a la realidad.
74. Murray y Lopez 1998.
75. Ezech, A. C., M. Seroussi y H. Raggars. 1996. *Men's Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences.* Encuestas Demográficas y de Salud. *Comparative Studies. No. 18.* Calverton, Maryland: Macro International. Mencionado en: Upadhyay, U. D. y B. Robey. 1999. "Why Family Planning Matters". *Population Reports. Series J. No. 49.* Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
76. Recientemente se estableció en Turquía un programa a fin de proporcionar información, educación y comunicación sobre salud reproductiva. Éste es sólo un componente del activo criterio empleado en Turquía en lo concerniente a cuestiones de salud reproductiva. (Véanse: Akin, Ayse, y Şevkat Bahar Özvarış. 1999. "Spotlight on Turkey". *Entre Nous* 45: págs. 6 y 7. Copenhague, Dependencia de la Mujer y la Salud Reproductiva, Oficina Regional para Europa, Organización Mundial de la Salud y FNUAP). Otros países han suministrado información y servicios durante muchos años a sus fuerzas armadas. El programa público de planificación de la familia en Nigeria, por ejemplo, recibió un importante estímulo inicial al ofrecer servicios a los soldados.
77. Estas acciones y otros programas positivos se mencionan en: FNUAP. 1999b. "Contributions of the United Nations Population Fund to the Execution of the Platform for Action of the Fourth World Conference on Women: A Review of Latin America and the Caribbean Five Years after the Cairo and Beijing Conferences". Documento preparado para la Octava Reunión Regional sobre las Mujeres de América Latina y el Caribe y el proceso de examen de Beijing+5 realizado en las Naciones Unidas, Lima, Perú, 8 a 10 de febrero de 2000.
78. Ringheim, Karin. 1999. "Reversing the Downward Trend in Men's Share of Contraceptive Use". *Reproductive Health Matters* 7(14): págs. 83 a 96.
79. Véanse las menciones en: Upadhyay y Robey 1999.
80. Muchas organizaciones han preparado manuales para la capacitación de adolescentes y adultos, entre ellas, el Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA).
81. Neruaye-Tetthe, J. 1999. "Starting from Scratch: Meeting Men's Needs in Ghana". Presentación a la reunión en Europa de la AVSC/Reproductive Health Alliance Europe sobre anticoncepción masculina: Preparación para el futuro, Londres. Mencionado en: Ringheim 1999.
82. Gardner, R., y R. Blackburn. 2000. "Reproductive Health Care: Serving Migrants and Refugees". *Population Reports. Series J. No. 45.* Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
83. Ibidem, pag. 3.
84. Ibidem, pag. 4.
85. *WIDWorks. 1997. "Post-Conflict Transition". Information Bulletin.* Washington, D.C.: USAID Office of Women in Development.
86. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud: el *Women's Health Project*, Sudáfrica; y la *Harvard School of Public Health*, Estados Unidos de América, han preparado un currículo básico sobre género y salud reproductiva. Véanse también: *Swedish International Development Agency (SIDA).* 1997. *Handbook for Mainstreaming a Gender Perspective in the Health Sector.* Estocolmo: Swedish International Development Cooperation Agency; Pfannenschmidt, Susan, Arlene McKay y Erin McNeil. 1997. *Through a Gender Lens: Resources for Population, Health and Nutrition.* Washington, D.C.: Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre Género, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); y *AIDS Control and Prevention Project (AIDSCAP).* 1997. *A Transformation Process. Gender Training for Top-Level Management of HIV/AIDS Prevention.* Manual de capacitación. Arlington, Virginia: AIDS Control and Prevention Project, Family Health International.
87. Andina, Michèle y Barbara Pillsbury. 1998. *Trust: An Approach to Women's Empowerment: Lessons Learned from an Evaluation on Empowerment and Family Planning with Women's Organizations.* Los Ángeles: Pacific Institute for Women's Health.
88. Galdos, S. y B. Feringa. 1998. "Creating Partnerships at the Grassroots Level: The Reprosalud Project, Peru". En: *Health Empowerment Rights and Accountability (HERA)* 1998, págs. 26 a 32.
89. Li, Virginia C. y Shaoxian Wang. 1998. *Collaboration and Participation: Women's Reproductive Health of Yunnan, China.* Beijing: Facultad de Medicina de Beijing.
90. Catino, Jennifer. 1999. *Meeting the Cairo Challenge: Progress in Sexual and Reproductive Health.* Nueva York: Family Care International.

Capítulo 3

1. Johnson, Cate. 1997. "Violence Against Women: An Issue of Human Rights". *Genderaction* 1(4): págs. 1 a 4. Washington, D.C.: Oficina de la Mujer en el Desarrollo, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
2. Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottemoeller. 1999. "Ending Violence Against Women". *Population Reports. Series L, No. 11.* Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
3. Ibidem. Más de 50 encuestas de población proporcionan estimaciones de la violencia perpetrada por un compañero íntimo, en una gama de 10% a 50%.
4. Ibidem.
5. *Panos Institute.* 1998. *The Intimate Enemy: Gender Violence and Reproductive Health,* págs 1 a 20. *Panos Briefing No. 27.* Londres: Panos Institute.
6. Yoshihama, M. y S. B. Sorenson. 1994. "Physical, Sexual and Emotional Abuse by Male Intimates: Experiences of Women in Japan". *Violence and Victims* 9(1): págs. 63 a 77.
7. Ellsberg, M. C., y otros. De próxima publicación. "Candies in Hell: Women's Experience of Violence in Nicaragua". *Social Science and Medicine.* Mencionado en: Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999.
8. Rogers, K. 1994. "Wife Assault: The Findings of a National Survey." *Canadian Center for Justice Statistics* 14(9): págs. 1 a 22.
9. Crowell, Nancy A. y Ann W. Burgess (editoras). 1996. *Understanding Violence Against Women.* Washington, D.C.: National Academy Press.
10. El-Zanaty, F. y otros. 1996. *Egypt Demographic and Health Survey 1995.* Calverton, Maryland: Macro International.
11. Armstrong, A. 1998. *Culture and Choice: Lessons from Survivors of Gender Violence in Zimbabwe,* pag.149. Harare, Zimbabwe: *Violence Against Women in Zimbabwe Research Project;* y Visaria, Leela. 1999. "Violence against Women in India: Evidence from Rural Gujarat". En: *Domestic Violence in India: A Summary Report of Three Studies,* por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, págs. 9 a 17. 1999. Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW).
12. Armstrong 1998, pag. 10.
13. *The Population Council.* 1994. *Gender-based Abuse and Women's Reproductive Health.* Nueva York: The Population Council.
14. Bawah, A. A. y otros. 1999. "Women's Fears and Men's Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana". *Studies in Family Planning* 30(1): págs. 54 a 66.
15. Amaro, H. y otros. 1990. "Violence during Pregnancy and Substance Use". *American Journal of Public Health* 80(5): págs. 575 a 579; Cokkinds, V. E. y otros. 1999. "Physical Violence during Pregnancy: Maternal Complications and Birth Outcomes". *Obstetrics and Gynecology* 93(5): págs. 661 a 666; y Jejeebhoy, S. J. 1998. "Associations between Wife-beating and Fetal and Infant Death: Impressions from a Survey in Rural India". *Studies in Family Planning* 29(3): págs. 300 a 308.
16. *Panos Institute* 1998, pag. 9.
17. Connolly, A. M. y otros. 1997. "Trauma and Pregnancy". *American Journal of Perinatology* 14(6): págs. 331 a 336.
18. Amaro y otros. 1990; y Cokkinds y otros. 1999.
19. Campbell, J. C. 1995. "Addressing Battering during Pregnancy: Reducing Low Birth Weight and On-going Abuse". *Seminars in Perinatology* 19(4): págs. 301 a 306.
20. *Panos Institute* 1998, pag. 11.
21. Meursing, K., T. Vos y O. Coutinho. 1994. "Child Sexual Abuse in Matabeleland, Zimbabwe". *Social Science and Medicine* 41(12): págs. 1693 a 1704.



22. Ehlert, U., C. Heim y D. Hellhammer. 1999. "Chronic Pelvic Pain as a Somatoform Disorder". *Psychotherapy and Psychosomatics* 68(2): págs. 87 a 94.
23. Chapman, J. D. 1989. "A Longitudinal Study of Sexuality and Gynecological Health in Abused Women". *Journal of the American Osteopathic Association* 89(5): págs. 619 a 624; Collett, B. J. y otros. 1998. "A Comparative Study of Women with Chronic Pelvic Pain, Chronic Non-Pelvic Pain and Those with No History of Pain attending General Practitioners". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 105(1): págs. 87 a 92; y Walker, E. A. y otros. 1992. "Medical and Psychiatric Symptoms in Women with Childhood Sexual Abuse". *Psychosomatic Medicine* 54: págs. 658 a 664.
24. Golding, J. 1996. "Sexual Assault History and Women's Reproductive and Sexual Health". *Psychology of Women Quarterly* 20: págs. 101 a 120; y Golding, J., y D. L. Taylor. 1996. "Sexual Assault History and Premenstrual Distress in Two General Population Samples". *Journal of Women's Health* 5(2): págs. 143 a 152.
25. Golding y Taylor 1996.
26. *Panos Institute* 1998, pág. 11.
27. Heise, L. 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Paper*. Washington D.C.: Banco Mundial.
28. *Ibidem*.
29. *Ibidem*.
30. *Panos Institute* 1998.
31. UNICEF. 20 de enero de 2000. *UNICEF: Child Sex Trafficking Must End*. Boletín de prensa. Sitio del UNICEF en la Web: <www.unicef.org>.
32. Naciones Unidas. 2000. Derechos civiles y políticos, incluidas cuestiones de desapariciones y ejecuciones sumarias: Informe de la Relatora Especial, Sra. Asma Jahangir, presentado de conformidad con la resolución 1999/35 de la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2000/3). Nueva York: Comisión de Derechos Humanos, Naciones Unidas.

Capítulo 4

1. Silberschmidt, Margrethe. 1999. "Women Forget that Men are the Masters": *Gender Antagonism and Socio-economic Change in Kisii District, Kenya*. Publicación de Nordiska Afrikainstitutet. Estocolmo: Elanders Gotab; y Silberschmidt, M. 1991. *Rethinking Men and Gender Relations: An Investigation of Men, Their Changing Roles within the Household, and the Implications for Gender Relations in Kisii District, Kenya. CDR Research Report. No. 16*. Copenhague: Centro de Investigaciones de Desarrollo.
2. Silberschmidt 1999, pág. 117 y siguientes, señala que este ideal también está reforzado por algunos pronunciamientos gubernamentales. Pese a que van en aumento los programas de planificación de la familia cada vez más eficaces y a que sigue reduciéndose el tamaño de la familia a que se aspira, según declaraciones de los interesados, hay considerable ambivalencia acerca del valor de las familias numerosas.
3. Los hombres comprendidos en este estudio, al igual que los incluidos en otros, dicen que "los regaños" de las mujeres causan los malos tratos verbales y físicos contra ellas.
4. El análisis circunstanciado y documentado de Silberschmidt (1999, págs. 118 y siguientes) es un devastador argumento que refuta a quienes sugieren que las respuestas de adaptación a una mejor vida en familia (como el deseo de una menor fecundidad y el uso de anticonceptivos) son "la causa" de la desintegración de las familias.
5. La bibliografía sobre el machismo es amplia. Una compilación útil (con amplias referencias) es el informe de una conferencia regional celebrada con el apoyo del FNUAP y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Chile). "La equidad de género en América Latina y el Caribe: Desafíos desde las identidades masculinas", Santiago, Chile, 8 a 10 de junio de 1998. Publicado como: Valdés, Teresa, y José Olavarría (editores). 1998. *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago, Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Los analistas sugieren que el machismo evolucionó en respuesta a cambios históricos que abrumaron a los hombres. Véase: Fuller, Norma. 1998. "Reflexiones sobre el machismo en América Latina". En: Valdés y Olavarría 1998, págs. 258 a 267. En este estudio se aduce que el machismo posibilitó conservar el orgullo masculino después de la conquista colonial de culturas indígenas. Además, en el documento se presenta un análisis de los efectos de recientes cambios sociales y económicos sobre el ideal de machismo.
6. Investigación mencionada en la versión preliminar del documento presentado por Fuller (1998).
7. Shepard, Bonnie. 1998. "The Masculine Side of Sexual Health". *Sexual Health Exchange* 2: págs. 6 a 8.
8. Kaufman, Michael. 1997. "Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres". En: *Masculinidad/es: Poder y crisis*, págs. 63 a 81, editado por Teresa Valdés y José Olavarría. Ediciones de las Mujeres No. 24. 1997. Santiago, Chile: Isis Internacional.
9. Hindin, Michelle J. y Linda S. Adair. 2000. "Women's Autonomy, Men's Autonomy and Gender Violence in the Philippines: The Case for Promoting Couple Communication". Documento presentado en la reunión anual de la *Population Association of America*, Los Ángeles, California, 23 a 25 de marzo de 2000.
10. Probablemente, esta relación se debe a que los hombres experimentan tensiones cuando no satisfacen las expectativas. En intercambios de ideas en "grupos focales" se comprobó que daban las siguientes razones para los actos de violencia: la mujer replica (27%), la esposa refunfuña (24%), los celos (18%), el esposo está ebrio (13%), se lucha debido a los niños (9%) y razones múltiples (10%).
11. Entre las decisiones figuraron comprar zapatos para la esposa, comprar ropa para los hijos, sufragar la escolaridad de los hijos, llevar a los hijos al médico, comprar regalos para parientes, ejecutar importantes adquisiciones del hogar, compra o venta de tierras, trabajo de la esposa fuera del hogar, viaje de la esposa fuera de Cebú, utilización de métodos de planificación de la familia y elección del método de planificación de la familia.
12. Raju, Saraswati y Ann Leonard (editoras). 2000. *Men As Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Myth to Reality*. Nueva Delhi: *The Population Council*.
13. Upadhyay, U.D. y B. Robey. 1999. "Why Family Planning Matters". *Population Reports. Series J. No. 49*. Baltimore, Maryland: *Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health*.
14. Tawab, Nahla Abdel y otros. 1997. *Counseling the Husbands of Postabortion Patients in Egypt: Effects on Husband Involvement, Patient Recovery and Contraceptive Use*. Nueva York: *Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project, The Population Council, y Egyptian Fertility Care Society*.
15. Raju y Leonard 2000.
16. *Ibidem*.
17. Verma, Ravi K. y otros. 2000. "Men's Sexual Health Problems in a Mumbai Slum Population". En: Raju y Leonard 2000.
18. Sharma, Vinit y Anuragini Sharma. 2000. "Encouraging the Involvement of Males in the Family". En: Raju y Leonard 2000.
19. Mojidi, Khadijat L. 1998. "Increasing Male Participation: Lessons from Mali, Kenya and Nigeria". En: *Grassroots to Global Networks: Improving Women's Reproductive Health*. Documentos presentados en la Conferencia ACCESS sobre Lecciones Obtenidas, Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA), Washington, D.C., 18 y 19 de junio de 1998.
20. Véase: Norori Muñoz, V. y J. Muñoz López. 1998. "Conceptualizing Masculinity through a Gender-based Approach". *Sexual Health Exchange* 2: págs. 3 a 6.
21. Una recomendación en: Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental y AVSC *International*. 1999. *Memorias del Simposio sobre Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas*. Informe sobre la reunión celebrada en Oaxaca, México, 11 a 14 de octubre de 1998. Nueva York: AVSC *International*.

Capítulo 5

1. Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
2. Esta queja fue común en muchas respuestas al documento conceptual del Banco Mundial *Policy Research Report on Gender and Development*. De próxima publicación. Washington, D.C.: Banco Mundial. El texto preliminar está disponible en: <www.worldbank.org/gender>.
3. Investigación por Saito y Spurling. 1992. Mencionado en: Naciones Unidas. 2000a. *The World's Women 2000: Trends and Statistics. Social Statistics and Indicators. Series K. No. 16*. Nueva York: División de Estadística, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
4. Naciones Unidas 2000a.
5. Se presenta un análisis detallado de estos múltiples vínculos en: Seligman, Barbara y otros. 1997. *Reproductive Health and Human Capital: A Framework for Expanding Policy Dialogue. POLICY Occasional Papers. No. 1*. Washington, D.C.: *The POLICY Project, the Futures Group International*.
6. Organización Mundial de la Salud. 1999. *World Health Report 1999: Making a Difference*, págs. 8 y siguientes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
7. Se presenta un examen de la compleja pauta de efectos observados en: FNUAP. 1999. *Estado de la Población Mundial 1999: 6.000 millones: Es hora de optar*. Nueva York: FNUAP; y Hardee, Karen, y Janet Smith. 2000. *Implementing Reproductive Health Services in an Era of Health Sector Reform. POLICY Occasional Papers 4*. Washington, D.C.: *The POLICY Project, the Futures Group International*.
8. FNUAP y *Australian National University*. 1999. *Southeast Asian Populations in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action*. Nueva York: *Data Communiqué*.
9. Véanse los cuadros estadísticos en este informe. Un análisis más a fondo figura en: Naciones Unidas. 2000b. *World Population Monitoring: 2000: Population, Gender and Development (ESA/P/WP.159)*. Documento preliminar; Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
10. Las estimaciones correspondientes a alrededor de 1990 figuran en: Organización Mundial de la Salud 1999.
11. *United States General Accounting Office*. 2000. *Women's Health: NIH Has Increased Its Efforts to Include Women in Research (GAO/HEHS-00-96). Report to Congressional Requesters*. Washington, D.C.: *United States General Accounting Office*.
12. Se han elaborado diversas metodologías para asignar un valor monetario a la vida perdida. Dichas metodologías suelen basarse en cálculos del valor de mercado de las contribuciones laborales que se pierden. Dado que el trabajo de la mujer ya está insuficientemente remunerado, dichas metodologías son defectuosas. Tales criterios, se apliquen a hombres o mujeres, dejan de lado la gama de contribuciones no monetarias al hogar y al bienestar de la familia.
13. Véanse análisis detallados en: Reed, Holly E., Marjorie A. Koblinsky y W. Henry Mosley (editores). 2000. *The Consequences of Maternal Morbidity and Maternal Mortality: Report of a Workshop. Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council*. Washington, D.C.: *National Academy Press*.
14. El bienestar de la familia se resiente gravemente cuando en el hogar muere una mujer adulta en edad activa, aun cuando no sea la madre.
15. Ainsworth, M. y I. Semali. 1998. "The Impact of Adult Deaths on the Nutritional Status of Children". En: *Coping with AIDS: The Economic Impact of Adult Mortality on the African Household*, capítulo 9, Banco Mundial. Washington, D.C.: Banco Mundial. Mencionado en Reed, Koblinsky y Mosley 2000.
16. Basu, Alaka. 1998. "The Household Impact of Adult Mortality and Morbidity". Documento inédito presentado en el Seminario Práctico sobre las consecuencias del embarazo, la morbilidad y la mortalidad derivadas de la maternidad para las mujeres, sus familias y la sociedad, *Committee on Population*, Washington, D.C., 19 y 20 de octubre de 1998. Ithaca, Nueva York: *Division of Nutritional Sciences, Cornell University*.
17. Naciones Unidas. 2000c. "General Committee Recommends Agenda Item on HIV/AIDS" (GA/9708). Comunicado de prensa. Nueva York: Naciones Unidas.
18. Banco Mundial. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. A World Bank Policy Research Report*. Nueva York: *Oxford University Press*.
19. El conjunto estimado abarca programas de educación en las escuelas y por conducto de los medios de difusión, promoción de la abstinencia voluntaria y del comportamiento sexual responsable y mayor distribución de condones. No abarcó los costos de velar por un suministro de sangre no contaminada ni la divulgación orientada a las poblaciones de

- alto riesgo. Los costos relativos a la cura de las enfermedades de transmisión sexual (inclusive la transmisión de la madre al hijo) se incluyeron en el conjunto básico de salud reproductiva. Se reconoció que la atención de las personas contagiadas representaba gastos adicionales, pero no se prepararon cálculos concretos (párrafo 13.17).
20. Cifras mencionadas por los moderadores del Foro en la Web para debatir la eliminación de la violencia "Grupo de trabajo virtual", 16 de julio de 1999. Véase: <www.globalknowledge.org/discussion.html>.
 21. Las cifras se expresan en dólares de los EE.UU. Véase: Kerr, Richard y Janice McLean. 1996. *Paying for Violence: Some of the Costs of Violence Against Women in B. C.*. Prepared for the Ministry of Women's Equality: Province of British Columbia: May 1996. Victoria, Columbia Británica: Ministerio de la Igualdad de la Mujer, Gobierno de Columbia Británica. Sitio en la Web: <www.weq.gov.bc.ca/paying-for-violence>.
 22. Véanse, respectivamente: Kavemann, B. 1997. "Gesellschaftliche Folgekosten sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen". En: Bundesverein zu Prävention, Prävention — Eine Investition in die Zukunft, por B. Kavemann, págs. 215 a 256; Korf, D. F. y otros. 1996. *Economische Kosten von Thisgeweld Gegen Vrouwen*; Snively, S. 1994. *The New Zealand Economic Costs of Family Violence*. Auckland, New Zealand; Coopers y Lybrand; Yadanis, C.L., y otros. 1999. *Report on the Economic Costs of Violence Against Women*. Fribourg, Suiza: Universidad de Fribourg; Stanko A., y otros. 1998. *Counting the Costs: Estimating the Impact of Domestic Violence in the London Borough of Hackney*. Londres: Crime Concern.
 23. Murray, Christopher J. L. y Alan D. López (editores). 1996. *The Global Burden of Disease. Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 1*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
 24. El "arrepentimiento del aborto" debe considerarse frente a los efectos de los embarazos y los alumbramientos no deseados sobre las madres y sus hijos. Los estudios sobre las consecuencias a largo plazo de que un hijo sea no deseado figuran en: Montgomery, Mark R. y otros. 1997. *The Consequences of Imperfect Fertility Control for Children's Survival, Health, and Schooling*. Encuestas Demográficas y de Salud. *Analytical Report*. No. 7. Calverton, Maryland: Macro International; Myhrman, Antero y otros., 1994. "Does the Wantedness of a Pregnancy Predict a Child's Educational Attainment?" *Family Planning Perspectives* 27(3): págs. 116 a 119. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute; Baydar, Nazli. 1995. "Consequences for Children of Their Birth Planning Status". *Family Planning Perspectives* 27(6): págs. 228 a 234 y 245. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute; Brown, Sarah y Leon Eisenberg (editores). 1995. *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Washington, D.C.: National Academy Press; los estudios más recientes en: Kost, Kathryn, David J. Landry y Jacqueline E. Darroch. 1998. "The Effects of Pregnancy Planning Status on Birth Outcomes and Infant Care". *Family Planning Perspectives* 30(5): págs. 223 a 230. La prevención del embarazo no deseado y del aborto realizado en malas condiciones es una importante meta de salud pública.
 25. Estas estadísticas se han tomado de: Murray y López 1996. Sus estimaciones para 1990 indican que los riesgos laborales contribuyen tanto al riesgo global como las relaciones sexuales riesgosas.
 26. Hill, M. Anne y Elizabeth M. King. 1993. "Women's Education in Developing Countries: An Overview". En: *Women's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits and Policies*, A World Bank Book, editado por Elizabeth M. King y M. Anne Hill. 1993. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
 27. Dollar, David y Roberta Gotti. 1999. *Gender Inequality, Income and Growth: Are Good Times Good for Women? Policy Research Report on Gender and Development Working Paper Series*. No. 1. Washington, D.C.: Banco Mundial. Sitio en la Web: <www.worldbank.org/gender/prr>.
 28. Estos análisis también incluyen ahora mediciones estandarizadas relativas a la gobernabilidad y el grado de apertura de las sociedades, los niveles iniciales de ingreso, las tasas de fecundidad y la esperanza de vida.
 29. Las dificultades para la estimación de esos beneficios figuran en los trabajos de: Schultz, T. Paul. 1993. "Returns to Women's Education". En: King y Hill 1993; y Behrman, Jere R. 1996. "Measuring the Effectiveness of Schooling Policies in Developing Countries: Revisiting Issues of Methodology". Documento de antecedentes preparado para el Banco Mundial.
 30. Véase, por ejemplo: Quisumbing, Agnes R. y John A. Maluccio. 1999. *Intrahousehold Allocation and Gender Relations: New Empirical Evidence. Policy Research Report on Gender and Development. Working Paper Series*. No. 2. Washington, D.C.: Development Research Group/Poverty Reduction and Economic Management Network, Banco Mundial.
 31. Filmer, Deon y Lant Pritchett. 1999. "The Effects of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): págs. 85 a 120. Nueva York: The Population Council; y Filmer, Deon. 1999. *The Structure of Social Disparities in Education: Gender and Wealth. Policy Research Report on Gender and Development. Working Paper Series*. No. 5. Washington, D.C.: Banco Mundial. Sitio en la Web: <www.worldbank.org/gender/publications>.
 32. Información compilada para: Naciones Unidas 2000a.
 33. Gardner, Robert. 1998. *Education*. Encuestas Demográficas y de Salud, *Comparative Studies* No. 29. Calverton, Maryland: Macro International.
 34. Alderman, Harold y otros. 1996. "Decomposing the Gender Gap in Cognitive Skills in a Poor Rural Economy". *The Journal of Human Resources* 31(1): pág. 229.
 35. Véase: Banco Mundial. 2000. *Advancing Gender Equality: World Bank Action Since Beijing*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Sitio en la Web: <www.worldbank.org/gender/publications>.
 36. Entre estas fuentes cabe señalar el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW) y el Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA).
 37. Pueden encontrarse diversas opiniones en: Hashemi, Syed M. y Sidney Ruth Schuler. 1997. "Sustainable Banking with the Poor: A Case Study of Grameen Bank". Informe preparado por Grameen Trust y John Snow, Inc.; Rahman, Aminur. 1999. *Women and Microcredit in Rural Bangladesh: Anthropological Study of the Rhetoric and Realities of Grameen Bank Lending*. Boulder, Colorado: Westview Press; Pitt, Mark M. y otros. 1999. "Credit Programmes for the Poor and Reproductive Behavior in Low-Income Countries: Are the Reported Causal Relationships the Result of Heterogeneity Bias?" *Demography* 36(1): págs. 1 a 21; Mehra, Rekha y Sarah Gammage. 1997. *Employment and Poor Women: A Policy Brief on Trends and Strategies*. Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW); y Khan, Mahmuda Rahman. 1996. *Empowering Women Through Wage Employment: The Impact on Gender Relations in Bangladesh. ICRW Report-in-Brief*. Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW).
 38. Malhotra, Anju y Rekha Mehra. 1999. *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health: Recommendations*. Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW); Mehra y Gammage 1997; y Khan 1996.
 39. El porcentaje debido a factores de población figura en: Banco Asiático de Desarrollo. 1997. *Emerging Asia: Changes and Challenges*. Manila, Filipinas: Banco Asiático de Desarrollo; y, para el aumento del ingreso en dólares de paridades de poder adquisitivo, véase: Klasen, Stephan. 1999. *Does Gender Inequality Reduce Growth and Development? Evidence from Cross-Country Regressions. Policy Research Report on Gender and Development. Working Paper Series*. No. 7. Washington, D.C.: Banco Mundial. Sitio en la Web: <www.worldbank.org/gender/prr>.
 40. Un análisis amplio de las diferencias en la longevidad de hombres y mujeres figura en: Naciones Unidas 2000b.
 41. Se cree que los efectos benéficos del matrimonio sobre la esperanza de vida (en forma de satisfacción con la vida y otros aspectos objetivos) se debe en parte al apoyo que la mujer presta para el bienestar de su compañero.
 42. Las prestaciones de pensión de esas madres han quedado restringidas en países donde hay grandes poblaciones de ancianos (como el Ecuador) y en los que están reformando sus sistemas previendo futuros problemas fiscales. Los detalles figuran en el informe de la reunión regional de la CEPAL, la OPS, el CELADE y el FNUAP, "Simposio de América Latina y el Caribe sobre las Personas de Edad", realizado en Santiago, Chile, del 8 al 10 de septiembre de 1999.
 43. Datos procedentes de: Naciones Unidas 2000a.
 44. Esto se refleja en muchos ámbitos en forma de más bajas tasas de coresidencia con los hijos y, en consecuencia, más altas tasas de ancianas que viven solas. En las regiones menos adelantadas sigue siendo la norma y lo común que la familia amplia atienda a los ancianos, aun cuando la calidad de esta atención puede resentirse. Es menester mejorar la vigilancia de la situación de las personas ancianas, tanto hombres como mujeres. No obstante, los datos de países individuales indican que va en aumento el problema relativo a la cantidad y la fiabilidad del apoyo a las personas de edad (véanse, por ejemplo, estudios al respecto en: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW). 1999. *Ageing in a Gendered World: Women's Issues and Identities*. República Dominicana: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer).
 45. Véase: Varley, Ann y Maribel Blasco. 1999. "Reaping What You Sow: Older Women, Housing and Family Dynamics in Urban Mexico". En: Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW) 1999, págs. 153 a 178.
 46. Véase: Naciones Unidas 2000b; y FNUAP. 1998a. *Estado de la Población Mundial 1998: Las nuevas generaciones*. Nueva York: FNUAP, y las referencias citadas en ese informe.
 47. Véase un análisis amplio en: Naciones Unidas 2000b, págs. 91 a 97.
 48. Esta medición ha experimentado varias revisiones técnicas desde que fue introducida por primera vez. En consecuencia, las mediciones en diferentes momentos a lo largo del tiempo no siempre son directamente comparables.
 49. La variable de ingreso utiliza la proporción del ingreso que llega a manos de los hombres y las mujeres y está sujeta a considerables dificultades para informar al respecto.
 50. En esas categorizaciones se utiliza la clasificación internacional de empleos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
 51. No todos los países realizan encuestas sobre los mismos temas. Entre los temas básicos figuran: características fundamentales; reproducción a lo largo de toda la vida; conocimiento y uso de anticonceptivos; maternidad y amamantamiento; inmunización de los niños; diarreas, fiebres y tos en los niños; altura y peso de los niños; matrimonio, preferencias en materia de fecundidad; antecedentes de los maridos; y situación de trabajo de la mujer. Muchos estudios realizados bajo los auspicios de otros programas, inclusive estudios nacionales y regionales financiados por el FNUAP, han adoptado elementos de esos módulos básicos. Se han preparado módulos especializados relativos a: consanguinidad; violencia doméstica; mutilación genital femenina; gastos en salud; VIH/SIDA; paludismo; mortalidad derivada de la maternidad; fracaso de la píldora y comportamiento; comercialización social de anticonceptivos; experiencia en esterilización; autopsia verbal (es decir, causas de mortalidad derivada de la maternidad); y condición jurídica y social de la mujer.
 52. Kishor, Sunita y Katherine Neitzel. 1996. *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries*. Encuestas Demográficas y de Salud. *Comparative Studies Series*. No. 21. Calverton, Maryland: Macro International.
 53. Para abordar esas cuestiones se han elaborado nuevos módulos que están disponible para su adaptación y uso en futuras encuestas. (Para obtener más detalles, véase el sitio en la Web de las Encuestas Demográficas y de Salud: <www.macrint.com/dhs/>).
 54. Longwe, Sara y Roy Clarke. 1999. "Towards Improved Leadership for Women's Empowerment in Africa: Measuring Progress and Improving Strategy". Versión final del documento preparado para el *Africa Leadership Forum*, Accra, Ghana, abril de 1999.
 55. FNUAP. 1998b. *Indicators for Population and Reproductive Health Programmes*. Nueva York: FNUAP.
 56. FNUAP. 2000. El marco de financiación multianual: 2000-2003: Informe de la Directora Ejecutiva (DP/FPA/2000/6). Nueva York: FNUAP.
 57. Véase: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. 2000. *Targets and Indicators: Selections from Progress of the World's Women*. Nueva York: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer; y Naciones Unidas. 1999. "Guidelines: Common Country Assessment (CCA)". Nueva York: Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
 58. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer 2000.
 59. Durante varios años, en el informe *Estado de la Población Mundial* se han consignado regularmente casi todas esas mediciones en el apéndice estadístico y lo propio ha ocurrido con los informes básicos de otros organismos de las Naciones Unidas.
 60. Algunas reseñas se han incorporado en el sitio en la Web: <www.worldbank.org/gender>.



61. Otras cuestiones técnicas contribuyen a la subestimación de la carga de enfermedad que pesa sobre la mujer. Véase: Anand, Sudhir y Kara Hanson. 1997. "Disability-adjusted Life Years: A Critical Review". *Journal of Health Economics* 16: págs. 685 a 702.

Capítulo 6

1. FNUAP. 1997. *Estado de la Población Mundial 1997: El derecho a elegir: Derechos reproductivos y salud reproductiva*, capítulo 1. Nueva York: FNUAP.
2. Naciones Unidas. 1995. Población y desarrollo, volumen 1: Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
3. Naciones Unidas. 1996. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, China: 4 a 15 de septiembre de 1995. Nueva York: Departamento de Información Pública, Naciones Unidas.
4. Véase: FNUAP. 2000. *Working to Empower Women: UNFPA's Experience in Implementing the Beijing Platform for Action*. Nueva York: FNUAP.
5. Antes de llegar al período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre la CIPD+5 que se celebró del 30 de junio al 2 de julio de 1999, el FNUAP organizó tres reuniones de mesa redonda en 1998 — sobre higiene sexual y salud reproductiva de los adolescentes; derechos reproductivos y realización de programa de salud reproductiva, potenciación del papel de la mujer, participación del hombre y derechos humanos; y alianza con las entidades de la sociedad civil para ejecutar el Programa de Acción — y un foro internacional celebrado en La Haya en febrero de 1999. También se celebraron reuniones técnicas sobre migración internacional y desarrollo; población y envejecimiento; y servicios de salud reproductiva en situaciones de crisis; así como exámenes regionales sobre población y desarrollo a cargo de las cinco comisiones regionales de las Naciones Unidas.

Capítulo 7

1. Se incluyen las protecciones contra el matrimonio forzado o no deseado, la equidad e igualdad en el divorcio y la disposición de bienes y niños cuando se disuelven los vínculos matrimoniales. Además de las restricciones sobre la administración de los bienes y el viaje sin permiso del cónyuge, estas consideraciones y otras conexas se consideran propias de la legislación sobre el estatuto personal.
2. FNUAP. 1999a. *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*. Nueva York: FNUAP.
3. FNUAP. 2000a. "Contribuciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas a la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Examen de América Latina y el Caribe al cabo de cinco años de las Conferencias de El Cairo y Beijing". Ponencia preparada para la Octava Reunión Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe: Beijing+5, Lima, Perú, 8 a 10 de febrero de 2000.
4. *Center for Reproductive Law and Policy (CRLP)*. 2000. *Reproductive Rights 2000: Moving Forward*. Nueva York: *Center for Reproductive Law and Policy*.
5. La fuente para esta sección es: Reed Boland. 2000. Comunicación personal referida a la base de datos del *Harvard Center for Population Law*.
6. Este enfoque es propiciado decididamente por el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), que ha patrocinado diversos estudios sobre la metodología y su utilidad. Véase: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. 2000a. "Gender-Sensitive Budget Initiatives for Latin America and the Caribbean: A Tool for Improving Accountability and Achieving Effective Policy Implementation". Documentado presentado en la Octava Reunión Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe: Beijing+5, Lima, Perú, 8 a 10 de febrero de 2000. Nueva York: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Los presupuestos desagregados por género también se presentan como importantes mecanismos de rendición de cuentas en: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. 2000b. *Targets and Indicators: Progress of the World's Women 2000*. Nueva York: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.
7. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer 2000a.
8. Sharpe, Rhonda. 1995. *A Framework for Gathering Budget Information from Government Departments and Authorities*. Mencionado en: Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer 2000a.
9. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer 2000a.
10. Presentación del MANUD a las Naciones Unidas, 31 de enero de 2000.
11. Véanse, por ejemplo, boletines de prensa sobre las disparidades de los salarios en el Reino Unido (Ward, Lucy. 1º de marzo de 2000. "Cost of Being a Women Put at £250,000." *Manchester Guardian Weekly*); Estados Unidos (Sallquist, Bill. 4 de junio de 2000. "Equal Pay Still Unattainable for Many Women". *The Spokesman-Review*. Spokane, Washington); y los informes del Organismo Europeo de Estadística (EUROSTAT) (los detalles figuran en el sitio en la Web: <www.eurostat.org>).

12. Puede encontrarse información sobre los materiales elaborados en todo el mundo mediante vínculos a los sitios en la Web: <www.humanrights.ca>; y <www.un.org/womenwatch>.
13. Véase: FNUAP. 1999b. "Review of the Implementation of the Beijing Platform for Action in the Africa Region: UNFPA Progress Report for the Sixth African Regional Conference on Women". Documento preparado para la Reunión regional celebrada en Addis Abeba, Etiopía, 22 a 26 de noviembre de 1999. Nueva York: FNUAP.
14. FNUAP 2000b. *Promoting Gender Equality in Population and Development Programmes: Best Practices and Lessons Learnt*. Programme Advisory Note No. 7. Nueva York: División de Asuntos Técnicos y de Política. FNUAP.
15. *Ibidem*.
16. Esos ejemplos están tomados de FNUAP 2000a.
17. *Ibidem*.
18. *Ibidem*.
19. FNUAP 2000b.
20. *Ibidem*.
21. Véanse, por ejemplo: Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA). 1999. *CIDA's Policy on Gender Equality*. Hull, Quebec, Canadá: *Minister of Public Works and Government Services* (también figura en la Internet en: <www.acdi-cida.gc.ca>); y *Ministry for Foreign Affairs*, NEDA. 1999. *Dutch Policy and Practice in Reproductive Health: If You Worry about Population: Shift Your Concern to People: An Intermediate Account of Dutch Policy and Practice in Reproductive Health*. La Haya, Países Bajos: Ministerio de Relaciones Exteriores. Han preparado documentos normativos similares el Departamento de Desarrollo Internacional (DFID) (Reino Unido), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (SIDA), y otras instituciones donantes de países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).
22. Actualmente, la mayor parte de los organismos donantes cuentan con divisiones, programas y coordinadores especiales para las cuestiones de género. Por ejemplo, en la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) hay cuatro programas temáticos relativos a cuestiones de género en diversos aspectos de la programación de oficinas que se ocupan de temas de salud y población, y han preparado diversos productos para promover la incorporación de cuestiones de género en las políticas y los programas. Un ejemplo de los útiles productos de un grupo temático es la base de datos de investigación y documentos sobre responsabilidades del hombre en materia de higiene sexual y salud reproductiva del CD-ROM *Helping Involve Men (HIM)*: ("Helping Involve Men: An Essential Library on Men and Reproductive Health". Baltimore, Maryland: *Center for Communication Programs, Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health*).
23. Véase, por ejemplo, un documento que abarca una compilación de proyectos apoyados por diversos organismos nacionales de donantes. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). 1999. *Reaching the Goals in the S-21: Gender Equality and Health* (DCD/DAC/WID[99]2), dos volúmenes. Documento de referencia. París: Grupo de Trabajo sobre la Igualdad de Género, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.
24. El año más reciente en que se cuenta con datos completos es 1997 (véase: FNUAP. 1999c. *Global Population Assistance Report 1997*. Nueva York: FNUAP). Los datos preliminares para 1998 (presentados en: Naciones Unidas. 2000. *The Flow of Financial Resources for Assisting in the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development* [E/CN.9/2000/5]. Nueva York: Naciones Unidas) no alteran el panorama general de déficit de recursos. Las contribuciones de fundaciones internacionales han ido complementando cada vez más las contribuciones de los gobiernos donantes.
25. FNUAP. 1998. "UNFPA Support for Mainstreaming Gender Issues in Population and Development Programmes". Sección en: FNUAP. 1998. *Policies and Procedures Manual*. Nueva York: FNUAP.
26. FNUAP. 1999d. "An Operational Tool on the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) for UNFPA Programmes". Manual distribuido por el Grupo Temático sobre Género, Subdivisión Técnica, División de Asuntos Técnicos y Políticos. Nueva York: FNUAP.
27. Banco Mundial. De próxima publicación. *Policy Research Report on Gender and Development*. Washington, D.C.: Banco Mundial. El proyecto de informe está disponible en: <www.worldbank.org/gender>.
28. Moser, Caroline, Annika Tornqvist y Bernice van Bronkhorst (editoras). 2000. *Mainstreaming Gender and Development in the World Bank: Progress and Recommendations*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
29. Para tener acceso a estos documentos (inclusive exámenes relativos a los sectores de agricultura, saneamiento y transporte), véase: <www.worldbank.org/gender>.

Fuentes para los recuadros

Capítulo 1:

- 1: Banco Mundial. De próxima publicación. *Policy Research Report on Gender and Development*. Washington, D.C.: Banco Mundial. El texto preliminar y la documentación de antecedentes están disponibles en el sitio en la Web: <www.worldbank.org/gender/prr>.
- 2: Naciones Unidas. 1999a. *Concise Report on World Population Monitoring: 2000: Population, Gender and Development: Report of the Secretary-General* (E/CN.9/2000/3). Nueva York: Naciones Unidas; Banco Mundial. 1993. Informe sobre Desarrollo Mundial 1993: Inversiones en Salud. Washington, D.C.: Banco Mundial; Organización Mundial de la Salud. 1993. *Coverage of Maternal Care: A Listing of Available Information*, Cuarta edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; McCauley, A.P., y otros. 1994. "Opportunities for Women Through Reproductive Choice". *Population Reports*. Serie M. No. 12. Baltimore, Maryland: *Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health*; Kaunitz, A.M., y otros. 1984. "Perinatal and Maternal Mortality in a Religious Group Avoiding Obstetric Care". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 150(7): págs. 826 a 831; Organización Mundial de la Salud. 1997. "Mother-Baby Package Costing". (Planilla inédita); Ginebra: Organización Mundial de la Salud; y Boerma, J. T., y J. K. Mati. 1989. "Identifying Maternal Mortality through Networking: Results from Coastal Kenya". *Studies in Family Planning* 20(5): págs. 245 a 253.
- 3: Naciones Unidas. 1999b. *World Population Prospects: The 1998 Revision* (ST/ESA/SER.A/177). Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 4: Naciones Unidas. 1999c. Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5/Add.1). Nueva York: Naciones Unidas.
- 5: Naciones Unidas. 2000. "Further Actions and Initiatives to Implement the Beijing Declaration and the Platform for Action". Documento final sin editar aprobado por el plenario de la Asamblea General en su vigésimo tercer período extraordinario de sesiones. Nueva York: Departamento de Información Pública, Naciones Unidas; y Naciones Unidas. 10 de junio de 2000. "General Assembly Reaffirms Commitment to 1995 Beijing Conference Goals, as 'Women 2000' Special Session Concludes at Headquarters" (GA/9725). Boletín de prensa. Nueva York: Naciones Unidas.

Capítulo 2:

- 6: McCauley y otros. 1994; y Naciones Unidas. 2000a. *The World's Women 2000: Trends and Statistics. Social Statistics and Indicators*. Serie K. No. 16. Nueva York: División de Estadística, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 7: Naciones Unidas. 1999d. Vigésimo primer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General para el examen y la evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe del Secretario General (A/54/442). Nueva York: Naciones Unidas.
- 8: Danel, Isabella. 1999. *Maternal Mortality Reduction: Honduras: 1990-1997: A Case Study*. Informe preparado para el Banco Mundial. Washington, D.C.: Banco Mundial. Sitio en la Web: <www.worldbank.org>.
- 9: McCauley y otros. 1994.
- 10: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 1999. *International Partnership Against AIDS in Africa*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Sitio en la Web: <www.unaids.org>.
- 11: Pieris, Indrani, y Bruce Caldwell. 1997. "Gender and Health in Sri Lanka." *Health Transition Review* 7: pág. 185.
- 12: Singh, Susheela y otros. 1999. "Gender Differences in the Timing of First Intercourse: Data from 14 Countries". *International Family Planning Perspectives* 26(1): págs. 21 a 28. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute*.
- 13: Barker, G. e I. Lowenstein. 1996. "Where the Boys Are: Attitudes Related to Masculinity, Fatherhood and Violence toward Women among Low Income Adolescent Males in Rio de Janeiro, Brazil". *Youth and Society* 29(2): págs. 166 a 196; Paiva, V. 1995. "Sexuality, AIDS and Gender Norms". *Cultural and Sexual Risk: Anthropological Perspective on AIDS*, págs. 97 a 115. Nueva York y Londres: Gordon and Branch; Vasconcelos, A. y otros. 1997. *Sexuality and AIDS Prevention among Adolescents from Low-Income Communities in Recife, Brazil. Women and AIDS Program Research Report Series*. Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer (ICRW); y Barker G. y otros. 1997. *Gender, Sexuality and Attitudes Related to AIDS among Low Income Youth and Street Youth in Rio de Janeiro, Brazil. CHILDRHOPE Working Paper #6*. Rio de Janeiro, Brasil: *CHILDRHOPE Brazil y Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NES)* (Centro de Investigaciones sobre Salud de los Adolescentes, Universidad Estatal de Rio de Janeiro).
- 14: FNUAP. 4 de abril de 2000. "UN Population Fund Hails Gates Foundation's \$57 Million Grant to Protect African Youth against HIV/AIDS." Boletín de prensa.
- 15: FNUAP. 1999. El apoyo del FNUAP a la salud reproductiva en situaciones de emergencia: Informe de la Directora Ejecutiva (DP/FPA/1999/6). Nueva York: FNUAP.
- 16: Ifenne, N. 1998. "Access Through Grassroots Women's Networks in Nigeria to Family Planning and Reproductive Health". *Grassroots to Global Networks*. ACCESS: Informe de la Conferencia sobre las Lecciones Obtenidas. Washington, D.C.: Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA).

Capítulo 3:

- 17: Reuters. 4 de octubre de 1999. "Fourth Death Fuels Swedish Domestic Violence Debate".
- 18: *Human Rights Watch*. 1999. *Crime or Custom: Violence against Women in Pakistan*. Sitio en la Web: <www.hrw.org/reports/1999/pakistan>.
- 19: *The New York Times*. 2 de abril de 2000. "Vast Trade in Forced Labor Portrayed in C.I.A. Report".
- 20: Halaby, J. 20 de marzo de 2000. "Two Women, One Girl Slain in Honor Crimes in Jordan". *Associated Press*.
- 21: *Inter Press Service*. 5 de octubre de 1999. "Women Foreign Ministers Seek End To Human Trafficking".

Capítulo 4:

- 22: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Marzo de 1999. "AIDS: Men Make A Difference". Boletín de prensa. Sitio en la Web: <www.unaids.org/wac/2000/pressrelease.html>.

Capítulo 5:

- 23: Sen, Amartya. 1999. *Development as Freedom*. Nueva York: Alfred A. Knopf.
- 24: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 1999. *Programming for Safe Motherhood: Guidelines for Maternal and Neonatal Survival*. Nueva York: Sección de Salud, División de Programas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; FNUAP. 1998a. *Hopes and Realities: Closing the Gap between Women's Aspirations and their Reproductive Experiences*. Nueva York: FNUAP; McCauley y otros. 1994; FNUAP. 1997. *A New Role for Men: Partners for Women's Empowerment*. Nueva York: FNUAP y Naciones Unidas 2000a.
- 25: McCauley y otros. 1994; Naciones Unidas. 2000b. *World Population Monitoring: 2000: Population, Gender and Development* (ESA/P/WP.159). Proyecto de documento. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas; Naciones Unidas. 1996. *World Population Monitoring 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health* (ESA/P/WP.131), págs. 14 y siguientes. Nueva York: División de Población, Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas; y FNUAP. 2000. *Working to Empower Women: UNFPA's Experience in Implementing the Beijing Platform for Action*. Nueva York: FNUAP.
- 26: Harcourt, W. (editor). 1999. *Women@Internet: Creating New Cultures in Cyberspace*. Londres: *Zed Books*; y Naciones Unidas 2000a.
- 27: FNUAP. 1994. *Women and Micro-Enterprises: An Assessment of UNFPA Experience. Evaluation Report Number 6*. Nueva York: FNUAP.

Capítulo 6:

- 28: Naciones Unidas. 1999e. Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (A/54/38/Rev.1). Nueva York: Naciones Unidas.
- 29: Naciones Unidas. 1995. Población y Desarrollo, Volumen 1: Programa de Acción adoptado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, párrafo 8.25. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.

Capítulo 7:

- 30: Naciones Unidas. 2000c. *Women's Indicators and Statistics Database (WISTAT)*, Versión 4, CD-ROM. Nueva York: Naciones Unidas; y Naciones Unidas 2000a.
- 31: *The Washington Post*. 14 de abril de 2000. "Women in Egypt Gain Broader Divorce Rights".
- 32: Catino, Jennifer. 1999. *Meeting the Cairo Challenge. Progress in Sexual and Reproductive Health*. Nueva York: *Family Care International*; Yinger, Nancy, Anne Peterson, y Michal Avni. 1999. "Mainstreaming Gender in Monitoring and Evaluation: A Practical Approach for Reproductive Health Programming". Documento preparado para el Grupo de Investigación de Indicadores, del Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre Género, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Washington, D.C.: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; Federación Internacional de Planificación de la Familia. 2000. *Manual to Evaluate Care from a Gender Perspective*. Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia/Región del Hemisferio Occidental; FNUAP. 1998b. *Indicators for Population and Reproductive Health Programmes*. Nueva York: FNUAP; y FNUAP y Universidad Nacional de Australia. 1999. *Southeast Asian Populations in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action*. Nueva York: Comunicado sobre datos.
- 33: Lak Daniel. 12 de abril de 2000. *BBC Online*; y Venkatesan, J. 12 de abril de 2000. *Chennai Hindu*.
- 34: Schuler, Corinna. 12 de abril de 2000. "One Woman's Crusade against Rape in S. Africa." *The Christian Science Monitor*.

Vigilancia de las metas de la CIPD — Indicadores seleccionados



	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación			Indicadores de salud reproductiva					
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M / F	Mortalidad derivada de la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M / F	% en 5° grado M / F	Matriculación secundaria (bruta) M / F	% analfabetos (>15 años) M / F	Conocimiento de anticonceptivos % que conoce método	% que conoce fuente	Alumbramientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos
Total mundial	57	63,3 / 67,6								65	58	50
Regiones más desarrolladas(*)	9	71,1 / 78,7								31	70	51
Regiones menos desarrolladas (+)	63	61,8 / 65,0								71	55	50
Países menos adelantados (‡)	99	49,6 / 51,5								128		
África (1)	87	50,0 / 52,8								119	20	16
África oriental	101	44,4 / 46,4								132		
Burundi	119	41,0 / 43,8		55 / 46	76 / 78	8 / 5	44 / 61	70	62	55	9	1
Eritrea	91	49,3 / 52,4	1.000	59 / 48	73 / 67	24 / 17	34 / 57			119	5	4
Etiopía	116	42,4 / 44,3		55 / 30	51 / 50	14 / 10	57 / 68	63		152	4	2
Kenya	66	51,1 / 53,0	590	85 / 85	60 / 62	26 / 22	12 / 25	96	88	95	33	28
Madagascar	83	56,0 / 59,0	490	92 / 91	49 / 33	16 / 16	27 / 41		45	137	17	5
Malawi	138	38,9 / 39,6	620	140 / 127	38 / 48	21 / 12	26 / 55	90	80	162	22	14
Mauricio (2)	16	67,9 / 75,1	50	106 / 106	98 / 99	63 / 66	12 / 19	100		37	75	49
Mozambique	114	43,9 / 46,6		70 / 50	52 / 39	9 / 5	41 / 73			128	6	6
Rep. Unida de Tanzania	82	46,8 / 49,1	530	67 / 66	78 / 84	6 / 5	16 / 34	74	66	125	18	13
Rwanda	124	39,4 / 41,7		83 / 80	58 / 60	12 / 9	27 / 41	98	86	56	21	13
Somalia	122	45,4 / 48,6								213		
Uganda	107	38,9 / 40,4	510	81 / 68	82 / 73	15 / 9	23 / 44	82	74	180	15	8
Zambia	82	39,5 / 40,6	650	91 / 86	89 / 84	34 / 21	15 / 30	89	81	134	25	14
Zimbabwe	69	43,6 / 44,7	400	115 / 111	78 / 79	52 / 45	8 / 16	96	93	89	48	42
África central (3)	95	48,6 / 51,7								196		
Angola	125	44,9 / 48,1		96 / 88		18 / 9				219		
Camerún	74	53,4 / 56,0	430	93 / 84	64 / 69	32 / 22	19 / 32	72	54	140	16	4
Chad	112	45,7 / 48,7	830	76 / 39	62 / 53	15 / 4	50 / 68			185		
Congo, Rep. del	90	46,3 / 50,8		120 / 109	40 / 78	62 / 45	14 / 27			141		
Congo, Rep. Dem. del (4)	90	49,2 / 52,3		86 / 59	68 / 58	32 / 19				217	8	2
Gabón	87	51,1 / 53,8			58 / 61					172		
Rep. Centroafricana	98	42,9 / 46,9	1.100	69 / 45	39 / 32	15 / 6	41 / 67			142	15	3
África septentrional (5)	52	63,3 / 66,4								50		
Argelia	44	67,5 / 70,3		113 / 102	93 / 95	65 / 62	23 / 44	99		25	52	49
Egipto	51	64,7 / 67,9	170	108 / 94	95 / 93	83 / 73	34 / 57	100	93	65	47	46
Jamahiriyá Árabe Libia	28	68,3 / 72,2	75	110 / 111		61 / 57	10 / 33			56	40	26
Marruecos	51	64,8 / 68,5	230	97 / 74	76 / 74	44 / 34	39 / 65	99	94	50	50	42
Sudán	71	53,6 / 56,4		55 / 47	90 / 95	23 / 20	31 / 55	71	60	52	8	6
Túnez	30	68,4 / 70,7	70	122 / 114	90 / 92	66 / 63	20 / 41	99	97	13	60	51
África meridional	62	51,5 / 57,5								71		
Botswana	59	46,2 / 48,4	330	107 / 108	87 / 93	61 / 68	26 / 21	95	95	78	33	32
Lesotho	93	54,7 / 57,3		102 / 114	72 / 87	25 / 36	28 / 7	79		86	23	19
Namibia	65	51,8 / 53,0	230	129 / 132	76 / 82	58 / 67	18 / 20	89	78	105	29	26
Sudáfrica	59	51,5 / 58,1		135 / 131	72 / 79	88 / 103	14 / 16			68	50	49
África occidental (6)	90	48,6 / 51,3								136		
Benin	88	51,7 / 55,2	500	98 / 57	64 / 57	26 / 11	45 / 76	40		116	16	3
Burkina Faso	99	43,6 / 45,2		48 / 31	74 / 77	11 / 6	67 / 87	66	30	157	8	4
Côte d'Ivoire	87	46,2 / 47,3	600	82 / 60	77 / 71	34 / 16	46 / 63	26		133	11	5
Ghana	66	58,3 / 61,8		81 / 69	81 / 79	44 / 28	21 / 39	76	70	113	20	10
Guinea	124	46,0 / 47,0		68 / 41	85 / 68	20 / 7				193	2	1
Guinea-Bissau	130	43,5 / 46,5	910	79 / 45		10 / 4	42 / 82			190		
Liberia	116	46,1 / 48,5		51 / 28		31 / 13	31 / 64	72	48	213	6	5
Mali	118	52,0 / 54,6	580	58 / 40	87 / 82	17 / 8	53 / 67	42	30	181	7	5
Mauritania	92	51,9 / 55,1		84 / 75	61 / 68	21 / 11	48 / 68	61		135	3	1
Níger	115	46,9 / 50,1	590	36 / 23	72 / 73	9 / 5	77 / 92	76	33	199	4	2
Nigeria	81	48,7 / 51,5		109 / 87		36 / 30	29 / 46	46	34	121	6	3
Senegal	63	50,5 / 54,2	560	78 / 65	89 / 85	20 / 12	54 / 73	74	44	119	13	8
Sierra Leona	170	35,8 / 38,7		60 / 41		22 / 13		78		202		
Togo	84	47,6 / 50,1	480	140 / 99	74 / 58	40 / 14	27 / 60	94	81	120	12	3
Asia	57	64,8 / 67,9								57	60	56
Asia oriental (7)	38	68,8 / 73,4								5		
China	41	67,9 / 72,0	65	122 / 123	93 / 94	74 / 66	9 / 25			5	83	83
Hong Kong, China (8)	6	75,8 / 81,4		93 / 95	99 / 100	71 / 76	4 / 10	98		7	86	79
Japón	4	76,8 / 82,9	8	101 / 101	100 / 100	103 / 104				4	59	53
Mongolia	51	64,4 / 67,3	150	86 / 91		48 / 65				47	61	25
República de Corea	10	68,8 / 76,0	20	94 / 95	98 / 99	102 / 102	1 / 4	100	94	4	79	69
R.P.D. de Corea	22	68,9 / 75,1	110							2	62	53

Vigilancia de las metas de la CIPD — Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva				
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M / F	Mortalidad derivada de la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M / F	% en 5° grado M / F	Matriculación secundaria (bruta) M / F	% analfabetos (>15 años) M / F	Conocimiento de anticonceptivos % que conoce método	% que conoce fuente	Alumbramientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos
Asia sudoriental	46	63,7 / 67,8								48		
Camboya	103	51,5 / 55,0		123 / 104	51 / 46	31 / 17				14		
Filipinas	36	66,5 / 70,2	170	115 / 113	75 / 75	77 / 78	5 / 5	97	93	43	40	25
Indonesia	48	63,3 / 67,0	450	115 / 110	88 / 89	55 / 48	9 / 19	95	93	58	55	52
Malasia	11	69,9 / 74,3	39	101 / 101	98 / 100	59 / 69	9 / 17	99	94	25	48	31
Myanmar	79	58,5 / 61,8	230	122 / 117		29 / 30	11 / 20			26	17	14
Rep. Dem. Pop. Lao	93	52,0 / 54,5	650	123 / 101	57 / 54	34 / 23	37 / 68			104	19	15
Singapur	5	74,9 / 79,3	6	95 / 93	100 / 100	69 / 65	4 / 12	98	95	7	74	73
Tailandia	29	65,8 / 72,0	44	98 / 96		57 / 56	3 / 7	100	99	70	74	72
Viet Nam	38	64,9 / 69,6	160	115 / 111		48 / 46	5 / 9	95		27	65	44
Asia centromeridional	73	61,8 / 62,9								103		
Afganistán	152	45,0 / 46,0		64 / 32	86 / 80	32 / 12	49 / 79	4		153	2	2
Bangladesh	79	58,1 / 58,2	440	77 / 66	18 / 26	25 / 13	48 / 71	100	98	115	49	41
Bhután	63	59,5 / 62,0			81 / 84					71	19	
India	72	62,3 / 62,9	410	109 / 90	62 / 55	59 / 39	32 / 56	95		112	41	37
Irán (Rep. Islámica del)	35	68,5 / 70,0	37	102 / 95	92 / 89	81 / 73	17 / 31	91		29	65	45
Nepal	83	57,6 / 57,1	540	129 / 96	52 / 52	51 / 33	42 / 77	93	80	120	29	26
Pakistán	74	62,9 / 65,1		101 / 45		33 / 17	41 / 70	78	46	90	18	13
Sri Lanka	18	70,9 / 75,4	60	110 / 108	83 / 84	72 / 78	6 / 11	99	98	20	66	43
Asia occidental (9)	51	65,9 / 70,2								57		
Arabia Saudita	23	69,9 / 73,4		77 / 75	87 / 92	65 / 57	17 / 34			113		
Emiratos Árabes Unidos	16	73,9 / 76,5	3	91 / 87	98 / 98	77 / 82	26 / 22			73	27	24
Iraq	95	60,9 / 63,9		92 / 78	84 / 84	51 / 32	35 / 55			45	14	11
Israel	8	75,7 / 79,7	5	96 / 96		89 / 87	2 / 6			19		
Jordania	26	68,9 / 71,5	41		98 / 99		6 / 17	100	95	43	35	27
Kuwait	12	74,1 / 78,2	5	78 / 77		64 / 66	16 / 21			34	35	32
Libano	29	68,1 / 71,7	100	113 / 108		78 / 84	8 / 20	91		26	53	18
Omán	25	68,9 / 73,3	19	78 / 74	96 / 96	68 / 66	21 / 41			80	22	19
República Árabe Siria	33	66,7 / 71,2		106 / 96	93 / 94	45 / 40	12 / 41	78		44	36	28
Turquía (10)	45	66,5 / 71,7		111 / 104	92 / 93	68 / 48	7 / 24	99	95	44	63	35
Yemen	80	57,4 / 58,4	350	100 / 40		53 / 14	34 / 76	60	27	102	13	10
Europa	12	69,2 / 77,4								25	72	46
Europa oriental	18	63,3 / 73,9								38		
Bulgaria	17	67,6 / 74,7	15	100 / 98	91 / 90	77 / 76	1 / 2			49	76	7
Eslovaquia	11	69,2 / 76,7	9	102 / 102		92 / 96				32	74	42
Hungría	10	66,8 / 74,9	15	104 / 102	98 / 98	96 / 99	1 / 1			28	73	59
Polonia	15	68,2 / 76,9	8	97 / 95		98 / 97	0 / 0			23	75	26
República Checa	6	70,3 / 77,4	9	105 / 103		97 / 100				23	69	45
Rumania	23	66,2 / 73,9	41	104 / 103		79 / 78	1 / 3			36	57	14
Europa septentrional (11)	8	73,5 / 79,5								24		
Dinamarca	7	73,0 / 78,3	10	102 / 101	100 / 99	120 / 122				9	78	71
Estonia	19	63,0 / 74,5	50	95 / 93	96 / 97	100 / 108				38	70	56
Finlandia	6	73,0 / 80,6	6	98 / 99	100 / 100	110 / 125				10	80	77
Irlanda	7	73,6 / 79,2	6	105 / 104	100 / 100	113 / 122				19		
Letonia	18	62,5 / 74,4	45	98 / 93		82 / 85	0 / 0			27	48	39
Lituania	21	64,3 / 75,6	18	99 / 96		85 / 88	0 / 1			37	59	20
Noruega	5	75,2 / 81,1	6	100 / 100	100 / 100	121 / 116				13	74	69
Reino Unido	7	74,5 / 79,8	7	115 / 116		120 / 139				29	82	78
Suecia	5	76,3 / 80,8	5	106 / 107	97 / 97	128 / 153				7	78	71
Europa meridional (12)	10	73,7 / 80,1								14		
Albania	30	69,9 / 75,9		106 / 108	81 / 83	37 / 38	8 / 24			34		
Bosnia y Herzegovina	15	70,5 / 75,9	10							28		
Croacia	10	68,8 / 76,5	12	88 / 87		81 / 83	1 / 3			19		
Eslovenia	7	70,6 / 78,2	11	98 / 98		90 / 93	0 / 0			17		
España	7	74,5 / 81,5	6	109 / 108	98 / 99	116 / 123	1 / 3			8	59	37
Grecia	8	75,6 / 80,7	1	93 / 93	99 / 100	95 / 96	2 / 4			13		
Italia	7	75,0 / 81,2	7	101 / 100	98 / 99	94 / 95	1 / 2			7	78	32
Macedonia												
(ex Rep. Yugoslava de)	23	70,9 / 75,3	11	100 / 98	95 / 95	64 / 62				42		
Portugal	9	71,8 / 78,9	8	131 / 124		106 / 116	6 / 11			20	66	32
Yugoslavia	18	70,2 / 75,5	10	69 / 70		60 / 64				39	55	12

Vigilancia de las metas de la CIPD — Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva				
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M / F	Mortalidad derivada de la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M / F	% en 5° grado M / F	Matriculación secundaria (bruta) M / F	% analfabetos (>15 años) M / F	Conocimiento de anticonceptivos % que conoce método	% que conoce fuente	Alumbramientos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos
Europa occidental (13)	6	74,1 / 80,8								10		
Alemania	5	73,9 / 80,2	8	104 / 104		105 / 103				11	75	72
Austria	6	73,7 / 80,2		100 / 100		105 / 102				18	71	56
Bélgica	7	73,8 / 80,6		104 / 102		142 / 151				11	79	75
Francia	6	74,2 / 82,0	10	106 / 104		112 / 111				9	75	70
Países Bajos	6	75,0 / 80,7	7	109 / 107	93 / 96	134 / 129				4	79	76
Suiza	6	75,4 / 81,8	5							4	71	65
América Latina y el Caribe	36	66,1 / 72,6								76	66	57
Caribe (14)	36	66,3 / 71,0								74		
Cuba	9	74,2 / 78,0	27	108 / 104		76 / 85	3 / 4	100		65	70	68
Haití	68	51,4 / 56,2		49 / 46	47 / 46	21 / 20	49 / 53	81	66	70	18	13
Jamaica	22	72,9 / 76,8		100 / 99	93 / 98	63 / 67	18 / 10	99		91	62	58
Puerto Rico	12	69,4 / 78,5					7 / 6			70	64	57
República Dominicana	34	69,0 / 73,1		94 / 94		47 / 61	17 / 17	100	96	89	64	60
Trinidad y Tabago	15	71,5 / 76,2		99 / 98	98 / 99	72 / 75	1 / 3	97	96	40	53	45
Centroamérica	33	68,4 / 74,0								81		
Belice	29	73,4 / 76,1		123 / 119	70 / 71	47 / 52	7 / 7	95		99	47	42
Costa Rica	12	74,3 / 78,9	29	104 / 103	86 / 89	47 / 52	5 / 4	100	99	85	75	65
El Salvador	32	66,5 / 72,5		98 / 96	76 / 77	35 / 39	19 / 24	98		95	53	48
Guatemala	46	61,4 / 67,2	190	93 / 82	52 / 47	27 / 25	24 / 40	70	64	119	31	26
Honduras	35	67,5 / 72,3	220	110 / 112	45 / 51	29 / 37	26 / 26	95		115	50	41
México	31	69,5 / 75,5	48	116 / 113	85 / 86	64 / 64	7 / 11	91	72	70	67	58
Nicaragua	43	65,8 / 70,6	150	100 / 102	52 / 57	52 / 62	33 / 30	97		152	49	45
Panamá	21	71,8 / 76,4	85	108 / 104	80 / 84	61 / 65	8 / 9	95		82	58	54
América del Sur (15)	37	65,3 / 72,3								73		
Argentina	22	69,7 / 76,8	38	114 / 113		73 / 81	3 / 3			65		
Bolivia	66	59,8 / 63,2	390	99 / 90	63 / 58	40 / 34	8 / 21	73	66	79	45	17
Brasil	42	63,1 / 71,0	160	107 / 98		31 / 36	15 / 15	100	95	72	77	71
Chile	13	72,3 / 78,3	23	103 / 100	100 / 100	72 / 78	4 / 5			49		
Colombia	30	67,3 / 74,3	80	113 / 112	70 / 76	64 / 69	8 / 9	98	94	88	72	59
Ecuador	46	67,3 / 72,5	160	134 / 119	84 / 86	50 / 50	7 / 11	89	88	72	57	46
Paraguay	39	67,5 / 72,0	190	112 / 109	77 / 80	46 / 48	6 / 8	98	90	76	56	41
Perú	45	65,9 / 70,9	270	125 / 121	78 / 74	72 / 67	6 / 15	96	89	58	64	41
Uruguay	18	70,5 / 78,0	21	109 / 108	96 / 99	75 / 90	3 / 2			70		
Venezuela	21	70,0 / 75,7	65	90 / 93	86 / 92	33 / 46	7 / 8	98	68	98	49	37
América del Norte (16)	7	73,6 / 80,2								56	71	68
Canadá	6	76,1 / 81,8		103 / 101		105 / 105				23	75	74
Estados Unidos de América	7	73,4 / 80,1	8	102 / 101		98 / 97				59	71	67
Oceania	24	71,4 / 76,3								28	29	22
Australia-Nueva Zelanda	6	75,2 / 80,9								22	76	72
Australia (17)	6	75,5 / 81,1		101 / 101		150 / 155				20	76	72
Melanesia (18)	53	59,9 / 62,2								34		
Nueva Caledonia	11	69,2 / 76,3		127 / 123	96 / 94	95 / 106				55		
Nueva Zelanda	7	74,1 / 79,7	15	101 / 101	99 / 99	110 / 116				34	75	72
Papua Nueva Guinea	61	57,2 / 58,7		87 / 74	72 / 74	17 / 11	30 / 44			24	26	20
Vanuatu	39	65,5 / 69,5		101 / 94	90 / 91	23 / 18				74		
Países de la ex URSS con economías en transición (19)												
Armenia	26	67,2 / 73,6	35	87 / 91		100 / 79	1 / 2			41		
Azerbaiyán	36	65,5 / 74,1	37	108 / 105		73 / 81				17		
Belarús	23	62,2 / 73,9	22	100 / 96		91 / 95	0 / 1			36	50	42
Federación de Rusia	18	60,6 / 72,8	50	108 / 107		84 / 91	0 / 1			45		
Georgia	20	68,5 / 76,8	70	89 / 88		78 / 76				47		
Kazajistán	35	62,8 / 72,5	70	97 / 98		82 / 91				54	59	46
Kirguistán	40	63,3 / 71,9	65	105 / 103		75 / 83				40		
República de Moldova	29	63,5 / 71,5	42	98 / 97		79 / 82	0 / 2			32	74	50
Tayikistán	57	64,2 / 70,2	65	96 / 94		83 / 74	0 / 1			35		
Turkmenistán	55	61,9 / 68,9	110							20		
Ucrania	19	63,8 / 73,7	25	87 / 87		88 / 95	0 / 1			36		
Uzbekistán	44	64,3 / 70,7	21	79 / 77		100 / 88	7 / 16			35	56	52

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población total (millones) (2000)	Población proyección (millones) (2025)	Tasa media crec. dem. 1995-2000 %	% Pobl. urbana (1995)	Tasa crec. pobl. urbana (1995-2000)	Población/ha. tierra cultivable y cultivada	Tasa fecundidad total (1995-2000)	% partos atendidos personal capacitado	PIB per cápita (1998) PPA dólares	Gastos per cápita gobierno central PPA dólares Educación	Salud	Asistencia exterior en población (miles de dólares EE.UU)	Mortalidad menores 5 años M / F	Consumo de energía per cápita	Acceso a agua potable
Total mundial	6.055,0	7.823,7	1,3	45	2,5		2,71	58				(1.632.053)	80 / 80		
Regiones más desarrolladas (*)	1.188,0	1.214,9	0,3	75	0,7		1,57	99					13 / 10		
Regiones menos desarrolladas (+)	4.867,1	6.608,8	1,6	38	3,3		3,00	53					87 / 88		
Países menos adelantados (‡)	644,7	1.092,6	2,4	22	5,2		5,05						160 / 151		
África (1)	784,4	1.298,3	2,4	34	4,3		5,06	42				463.855²⁰	146 / 133		
África oriental	247,0	426,2	2,6	22	5,3		5,79	34					169 / 154		
Burundi	6,7	11,6	1,7	8	6,4	5,2	6,28	24	561	22,4	3,5	5.530	189 / 168		58
Eritrea	3,9	6,7	3,8	17	4,7	6,9	5,70	21	984	17,4	24,1	4.459	154 / 137		7
Etiopía	62,6	115,4	2,5	13	5,1	4,6	6,30	8	566	22,5	9,8	29.130	193 / 174	284	26
Kenya	30,1	41,8	2,0	28	5,6	4,8	4,45	45	964	63,0	21,1	29.270	107 / 101	476	45
Madagascar	15,9	29,0	3,0	27	5,6	3,6	5,40	57	741	14,2	8,6	11.162	123 / 110		16
Malawi	10,9	20,0	2,4	14	4,6	4,6	6,75	55	551	29,6	14,9	22.654	223 / 217		60
Mauricio (2)	1,2	1,4	0,8	41	1,6	1,4	1,91	97	8.236	378,1	156,3	324	22 / 13		100
Mozambique	19,7	30,6	2,5	34	7,1	4,5	6,25	44	740		16,3	22.119	193 / 173	481	24
Rep. Unida de Tanzania	33,5	57,9	2,3	24	5,7	6,2	5,48	38	483		6,0	35.037	138 / 123	453	49
Rwanda	7,7	12,4	7,7	6	4,7	4,7	6,20	26				5.586	213 / 191		
Somalia	10,1	21,2	4,2	26	4,7	6,0	7,25	2				2.906	212 / 195		
Uganda	21,8	44,4	2,8	13	5,4	2,4	7,10	38	1.072	27,6	19,3	31.133	181 / 164		42
Zambia	9,2	15,6	2,3	43	3,3	1,2	5,55	47	678	14,8	16,3	19.954	149 / 144	628	53
Zimbabwe	11,7	15,1	1,4	32	4,4	2,2	3,80	69	2.489		82,6	23.301	123 / 111	929	77
África central (3)	95,7	184,7	2,7	33	4,5		6,17	42					158 / 139		
Angola	12,9	25,1	3,2	32	5,6	2,4	6,80	17	999		71,1	5.443	217 / 199	532	32
Camerún	15,1	26,5	2,7	45	4,7	1,1	5,30	58	1.395		15,0	6.647	120 / 109	369	41
Chad	7,7	13,9	2,6	21	4,1	1,7	6,07	15	843	14,2	20,8	4.024	184 / 164		24
Congo, Rep. del	2,9	5,7	2,8	59	4,2	6,3	6,06	50	846	51,6	18,1	1.021	147 / 116	457	
Congo, Rep. Dem. del (4)	51,7	104,8	2,6	29	4,3	3,9	6,43		733		9,9	1.945	148 / 130	305	
Gabón	1,2	2,0	2,6	50	4,2	1,0	5,40	80	5.615	162,3	38,9	677	143 / 127	1.403	67
Rep. Centroafricana	3,6	5,7	1,9	39	3,5	1,3	4,90	46	1.098		21,7	2.546	172 / 141		23
África septentrional (5)	173,3	249,1	2,0	46	3,1		3,58	64				79.216²¹	73 / 67		
Argelia	31,5	46,6	2,3	56	3,5	0,9	3,81	77	4.595	235,3	158,1	1.354	57 / 45	842	
Egipto	68,5	95,6	1,9	45	2,6	7,6	3,40	46	3.146	150,7	54,7	36.092	65 / 64	638	84
Jamahiriyá Árabe Libia	5,6	8,6	2,4	86	3,9	0,2	3,80	94				11	32 / 31	2.935	95
Marruecos	28,4	38,7	1,8	48	2,9	1,1	3,10	40	3.188	159,7	43,0	31.192	74 / 62	329	57
Sudán	29,5	46,3	2,1	25	4,7	1,0	4,61	86	1.240		10,8	3.931	115 / 108	397	60
Túnez	9,6	12,8	1,4	57	2,6	0,5	2,55	81	5.169	397,0	162,1	2.797	38 / 36	735	90
África meridional	46,9	55,9	1,6	48	3,3		3,43	79					102 / 82		
Botswana	1,6	2,2	1,9	28	6,3	2,0	4,35	77	5.796	500,8	165,8	2.505	112 / 101		70
Lesotho	2,2	3,5	2,2	23	5,8	2,4	4,75	50	2.194	185,0	60,2	1.050	132 / 127		62
Namibia	1,7	2,3	2,2	37	5,3	1,0	4,90	68	5.280	479,9	195,2	2.265	125 / 119		60
Sudáfrica	40,4	46,0	1,5	51	3,0	0,4	3,25	82	8.296	659,5	271,5	20.263	98 / 76	2.482	59
África occidental (6)	221,7	382,5	2,5	37	4,9		5,47	35					162 / 149		
Benin	6,1	11,1	2,7	31	4,6	2,0	5,80	60	857	27,2	13,7	5.808	142 / 124	341	72
Burkina Faso	11,9	23,3	2,7	27	8,9	3,0	6,57	41	866	12,8	10,7	9.133	176 / 166		
Côte d'Ivoire	14,8	23,3	1,8	44	4,7	1,0	5,10	45	1.484	74,3	22,4	8.279	144 / 129	382	72
Ghana	20,2	36,9	2,7	36	4,4	2,3	5,15	44	1.735	72,2	31,4	16.050	107 / 95	380	65
Guinea	7,4	12,5	0,8	30	5,5	4,2	5,51	31	1.722	32,7	21,8	10.443	207 / 208		55
Guinea-Bissau	1,2	1,9	2,2	22	4,6	2,7	5,75	25	573		6,9	1.802	214 / 192		53
Liberia	3,2	6,6	8,2	45	4,5	5,1	6,31	58				934	184 / 163		
Malí	11,2	21,3	2,4	27	5,4	1,9	6,60	24	673	14,9	13,7	12.779	244 / 227		48
Mauritania	2,7	4,8	2,7	54	4,3	2,6	5,50	40	1.500	75,9	28,5	1.045	155 / 142		64
Níger	10,7	21,5	3,2	17	5,8	1,7	6,84	15	729	16,9	10,0	6.473	198 / 181		48
Nigeria	111,5	183,0	2,4	39	4,8	1,2	5,15	31	740	5,2	1,4	18.678	154 / 140	722	50
Senegal	9,5	16,7	2,6	42	4,0	2,9	5,57	47	1.297	48,5	33,9	9.571	117 / 112	302	50
Sierra Leona	4,9	8,1	3,0	36	4,4	5,2	6,06	25	445		7,8	400	277 / 248		34
Togo	4,6	8,5	2,6	31	4,8	1,1	6,05	32	1.352	61,0	15,3	2.073	137 / 120		55
Asia	3.682,6	4.723,1	1,4	35	3,2		2,60	54				365.118	71 / 77		
Asia oriental (7)	1.485,2	1.695,4	0,9	37	2,9		1,77	86					39 / 50		
China	1.277,6	1.480,4	0,9	30	3,6	6,3	1,80	85	3.051	71,1	61,2	4.110	43 / 54	902	83
Hong Kong, China (8)	6,9	7,7	2,1	95	0,5	6,0	1,32	100	20.763	606,3	436,4	19	8 / 6	1.931	
Japón	126,7	121,2	0,2	78	0,4	1,4	1,43	100	23.592	849,3	1.362,0	(93.760) ²²	6 / 5	4.058	96
Mongolia	2,7	3,7	1,7	61	2,9	0,5	2,60	99	1.463	83,0	66,9	971	72 / 75		54
República de Corea	46,8	52,5	0,8	81	2,1	2,5	1,65	95	13.286	488,9	341,7	119	13 / 13	3.576	83
R.P.D. de Corea	24,0	29,4	1,6	61	2,3	3,7	2,05	100				2.337	27 / 25	1.063	100

Indicadores demográficos, sociales y económicos



	Población total (millones) (2000)	Población proyección (millones) (2025)	Tasa media crec. dem. 1995-2000 %	% Pobl. urbana (1995)	Tasa crec. pobl. urbana (1995-2000)	Población/ha. tierra cultivable y cultivada	Tasa fecundidad total (1995-2000)	% partos atendidos personal capacitado	PIB per cápita (1998) PPA dólares	Gastos per cápita gobierno central PPA dólares		Asistencia exterior en población (miles de dólares EE.UU)	Mortalidad menores 5 años M / F	Consumo de energía per cápita	Acceso a agua potable
Asia sudoriental	518,5	683,5	1,5	34	3,7		2,69	54					66 / 57		
Camboya	11,2	16,5	2,3	21	5,6	2,0	4,60	31	1.246	35,7	7,3	19.756	141 / 127		13
Filipinas	76,0	108,3	2,1	54	3,7	3,1	3,62	53	3.725	127,4	59,4	47.906	49 / 38	528	83
Indonesia	212,1	273,4	1,4	35	4,1	3,0	2,58	36	2.407	33,2	16,7	32.152	69 / 56	672	65
Malasia	22,2	31,0	2,0	54	3,4	0,5	3,18	98	7.699	381,1	108,0	843	16 / 13	1.950	89
Myanmar	45,6	58,1	1,2	26	3,7	3,1	2,40	57				884	121 / 104	294	60
Rep. Dem. Pop. Lao	5,4	9,7	2,6	22	5,7	4,5	5,75	30	1.683	35,9	21,5	3.409	154 / 146		51
Singapur	3,6	4,2	1,4	100	0,8	7,0	1,68	100	25.295	753,8	274,3	8	6 / 6	7.835	100
Tailandia	61,4	72,7	0,9	20	2,8	1,5	1,74	71	5.524	266,2	90,3	8.490	37 / 33	1.333	89
Viet Nam	79,8	108,0	1,6	21	3,5	7,3	2,60	79	1.689	51,2	6,6	16.358	54 / 57	448	47
Asia centromeridional	1.490,8	2.049,9	1,8	29	3,4		3,36	34					91 / 101		
Afganistán	22,7	44,9	2,9	20	7,7	1,8	6,90	8				1.060	257 / 257		
Bangladesh	129,2	178,8	1,7	18	5,2	8,7	3,11	8	1.407	31,4	21,3	93.145	106 / 116	197	84
Bhután	2,1	3,9	2,8	6	6,3	11,4	5,50	12	1.438			1.076	98 / 94		
India	1.013,7	1.330,4	1,6	27	3,0	3,2	3,13	35	2.060	65,5	13,4	45.648	82 / 97	476	85
Irán (Rep. Islámica del)	67,7	94,5	1,7	59	3,0	1,0	2,80	74	5.121	205,3	88,1	1.791	52 / 51	1.491	90
Nepal	23,9	38,0	2,4	14	6,5	7,0	4,45	9	1.181	37,5	15,0	16.948	110 / 124	320	59
Pakistán	156,5	263,0	2,8	35	4,6	3,5	5,03	18	1.652	44,6	15,9	15.967	108 / 104	446	62
Sri Lanka	18,8	23,5	1,0	22	2,8	4,6	2,10	94	2.945	101,3	42,3	2.186	22 / 20	371	70
Asia occidental (9)	188,0	294,3	2,2	66	3,4		3,77	74				33.421	69 / 61		
Arabia Saudita	21,6	40,0	3,4	80	3,9	0,6	5,80	90	10.498	791,6	650,1		31 / 24	4.753	93
Emiratos Árabes Unidos	2,4	3,3	2,0	84	2,5	1,6	3,42	99	18.871	337,8	797,3		21 / 17	13.155	98
Iraq	23,1	41,0	2,8	75	3,7	0,4	5,25	54				481	119 / 114	1.174	77
Israel	6,2	8,3	2,2	91	1,6	0,4	2,68	99	16.861	1.274,7	1.219,1	28	11 / 9	2.843	99
Jordania	6,7	12,1	3,0	71	4,1	1,4	4,86	97	2.615	177,3	123,9	7.869	32 / 31	1.040	98
Kuwait	2,0	3,0	3,1	97	3,4	2,6	2,89	98				304	16 / 14	8.167	100
Líbano	3,3	4,4	1,7	87	2,3	0,5	2,69	89	4.144	104,4	129,8	608	39 / 31	1.164	94
Omán	2,5	5,4	3,3	13	7,4	14,1	5,85	91				352	35 / 24	2.231	88
República Árabe Siria	16,1	26,3	2,5	52	4,3	0,8	4,00	77	2.702	83,8		2.678	47 / 33	1.002	88
Turquía	66,6	87,9	1,7	69	3,5	0,7	2,50	76	6.594	146,4	187,2	6.725	67 / 52	1.045	
Yemen	18,1	39,0	3,7	34	5,9	5,6	7,60	43	658	46,0	14,8	10.508	112 / 114	187	39
Europa	728,9	702,3	0,0	74	0,5		1,42	99					16 / 12		
Europa oriental	307,0	287,5	-0,2	70	0,5		1,36	99				22.533^{21, 23}	25 / 18		
Bulgaria	8,2	7,0	-0,7	71	0,3	0,2	1,23	100	4.683	148,9	153,0	362	23 / 16	2.705	
Eslovaquia	5,4	5,4	0,1	59	1,2	0,3	1,39	95	9.624	479,3	500,2		14 / 12	3.266	
Hungría	10,0	8,9	-0,4	65	0,4	0,3	1,37	99	9.832	455,2	419,3	78	13 / 10	2.499	
Polonia	38,8	39,1	0,1	65	0,9	0,6	1,53	99	7.543	563,5	318,0	226	18 / 14	2.807	
República Checa	10,2	9,5	-0,2	65	0,4	0,3	1,19	99	12.197	625,7	794,4	3	9 / 7	3.917	
Rumania	22,3	19,9	-0,4	55	0,6	0,4	1,17	99	5.572	201,1	164,0	2.740	39 / 26	2.027	62
Europa septentrional (11)	94,4	95,9	0,2	84	0,4		1,69	99					10 / 8		
Dinamarca	5,3	5,2	0,3	85	0,2	0,1	1,72	100	23.855	1.944,2	1.625,5	(46.990)	10 / 7	4.346	
Estonia	1,4	1,1	-1,2	73	-0,1	0,2	1,29	95	7.563	543,8	388,2		33 / 17	3.834	
Finlandia	5,2	5,3	0,3	63	1,0	0,2	1,73	100	20.641	1.539,8	1.192,4	(17.335)	7 / 6	6.143	98
Irlanda	3,7	4,4	0,7	58	0,8	0,3	1,90	99	17.991	1.072,3	1.045,2		9 / 7	3.293	
Letonia	2,4	1,9	-1,5	73	-0,2	0,2	1,25	98	5.777	362,2	227,7	768	31 / 18	1.674	
Lituania	3,7	3,4	-0,3	72	0,7	0,2	1,43	95	6.283	342,4	464,6	24	29 / 18	2.414	
Noruega	4,5	4,8	0,5	73	0,7	0,3	1,85	100	26.196	1.951,6	1.627,0	(54.296)	7 / 6	5.284	100
Reino Unido	58,8	60,0	0,2	89	0,4	0,2	1,72	98	20.314	1.082,7	1.198,6	(117.431)	9 / 8	3.992	100
Suecia	8,9	9,1	0,3	83	0,5	0,1	1,57	100	19.848	1.643,4	1.480,1	(53.177)	7 / 6	5.944	
Europa meridional (12)	144,2	135,0	0,1	65	0,6		1,31	98					13 / 11		
Albania	3,1	3,8	-0,4	37	2,2	2,2	2,50	99	2.864	89,7	76,1	1.426	46 / 39	362	76
Bosnia y Herzegovina	4,0	4,3	3,0	49	6,1	0,4	1,35	97				635	19 / 15	777	
Croacia	4,5	4,2	-0,1	64	0,9	0,3	1,56		6.698	353,6	543,6	116	14 / 11	1.418	63
Eslovenia	2,0	1,8	-0,1	64	1,2	0,2	1,26	100	14.400	825,1	969,5		9 / 8	3.098	98
España	39,6	36,7	0,0	76	0,4	0,2	1,15	96	15.960	798,0	912,1	(7.438)	9 / 7	2.583	
Grecia	10,6	9,9	0,3	65	1,0	0,4	1,28	99	13.994	433,8	732,2		9 / 8	2.328	
Italia	57,3	51,3	0,0	67	0,2	0,3	1,20	100	20.365	993,8	1.092,7	(2.203)	9 / 8	2.808	
Macedonia (ex Rep. Yugoslava de)	2,0	2,3	0,6	60	1,5	0,5	2,06	93	4.224	216,3	330,5		27 / 24		
Portugal	9,9	9,3	0,0	36	1,4	0,5	1,37	98	14.569	839,2	690,8	(414)	12 / 10	1.928	82
Yugoslavia	10,6	10,8	0,1	57	0,9	0,6	1,84					18	28 / 23	1.364	

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población total (millones) (2000)	Población proyección (millones) (2025)	Tasa media crec. dem. 1995-2000 %	% Pobl. urbana (1995)	Tasa crec. pobl. urbana (1995-2000)	Población/ha. tierra cultivable y cultivada	Tasa fecundidad total (1995-2000)	% partos atendidos personal capacitado	PIB per cápita (1998) PPA dólares	Gastos per cápita gobierno central PPA dólares Educación Salud		Asistencia exterior en población (miles de dólares EE.UU)	Mortalidad menores 5 años M / F	Consumo de energía per cápita	Acceso a agua potable
Europa occidental (13)	183,3	183,9	0,3	81	0,4		1,48	100					8 / 6		
Alemania	82,2	80,2	0,1	87	0,3	0,2	1,30	100	22.026	1.059,4	1.830,0	(122.462) ²⁵	7 / 6	4.267	
Austria	8,2	8,2	0,5	56	0,7	0,3	1,41	100	23.145	1.261,4	1.381,5	(577)	8 / 7	3.373	
Bélgica	10,2	9,9	0,1	97	0,3	0,3 ²⁴	1,55	100	23.622	732,3	1.577,6	(9.814)	9 / 7	5.552	
Francia	59,1	61,7	0,4	73	0,5	0,1	1,71	99	21.214	1.281,3	1.511,2	(16.500)	8 / 7	4.355	100
Países Bajos	15,8	15,8	0,4	89	0,6	0,6	1,50	100	22.325	1.131,9	1.362,9	(146.428)	9 / 7	4.885	99
Suiza	7,4	7,6	0,7	61	1,3	1,2	1,47	99	26.876	1.462,1	1.802,2	(16.626)	10 / 7	3.622	100
América Latina y el Caribe	519,1	696,7	1,6	74	2,3		2,70	80				208.676	49 / 39		
Caribe (14)	38,1	47,3	1,1	62	2,0		2,55	72					57 / 48		
Cuba	11,2	11,8	0,4	76	1,2	0,4	1,55	99				935	13 / 10	1.448	91
Haití	8,2	12,0	1,7	32	4,1	5,5	4,38	20	1.379		18,2	16.137	112 / 97	268	39
Jamaica	2,6	3,2	0,9	54	1,7	2,0	2,50	92	3.344	249,2	77,5	5.088	28 / 25	1.465	93
Puerto Rico	3,9	4,5	0,8	73	1,4	1,7	2,11	99					15 / 13		97
República Dominicana	8,5	11,2	1,7	65	2,7	1,1	2,80	96	4.337	99,3	71,3	6.772	51 / 41	652	73
Trinidad y Tabago	1,3	1,5	0,5	72	1,8	1,0	1,65	98	7.208	262,4	206,7	59	19 / 12	6.081	96
Centroamérica	135,2	188,5	1,9	68	2,6		3,05	70					45 / 38		
Belice	0,2	0,4	2,4	47	2,6	0,8	3,66	79	4.367			79	37 / 37		
Costa Rica	4,0	5,9	2,5	50	3,2	1,7	2,83	97	5.812	314,4	415,5	520	16 / 13	657	100
El Salvador	6,3	9,1	2,0	45	2,9	2,6	3,17	87	4.008	100,2	104,7	5.872	45 / 37	700	53
Guatemala	11,4	19,8	2,6	41	4,1	2,9	4,93	35	3.474	57,7	51,5	5.568	65 / 57	510	67
Honduras	6,5	10,7	2,8	44	4,3	1,1	4,30	55	2.338	84,6	66,0	7.422	54 / 43	503	77
México	98,9	130,2	1,6	75	2,4	0,9	2,75	75	7.450	362,8	218,4	23.326	41 / 34	1.525	95
Nicaragua	5,1	8,7	2,7	63	4,0	0,4	4,42	61	1.896	73,6	94,4	11.529	64 / 53	525	62
Panamá	2,9	3,8	1,6	53	2,4	1,0	2,63	84	4.925	251,7	314,2	388	29 / 26	853	84
América del Sur (15)	345,8	460,9	1,5	78	2,2		2,58	86					50 / 39		
Argentina	37,0	47,2	1,3	88	1,5	0,1	2,62	97	11.728	405,8	483,6	1.652	28 / 22	1.673	65
Bolivia	8,3	13,1	2,3	61	3,8	1,6	4,36	46	2.205	107,2	24,5	21.718	92 / 83	479	70
Brasil	170,1	217,9	1,3	78	2,3	0,5	2,27	88	6.460	327,5	222,1	20.543	54 / 41	1.012	69
Chile	15,2	19,5	1,4	84	1,6	1,0	2,44	99	8.507	303,7	213,9	4.354	17 / 13	1.419	91
Colombia	42,3	59,8	1,9	73	2,2	2,0	2,80	85	5.861	241,5	297,1	2.559	43 / 35	799	75
Ecuador	12,6	17,8	2,0	58	3,1	1,2	3,10	64	3.003	104,2	76,6	5.446	66 / 54	731	55
Paraguay	5,5	9,4	2,6	53	3,8	0,9	4,17	61	4.312	172,1	110,3	1.994	54 / 43	865	39
Perú	25,7	35,5	1,7	72	2,5	1,8	2,98	56	4.180	122,9	94,9	29.564	71 / 58	582	66
Uruguay	3,3	3,9	0,7	90	0,8	0,3	2,40	96	8.541	284,4	162,1	314	23 / 17	912	89
Venezuela	24,2	34,8	2,0	93	2,4	0,7	2,98	97	5.706	295,0	172,5	497	27 / 22	2.463	79
América del Norte (16)	309,6	363,6	0,9	76	1,2		1,94	99					9 / 7		
Canadá	31,1	37,9	1,0	77	1,2	0,0	1,55	100	22.814	1.576,5	1.505,8	(34.520)	8 / 6	7.880	99
Estados Unidos de América	278,4	325,6	0,8	76	1,2	0,0	1,99	99	29.240	1.567,3	1.913,8	(662.360)	10 / 8	8.051	73
Oceania	30,4	39,6	1,3	70	1,4		2,38	65					31 / 32		
Australia-Nueva Zelanda	22,7	27,8	1,0	85	1,2		1,83	99					8 / 6		
Australia (17)	18,9	23,1	1,0	85	1,2	0,0	1,79	100	21.795	1.187,8	1.240,0	(45.235)	8 / 6	5.494	99
Melanesia (18)	6,5	10,0	2,2	21	3,6		4,28						68 / 73		
Nueva Caledonia	0,2	0,3	2,1	62	2,2		2,70	98					16 / 15		
Nueva Zelanda	3,9	4,7	1,0	86	1,3	0,1	2,01	95	16.084	1.177,4	1.013,5	(1.806)	9 / 8	4.388	90
Papua Nueva Guinea	4,8	7,5	2,2	16	4,0	5,3	4,60	53	2.205		61,7	5.158	79 / 88		31
Vanuatu	0,2	0,3	2,4	19	3,9		4,30	79	2.892			202	54 / 42		
Países de la ex URSS con economías en transición (19)															
Armenia	3,5	3,9	-0,3	69	1,6	0,9	1,70	95	2.074	40,6	64,8	2.040	35 / 30	474	
Azerbaiyán	7,7	9,4	0,5	56	1,7	1,1	1,99	99	2.168	65,2	26,8	1.247	55 / 44	1.570	
Belarús	10,2	9,5	-0,3	71	0,8	0,2	1,36	100	6.314	373,2	309,0	25	36 / 20	2.386	
Federación de Rusia	146,9	137,9	-0,2	76	0,3	0,1	1,35	99	6.180	218,8	289,1	6.783	25 / 19	4.169	
Georgia	5,0	5,2	-1,1	58	1,1	1,0	1,92	95	3.429	176,9	25,1	1.018	27 / 20	291	
Kazajistán	16,2	17,7	-0,4	60	1,4	0,1	2,30	99	4.317	190,4	94,1	1.270	46 / 36	2.724	
Kirguistán	4,7	6,1	0,6	39	2,4	0,9	3,21	98	2.247	120,0	62,7	1.730	56 / 44	645	81
República de Moldova	4,4	4,5	0,0	52	1,8	0,5	1,76	95	1.995	212,0	92,8	583	39 / 25	1.064	56
Tayikistán	6,2	8,9	1,5	32	3,2	2,4	4,15	92	1.041	22,4	69,1	943	88 / 73	594	69
Turkmenistán	4,5	6,3	1,8	45	2,5	0,9	3,60	90			88,6	1.012	86 / 69	2.646	60
Ucrania	50,5	45,7	-0,4	70	0,6	0,3	1,38	100	3.130	227,6	130,0	1.956	30 / 20	3.012	55
Uzbekistán	24,3	33,4	1,6	41	2,8	1,4	3,45	98	2.044	157,6	67,7	2.849	69 / 56	1.826	57

Vigilancia de las metas de la CIPD — Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad		Indicadores de educación		Indicadores de salud reproductiva		
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M / F	Matriculación primaria (bruta) M / F	Matriculación secundaria (bruta) M / F	Alumbramientos 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos
Antillas Neerlandesas	14	72,5 / 78,4			35		
Bahamas	16	70,5 / 77,1			69	62	60
Bahrein	17	71,1 / 75,3	105 / 106	91 / 98	22	61	30
Barbados	12	73,7 / 78,7	90 / 91	89 / 80	44	55	53
Brunei Darussalam	10	73,4 / 78,1	109 / 104	72 / 82	33		
Cabo Verde	56	65,5 / 71,3	150 / 147	54 / 56	79		
Chipre	9	75,5 / 80,0	100 / 100	95 / 99	17		
Comoras	76	57,4 / 60,2	84 / 69	24 / 19	83	21	11
Djibouti	106	48,7 / 52,0	44 / 33	17 / 12	31		
Fiji	20	70,6 / 74,9	128 / 128	64 / 65	48	41	35
Gambia	122	45,4 / 48,6	87 / 67	30 / 19	155	12	7
Guadalupe	9	73,6 / 80,9			29	44	31
Guam	10	73,0 / 77,4			96		
Guinea Ecuatorial	108	48,4 / 51,6			178		
Guyana	58	61,1 / 67,9	97 / 96	71 / 76	58	31	28
Islandia	5	76,8 / 81,3	98 / 98	109 / 108	24		
Islas Salomón	23	69,7 / 73,9	103 / 89	21 / 14	94		
Luxemburgo	7	73,3 / 79,9		85 / 90	12		
Maldivas	50	65,7 / 63,3	130 / 127	67 / 71	54		
Malta	8	74,9 / 79,3	108 / 107	86 / 82	12		
Martinica	7	75,5 / 82,0			27	51	37
Micronesia (26)	34	67,6 / 71,4			56		
Polinesia (27)	17	69,3 / 74,2			55		
Polinesia Francesa	11	69,3 / 74,6	118 / 113	69 / 86	68		
Qatar	17	70,0 / 75,4	87 / 86	80 / 79	66	32	29
Reunión	9	70,9 / 79,8			20	67	62
Samoa	23	69,3 / 73,6	101 / 100	59 / 66	37		
Suriname	29	67,5 / 72,7			22		
Swazilandia	65	57,9 / 62,5	120 / 114	55 / 54	90	20	17
Timor Oriental	135	46,7 / 48,4			37		

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población total (miles) 2000	Población proyección (miles) 2025	Población urbana (% 1995)	Tasa crec. pobl. urb. (1995-2000)	Tasa fecundidad total (1995-2000)	% partos atendidos pers. capacitado	PNB per cápita PPA dólares M/F (1998)	Mortalidad menores de 5 años M / F
Antillas Neerlandesas	217	258	69,5	1,3	2,20	98		20 / 12
Bahamas	307	415	86,5	1,9	2,60	100	13.990	20 / 15
Bahrein	617	858	90,3	2,7	2,90	98	11.556	26 / 17
Barbados	270	297	47,4	1,7	1,50	98		14 / 15
Brunei Darussalam	328	459	57,8	2,2	2,80	98	24.886	11 / 11
Cabo Verde	428	671	54,3	5,5	3,56		3.192	68 / 60
Chipre	786	900	54,1	1,9	2,03	98	17.599	10 / 9
Comoras	694	1.176	30,7	5,6	4,80	52	1.400	112 / 101
Djibouti	638	1.026	82,8	2,6	5,30	79		182 / 166
Fiji	817	1.104	40,7	2,5	2,73	100	4.094	28 / 18
Gambia	1.305	2.151	25,5	5,3	5,20	44	1.428	212 / 194
Guadalupe	456	569	99,4	1,6	1,90			12 / 9
Guam	168	228	38,2	2,4	3,40	100		11 / 13
Guinea Ecuatorial	453	795	42,2	5,2	5,58	5		184 / 169
Guyana	861	1.045	36,2	2,9	2,32	93	3.139	90 / 65
Islandia	281	328	91,6	1,2	2,10	100	24.774	6 / 6
Islas Salomón	444	817	17,1	6,3	4,85	85	1.904	32 / 22
Luxemburgo	431	463	89,1	1,4	1,67	100	36.703	8 / 8
Maldivas	286	501	26,8	4,3	5,40	90	3.436	53 / 80
Malta	389	430	89,3	0,9	1,89	98	22.901	11 / 8
Martinica	395	450	93,3	1,3	1,75			10 / 8
Micronesia (26)	543	960	42,7	3,2	4,08			47 / 40
Polinesia (27)	631	909	41,3	2,6	3,38			20 / 21
Polinesia Francesa	235	324	56,4	2,2	2,85	98	20.586	14 / 14
Qatar	599	779	91,4	2,1	3,74	97		27 / 18
Reunión	699	880	67,8	2,3	2,10	97		11 / 9
Samoa	180	271	21,0	2,4	4,15	52	3.854	25 / 29
Suriname	417	525	50,4	2,5	2,21	91		39 / 28
Swazilandia	1.008	1.785	31,2	5,7	4,70	56	4.195	109 / 91
Timor Oriental	885	1.185	7,5	1,7	4,35			205 / 196

Las designaciones empleadas en esta publicación no entrañan ninguna opinión por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas acerca de la situación jurídica de ningún país, territorio o zona, ni con respecto a sus autoridades o a la delimitación de su territorio o el trazado de sus fronteras.

Los datos para países o zonas de pequeña magnitud (en general, los que en 1990 tenían 200.000 o menos habitantes), no figuran por separado en este cuadro, sino que se han incluido en las cifras de población correspondientes a sus regiones.

- (*) Las regiones más desarrolladas abarcan América del Norte, el Japón, Europa, y Australia/Nueva Zelandia.
- (+) Las regiones menos desarrolladas abarcan todas las partes de África, América Latina, Asia (excluido el Japón) Melanesia, Micronesia y Polinesia.
- (†) Los países menos adelantados son los así designados por las Naciones Unidas.
 - (1) Incluso Territorio Británico del Océano Índico y Seychelles.
 - (2) Incluso Agalesa, Rodríguez y San Brandon.
 - (3) Incluso Santo Tomé y Príncipe.
 - (4) ex Zaire.
 - (5) Incluso Sahara Occidental.
 - (6) Incluso Santa Elena, Ascensión y Tristán de Cunha.
 - (7) Incluso Macao.
 - (8) El 1° de Julio de 1997, Hong Kong pasó a ser una Región Administrativa Especial de China.
 - (9) Incluso Faja de Gaza (Palestina).
 - (10) Turquía se incluye en el Asia occidental por razones geográficas. Según otras clasificaciones, este país figura en Europa.
 - (11) Incluso Islas Anglonormandas, Islas Faeroe e Isla de Man.
 - (12) Incluso Andorra, Gibraltar, San Marino y Santa Sede.
- (13) Incluso Liechtenstein y Mónaco.
- (14) Incluso Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Dominica, Granada, Islas Caimán, Islas Turks y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Montserrat, San Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.
- (15) Incluso Islas Malvinas (Falkland) y Guyana Francesa.
- (16) Incluso Bermudas, Groenlandia, y St. Pierre y Miquelon.
- (17) Incluso Isla Christmas, Isla Norfolk e Islas Cocos (Keeling).
- (18) Incluso Nueva Caledonia y Vanuatu.
- (19) Los Estados de la ex URSS se agrupan en las regiones existentes. Belarús, la Federación de Rusia, la República de Moldova y Ucrania figuran en Europa oriental; Armenia, Azerbaiyán y Georgia pertenecen al Asia occidental; Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán pertenecen al Asia centromeridional.
- (20) Total regional, excluida la subregión indicada por separado más adelante.
 - (21) Estas subregiones abarcan la región de los Estados árabes y Europa (delimitación del FNUAP).
 - (22) Cálculos basados en informes de años anteriores. En el futuro se presentarán datos actualizados.
 - (23) El total de Europa oriental abarca algunos Estados balcánicos de Europa meridional y Estados bálticos de Europa septentrional.
 - (24) En esta cifra se incluyen Bélgica y Luxemburgo.
 - (25) Según los informes más recientes, esta cantidad podría ser mayor. En futuras publicaciones se reflejará una evaluación de dichos informes.
 - (26) Comprende Estados Federados de Micronesia, Guam, Islas del Pacífico (Palau), Islas Marianas Septentrionales, Islas Marshall, Isla Wake, Kiribati y Nauru.
 - (27) Comprende Isla Johnston, Islas Cook, Islas Midway, Islas Wallis y Futuna, Pitcairn, Samoa, Samoa Americana, Tokelau, Tonga y Tuvalu.

Notas técnicas

En los cuadros estadísticos de esta edición del informe *Estado de la Población Mundial* se sigue prestando especial atención a los indicadores que pueden contribuir a reflejar el adelanto hacia las metas cuantitativas y cualitativas establecidas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en materia de reducción de la mortalidad, acceso a la educación y acceso a los servicios de salud reproductiva (incluidos los de planificación de la familia). En futuros informes se presentarán distintas mediciones de los procesos, a medida que se disponga de ellas. La mejor vigilancia de las contribuciones financieras de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y las entidades del sector privado también debería posibilitar en el futuro una mejor información acerca de los gastos y la movilización de recursos para la conquista de las metas de la CIPD. A continuación se indican las fuentes de los indicadores, por categoría, y las razones por las cuales se los ha escogido.

Vigilancia del logro de las metas de la CIPD

Indicadores de mortalidad

Mortalidad de menores de un año y esperanza de vida al nacer, hombres y mujeres. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision* (Datos en disquetes, "Demographic Indicators 1950-2050"). Nueva York: Naciones Unidas. Esos indicadores se refieren a los niveles de mortalidad, respectivamente, en el primer año de vida (en

que hay mayor sensibilidad al nivel de desarrollo) y a lo largo de todo el período vital.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad. Fuente: Datos compilados por el UNICEF, la OMS, el Banco Mundial y datos nacionales publicados en: Banco Mundial. 2000. *World Development Indicators 2000*, Washington, D.C.: Oxford Press. Este indicador refleja el número de defunciones de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, resultantes de trastornos relativos al embarazo, el parto y complicaciones conexas. No obstante, es difícil conseguir algún grado de precisión, aun cuando las magnitudes relativas son elocuentes. Las estimaciones inferiores a 50 no se redondean; en el tramo de 50 a 100, se redondean hacia las cinco unidades más próximas; en el tramo de 100 a 1.000, hacia las diez unidades más próximas; y por encima de 1.000, hacia las 100 unidades más próximas. Varias de las estimaciones de mortalidad relacionada con la maternidad difieren de las cifras oficiales presentadas por los gobiernos de los países. Las estimaciones se basan, en la medida de lo posible, en cifras publicadas, utilizando enfoques para mejorar la comparabilidad de los datos obtenidos de diferentes fuentes. Los detalles sobre el origen de determinadas estimaciones por países se indican en la fuente. Tales estimaciones, así como las metodologías correspondientes, están siendo objeto de revisión por la OMS, el UNICEF, el FNUAP, otros organismos y varias instituciones académicas y serán modificadas cuando sea necesario, como parte del continuo proceso de mejora de los datos sobre la mortalidad derivada de la maternidad.



Indicadores de educación

Tasas brutas de matriculación en la escuela primaria, varones y niñas. Tasas brutas de matriculación en la escuela secundaria, varones y niñas.

Fuente: Planillas procedentes de la UNESCO; datos publicados en la serie *World Education Report* y actualizados en *1999 UNESCO Statistical Yearbook*. París: UNESCO, Instituto de Estadística. Las tasas brutas de matriculación indican el número de estudiantes matriculados en un determinado nivel del sistema educacional por cada 100 personas que pertenecen al grupo de edades apropiado. No se introducen factores de corrección para personas que son mayores que la edad apropiada, debido a que han comenzado más tarde, han interrumpido la asistencia a la escuela o han repetido grados.

Analfabetismo de adultos, hombres y mujeres. Fuente: Planillas procedentes de la UNESCO; datos publicados en la serie *World Education Report* y actualizados en *1999 UNESCO Statistical Yearbook*. París: UNESCO. Las definiciones de analfabetismo están sujetas a variaciones en diferentes países; hay en uso tres definiciones ampliamente aceptadas. En la media de lo posible, los datos se refieren a la proporción de personas que no pueden ni leer ni escribir una frase simple acerca de la vida cotidiana, ni comprender cabalmente de qué se trata. La tasa de analfabetismo de adultos (tasa de analfabetismo de personas mayores de 15 años de edad) refleja tanto los niveles actuales de matriculación en la escuela como la historia de los niveles educacionales alcanzados en el pasado. Los indicadores de educación supra se actualizaron empleando las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas en *World Population Prospects (The 1998 Revision)*. Los datos sobre educación son más recientes (1982 a 1998).

Porcentaje de alumnos que llegan al quinto grado de la escuela primaria. Fuente: Planillas procedentes de la UNESCO; datos publicados en la serie *World Education Report* y actualizados en *1999 UNESCO Statistical Yearbook*. París: UNESCO, Instituto de Estadística. Los estudios sobre las pautas de abandono escolar muestran un alto grado de coherencia entre finalizar el 5º grado, y egresar de la escuela primaria. Los datos corresponden al egreso del 5º grado, de conformidad con la fuente ("Tasa de supervivencia hasta 5º grado"). Se indican los datos más recientes en el período 1980-1998.

Indicadores de salud reproductiva

Conocimiento de los anticonceptivos. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 1996. *World Population Monitoring 1996*. Nueva York: Naciones Unidas. Estos indicadores se calculan sobre la base de datos obtenidos en encuestas por muestreo y estiman la proporción de mujeres que conocen un método de planificación de la familia y una fuente donde pueden obtenerse los anticonceptivos. En el primer indicador se incluyen todos los métodos anticonceptivos (médicos, de barrera, naturales y tradicionales); la información acerca de la fuente es más pertinente a los anticonceptivos médicos y de barrera y a los métodos modernos y de abstinencia periódica. Esos números, por lo general, son comparables entre distintos países, aunque no completamente, debido a las variaciones en los tramos de edades de la población estudiada (lo más común es que los estudios abarquen mujeres de entre 15 y 49 años de edad), en el estado civil (por ejemplo, mujeres actualmente casadas o que lo han estado alguna vez; o todas las mujeres) y en el momento en que se efectuaron las encuestas. La mayoría de los datos fueron recopilados en el lapso de 1987 a 1994.

Alumbramientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. (Datos en disquetes, "Demographic Indicators 1950-2050"); y División de Población de las Naciones Unidas. 1998. *Age Patterns of Fertility: The 1998 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Éste es un indicador de la carga de la fecundidad sobre las mujeres jóvenes. Dado que es un nivel anual agregado para todas las mujeres en la misma cohorte de edades, no refleja plenamente el nivel de fecundidad de las mujeres jóvenes. Dado que indica el número medio de alumbramientos por mujer y por año, podría multiplicarse por cinco para calcular aproximadamente el número de alumbramientos por cada 1.000 mujeres jóvenes antes de los veinte años. Esta medición no indica la magnitud cabal del embarazo en la adolescencia, dado que sólo se computan los alumbramientos de niños vivos. Las pérdidas debidas a defunciones de neonatos y abortos espontáneos o provocados no se reflejan en el indicador.

Prevalencia del uso de anticonceptivos: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 1998. *Contraceptive Trends and Levels 1998* (gráfico mural). Nueva York: Naciones Unidas. Estos datos se han preparado sobre la base de encuestas por muestreo y reflejan en forma estimativa la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres en uniones consensuales) que actualmente utilizan cualquier método anticonceptivo, o métodos modernos, respectivamente. Los métodos modernos o clínicos abarcan la esterilización masculina y femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), la píldora, los productos inyectables, los implantes hormonales, los condones y los métodos femeninos de barrera. Estas cifras son, a grandes rasgos, comparables entre distintos países, aunque no completamente, debido a la variación en los grupos de edades de las poblaciones estudiadas (lo más común es que se estudien los grupos de mujeres de 15 a 49 años de edad; eso ocurre en algo más de la mitad de la base de datos), en el momento en que se realizan las encuestas y en los detalles de las preguntas. Todos los datos se recogieron en 1975 o posteriormente. Se mencionan los datos de las más recientes encuestas disponibles; casi un 80% de los datos se refieren al período 1987-1996.

Indicadores demográficos, sociales y económicos

Población total en 2000, Proyecciones de población para 2025, Tasa media anual de crecimiento demográfico en el lapso 1995-2000. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. (Datos en disquetes, "Demographic Indicators 1950-2050"); y Nueva York: Naciones Unidas; y División de Población. 1998. *Annual Populations 1950-2050: The 1998 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Estos indicadores reflejan la cantidad de población de cada país, las proyecciones de la futura cantidad y la actual tasa de crecimiento anual.

Porcentaje de población urbana, tasa de crecimiento urbano. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 1996. *World Urbanization Prospects: The 1996 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Estos indicadores reflejan la proporción de la población de los países que vive en zonas urbanas y la tasa de crecimiento según las proyecciones para el período 1995-2000.

Población agrícola por hectárea de tierra cultivable permanentemente. Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, utilizando datos de población agrícola basados en los datos de población total de la División de Población de las Naciones Unidas. 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Este indicador vincula la cantidad de población de agricultores con las tierras aptas para la producción agrícola. Refleja los cambios, tanto en la estructura de las economías nacionales (proporción de mano de obra que trabaja en la agricultura) como en las tecnologías de aprovechamiento de tierras. Los valores altos pueden atribuirse a la sobrecarga de la productividad de la tierra y a la fragmentación de las parcelas. Por otra parte, esta medición también refleja distintos niveles de desarrollo y diferentes políticas del uso del suelo.

Tasa de fecundidad total (período: 1995-2000). Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. (Datos en disquetes, "Demographic Indicators 1950-2050"). Nueva York: Naciones Unidas. La tasa indica el número de hijos que tendría una mujer en su etapa de procreación si tuviera hijos con la tasa estimada para diferentes grupos de edades en el lapso especificado. Distintos países pueden llegar al nivel calculado en momentos diferentes dentro de dicho lapso.

Acceso a servicios básicos. Nota: en el informe de este año se ha omitido este indicador debido a que varios organismos han cuestionado su fiabilidad y su validez. Se ha previsto celebrar consultas acerca de un indicador alternativo apropiado.

Partos atendidos por personal capacitado. Fuente: Organización Mundial de la Salud; la OMS también suministró datos actualizados. Este indicador se basa en los informes nacionales sobre la proporción de partos atendidos por "personal de salud capacitado o personal auxiliar capacitado: médicos (especialistas o no especializados) y/o personas con conocimientos sobre atención del parto que pueden diagnosticar y tratar complicaciones obstétricas, además de atender partos normales". Los datos son estimaciones basadas en la información más reciente disponible.

Producto nacional bruto per cápita. Fuente: Las cifras correspondientes a 1998 fueron proporcionadas por el Banco Mundial. 2000. *World Development Indicators 2000*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Este indicador mide el total de bienes y servicios de uso final producido por residentes y no residentes, independientemente de su asignación en el país o en el extranjero, en relación con el tamaño de la población. En ese carácter, indica la productividad económica de un país y difiere del producto interno bruto dado que se introducen ajustes por remesas recibidas del exterior por los residentes en concepto de remuneración del trabajo o renta del capital, por pagos similares a los no residentes, y dado que se incorporan diversos ajustes técnicos, incluidos los relativos a la variación de los tipos de cambio a lo largo del tiempo. En esta medición también se tienen en cuenta las diferencias en paridades de poder adquisitivo (PPA) de las monedas, mediante ajustes de dichas paridades para obtener el "PNB real". Algunas cifras relativas a las PPA se basan en modelos de regresión; otras se han extrapolado de las más recientes estimaciones básicas del Programa de Comparaciones Internacionales; los detalles pueden obtenerse en la fuente.

Gastos de los gobiernos centrales en educación y salud. Fuente: Banco Mundial. 2000. *World Development Indicators 2000*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Estos indicadores reflejan la prioridad asignada por un país a los sectores de educación y salud, en función de la proporción de gastos gubernamentales dedicados a dichos sectores. No reflejan las diferencias en las asignaciones entre distintos sectores, por ejemplo, educación primaria o servicios de salud, en relación con otros niveles, en que hay variaciones considerables. La posibilidad de efectuar comparaciones directas se complica debido a las diferentes responsabilidades administrativas y presupuestarias asignadas a los gobiernos centrales, en comparación con los gobiernos locales, y en razón de los distintos papeles que desempeñan los sectores privado y público. Las estimaciones indicadas se calcularon utilizando datos de fuentes sobre gasto en educación pública como proporción del PNB, gasto en salud per cápita (en dólares ajustados según las PPA) y proporción de gasto público en salud. Los gastos corresponden a las estimaciones más recientes en el lapso 1990-1998.

Asistencia externa para actividades de población. Fuente: FNUAP. 1999. *Global Population Assistance Report 1997*. Nueva York: FNUAP. Estas cifras corresponden al monto de asistencia externa a cada país que se destinó a actividades de población en el año 1997. Los fondos externos se entregan por conducto de organismos multilaterales y bilaterales de asistencia, y de organizaciones no gubernamentales. Se indican los países donantes colocando sus contribuciones entre paréntesis. En futuras ediciones de este informe se incluirán

otros indicadores, a fin de proporcionar una mejor base de comparación y evaluación de las corrientes de recursos en apoyo de los programas de población y salud reproductiva, procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales. Los totales regionales indicados abarcan tanto proyectos por países como actividades regionales (que no se indican de otro modo en el cuadro).

Mortalidad de menores de cinco años. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, tabulación especial basada en: Naciones Unidas: 1999. *World Population Prospects: The 1998 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Este indicador se refiere a la tasa de mortalidad de menores de un año y niños de corta edad. Por consiguiente, refleja los efectos de las enfermedades y otras causas de defunción en menores de un año y niños de corta edad. Otras mediciones demográficas más estandarizadas son la tasa de mortalidad de menores de un año y la tasa de mortalidad entre uno y cuatro años de edad, que reflejan distintas causas y frecuencias de mortalidad en esas edades. Estas mediciones reflejan mejor que la tasa de mortalidad de menores de un año la carga de enfermedades en la infancia, incluidas las que pueden prevenirse con mejor nutrición y programas de inmunización. La mortalidad de menores de cinco años se expresa como cantidad de defunciones de menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos en un año dado. El cálculo se refiere al periodo 1995-2000.

Consumo de energía per cápita. Fuente: Banco Mundial. 1997. *World Development Indicators 1997*. Washington D.C.: Banco Mundial. Este indicador se refiere al consumo anual de energía comercial primaria (carbón, lignito, petróleo, gas natural, energía hidroeléctrica, energía nuclear y electricidad geotérmica), expresado en el equivalente de kilogramos de petróleo per cápita. Refleja el nivel de desarrollo industrial, la estructura de la economía y las pautas de consumo. La evolución a lo largo del tiempo puede reflejar cambios en el nivel y el equilibrio de diversas actividades económicas y variaciones en el grado de eficiencia del uso de energía (incluida la disminución o el aumento del derroche en el consumo).

Acceso a agua potable. Fuente: OMS/UNICEF. *Water Supply and Sanitation Sector Monitoring Report 1996*. Este indicador refleja el porcentaje de la población que posee acceso a un *suministro suficiente de agua apta para el consumo*, a una *distancia razonable* del domicilio del usuario. Las palabras en letra bastardilla denotan definiciones a escala nacional. Este indicador se relaciona con la exposición a riesgos para la salud, incluidos los derivados de un saneamiento incorrecto. Los datos corresponden al periodo 1990-1994.

ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2000

Jefe de Redacción: Alex Marshall

Investigación y redacción: Stan Bernstein

Editor Ejecutivo: William A. Ryan

Investigación editorial: Reed Boland, Wendy Harcourt, Karen Hardee y Ann McCauley

Asistente Editorial: Phyllis Brachman

Fotos en la tapa: (arriba) Niños escolares vietnamitas; (abajo) Niña filipina con una cesta — Sean Sprague/Impact Visuals

Vivir juntos, en mundos separados

DISTRIBUCIÓN VEDADA
ANTES DEL 20 DE
SEPTIEMBRE DE 2000

Hombres y mujeres en tiempos de cambio

La desigualdad entre mujeres y hombres limita el potencial de los individuos, las familias, las comunidades y los países; poner fin a la discriminación por motivos de género es una urgente prioridad para el desarrollo y los derechos humanos, según el informe *Estado de la Población Mundial*, del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

Pese a los enormes cambios ocurridos en el siglo XX, en las culturas de todo el mundo siguen firmemente arraigadas la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas. Las ideas acerca de “los hombres verdaderos” y “el lugar de la mujer” son transmitidas de una generación a la siguiente, son inculcadas a temprana edad y son difíciles de cambiar.

Esas restricciones imponen un pesado costo. Se deniega a las niñas y las mujeres de todo el mundo el acceso a la educación y la atención de la salud. Millones de ellas están sometidas a malos tratos y violencia. Sus derechos jurídicos no están protegidos. Se presta menos atención a sus problemas médicos que a los de los hombres. Se les deniegan oportunidades en el lugar del trabajo y reciben menos remuneración que un hombre por realizar las mismas tareas.

Los hombres y las sociedades también pagan un precio. No obstante, hasta hace pocos años, se consideraba que la discriminación por motivos de género carecía de importancia o era inexistente; y o bien se la aceptaba, o bien se hacía caso omiso de ella, sin que fuera considerada ni siquiera en las estadísticas. Si bien muchos países han comenzado a adoptar medidas para proteger los derechos de la mujer y promover la igualdad, en la realidad el adelanto ha sido lento.

No se pondrá fin a la discriminación por motivos de género hasta que todos cobren conciencia de sus contradicciones intrínsecas y hasta que los países, las comunidades y las familias adopten medidas para eliminarla.

Género y salud

La desigualdad de género perjudica la salud de la mujer e impide que muchas mujeres participen plenamente en la sociedad. Las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres suelen limitar el control de las mujeres sobre la actividad sexual y su posibilidad de protegerse a sí mismas contra embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Las adolescentes son particularmente vulnerables.

Los servicios inadecuados de salud reproductiva para la mujer también redundan en altas tasas de embarazo no deseado, aborto realizado en malas condiciones y defunción y

lesión prevenibles, resultantes del embarazo y el parto. La violencia por motivos de género — inclusive la violación, las sevicias contra la esposa y la mutilación genital femenina — es nociva para la salud, el bienestar y la participación social de las mujeres.

El acceso universal a los servicios de higiene sexual y salud reproductiva, inclusive los servicios de planificación de la familia, fue un objetivo central de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994 en El Cairo. Los países convinieron en que para lograr el adelanto individual y un desarrollo equilibrado, era necesario ampliar los medios de acción de la mujer y satisfacer las necesidades de la gente en materia de educación y salud.

En 1999, al realizarse el examen al cabo de cinco años de la ejecución del Programa de Acción de la CIPD (CIPD+5), los gobiernos acordaron nuevos datos básicos de referencia, entre otros: reducir a la mitad hacia 2005 las tasas de analfabetismo femenino (mujeres y niñas) existentes en 1990; reducir a la mitad hacia 2005 la necesidad insatisfecha de servicios de planificación de la familia y eliminarla completamente hacia 2015; reducir en un cuarto hacia 2010 las tasas de contagio de los jóvenes con el VIH, proporcionando información y servicios para reducir su riesgo; y asegurar que hacia 2015, un 90% de todos los partos cuenten con la asistencia de agentes de salud capacitados. Los países también convinieron en que, allí donde el aborto sea legal, debe realizarse en condiciones de seguridad y ser accesible.

Ofrecer servicios de planificación de la familia a todos quienes los deseen es un reto de grandes proporciones. Actualmente, se cree que un tercio de todos los embarazos — 80 millones por año — son o bien no deseados o bien inoportunos. Si las mujeres pudieran tener el número de niños a que aspiran, en muchos países el tamaño medio de la familia se reduciría en casi un hijo.

Se prevé que en los próximos 15 años — en la hipótesis de que puedan ofrecerse los servicios — el número de usuarios de anticonceptivos en los países en desarrollo ha de aumentar en más de un 40%, para llegar a 742 millones, debido al aumento de la población y a la creciente demanda de anticonceptivos.

Otra prioridad es proporcionar a las mujeres opciones sin riesgo para el embarazo y el parto. Actualmente, la tasa de mortalidad derivada de la maternidad es de 500.000 defunciones por año en los países en desarrollo, donde sólo un 53% de todos los partos cuentan con atención profesional. Esta falta de atención redundante en que cada año haya 52,4 millones de mujeres que carecen de servicios. Casi un 30% de las mujeres que dan a luz en países en desarrollo, 38 millones por año, no reciben ningún tipo de atención prenatal.

La atención de calidad antes, durante y después del parto es imprescindible para la maternidad sin riesgo. Por otra parte, la mejor manera de prevenir las defunciones de madres es ofrecer atención obstétrica de emergencia. El transporte sin tardanza a un establecimiento médico es de importancia crucial para salvar a las madres que experimentan complicaciones.

Cada año, según se estima, las mujeres se someten a unos 50 millones de abortos, de los cuales 20 millones se realizan en malas condiciones y causan 78.000 muertes, además de padecimientos a millones de otras mujeres. Al menos una cuarta parte de todos los abortos realizados en malas condiciones afectan a muchachas de 15 a 19 años de edad. Evidentemente, la mejor manera de reducir el número de abortos es proporcionar mayor acceso a los servicios de planificación de la familia. Otra importante manera de reducir la mortalidad derivada de la maternidad es ofrecer atención a las mujeres que se han sometido a un aborto.

A fines de 1999 había 34,3 millones de hombres, mujeres y niños que vivían con el VIH o el SIDA y 18,8 millones ya habían muerto a raíz de esa enfermedad. En la actualidad, el VIH/SIDA es la principal causa de defunción en África y la cuarta causa de mortalidad por orden de importancia en todo el mundo. En 1999 hubo 5,4 millones de nuevos contagios, de los cuales 4,0 millones ocurrieron en África al sur del Sahara. En África, el número de mujeres con reacción serológica positiva al VIH es superior en dos millones al de hombres. Los programas que abordan la desigualdad de género y captan a los hombres como aliados en la lucha contra el SIDA pueden contribuir a frenar la proliferación de esa enfermedad.

Otra preocupación relativa a la salud y a los derechos humanos es la mutilación genital femenina, que afecta a más de 100 millones de mujeres y niñas, mayormente en África y el Asia occidental. Dado que casi siempre se la realiza en condiciones antihigiénicas y sin anestesia, la mutilación genital femenina puede causar graves infecciones, choque nervioso y circulatorio o incluso la muerte; y además acarrea consecuencias para la salud a lo largo de toda la vida, entre ellas un mayor riesgo de dificultades en el parto y de muerte en el alumbramiento.

Es imprescindible contar con programas de salud reproductiva sensibles a las cuestiones de género, a fin de contrarrestar la desigualdad y proteger la salud de la mujer. Los programas están comenzando a abordar la dinámica de los conocimientos, el poder y la adopción de decisiones en las relaciones de la pareja, entre encargados de prestar servicios y clientas y entre líderes comunitarios y ciudadanos. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) están desempeñando papeles cada vez más importantes en la prestación de servicios, por ejemplo, para abordar temas delicados como las necesidades de los adolescentes.

Los jóvenes hombres y las jóvenes mujeres enfrentan diferentes presiones y expectativas sociales, que pueden impedir un comportamiento sexual responsable. Muchas niñas se ven obligadas a entablar relaciones sexuales precoces y riesgosas debido al abuso sexual, el matrimonio en la infancia o la pobreza. Los jóvenes, tanto solteros como casados, carecen de acceso a los servicios de salud reproductiva y la información al respecto. Al capacitar a los jóvenes como educadores de otros jóvenes se alienta el comportamiento responsable.

Los padres, las madres y otros adultos pueden aprender a ser fuentes de información y asesoramiento.

Los hombres también padecen problemas de salud reproductiva, entre ellos enfermedades de transmisión sexual, impotencia e infertilidad. Muchos hombres también afirman que quieren limitar el número de hijos o espaciarlos, pero ni ellos ni sus esposas están utilizando anticonceptivos. Los servicios de salud reproductiva para los hombres se han concentrado en las enfermedades de transmisión sexual. En los últimos años, ha disminuido la proporción de hombres que utilizan anticonceptivos. Los programas de buena calidad pueden incrementar los conocimientos de los hombres en materia de anticonceptivos y la utilización de éstos.

Violencia por motivos de género

Al menos una de cada tres mujeres ha sido apaleada, obligada a entablar relaciones sexuales bajo coacción o maltratada de alguna manera, con frecuencia por una persona que ella conoce. Una de cada cuatro mujeres sufre malos tratos durante el embarazo. Hay al menos 60 millones de niñas "desaparecidas", mayormente en Asia, como resultado del aborto selectivo en función del sexo, el infanticidio o el descuido.

Cada año, dos millones de niñas de entre 5 y 15 años de edad son incorporadas al mercado comercial del sexo. Tal vez hasta unas 5.000 mujeres y niñas pierden la vida cada año debido a los llamados "asesinatos para restaurar la honra", perpetrados por miembros de sus propias familias. En todo el mundo están generalizadas la violación, las sevicias y otras formas de violencia por motivos de género.

Muchas culturas permiten o toleran un cierto grado de violencia contra la mujer. En algunas partes del mundo se considera que los hombres tienen el derecho de disciplinar a sus esposas como lo crean conveniente. Incluso muchas mujeres suelen considerar que los malos tratos físicos se justifican en ciertas circunstancias.

La justificación de la violencia dimana de opiniones distorsionadas acerca de los papeles y las responsabilidades de hombres y mujeres en las relaciones. Entre los hechos que pueden desencadenar respuestas violentas figuran que la esposa desobedezca al hombre, que replique, que se niegue a tener relaciones sexuales, que no tenga la comida lista a tiempo, que no se ocupe de los niños o de la casa, que interroge al hombre acerca del dinero o de sus relaciones con otras mujeres o que se desplace sin permiso del marido.

La violencia puede causar inmensos daños a la salud reproductiva y el bienestar de la mujer y redundar en embarazos no deseados; abortos realizados en malas condiciones; persistentes problemas ginecológicos; enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA; y problemas psicológicos y emocionales, que pueden ser más difíciles de soportar que el dolor físico.

Las organizaciones no gubernamentales están contrarrestando eficazmente la violencia contra la mujer. Varias organizaciones no gubernamentales africanas han liderado la lucha, cada vez más eficaz, contra la mutilación genital femenina. En Colombia, grupos de mujeres ofrecen capacitación y apoyo a las sobrevivientes de la violación. Un grupo en Bosnia ha asesorado a 20.000 mujeres y niños que han padecido violencia sexual.

Los hombres, los derechos reproductivos y la igualdad

La discriminación contra las mujeres y las niñas nunca terminará si no se cuenta con el apoyo y la comprensión de los hombres, especialmente en la familia.



Las actitudes y los comportamientos de los hombres están fuertemente influenciados por definiciones estereotipadas de la masculinidad y de lo que significa ser “un hombre verdadero”. No obstante, esos estereotipos no son realistas y preparan a los hombres para experimentar fracasos, estrés y dificultades en las relaciones de pareja. Los hombres que no pueden satisfacer las expectativas de ser poderosos y competentes tal vez se refugien en la pasividad, el escapismo a través de las drogas o el alcohol, o tal vez recurran a la violencia o a jactancias exageradas y búsqueda de riesgos.

Al ayudar a las mujeres y los hombres a comunicarse acerca de sus funciones o responsabilidades en la familia se puede fortalecer a las familias, proteger la salud reproductiva y reducir la desigualdad de género y la violencia por motivos de género. Un estudio en Filipinas mostró que había menos prevalencia de casos de violencia doméstica cuando el marido y la mujer se comunicaban y compartían la responsabilidad de las decisiones.

Es posible que el comportamiento de los hombres cambie. En la India, hombres que son agentes de salud han motivado a otros hombres para que se interesen en la salud de las mujeres y las ayuden en las tareas del hogar. En Malí, la participación de los hombres en la salud reproductiva ha conducido a apoyar el empleo de la mujer. Y en Nicaragua, los cursos sobre género y poder han reducido la violencia por motivos de género y han conducido a un aumento de la responsabilidad sexual.

Cómputo del costo de la desigualdad

Tan sustancial como el sufrimiento humano causado por la discriminación de género es su costo social y económico. Debido a la desigualdad, los hombres y algunas mujeres salen beneficiados y esto impide que perciban otras alternativas más productivas; obstruye la participación social y económica y descarta posibles alianzas; y reduce la eficacia de las mujeres, que carecen de apoyo en sus responsabilidades, sus problemas y sus cargas.

La actividad económica de la mujer no se computa suficientemente debido a que suele realizarse en el sector paralelo o no estructurado (*informal*) de la economía. Si se contara con mejores sistemas de contabilidad social, esto podría alentar las inversiones y promover la productividad. En un estudio realizado en Kenya se comprobó que al brindar a las mujeres agricultoras el mismo apoyo que a los hombres, era posible aumentar el rendimiento de los cultivos en más de un 20%. En América Latina, si se eliminara la desigualdad de género en el mercado laboral, podrían aumentar en un 50% los salarios de las mujeres y en un 5% el producto nacional.

En los hogares pobres, las niñas tienen más probabilidades de morir antes de cumplir cinco años que los niños varones, aun cuando a escala mundial las niñas tengan mejores probabilidades de sobrevivir después de la infancia. Los servicios inadecuados de atención de la salud para las poblaciones pobres tienen mayores efectos sobre las mujeres que sobre los hombres; en particular, las mujeres pobres tienen más probabilidades que otras mujeres de perder la vida como resultado del embarazo. Los costos de la muerte de una madre abarcan la pérdida de su contribución a la familia y a la supervivencia de ésta y la mayor mortalidad de sus hijos.

Las altas tasas de contagio con el VIH/SIDA, debidas en parte a la desigualdad de género y a la falta de inversiones en la prevención, se han cobrado un enorme precio en muchos países. En algunos, se estima que la pandemia ha reducido en un 0,5% el crecimiento anual del PIB per cápita. Los efectos sobre el sistema de salud y sobre los pobres son graves. En algunos de los países más afectados, las personas contagiadas ocupan más de la mitad de las camas de hospital disponibles.

Los costos mundiales de la violencia y los malos tratos por motivos de género abarcan los costos directos de los servicios de salud, del ausentismo en el trabajo, de la aplicación de las leyes, de la protección, del albergue y del divorcio. Según estimaciones del Banco Mundial, en los países industrializados los ataques y la violencia sexuales redundan en la pérdida de casi uno de cada cinco años de vida saludable de las mujeres de entre 15 y 44 años de edad.

Al denegar la educación a las niñas se frena el desarrollo social y económico; las inversiones en la educación son redituables. En un estudio se llegó a la conclusión de que, a igualdad de otros factores, los países que tienen tres estudiantes femeninas o menos por cada cuatro estudiantes masculinos pueden prever un déficit del 25% en el PNB per cápita, en comparación con los países donde hay mayor paridad en la educación. Los adelantos económicos de algunos países asiáticos entre el decenio de 1960 y del de 1980 fueron en parte resultado de las familias de menor tamaño y las mayores inversiones en la educación y la salud de las niñas. Las mujeres educadas y que obtienen mayores ingresos efectúan mayores inversiones en la salud y la educación de sus hijos.

Y en casi todo el mundo se está reduciendo la discrepancia de género en la enseñanza, pero dicha discrepancia sigue siendo de gran magnitud en el Asia meridional y el África al sur del Sahara, donde menos de un 40% de los estudiantes secundarios son de sexo femenino.

Otro costo, que aumentará en los próximos años a medida que vaya aumentando el número de ancianos, es el de atender a las personas de edad. En todos los países, la vida de las ancianas es más larga que la de los hombres ancianos; pero, pese a la mayor duración de sus vidas, las mujeres reciben menos apoyo de los sistemas públicos de pensiones debido a que han participado menos en la fuerza laboral de la economía estructurada.

Derechos de la mujer

Varios tratados sucesivos de derechos humanos, a comenzar con la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de Derechos Humanos, afirman los derechos de las niñas y las mujeres. Esos acuerdos, concertados a lo largo de varios decenios por los gobiernos, que experimentaron la influencia del movimiento mundial en pro de la mujer, proporcionan las bases jurídicas para poner fin a la discriminación por motivos de género y a la conculcación de los derechos por motivos de género, y obligan a los gobiernos a adoptar medidas.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, aprobada en 1979, cuenta con 165 Estados Partes. En diciembre de 1999 se abrió a la firma el Protocolo Facultativo de la Convención, el cual entrará en vigor cuando haya 10 ratificaciones. En virtud del Protocolo, las mujeres individuales y los grupos de mujeres podrán presentar denuncias sobre discriminación al órgano encargado de la vigilancia del cumplimiento del tratado. El Protocolo también posibilitará que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer inicie indagaciones sobre casos de conculcación grave o sistemática de los derechos de la mujer.

La Declaración y Programa de Acción de Viena sobre los derechos humanos (1993), el Programa de Acción aprobado por la CIPD (1994) y la Plataforma de Acción aprobada por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) también apoyan firmemente la igualdad de género y la ampliación de los medios de acción de la mujer. Si bien esos acuerdos no son jurídicamente obligatorios, constituyen poderosos instrumentos para promover el cambio.

Los acuerdos concertados en la CIPD y en la Conferencia de Beijing establecen claramente los componentes de los derechos reproductivos, incluidos los derechos a servicios de higiene sexual y salud reproductiva; a la elección voluntaria del cónyuge, de las relaciones sexuales y de la procreación; a la protección contra la violencia y la coacción sexuales; y a la vida privada. Todos esos derechos son imprescindibles para la igualdad de género.

No obstante, para que los derechos de la mujer se plasmen en la realidad, es necesario que se los tome seriamente, especialmente por parte de los hombres. Para esto es necesario impartir educación y crear conciencia. Asimismo, también es necesario que los derechos de la mujer se incorporen en las políticas, leyes y programas nacionales.

En los últimos años, se han registrado muchas victorias jurídicas. México y el Perú, por ejemplo, han promulgado leyes para incrementar el acceso a los servicios de salud reproductiva. Portugal ha enmendado su Constitución y especifica que el Gobierno debe garantizar los servicios de planificación de la familia. Botswana, China, Colombia, el Reino Unido y Viet Nam han incrementado la severidad de los castigos a diversas infracciones sexuales. Bolivia ya no requiere que para que una mujer sea considerada damnificada en un caso de delito sexual, se pruebe que es "honesta". Alemania ha tipificado como delito la violación de la esposa por el esposo. Varios países han proscrito la mutilación genital femenina. Pero es mucho lo que queda por hacer.

Para lograr un futuro mejor

Los gobiernos tienen un papel fundamental que desempeñar en cuanto a crear las condiciones necesarias a la igualdad de género, al eliminar las barreras jurídicas y cambiar leyes, políticas y programas. Los líderes políticos pueden abogar por la igualdad de género y promoverla, así como alentar a otros que hagan lo propio. Otra importante manera de lograr adelantos es promover una mayor participación política de la mujer.

Los gobiernos han convenido en que todos deberían tener acceso a los servicios de salud reproductiva hacia el año 2015. Los elementos fundamentales — planificación de la familia, servicios para la maternidad sin riesgo y protección contra las enfermedades de transmisión sexual — son imprescindibles para una buena calidad de la vida, tanto de los hombres como de las mujeres.

También es necesario contar con programas que aborden las necesidades de los hombres en materia de salud reproductiva y fomenten su activo apoyo a la salud de la mujer. Es preciso que los hombres participen en el diálogo acerca de la desigualdad de género y los costos de ésta para los hombres, las mujeres y la sociedad en general.

El análisis y el monitoreo sistemáticos de la situación de género pueden poner de manifiesto qué se necesita para responder a las necesidades, tanto de las mujeres como de los hombres, y promover la igualdad de género. Es necesario que los grupos de mujeres participen en el diseño, la ejecución y la vigilancia de los programas. Es menester lograr mayores adelantos en la calidad de los servicios de higiene sexual y salud reproductiva. Es menester que los encargados de prestar servicios reciban capacitación y apoyo a fin de proporcionar una atención con sensibilidad humana tanto a las mujeres como a los hombres.

Para obtener más información, sírvase dirigirse a:

Fondo de Población de las Naciones Unidas, División de Información y Relaciones Externas, 220 E. 42nd Street, New York, N.Y. 10017, Estados Unidos de América. Teléfono 212-297-5020. Fax 212-557-6416. E-mail ryanw@unfpa.org. Pueden obtenerse el informe completo y este sumario, en español, francés e inglés, en el sitio del FNUAP en la Web www.unfpa.org, junto con crónicas periodísticas, fotografías y hojas con datos concretos.

Entre las acciones necesarias para combatir la violencia por motivos de género cabe mencionar las tareas de promoción, la capacitación para adquirir sensibilidad en cuestiones de género, los cambios en la legislación, la mejor aplicación de las reglamentaciones existentes, las alternativas para la seguridad de las víctimas, los sistemas de denuncias, los servicios de mediación y asesoramiento y el apoyo a los grupos que ofrecen asesoramiento y ayuda.

La eliminación de las desigualdades de género en la contratación de empleados, los salarios, las prestaciones y la seguridad en el empleo debería incluir la eliminación del requisito de que las mujeres prueben que utilizan anticonceptivos o que no están embarazadas. Las campañas de derechos humanos y educación sobre salud deberían tomar en cuenta las diferentes perspectivas de los hombres y las mujeres.

Un enfoque a largo plazo para la eliminación de la discriminación por motivos de género requiere acciones en todos los planos, inclusive capacitar a los niños para que perciban y eviten los prejuicios de género. Los medios de difusión, inclusive el cine, la radio, la televisión y la *Internet*, pueden alentar imágenes y modelos de comportamiento positivos.

También es necesario entablar alianzas más fuertes entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales y comunidades locales, para vigilar y promover el cumplimiento de las normas de derechos humanos, y también se necesitan acciones más decididas para lograr la educación primaria universal. Es preciso que quienes se ocupan del desarrollo en el plano internacional, inclusive los organismos de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, prosigan sus actividades para incorporar el análisis de género en las políticas y programas. Se necesita una mejor colaboración entre los donantes a fin de reducir duplicaciones e intercambiar conocimientos.

De los 5.700 millones de dólares anuales de fuentes internacionales que los países han convenido se necesitan para programas de salud reproductiva y población, sólo se han proporcionado unos 2.100 millones de dólares. También es insuficiente la financiación destinada a la educación y la ampliación de los medios de acción de la mujer. Si bien los donantes internacionales, incluidas las fundaciones, han apoyado decididamente las acciones para promover la igualdad de género, aun no han aportado recursos suficientes para respaldar ese compromiso.

En los últimos decenios se ha prestado gran atención a la ampliación de los medios de acción de la mujer y se han logrado algunos adelantos al respecto. También se ha cobrado cada vez mayor conciencia sobre la manera en que las normas que rigen las oportunidades de hombres y mujeres, su capital social y sus comportamientos, afectan la perspectiva de desarrollo acelerado e imperio de la justicia. Pero el cambio social suele ser difícil, particularmente cuando se trata de las relaciones básicas entre hombres y mujeres.

Los cambios en esas relaciones y en los sistemas de poder, así como en las creencias que los apoyan, no son de menor magnitud que los demás cambios que ya están ocurriendo en materia de urbanización, mundialización y gobernabilidad. En última instancia, las sociedades necesitan sus propias soluciones, a fin de proporcionar una vida mejor tanto para las mujeres como para los hombres, en forma que armonice con sus respectivas culturas y condiciones y sobre la base del concepto de justicia e igualdad de género.

— Número de palabras: 4.430