



estado de la población mundial 2005

La promesa de igualdad

Equidad de género, salud reproductiva
y Objetivos de Desarrollo del Milenio



estado de la población mundial 2005

La promesa de igualdad

Equidad de género, salud reproductiva y

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Derechos de autor © UNFPA 2005

Fondo de Población de las Naciones Unidas
Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva

Índice

Cápítulos

1	Panorama general	1	6	Alianzas con adolescentes varones y hombres	57
2	Inversiones estratégicas: el dividendo de la igualdad	9		Papel del hombre en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio	57
	Pobreza de oportunidades y de opciones	9		El efecto sobre los hombres de los papeles de género	58
	Inversiones de importancia crítica, grandes utilidades (<i>Educación, salud reproductiva, derechos económicos</i>)	10		Para llegar a los niños varones y los hombres	60
	Conciliación de las funciones de producción y reproducción	15		Reinterpretación de la masculinidad	61
	Rendición de cuentas por la justicia en asuntos de género	17		Los años formativos	61
3	La promesa de los derechos humanos	21		Aceleración del progreso	63
	Derechos humanos y reducción de la pobreza	22	7	Violencia por motivos de género: un precio demasiado alto	65
	Derechos humanos de las niñas y las mujeres	22		La magnitud y las múltiples variantes de la violencia por motivos de género	65
	Derechos humanos: componentes esenciales de los ODM	24		La violencia contra la mujer y los ODM	68
	Los derechos reproductivos en la práctica	27		Movilización para imponer la “Tolerancia nula”	70
	Derechos, género y cultura: en procura de la convergencia	27		Las hombres forman equipos para eliminar la violencia contra la mujer	72
	Apoyo a grupos no representados	28	8	Las mujeres y los jóvenes en situaciones de crisis humanitaria	75
4	Salud reproductiva: una medida de equidad	33		Después de una crisis: oportunidades para la equidad y la paz	75
	Defunción y discapacidad de las madres	34		Un marco en evolución para los derechos humanos	76
	La feminización del VIH/SIDA	37		Participación de las mujeres e igualdad de género: hacia la recuperación	78
	Cosechar los beneficios de la planificación de la familia	41		Habilitar a los jóvenes tras el fin de las crisis	78
5	La travesía sin mapas: adolescentes, pobreza y género	45		Protección de la salud reproductiva y los derechos reproductivos en emergencias humanitarias	80
	Adolescencia: oportunidades y riesgos	45			
	Salud reproductiva en las vidas de los adolescentes y la juventud	48			
	Los jóvenes y el VIH/SIDA	51			
	Matrimonio en la infancia	53			
	Los jóvenes y el empleo	55			

9 Plan de campaña para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y continuar	85
Empoderamiento de la mujer: elevación de las familias y los países por encima de la pobreza	85
Empoderar a los jóvenes: los ODM y más adelante	85
Acceso universal a la salud reproductiva: cumplir con los objetivos de El Cairo para alcanzar los ODM	86
Derechos e igualdad: orientación de las políticas para la reducción de la pobreza	88
Recursos: un modesto precio para la dignidad humana y la equidad	90

Notas e indicadores	93
----------------------------	-----------

Fuentes de las citas	105
-----------------------------	------------

Fuentes para los recuadros	105
-----------------------------------	------------

Indicadores	107
--------------------	------------

Seguimiento de las metas de la CIPD— Indicadores seleccionados	107
Indicadores demográficos, sociales y económicos	111
Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos	115
Notas de cuadros de Indicadores	117
Notas técnicas	117

Gráficos y cuadros

Gráfico 1 La carga mundial de los trastornos de la salud sexual y reproductiva	34
Gráfico 2 Partos atendidos por personal capacitado, grupos de mujeres más pobres y más ricas	36
Gráfico 3 Uso de anticonceptivos, por nivel económico	42
Gráfico 4 Procreación entre las adolescentes más pobres y más ricas	50
Gráfico 5 Mujeres que justifican al menos una razón para vapulear a la esposa	68

Leyendas y autores de fotos	120
------------------------------------	------------

Equipo editorial	120
-------------------------	------------



1 Panorama general

“No es necesario formular nuevas promesas; lo único que se necesita es dar cumplimiento a los compromisos ya asumidos”.

— Proyecto del Milenio, de la Naciones Unidas

El mundo tiene una oportunidad sin precedentes de plasmar en la realidad la promesa de igualdad y de protección contra la miseria. En el próximo decenio, miles de millones de personas pueden ser liberadas de los grilletes de la pobreza. Pueden salvarse las vidas de 30 millones de niños y dos millones de madres¹. Es posible contrarrestar la propagación del SIDA. Millones de jóvenes pueden desempeñar un papel de mayor importancia en el desarrollo de sus países y, al mismo tiempo, crear un mundo mejor para sí mismos y para las generaciones venideras.

Para que esta promesa se convierta en realidad, es indispensable contar con igualdad entre hombres y mujeres y servicios de salud reproductiva.

En el año 2000, los líderes de 189 países se reunieron en la Cumbre del Milenio, de las Naciones Unidas, y celebraron un pacto mundial sin precedentes para reducir la pobreza. De la Declaración del Milenio se derivaron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y se fijó el año 2015 como plazo para alcanzar esos objetivos. En 2002, el Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, congregó a más de 250 expertos prominentes a fin de asesorar al Secretario General de las Naciones Unidas sobre la manera de llevar a la práctica los ODM. Sus conclusiones se reflejan en la edición de este año del informe *El Estado de la Población Mundial*.

La igualdad entre hombres y mujeres es un derecho humano, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la clave para alcanzar los otros siete. El Proyecto del Milenio llegó a la conclusión de que la salud reproductiva es imprescindible para alcanzar los ODM, inclusive el objetivo de la igualdad entre hombres y mujeres. Las inversiones en igualdad entre hombres y mujeres y salud reproductiva arrojan numerosas utilidades que pueden acelerar el progreso social y económico, y tener efectos duraderos sobre las futuras generaciones.

Igualdad y equidad entre hombres y mujeres: Los costos de la discriminación por motivos de género son más altos para los países de bajos ingresos y, dentro de un mismo país, para los pobres. Las mujeres constituyen una gran propor-

ción de la fuerza laboral y desempeñan un papel de importancia central en las economías rurales y en la producción alimentaria. Asimismo, son las principales fuentes de cuidados para la próxima generación. La discriminación por motivos de género despilfarra capital humano utilizando ineficientemente las capacidades individuales y, por ende, limitando la contribución de las personas. También menoscaba la eficacia de las políticas de desarrollo².

Cuando se eliminan las sobrecargas resultantes de la discriminación, aumentan la capacidad de las mujeres y sus posibilidades de obtener ingresos. Además, las mujeres tienden a reinvertir esas ganancias en el bienestar de sus hijos y sus familias, multiplicando sus contribuciones al desarrollo nacional. Al habilitar a las mujeres se impulsa el adelanto de los países hacia los ODM y se mejoran las vidas de todos.

Salud reproductiva y derechos reproductivos: La carga considerable y en gran medida prevenible que impone una deficiente salud reproductiva recae más gravemente sobre las mujeres más pobres y sus familias, es decir, sobre quienes menos capacidad tienen para hacer frente a sus consecuencias. La posibilidad de efectuar opciones libres y bien fundamentadas en cuestiones reproductivas, inclusive las relativas a la procreación, es un componente fundamental de la libre determinación en las demás esferas de la vida de la mujer. Debido a que esas cuestiones afectan tan profundamente a las mujeres, no es posible separar la salud reproductiva del objetivo más amplio: la igualdad entre hombres y mujeres.

El dividendo de la igualdad: inversiones estratégicas, grandes utilidades

Para que sea posible conquistar los ODM antes del plazo fijado, 2015, que se aproxima aceleradamente, será necesario que los países efectúen inversiones acertadas de sus escasos recursos. Como se indica en el **Capítulo 2**, la experiencia indica que para estimular el progreso del país puede ser particularmente eficaz efectuar inversiones simultáneas en tres esferas: educación de niñas y mujeres; servicios de salud

reproductiva e información al respecto; y derechos económicos de la mujer³. Las mujeres que participan en el proceso político, en calidad de individuos o como miembros de organizaciones de la sociedad civil, pueden contribuir a que esas cuestiones prioritarias se mantengan en un lugar prominente de la agenda nacional y pedir a los gobiernos y a otros agentes clave que rindan cuentas del cumplimiento de los compromisos asumidos.

Ampliar la educación de niñas y mujeres: Debido a la discrepancia de género en la educación, hay casi dos veces más mujeres analfabetas que hombres analfabetos. En las regiones más pobres, es mayor el número de niñas que el de varones que no asisten a la escuela y esa discrepancia se amplía a nivel secundario, aun cuando la educación secundaria y superior para las niñas es especialmente importante a fin de reducir la pobreza. El nivel educacional de una mujer aumenta su potencial para obtener ingresos, reduce la mortalidad de madres y menores de un año y mejora en general la salud reproductiva. Un mayor nivel educacional está asociado con más bajas tasas de infección con el VIH. Las niñas educadas tienen más probabilidades de aplazar el matrimonio y la procreación y, en cambio, adquirir aptitudes a fin de mejorar las perspectivas económicas, para sí mismas y sus familias. Los múltiples beneficios de la educación de la niña también conducen a mejorar la salud y la educación de la próxima generación.

Mejora de la salud reproductiva: En todo el mundo, una de las principales causas de muerte y discapacidad de las mujeres son los problemas de salud reproductiva⁴. Estos problemas, en su mayoría, son susceptibles de prevención. El acceso universal a servicios de salud reproductiva es un compromiso internacional y un imperativo de derechos humanos. Es también una poderosa inversión para los países que combaten la pobreza.

Las mujeres y las adolescentes empobrecidas y con limitado acceso a servicios de salud reproductiva son quienes más se resienten. Esas mujeres y sus familias son quienes tienen menos capacidad para hacer frente a las consecuencias de los trastornos de la salud reproductiva: los costos de la atención de la salud, la pérdida de la contribución de una mujer a la supervivencia de la familia y el efecto del SIDA pueden empujar a las familias pobres hacia la miseria. Cuando una mujer no puede determinar el número y el espaciamiento de sus hijos ni el momento de tenerlos, se coarta su oportunidad de tener otras actividades productivas y comunitarias y de obtener un empleo estable y una más alta remuneración.

Los costos para los presupuestos públicos y de desarrollo nacional son considerables. Según algunas estimaciones, los

trastornos de la salud reproductiva causan, a escala mundial, la pérdida de 250 millones de años de vida productiva, y reducen en hasta un 20% la productividad general de las mujeres⁵. El embarazo en la adolescencia, la epidemia del SIDA y el exceso de fecundidad debido a la falta de servicios de planificación de la familia, sobrecargan aún más los presupuestos nacionales, frenan el desarrollo social y económico y agravan la pobreza.

Provisión de oportunidades económicas: Si bien las mujeres han estado ingresando en la fuerza laboral remunerada en cantidades crecientes, enfrentan discriminación en diversas formas, inclusive una opción restringida de ocupaciones y menores salarios. Sus iniciativas empresariales pueden quedar frustradas por leyes y costumbres que se combinan para impedir que las mujeres sean propietarias de bienes o beneficiarias de créditos, o puedan controlar los ingresos. En algunas regiones, las mujeres no pueden heredar bienes, ni siquiera de sus esposos fallecidos. Muchas terminan trabajando en el sector paralelo o no estructurado (*informal*), donde el trabajo no está reglamentado, la remuneración es escasa y a menudo hay riesgos e inseguridad⁶.

En los países en desarrollo, gracias al trabajo de las campesinas se produce del 60% al 80% de los alimentos⁷, pero muchas suelen enfrentar restricciones sobre los derechos a la propiedad, el uso y la herencia de la tierra. La investigación realizada en algunos países de África al sur del Sahara comprobó que la producción podría aumentarse en hasta un 20%

1 2005: JALONES EN EL CAMINO HACIA LOS ODM

Este año comienza la cuenta regresiva de diez años hacia el plazo de 2015 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. También ofrece varios jalones mediante los cuales puede medirse el grado de progreso e intensificarse la acción para mejorar la condición humana. El año 2005 marca:

- El 10° aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer
- El 30° aniversario de la Primera Conferencia Mundial sobre la Mujer
- El 60° aniversario de la aprobación de la Carta de las Naciones Unidas, que consagró en su Preámbulo "la igualdad de derechos de hombres y mujeres"
- El examen a cabo de diez años del Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes.

El año 2005 también transcurre poco después del 10° aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), que reafirmó la igualdad entre hombres y mujeres y la salud reproductiva y los derechos reproductivos, como elementos fundamentales del desarrollo sostenible.

si un mayor número de mujeres tuvieran acceso y control en condiciones de igualdad al ingreso agrícola, los servicios agrícolas y la tierra⁸. En muchos de esos países, el SIDA limita aún más la productividad de las mujeres, quienes suelen esforzarse por mantener a sus familias y atender a los enfermos, con poco apoyo social.

La promesa de los derechos humanos

Uno de los logros más memorables del siglo XX fue el establecimiento de un sistema internacional de derechos humanos que afirma la igualdad de derechos para todos. Los ODM se basan en el respeto a los derechos humanos: la dignidad humana, la seguridad personal y la protección contra la miseria, el temor y la discriminación. Como se indica en el **Capítulo 3**, lograr la vigencia de los derechos humanos no es una cuestión de caridad: es, a la vez, una obligación ética y una responsabilidad colectiva. Para alcanzar los ODM y fomentar el desarrollo humano es necesario ampliar los medios de acción de los pobres, especialmente las mujeres, los jóvenes y las poblaciones marginadas, que a menudo están doble o triplemente desposeídas.

El marco de derechos humanos de la mujer está bien establecido. Hay convenciones internacionales y regionales, así como constituciones y leyes nacionales en muchos países, que consagran la protección de los derechos de la mujer. No obstante, en la práctica sigue persistiendo una generalizada denegación de la vigencia de los derechos humanos de la mujer. Cuando hay leyes que salvaguardan los derechos de la mujer, la aplicación de esas leyes suele ser débil y limitada por presupuestos escasos. Las instituciones sociales encargadas de defender los derechos de la mujer están imbuidas de prejuicios por motivos de género. En muchos países, la costumbre y la tradición tienen prelación sobre la política oficial. Las mujeres y las niñas menores de edad son obligadas a contraer matrimonio contra su voluntad; se tolera la violencia contra las niñas y las mujeres; se exonera a quienes perpetran violaciones; y se deniega a la mujer la igualdad de derechos dentro de la familia y el matrimonio, así como los derechos a la propiedad y la herencia y en otras cuestiones.

Los derechos reproductivos son fundamentales para la vigencia de los derechos humanos, especialmente los derechos humanos de la mujer. Derivan del reconocimiento del derecho básico de todas las personas y todas las parejas a adoptar decisiones acerca de la reproducción sin sufrir discriminación, coacción o violencia. Esto incluye el derecho al más alto nivel posible de salud y el derecho a determinar el número y el espaciamiento de sus hijos, y el momento de tenerlos. También comprende el derecho a dar a luz en condiciones de seguridad y el derecho de todas las personas a protegerse a sí mismas contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Los contextos sociales y culturales ofrecen a la vez retos y oportunidades para promover los derechos humanos de la mujer. Los enfoques con sensibilidad cultural se basan en valores positivos, captan el apoyo de líderes comunitarios y personas influyentes y movilizan una apropiación comunitaria de amplia base de iniciativas que promueven los derechos humanos y la igualdad entre hombres y mujeres.

Es preciso otorgar atención prioritaria a los derechos de grupos marginados, que representan una gran proporción de la población mundial y muchos de los cuales viven en la pobreza. Las personas discapacitadas constituyen un 10% de la población mundial (o 600 millones)⁹. Según se estima, hay unos 370 millones de indígenas que viven en unos 70 países¹⁰. La cantidad de migrantes internacionales se estima en 175 millones¹¹. La desigualdad por motivos de género agrava las múltiples variantes de la discriminación que las mujeres pertenecientes a aquellos grupos ya están enfrentando.

Salud reproductiva: una medida de equidad

La salud reproductiva influye sobre tres ODM—reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA—y tiene consecuencias para todos los demás objetivos, como se analiza en el **Capítulo 4**. No hay ningún otro aspecto de la salud en que se registren tan amplias disparidades entre ricos y pobres, dentro de un mismo país y entre diferentes países¹². Ninguna otra cuestión de salud demuestra tan claramente los efectos de la desigualdad por motivos de género sobre las vidas de las mujeres.

Casi todas—99%—las defunciones derivadas de la maternidad ocurren en países en desarrollo. Las vidas de la mayoría de esas mujeres—y las de sus recién nacidos—podrían salvarse si se les dispensara sin demora la atención de emergencia de que disponen las mujeres en mejor posición económica. Cada minuto, una mujer pierde la vida debido a complicaciones del embarazo o el parto y otras 20 quedan gravemente lesionadas o impedidas¹³. Y cuando una mujer muere de parto, disminuyen pronunciadamente las posibilidades de supervivencia del niño. Los recién nacidos sin madre tienen probabilidades entre tres y diez veces mayores de morir que los demás¹⁴. Prevenir los embarazos no deseados mediante el acceso a la planificación de la familia podría evitar entre 20% y 35% de las defunciones maternas¹⁵ y salvar las vidas de más de 100.000 madres cada año.

La rápida propagación de la epidemia del SIDA pone aún más de manifiesto las consecuencias de las disparidades entre hombres y mujeres para la salud reproductiva: las tres cuartas partes de las infecciones con el VIH son de transmisión sexual heterosexual y, en muchos casos, se transmiten del esposo a su esposa. Aun cuando la transmisión puede prevenirse, la capacidad de las mujeres para protegerse a sí

mismas contra el VIH suele estar restringida por el desequilibrio en las relaciones de poder para adoptar decisiones, la violencia por motivos de género, la inseguridad económica y las prácticas nocivas. Hasta la mitad de las nuevas infecciones con el VIH ocurren entre los jóvenes. Las mujeres jóvenes corren riesgos especiales. Las personas que son pobres, de sexo femenino y jóvenes suelen ser quienes tienen menos poder y menos oportunidad para protegerse a sí mismas.

La desigualdad entre hombres y mujeres impulsa la epidemia. En muchas sociedades, las normas y las expectativas sociales que idealizan las proezas y la fuerza masculinas legitiman la multiplicidad de compañeras sexuales del hombre y su autoridad en la adopción de decisiones. Las trágicas consecuencias—para hombres y mujeres individuales, para niños que han perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA y para países enteros—son bien conocidas. Un acceso limitado a la educación y los servicios de salud mantienen la prevención y el tratamiento fuera del alcance de millones de personas pobres.

Los adolescentes y los jóvenes: una travesía sin mapas

Dado que casi la mitad de la población mundial (casi 3.000 millones) son personas menores de 25 años, los jóvenes tienen importancia crucial para la reducción de la pobreza y el desarrollo. La actual generación de jóvenes es la mayor en la historia. Más de 500 millones de jóvenes (de 15 a 24 años de edad) viven con menos de dos dólares diarios¹⁶. Están viviendo en un mundo diferente del de sus padres y madres: el SIDA, la tecnología de la información y las comunicaciones y la mundialización son poderosas fuerzas que conforman sus vidas.

Los jóvenes constituyen la mitad de los desempleados del mundo. Si bien el trabajo ofrece a algunos la oportunidad de obtener ingresos, aprender, y desarrollar nuevas aptitudes, muchos otros están atrapados en sectores de baja remuneración y bajas calificaciones, con escasas oportunidades de adelantar o de escapar a la pobreza¹⁷. Muchos de quienes comienzan a trabajar en la adolescencia o en la primera infancia están sujetos a malos tratos y explotación, como se analiza en el **Capítulo 5**.

La adolescencia—definida como el tramo de edades entre 10 y 19 años—es un momento de importancia crítica para aprender, así como para adquirir aptitudes y valores que puedan durar toda la vida. Para quienes viven en la pobreza puede ser un momento de menor libertad y mayores riesgos. Muchos adolescentes se ven obligados a abandonar la escuela para ayudar a mantener a sus familias o debido al embarazo o el casamiento. Los adolescentes son particularmente vulnerables al embarazo precoz, el abuso sexual, el matrimonio en

la infancia y otras prácticas dañinas, inclusive la mutilación o corte genital. En los próximos diez años, lo probable es que 100 millones de niñas estén casadas antes de cumplir 18 años¹⁸. Cada año, unos 14 millones de adolescentes dan a luz¹⁹. Además, tienen probabilidades de morir debido a complicaciones del embarazo entre dos y cinco veces mayores que las mujeres mayores de 20 años²⁰, y también sus hijitos tienen menos probabilidades de sobrevivir. Debido a la pobreza, muchas recurren a relaciones sexuales comerciales para obtener los productos de primera necesidad para ellas mismas y sus familias. Los 15 millones de huérfanos a causa del SIDA²¹ que deben valerse por sí mismos para sobrevivir y cuidar a sus hermanitos, y las enormes cantidades de otros niños en todo el mundo que han sido abandonados y viven en la calle, los problemas y los riesgos se multiplican pronunciadamente.

Los países más pobres son los que tienen mayores porcentajes de jóvenes. No obstante, los encargados de formular políticas sólo prestan una limitada atención a los adolescentes y los jóvenes, los cuales son en gran medida invisibles en los ODM. Va en aumento el número de encargados de formular políticas que se percatan ahora de la urgencia de efectuar mayores inversiones en educación, salud reproductiva, bienestar y perspectivas futuras de los jóvenes, especialmente las adolescentes, como cuestión de derechos humanos y también de interés nacional. Las grandes cantidades de jóvenes deficientemente educados y sin perspectivas de empleo auguran la persistencia de la pobreza, la desigualdad y los disturbios civiles²². Por otra parte, si hubiera una gran población de jóvenes capacitados que ingresan en la etapa más productiva de sus vidas, esto podría impulsar poderosamente el desarrollo, como lo ha demostrado el crecimiento económico de los “Tigres asiáticos”.

Alianzas con los jóvenes varones y los hombres

Dado que las normas y estereotipos de género limitan las posibilidades tanto de los hombres como de las mujeres, la igualdad de género puede ser una propuesta ventajosa para unos y otras: “doble felicidad”, como se expresa en una campaña para alentar a los hombres a asumir mayores responsabilidades domésticas²³. Los propios hombres están cuestionando cada vez más las nociones de “masculinidad” que restringen su humanidad, limitan su participación en las vidas de sus hijos y los colocan a ellos y a sus compañeras en situación de riesgo. Muchos esposos y padres quieren apoyar más a sus familias, pero a su vez, necesitan apoyo a fin de superar ideas profundamente arraigadas acerca de las relaciones entre hombres y mujeres. Además, dado que son responsables por muchos problemas de salud reproductiva, los hombres desempeñan un papel indispensable en la solución de esos problemas.

En todo el mundo, muchos programas innovadores están multiplicando la positiva participación de los hombres en la lucha en pro de la igualdad y la salud reproductiva. Algunas iniciativas alientan la participación conjunta en las decisiones acerca de anticoncepción, planes de emergencia para la atención del embarazo y el trabajo de parto, y detección voluntaria del VIH. Otros hacen hincapié en los hombres como agentes de cambios positivos y los alientan a cuestionar más ampliamente las normas de género. Algunos trabajan con varones adolescentes en un momento formativo y potencialmente riesgoso de sus vidas. Unas pocas iniciativas logran llegar a grandes cantidades de hombres en su lugar de empleo o en las instituciones militares o policiales. No obstante, esos programas, en su mayoría, son de poca magnitud en comparación con la escala del problema de transformar las relaciones entre hombres y mujeres, como se analiza en el **Capítulo 6**. Se necesitan con urgencia acciones más decididas para involucrar más plenamente a los hombres en cuestiones de salud reproductiva, vida en familia e igualdad entre hombres y mujeres.

Violencia por motivos de género: un precio demasiado alto

La violencia por motivos de género no tiene fronteras, económicas, sociales o geográficas. Es una violencia perpetrada mayormente por los hombres contra las mujeres, que reflejan y refuerza simultáneamente la inequidad de género. El precio que se cobra en forma de menoscabo de la dignidad, la autonomía y la salud de la mujer es horroroso: a escala mundial, una de cada tres mujeres ha sido o bien golpeada, o bien obligada bajo coacción a entablar relaciones sexuales no deseadas, o bien objeto de malos tratos, a menudo por parte de un miembro de la familia o de alguien que la mujer conoce²⁴. A comienzos del siglo XXI, la violencia mata y daña a tantas mujeres y niñas de entre 15 y 44 años de edad como el cáncer²⁵. Los costos para los países—en mayores gastos de salud; demandas ante los tribunales, la policía y las escuelas; y pérdidas en el nivel educacional y en la productividad—son enormes. La cifra correspondiente a los Estados Unidos es de unos 12.600 millones de dólares anuales²⁶.

La violencia por motivos de género adopta muchas formas, desde los enfrentamientos domésticos debido a los cuales millones de mujeres viven en el temor de ser objeto de abuso sexual o violación, hasta las prácticas nocivas, que abarcan, entre otras, mutilación o corte genital femenino, asesinato “para preservar la honra” y violencia relacionada con la dote matrimonial. En Asia, hay al menos 60 millones de niñas “desaparecidas” debido a la selección prenatal en función del sexo, el infanticidio o la falta de cuidados²⁷. Cada año, hay hasta 800.000 personas objeto de trata transfronteriza y un 80% de ellas son mujeres y niñas, mayormente

explotadas en la industria comercial del sexo²⁸. Dentro de un mismo país, las cantidades son incluso mayores. En el **Capítulo 7** se consideran la prevalencia mundial, las causas y las consecuencias de la violencia por motivos de género y las medidas que se están adoptando actualmente para combatir esta epidemia mundial.

Las mujeres y los jóvenes en crisis humanitarias

Después de la celebración en el año 2000 de la Cumbre del Milenio, de las Naciones Unidas, han estallado conflictos en más de 40 países²⁹. Los desastres naturales son cada vez más frecuentes y afectan a más gente que nunca. En 2004, el maremoto causó la muerte de 280.000 personas y el desplazamiento de otro millón³⁰.

La desintegración de los sistemas sociales a consecuencia de conflictos o desastres deja a las mujeres y los jóvenes en situación especialmente vulnerable. Durante los conflictos, se utiliza con frecuencia la violación como arma de guerra, dejando a millones de mujeres traumatizadas, embarazadas a la fuerza o infectadas con el VIH. Las crisis conducen a la desintegración de las protecciones comunitarias y familiares. La violencia por motivos de género es un riesgo constante. La falta de servicios de salud suele causar un pronunciado aumento en las tasas de mortalidad de madres y menores de un año. Los grupos armados reclutan por la fuerza a niños y adolescentes como soldados o los obligan a convertirse en sirvientes domésticos o esclavos sexuales. Con frecuencia, las mujeres se ven obligadas a abrirse paso por sí mismas para mantenerse y mantener a sus hijos, además de atender a los sobrevivientes. Por esas y otras razones, las crisis humanitarias suelen conducir a una inseguridad económica y social a largo plazo. De los 34 países más alejados de la consecución de los ODM, 22 están en situación de conflicto o emergiendo de él³¹.

Las actividades de establecimiento de la paz y reconstrucción ofrecen la oportunidad de corregir las inequidades que suscitan conflictos. En el **Capítulo 8** se detallan las acciones para abordar las necesidades y los derechos de las mujeres y los jóvenes inmediatamente después de las crisis. Su participación es imprescindible para establecer planes de acción racionales y equitativos, a fin de reducir la pobreza en la transición posterior a las crisis. En este capítulo también se destaca la difícil situación de las personas internamente desplazadas y se describen las acciones realizadas en algunos países que han atravesado por conflictos para comenzar desde cero y crear sociedades donde haya equidad de género.

Para que la pobreza quede relegada a la historia

El mundo tiene una oportunidad sin precedentes de lograr que la pobreza “quede relegada a la historia”³². Dado que hay

2 LA CIPD Y LOS ODM: VÍNCULOS PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES Y SALUD REPRODUCTIVA

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

- Las inversiones en los derechos económicos de la mujer—igualdad de oportunidades de trabajo y salario, crédito, recursos agrícolas, herencia y derechos a la propiedad—aumentan la productividad, el rendimiento de los cultivos y el bienestar de las familias. El control de las mujeres sobre los recursos del hogar conduce a mayores inversiones en la salud, la nutrición y la educación de los hijos.
- Muchos entre los países más pobres están sumidos en conflictos o están emergiendo de ellos. Las inversiones en las mujeres y los jóvenes fomentan la reconstitución de sociedades y economías, la reducción de la pobreza y la paz y estabilidad duraderas.
- Los problemas de salud reproductiva afectan desproporcionadamente a las mujeres y a los pobres, y pueden empujar más profundamente a las familias hacia la pobreza.



- Las familias más pequeñas contribuyen a reducir el hambre y a aumentar las inversiones efectuadas en cada hijo. Esto conduce a una fuerza laboral más saludable y más capacitada, a una reducción de las tasas de fecundidad, a menores gastos públicos y al aumento del ahorro y las inversiones, además de acelerar el desarrollo social y económico.

ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal

- Cuando las madres están educadas y las familias son más pequeñas, es mucho más probable que los niños asistan a la escuela.
- Los prejuicios de género mantienen a muchas niñas apartadas de la escuela, a menudo para que ayuden a sus madres a cuidar a sus hermanitos y a atender las necesidades del hogar. Para muchas familias, la educación de los niños varones es una prioridad. Al eliminar los derechos de matriculación escolar y apoyar a las familias pobres, se puede asegurar que todos los niños completen su educación.

ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

- La igualdad entre hombres y mujeres frena el desarrollo. Para poder redu-

cir la pobreza, es necesario que haya igualdad de derechos políticos, económicos, sociales y culturales.

- La capacidad de la mujer para decidir libremente el número de sus hijos y el momento de tenerlos es la clave de su empoderamiento y del aumento de sus oportunidades de trabajo, educación y participación social.
- Los hombres desempeñan un papel fundamental en cuanto al logro de la igualdad entre hombres y mujeres, la reducción de la pobreza y la conquista de los objetivos de desarrollo, inclusive la mejor salud de niños y madres y la menor transmisión del VIH, así como la reducción de la violencia por motivos de género.
- La violencia contra las mujeres y las niñas acarrea enormes costos sociales y económicos, para las personas, las familias y los presupuestos públicos.
- Eliminar el matrimonio en la infancia, posibilitar que las adolescentes aplacen el embarazo, abolir la discriminación contra las niñas embarazadas y proporcionar apoyo a las jóvenes madres, son medidas que pueden contribuir a asegurar que las niñas completen su educación; y esto puede ayudar a quebrar el ciclo de pobreza de una generación a la siguiente.
- La educación secundaria de las niñas proporciona grandes beneficios en cuanto a reducción de la pobreza, igualdad entre hombres y mujeres, participación en la fuerza laboral y mejora de la salud reproductiva, incluida la prevención del VIH y la elevación del nivel general de salud y educación de las mujeres y los niños.

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil

- La salud reproductiva puede mejorar la supervivencia y la salud de los niños de corta edad. El espaciamiento entre alumbramientos y la atención de la salud materna pueden contribuir a prevenir las muertes de menores de un año. Asimismo, la planificación de la familia previene los embarazos no deseados: los niños no deseados son más propensos a enfermedades y muerte prematura.
- La detección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en las embarazadas puede prevenir enfermedades, discapacidad y muerte en los niños de corta edad.
- Al facultar a las adolescentes para que aplacen el embarazo es posible prevenir muchas defunciones de recién nacidos. Los hijitos de madres adolescentes padecen más altas tasas de mortalidad que los nacidos de mujeres de más edad.

ODM 5: Mejorar la salud materna

- Los componentes clave de servicios de salud reproductiva—planificación de la familia, atención del parto por personal capacitado y atención obstétrica de emergencia—salvan vidas.
- La planificación de la familia puede reducir entre 20% y 35% la mortalidad derivada de la maternidad.
- La mejor calidad de la atención y el mayor acceso a servicios de salud materna (atención prenatal, del parto y del puerperio) mejoran la salud y la calidad de la vida de las mujeres y sus familias.

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

- La atención de la salud reproductiva abarca la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.
- La discriminación por motivos de género impulsa la epidemia de VIH/SIDA, colocando a las adolescentes y las mujeres de muchos países en situaciones riesgosas, inclusive dentro del matrimonio. Los programas de salud reproductiva asesoran a las personas y a las parejas sobre la prevención, previenen la transmisión de la madre al hijo y los embarazos no deseados en mujeres infectadas con el VIH y ofrecen opciones si estas mujeres prefieren tener hijos.

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

- En los países en desarrollo, las mujeres son las principales productoras de alimentos y administradoras del agua y el combustible en el hogar y en la comunidad. Las inversiones en abastecimiento de agua potable, saneamiento, tecnologías para economizar tiempo y capacitación para adquirir conocimientos prácticos, pueden mejorar el ordenamiento sostenible de los recursos, la seguridad alimentaria, la nutrición y la salud, y reducir el tiempo dedicado a recoger agua y leña. Esto libera a las niñas y las mujeres para que se dediquen a actividades educacionales y de otros tipos.
- Las fuentes de energía ecológicamente racionales pueden proteger a las mujeres y los niños contra los efectos dañinos de contaminantes y del fuego para cocción de alimento.
- La atención de la salud reproductiva y la prevención de alumbramientos no deseados pueden contribuir a estabilizar las zonas rurales, frenar las presiones de urbanización y las ejercidas sobre el medio ambiente y mitigar la demanda de servicios públicos, de manera de equilibrar el uso de recursos naturales con las necesidades de la población.

ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

- Las fuentes de trabajo decoroso para los jóvenes—una de las metas de este objetivo—sumadas a políticas socioeconómicas progresistas, pueden estimular el aumento de las economías y de la productividad y elevar los niveles de vida. Entre esas políticas figura la planificación de la familia, que posibilita que los jóvenes aplacen el momento de tener familia hasta que hayan adquirido las aptitudes y la experiencia necesarias para obtener un ingreso viable.
- Las mayores oportunidades de obtener ingresos ofrecen a las jóvenes alternativas distintas del matrimonio y la procreación precoces, así como de la explotación sexual.
- La alianza mundial para obtener suministros adecuados de medicamentos y productos esenciales para la salud reproductiva con destino a los países pobres—inclusive anticonceptivos, botiquines para la detección del VIH y tratamiento para el VIH y otras infecciones de transmisión sexual—tiene importancia crítica a fin de lograr la reducción de la pobreza, la igualdad entre hombres y mujeres y los objetivos relativos a la salud.

casi 3.000 millones de personas³³ que se esfuerzan por sobrevivir con menos de dos dólares diarios, así como más de medio millón de mujeres que pierden innecesariamente la vida cada año por complicaciones del embarazo, 6.000 jóvenes que se suman cada día a los infectados con el VIH y millones de mujeres y de niñas que viven presas del temor a la violencia, es evidente, sin lugar a dudas, cuál es la respuesta éticamente aceptable: dar cumplimiento a las promesas de acción mundial, igualdad y equidad formuladas durante las conferencias de las Naciones Unidas que se celebraron en el decenio de 1990 y en la Cumbre del Milenio, de las Naciones Unidas, en el año 2000.

Las conclusiones de los expertos son claras: al efectuar inversiones en la igualdad entre hombres y mujeres, la salud reproductiva y el desarrollo de los jóvenes se logran múltiples efectos sociales y económicos a corto y largo plazo. Empezar campañas nacionales sobre la violencia contra la mujer; promover los derechos de la mujer a ser propietaria de bienes y heredarlos; ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva y enjugar el déficit de fondos para suministros y anticonceptivos; y asegurar que las mujeres participen en la formulación de políticas y estrategias de seguimiento de los ODM, figuran entre los “adelantos rápidos” de alto impacto establecidos por el Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas³⁴.

Para la aplicación de estas estrategias es preciso comprometer recursos a largo plazo y garantizarlos a un nivel sistemáticamente más alto que el actual. Los costos son moderados en relación con los beneficios que acarrearán. Las inversiones necesarias para lograr una base de la dignidad humana y la seguridad humana y para ampliar las libertades y las opciones de las personas más pobres del mundo, representan sólo una fracción de lo que el mundo dedica a gastos militares³⁵. Todo el conjunto de medidas para los ODM podría financiarse si los países industrializados simplemente cumplieran la promesa formulada hace 35 años de asignar 0,7% de su ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo. Entre los elementos del pacto mundial para eliminar la pobreza figuran: mejor administración pública y mayor transparencia, menor corrupción, mayor mitigación de la deuda, y eliminación de los subsidios agrícolas en los países ricos.

El mundo ha llegado a un consenso sin precedentes para eliminar la pobreza. Las estrategias son claras y se dispone de los medios técnicos. Es posible movilizar el liderazgo y los recursos necesarios. Como dijo Wangari Maathai, ganadora del Premio Nobel de la Paz de 2004 en su discurso de aceptación: “Llega un momento en que la humanidad debe hacer el tránsito hasta un nuevo nivel de conciencia, para alcanzar un nivel moral más alto. Ese momento es ahora...no puede haber paz si no hay un desarrollo equitativo³⁶”.



quelques
pronoms
les objets
un an
équipe
Municipales et autres

la gymnase

par

2 Inversiones estratégicas: el dividendo de la igualdad

“Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, no pueden lograrse si no se abordan decididamente las cuestiones de población y atención de la salud reproductiva. Y esto significa que se adopten medidas más enérgicas para promover los derechos de la mujer y que se efectúen mayores inversiones en educación y salud, inclusive salud reproductiva y planificación de la familia”.

— Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, Bangkok

Sólo quedan diez años para reducir a la mitad la extrema pobreza y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el plazo fijado, 2015. Los ODM están estrechamente vinculados entre sí: para alcanzarlos será preciso contar con las acciones combinadas y bien fundamentadas de los gobiernos, las entidades de la sociedad civil y la comunidad internacional, movilizados en torno a enfoques sumamente estratégicos. Hay claridad en el consenso y las pruebas objetivas: si se efectúan inversiones en lograr la igualdad entre hombres y mujeres, esto ofrece oportunidades invaluable y beneficios sustanciales para reducir la pobreza.

Uno de los ocho ODM es promover la igualdad entre el hombre y la mujer y la autonomía de la mujer; esta última es, en sí misma, una acuciante cuestión de derechos humanos. Lograr este objetivo es una condición a la que están sujetas las acciones para alcanzar todos los Objetivos. También liberará una poderosa fuerza para el desarrollo en otras esferas.

En este capítulo se examina la amplia justificación social y económica de promover la igualdad entre hombres y mujeres. Se demuestra que cuando se eliminan los impedimentos que padecen los hombres y las mujeres debido a la discriminación por motivos de género, se benefician las familias, las comunidades y todo el país. En este capítulo se consideran las principales recomendaciones normativas del Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas¹, para promover la igualdad entre hombres y mujeres y alcanzar los ODM. Tiene importancia particularmente estratégica al respecto mejorar la educación, la salud reproductiva y las oportunidades económicas de mujeres y niñas. Será igualmente importante eliminar la violencia contra la mujer, que se considera más adelante, en el Capítulo 7. La mayor participación política de la mujer y la mayor obligación de rendir cuentas sobre la consecución de la igualdad entre hombres y mujeres, contribuirán a asegurar que estos temas reciban la atención que merecen.

Muchos países han logrado notables adelantos hacia la igualdad entre hombres y mujeres, especialmente en lo concerniente a las políticas y la legislación, así como en materia de salud y educación. Las políticas nacionales de desarrollo cada vez asignan mayor importancia a lograr la igualdad entre hombres y mujeres dentro de sus acciones para reducir la pobreza. Pero el adelanto ha sido desigual y persiste una amplia discrepancia entre las políticas y la práctica². A fin de liberar el dividendo de la igualdad y destinarlo al desarrollo, es necesario contar con alianzas más fuertes y con la determinación de los gobiernos, las entidades de la sociedad civil, el sector privado, los donantes y el sistema de las Naciones Unidas.

Pobreza de oportunidades y de opciones

Como informa el Banco Mundial, la desigualdad entre hombres y mujeres es una situación ineficiente que menoscaba la eficacia de las políticas de desarrollo³. La desigualdad entre mujeres y hombres suele ser generalizada y estar fuertemente arraigada, aun cuando su alcance y su intensidad varían de un país a otro y dentro de un mismo país. Comienza temprano, puede durar toda una vida y suele estar exacerbada por la pobreza. Las familias pobres se debaten frente a difíciles opciones sobre cómo gastar sus recursos para beneficiar a todos sus hijos. Pero en muy diversos ámbitos, son las niñas las que terminan con menos educación, menos atención de la salud y menos conocimientos prácticos que sus hermanos varones. Esta “discrepancia de género” suele ampliarse más tarde en la vida, y limita las oportunidades de la mujer para tener un empleo en condiciones de seguridad y equitativamente remunerado y poder acumular bienes económicos. Aun cuando el matrimonio y la procreación son decisiones que afectan toda la vida y tienen importantes ramificaciones sociales y económicas, en muchas partes del mundo las mujeres y las niñas adolescentes tienen muy poca voz al respecto.

Las familias son importantes vehículos de normas socio-culturales y de género, y es en la familia donde se definen mayormente los papeles y las responsabilidades de mujeres y hombres, niñas y niños varones. Asimismo, las familias son unidades económicas básicas de consumo y producción: las decisiones sobre educación, salud, nutrición, procreación y participación política y económica se adoptan dentro de la familia. Incluso cuando las intenciones son las mejores posibles, esas decisiones pueden menoscabar los derechos humanos y el bienestar de las mujeres y las niñas y limitar sus opciones, perpetuando así la pobreza. Al comprender de qué manera las familias y las comunidades adoptan decisiones, se pueden ofrecer valiosas percepciones, conducentes a una eficaz formulación de políticas⁴.

Al promover la igualdad entre hombres y mujeres es posible ampliar las oportunidades de desarrollo humano y eliminar costosos obstáculos para el logro de los ODM. Esto se debe a que la discriminación por motivos de género se basa en expectativas predeterminadas y a menudo rígidas sobre los papeles apropiados de hombres y mujeres en la vida política, económica, social y de la familia, sean cuales fueren las capacidades o aspiraciones de cada persona. Por consiguiente, la discriminación por motivos de género restringe el desarrollo personal de hombres y mujeres y frena el progreso hacia la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo.

INVERSIONES DE IMPORTANCIA CRÍTICA, GRANDES UTILIDADES. Las inversiones que posibilitan que las niñas y las mujeres alcancen plenamente su potencial ofrecen un doble dividendo, debido a la doble función de la mujer, productiva y reproductiva. Además de sus contribuciones de importancia vital y pocas veces remuneradas a las economías del hogar, la comunidad y el país, las mujeres traen al mundo a la generación siguiente y son las principales encargadas de cuidarla. Las inversiones en la educación, la salud reproductiva y las oportunidades económicas de las mujeres y las niñas redundan en beneficios inmediatos, y también a más largo plazo y hacia sucesivas generaciones. Esos tres ámbitos de inversión constituyen elementos de importancia crítica y con efectos sinérgicos sobre el desarrollo del capital humano de la mujer, y por extensión, de sus hijos⁵.

El “milagro económico” en el Asia oriental, un crecimiento sin precedentes entre 1965 y 1990, ofrece un ejemplo de cómo esos elementos pueden operar simultáneamente. En esos países, se subsanaron las discrepancias en la educación de niños varones y niñas, se amplió el acceso a la planificación de la familia y se posibilitó que las mujeres aplazaran la procreación y el matrimonio, al mismo tiempo que, debido a mayores oportunidades de trabajar, aumentó su participación en la fuerza laboral. La contribución económica de las

mujeres contribuyó a reducir la pobreza y estimular el crecimiento⁶. El Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, indica que las regiones del Asia oriental y sudoriental fueron las únicas en que hubo “un enorme progreso” en la reducción de la pobreza, del hambre y de la desigualdad entre hombres y mujeres⁷.

EL PODER DE LA EDUCACIÓN DE LA NIÑA. Tanto las niñas como los niños varones tienen derecho a la educación. La educación fomenta la dignidad y la conciencia de la propia valía. Ofrece oportunidades para adquirir conocimientos y aptitudes y mejora las perspectivas en la vida. Junto con la nutrición, la salud y la adquisición de conocimientos prácticos, la educación es la base del capital humano; esos componentes esenciales, en su conjunto, posibilitan que las personas tengan vidas productivas y contribuyan al crecimiento económico y el desarrollo de su país⁸.

Pero la pobreza impide que millones de niños, especialmente niñas, asistan a la escuela. En los países menos adelantados, sólo la mitad de los niños egresan de la escuela primaria⁹. Si bien a escala mundial se están eliminando las discrepancias en la educación primaria, sigue siendo mayor el número de niñas que el de niños varones que no asisten a la escuela¹⁰. Las discrepancias siguen siendo grandes, dentro de un mismo país y entre distintos países: en los países del Asia meridional y los de África al sur del Sahara, sólo 69% y 49% de las niñas, respectivamente, completan su educación primaria¹¹. A nivel secundario, es aún menor el número de niñas que asisten a la escuela: sólo 30% y 47% de ellas están matriculadas en África al sur del Sahara y el Asia meridional, respectivamente¹². Esas discrepancias por motivos de género son evidentes en las tasas de alfabetización: en todo el mundo, hay 600 millones de mujeres analfabetas, en comparación con 320 millones de hombres analfabetos¹³.

La educación secundaria y terciaria de las mujeres tiene importancia particularmente estratégica. Según el Proyecto del Milenio, proporciona “los mayores beneficios para el empoderamiento de la mujer¹⁴”. La educación secundaria arroja mayores beneficios para las mujeres que para los hombres, entre ellos un mayor uso de servicios de salud materna y planificación de la familia y un cambio de actitudes respecto de prácticas nocivas¹⁵. Además, las probabilidades de que una mujer que tiene educación secundaria comprenda los peligros del VIH y la manera de prevenir su propagación son superiores a las de una mujer analfabeta. En Egipto, las mujeres que tenían educación secundaria tenían probabilidades cuatro veces mayores de oponerse a la mutilación o corte genital de sus hijas que las mujeres que nunca habían egresado de la escuela primaria¹⁶. La educación secundaria también desempeña un papel más significativo que la educación primaria en la reducción de la violencia contra la mujer, por ejemplo,

al facultar a las mujeres para que se aparten de parejas abusivas¹⁷. A continuación se resumen los beneficios sociales y económicos de la educación de las niñas:

La educación de las niñas contribuye al crecimiento económico. Efectuar inversiones en la educación de las niñas es una de las maneras más eficaces de reducir la pobreza. Según una estimación, los países que no alcanzan el ODM de lograr la paridad en la educación corren riesgo de perder entre 0,1 y 0,3 puntos porcentuales por año en su crecimiento económico per cápita¹⁸. En los países de África al sur del Sahara y del Asia meridional, las tasas de crecimiento económico podrían haber sido casi 1% superiores si esos países hubieran comenzado con discrepancias de género más pequeñas, como las del Asia oriental, y hubieran logrado adelantos hacia eliminar esas discrepancias al mismo ritmo que se observó en el Asia oriental entre 1960 y 1992¹⁹.

Las madres educadas acrecientan el capital humano, dada su influencia sobre la salud, la educación y la nutrición de sus hijos. Las hijas de madres educadas tienen mayores probabilidades de asistir a la escuela²⁰. La educación de una madre también redundará en más altas tasas de inmunización y mejor nutrición de sus hijos, y ambos factores favorecen el aumento de las tasas de matriculación escolar y mejoran el desempeño de los niños en la escuela. Cada año de educación de las madres acarrea una reducción de entre 5% y 10% en las tasas de mortalidad de niños menores de cinco años²¹.

La educación mejora las perspectivas económicas de la familia, al mejorar las calificaciones y las aptitudes de la mujer. A medida que las mujeres mejor educadas van ocupando más empleos remunerados, las familias van disfrutando de más altos ingresos y va en aumento la productividad global. En las economías rurales, la educación de las mujeres y las niñas puede redundar en una mayor producción agrícola. En Kenya, por ejemplo, según un estudio se estimó que el rendimiento de los cultivos podría aumentar hasta 22% si las agricultoras tuvieran el mismo nivel de educación y las mismas facultades para adoptar decisiones que los hombres²².

La educación mejora la salud reproductiva. Las mujeres educadas tienen mayores probabilidades de ir en procura de atención prenatal y atención del parto por personal capacitado, y también probablemente utilizarán más los métodos anti-conceptivos. Tienden a aplazar la iniciación de la actividad sexual, el casamiento y el comienzo de la procreación hasta más tarde que las mujeres carentes de educación. Además, las mujeres educadas tienen menor cantidad de hijos: cada tres años adicionales de educación se correlacionan con hasta

un hijo menos por mujer²³. Cuando las mujeres tienen menor cantidad de hijos, en general el bienestar y las perspectivas de desarrollo de cada niño mejoran²⁴.

SUPERAR LA DISCREPANCIA. Muchos países han logrado adelantos en la educación de las niñas. Pero, pese a la comprobada eficacia de dicha educación para reducir la pobreza y estimular el desarrollo, las más recientes estimaciones sugieren que varios países no alcanzarán la meta de los ODM de eliminar la disparidad entre varones y mujeres en todos los niveles de la educación antes de 2015: al menos 21 países no alcanzarán la meta relativa a la educación primaria y 27 países no alcanzarán la meta para la educación secundaria²⁵. El plazo establecido anteriormente, de eliminar las disparidades entre varones y mujeres “preferiblemente para 2005”, ya ha quedado incumplido por varios países²⁶.

En la Encuesta Mundial del UNFPA sobre los adelantos desde la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994, de los 142 países encuestados, 58 respondieron que había aumentado el gasto en la enseñanza pública, pero sólo 14 países habían emprendido iniciativas para promover la educación de las niñas. De 129 países que presentaron informes, 23 habían aprobado leyes sobre la igualdad en la educación de niñas y niños varones y 16 habían aumentado el número de escuelas secundarias para niñas²⁷.

Las familias pobres deben considerar cuidadosamente los costos de enviar a sus hijas a la escuela, en comparación con los posibles beneficios, y este análisis suele reflejar y reforzar las normas de género. Por ejemplo, en sociedades donde las únicas opciones en la vida de una mujer son el matrimonio y la procreación, la educación de una niña puede considerarse un lujo, especialmente después de que se toman en cuenta las contribuciones de la niña a las tareas del hogar, las labores agrícolas y el cuidado de los niños o los ancianos. Además, tal vez se considere que el matrimonio transfiere a otra familia las inversiones efectuadas en una hija, con escasos beneficios para el padre y la madre de esa niña.

Para plasmar plenamente los beneficios de la educación de las niñas, es preciso que los países superen las barreras que impiden la asistencia de las niñas a la escuela. Las estrategias eficaces para superar la discrepancia de género en la educación se centran en las comunidades pobres y abordan obstáculos concretos. Por ejemplo, la protección de las niñas dentro de la escuela y su seguridad en tránsito desde y hacia la escuela es una cuestión de gran importancia para padres y madres, que puede abordarse agregando mujeres maestras y medidas de seguridad, reduciendo el tiempo de traslado al aumentar el número de escuelas y, en general, logrando que las escuelas sean “más acogedoras para las niñas”. (Algo tan simple como agregar un retrete separado para las niñas

puede lograr una diferencia). Al eliminar los derechos de matriculación escolar y otros costos es posible mitigar los obstáculos económicos: Bangladesh, México, Uganda, la República Unida de Tanzania y otros países han tenido éxito al ofrecer almuerzo escolar gratuito, subsidios y becas²⁸. Tiene importancia vital lograr una mayor matriculación de las niñas a nivel secundario, inclusive medidas para retener a las adolescentes casadas y embarazadas. A nivel mundial, las iniciativas de la UNESCO sobre educación para todos y educación de las niñas promueven la asistencia de las niñas a la escuela.

Es importante mejorar tanto la calidad como la cantidad de la educación. Abordar cuestiones como la escasez de maestros, el hacinamiento en las aulas y el contenido y la pertinencia de la enseñanza son esenciales a fin de posibilitar que los jóvenes adquieran las aptitudes necesarias, prevenir la infección con el VIH, o buscar mejor empleo. Para mejorar la calidad también es menester contar con currículos sensibles a las cuestiones de género y eliminar estereotipos de género que afectan el trato a niñas y niños varones en el aula, así como los temas que estudian. Esto posibilita que las niñas aprovechen al máximo su educación y las equipa mejor para trascender las rígidas normas de género que coartan su pleno potencial. Por ejemplo, la educación puede alentarlas a considerar una más amplia gama de empleos, inclusive ocupaciones no tradicionales²⁹. Las aptitudes en tecnologías de la información y la comunicación (ICT) pueden abrir un mundo de oportunidades, especialmente a medida que los países van mejorando los niveles de conocimiento de ICT y la infraestructura rural. Varios países han establecido programas para capacitar a niñas y mujeres. Por ejemplo, en la República Islámica del Irán se ofrece capacitación en tecnología de la información a las campesinas, especialmente las amas de casa³⁰.

Es incuestionable el poder de la educación de las niñas para reducir la pobreza, lograr igualdad entre hombres y mujeres y promover el desarrollo. Pero la educación, por sí misma, no basta cuando no hay instituciones y sistemas sociales de apoyo que amplíen las oportunidades y las libertades de que disfrutaran las mujeres, su acceso a los recursos y el control de las decisiones que afectan sus vidas. Las medidas para mejorar simultáneamente la salud reproductiva y las oportunidades económicas de la mujer pueden maximizar los dividendos sociales y económicos de la educación de la niña.

INVERSIONES ESENCIALES EN SALUD REPRODUCTIVA Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. La salud reproductiva es un derecho humano, un elemento básico del capital humano y un aspecto esencial de la igualdad entre hombres y mujeres. Forma parte integrante del bienestar de las mujeres y sus

familias³¹. Las mujeres pobres son quienes tienen mayor necesidad y, como lo indican las investigaciones presentadas a continuación, esas mujeres, sus familias y sus sociedades en general tienen mucho que ganar con la mejoras en su salud reproductiva. Los problemas conexos pueden empujar a los hogares más profundamente hacia la pobreza³². Las mujeres pobres suelen ser quienes menos acceso tienen a los anticonceptivos; por ende, suelen tropezar con dificultades para determinar el número de sus hijos y el espaciamiento entre ellos; y esto limita sus perspectivas de disfrutar de buena salud y empleo estable y de procurar mejores oportunidades económicas que puedan elevar su nivel de vida³³. El estado de la salud reproductiva de una mujer también afecta en gran medida a sus hijos—el futuro capital humano del país—y, por consiguiente, tiene consecuencias socioeconómicas, tanto a corto como a más largo plazo³⁴. Si bien los ODM no incluyeron explícitamente el objetivo de la CIPD de acceso universal a servicios de salud reproductiva antes de 2015, actualmente se reconoce en general que las inversiones en salud reproductiva son imprescindibles para alcanzar los ODM³⁵.

La atención de la salud reproductiva, por conducto de servicios de planificación de la familia, posibilita que las mujeres aplacen la procreación, para poder completar su educación, participar en la fuerza laboral y adquirir aptitudes y experiencia. Cuando se dispone ampliamente de anticonceptivos, las mujeres tienden a aplazar la procreación, a reducir el número de sus embarazos y a dar por terminada antes su etapa de fecundidad³⁶. Para las adolescentes que tienen actividad sexual (casadas o solteras), la planificación de la familia puede significar la diferencia entre el embarazo precoz y una educación.

Los problemas de salud reproductiva menoscaban las acciones de reducción de la pobreza al erosionar la productividad. Los problemas de salud reproductiva son un importante factor de enfermedad que afecta desproporcionadamente a las adolescentes y las mujeres. Esos problemas reducen la productividad laboral de la mujer, en algunos casos en un 20%, y a escala mundial cuestan cada año 250 millones de años de vida productiva³⁷.

Al dar a las personas la libertad y los medios de escoger el número de hijos que desean se logran familias más pequeñas, un crecimiento más lento de la población y una menor presión sobre los recursos naturales. Se espera que la población mundial aumente desde la cantidad actual, de 6.500 millones de personas, hasta 9.100 millones para 2050, en el supuesto de que continúe la tendencia histórica al aumento en el uso de métodos de planificación de la

familia³⁸. La mayor parte de este aumento ocurrirá en países que se debaten contra la pobreza. Desde el punto de vista de los derechos humanos, es necesario satisfacer la demanda insatisfecha de personas y parejas de contar con métodos anticonceptivos. La reducción de la fecundidad no deseada también tiene importantes repercusiones a macroescala.

La salud reproductiva puede proporcionar importantes beneficios económicos debido al “dividendo demográfico”.

Cuando los países experimentan transiciones demográficas a consecuencia de menores tasas de mortalidad y de fecundidad, cambian las estructuras de la población. Las familias se hacen más pequeñas, con una más alta proporción de jóvenes adultos que ingresan en su etapa productiva, pero con menores cantidades de familiares a cargo, tanto niños como ancianos. Si se adoptan las políticas sociales y económicas apropiadas, esta situación puede redundar en un aumento de los ahorros y los recursos de que disponen las familias para efectuar inversiones en cada hijo y también puede posibilitar que los países efectúen inversiones a fin de aumentar la productividad y el crecimiento económico³⁹. Los economistas consideran que el dividendo demográfico en el Asia oriental generó un tercio del crecimiento económico sin precedentes que experimentaron esos países entre 1965 y 1990⁴⁰. Los investigadores estiman que los países en desarrollo pueden destinar sus dividendos demográficos a reducir la pobreza en aproximadamente 14% entre 2000 y 2015⁴¹.

El acceso a servicios de salud reproductiva redundará en grandes economías para los servicios de salud pública y otros servicios sociales. Los problemas de salud reproductiva son prevenibles en gran medida: al contar con sistemas de salud más fuertes y mejor acceso a los servicios es posible evitar muchos de esos problemas y sus onerosas consecuencias. Se estimó que en Tailandia y Egipto, cada dólar invertido en planificación de la familia ahorró aproximadamente 16 y 31 dólares, respectivamente, en costos de servicios de salud, educación, vivienda y otros servicios sociales⁴². Los costos para los presupuestos y las economías nacionales de la epidemia de SIDA y las altas tasas de embarazo en la adolescencia son bien conocidos y están ampliamente documentados⁴³.

DERECHOS ECONÓMICOS Y TRABAJO INVISIBLE DE LA MUJER. Las mujeres son la columna vertebral de sus familias, las bases de la vida comunitaria, las encargadas de cuidar a los enfermos y los ancianos y quienes mayormente se ocupan de la próxima generación. Además de administrar el hogar y obtener y preparar alimentos, muchas realizan tareas agrícolas o trabajan en fábricas, mercados, minas, oficinas o

3 LA SEGURIDAD HUMANA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

En un mundo cada vez más globalizado, donde las epidemias, el VIH/SIDA, los problemas del medio ambiente y la migración desafían las fronteras nacionales, el concepto de seguridad nacional ha comenzado a evolucionar y ya no se limita a la seguridad centrada en el Estado, sino que ha hecho una transición hacia un concepto de la seguridad humana más centrado en el ser humano. La Comisión de Seguridad Humana, de las Naciones Unidas, define esa situación como “protección contra la miseria, protección contra el miedo y libertad para adoptar decisiones por cuenta propia”. Esto sigue siendo un ideal lejano para gran parte de la población mundial, en especial, los 2.700 millones de personas que viven en la pobreza, y para quienes han visto sus vidas sacudidas por conflictos violentos o desastres naturales.

La protección contra el temor es algo desconocido para los millones de niñas y mujeres sujetas cotidianamente a actos de violencia y abusos, a menudo en sus propios hogares. Millones de mujeres nunca han tenido la libertad de adoptar sus propias decisiones, porque otros las adoptan por ellas: si han de asistir o no a la escuela, si han de contraer o no matrimonio, si han de tener o no hijos o si han de votar o no. Muchas mujeres no pueden siquiera imaginar la seguridad reproductiva: el control de su propia fecundidad y de los medios de detectar y prevenir los riesgos reproductivos y contrarrestarlos. Tampoco están esas mujeres libres del temor al embarazo no deseado, a la infección con el VIH o a morir o sufrir graves lesiones en el embarazo y el parto. No obstante, la seguridad reproductiva sigue siendo fundamental para lograr el empoderamiento de la mujer, la igualdad de género y el bienestar de la familia, así como para el logro de los ODM.

talleres donde se explota a los obreros. En promedio, las mujeres suelen trabajar más horas que los hombres⁴⁴, y lo hacen casi siempre en ausencia de políticas, leyes, instituciones, servicios, arreglos familiares y tecnologías para ahorro del tiempo que las apoyen. Gran parte de su labor no se reconoce, no se remunera y es invisible. Aun cuando va en aumento el número de mujeres que ingresan en la fuerza laboral, ellas corren el riesgo de ser despedidas si quedan embarazadas y, en general, tienen menos ingresos y menos seguridad en el empleo que los hombres. La desigualdad en los derechos económicos coloca a millones de mujeres en situación desventajosa cuando tratan de mejorar la calidad de sus propias vidas y las de sus hijos. Un mejor acceso de las mujeres a los recursos económicos y al control de éstos puede ser un factor fundamental para elevar por encima de la pobreza a las familias y las comunidades.

Los enfoques macroeconómicos tradicionales y los programas de desarrollo, en su mayoría, han hecho caso omiso de las contribuciones económicas de las mujeres, debido en parte a que por lo general no se desagregan los datos por sexo y no se computa en las cuentas nacionales su trabajo no remunerado. En muchas zonas rurales, las mujeres y las niñas dedican cada día muchas horas a recoger agua y combustible, pero esa labor raramente aparece en las cuentas

nacionales⁴⁵. En Zambia, las mujeres dedican 800 horas por año a recoger agua y leña; en la República Unida de Tanzania y Ghana, dedican 300 horas a recoger leña⁴⁶. Las mejoras en la infraestructura, como fuentes de agua potable costeables y bien ubicadas y servicios sanitarios, combustibles modernos para la cocción de alimentos y mejores transportes, podrían mitigar esa carga y liberar a las niñas para que asistieran a la escuela, además de posibilitar que las mujeres se dedicaran a otras actividades productivas y comunitarias. También podría incrementarse el uso por las mujeres de los servicios de salud⁴⁷. Pero esas mejoras pueden quedar relegadas, a menos que los encargados de formular políticas aborden explícitamente los factores de género y que las mujeres tengan un papel en la adopción de decisiones comunitarias.

ACCESO A LOS BIENES Y CONTROL DE ESTOS. En muchas regiones, las restricciones impuestas al derecho de la mujer a ser propietaria, utilizar y heredar bienes y recibir créditos, reducen su contribución a la producción agrícola y al desarrollo en general. Tales restricciones también impiden que las mujeres efectúen inversiones en las tierras que cultivan. Una de las siete prioridades estratégicas recomendadas por el Equipo de Tareas del Proyecto del Milenio sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres es que se aborde la cuestión de la falta de equidad en la herencia y los derechos de propiedad.

En los países en desarrollo, las campesinas producen entre 60% y 80% de los alimentos, pero en muchos países se sigue prohibiendo que una mujer adquiera tierras o las venda sin el consentimiento de su esposo. Por ejemplo, en gran parte de África al sur del Sahara, las viudas no tienen virtualmente ningún derecho a la tierra o a la herencia de sus esposos⁴⁸. Varios países africanos han introducido legislación para otorgar a las mujeres igualdad de derechos a la propiedad y el uso de la tierra y a heredar bienes. Esto es especialmente pertinente a la lucha contra el SIDA, dado que la vulnerabilidad económica de las mujeres limita su capacidad para protegerse contra el VIH⁴⁹. En Liberia, por ejemplo, se ha establecido la igualdad de derechos de las mujeres y las niñas a la herencia. Actualmente, la Ley de Abolición del Poder Conyugal en Botswana da a las mujeres facultades iguales para adoptar decisiones con respecto a los bienes de la familia. En Eritrea se ha capacitado a funcionarios jurídicos para que promuevan los derechos de la mujer a la propiedad de la tierra. En la región de América Latina y el Caribe, algunos países, entre ellos Barbados, Belice y Costa Rica, han otorgado a las mujeres que viven en concubinato derechos a los bienes de la pareja y a la herencia.

No obstante, sigue habiendo falta de equidad en el acceso a los recursos. En América Latina, África al sur del Sahara y

el Asia meridional, las mujeres constituyen la tercera parte, o menos, de los propietarios de tierras⁵⁰. En esas regiones, las agricultoras suelen cultivar parcelas más pequeñas que los hombres y tener menor acceso a los servicios de apoyo agrícola, aun cuando constituyen la mayoría de los agricultores⁵¹. En países africanos, las mujeres reciben menos del 10% de todos los préstamos reservados a pequeñas explotaciones agrícolas y sólo 1% del total del crédito destinado al sector agrícola⁵². Pero cuando las mujeres obtienen recursos y servicios financieros, suele aumentar la productividad. En investigaciones del Banco Mundial en algunos países de África al sur del Sahara se comprobó que la producción podría aumentar en hasta 20% si las mujeres tuvieran acceso y control, en condiciones de igualdad, a los ingresos agrícolas, los servicios agrícolas y las tierras⁵³.

MÁS TRABAJO, MENOS PAGA. En la mayoría de las familias, las mujeres contribuyen sustancialmente a mantener el hogar, y a veces son el principal o el único sostén⁵⁴. En muchos hogares pobres, el trabajo de la mujer es imprescindible para la supervivencia de la familia. Además, las mujeres tienden a reinvertir un porcentaje de sus ingresos mayor que los hombres en el bienestar de sus hijos y sus familias. Por ejemplo, según el Banco Mundial, el control del ingreso por parte de una madre tiene un efecto marginal sobre la supervivencia infantil casi 20 veces superior al efec-

4 VIET NAM: MEJORAR LA ECONOMÍA DE LA FAMILIA, UNA MUJER POR VEZ

En Dong Loi, una pequeña comunidad agrícola en las mesetas de Viet Nam septentrional, una iniciativa que combina microcrédito y servicios de salud reproductiva, emprendida por la Unión de Mujeres de Viet Nam con el apoyo del UNFPA demuestra que el liderazgo de las mujeres puede ayudar a las familias pobres a liberarse de la pobreza. Los miembros de una cooperativa de mujeres han duplicado el ingreso a sus hogares en dos años, debido en gran medida a la cría y venta de ganado adquirido mediante préstamos. Los fondos adicionales posibilitan que las participantes mantengan a sus hijos en la escuela, compren suministros, fertilizantes y semillas, e incluso adquieran computadoras u otros bienes de consumo.

“Gracias a este proyecto, ha mejorado la economía de toda la aldea”, dice Dinh Thi Nga, líder del grupo. “Otra razón de nuestro éxito es que casi todas las mujeres de mi grupo utilizan métodos de planificación de la familia”.

Nga agrega que el proyecto ha aportado a Dong Loi dos enseñanzas importantes: “En primer lugar, las mujeres podemos tener un papel prominente en el desarrollo comunitario si se nos da la oportunidad y, en segundo lugar, a fin de lograrlo, necesitamos acceso al crédito y la capacitación, así como a servicios de salud reproductiva y planificación de la familia; ambos factores están íntimamente ligados al desarrollo económico”.

to del padre⁵⁵. En las zonas donde las mujeres obtienen salarios y controlan los recursos, aumentan los ingresos de los hogares, se elevan los niveles de vida y las familias tienden a beneficiarse más que cuando los hombres tienen un control exclusivo⁵⁶.

La participación de la mujer en el empleo no agrícola está aumentando sostenidamente, pero no en todas partes. En sólo 17 de los 110 países para los que hay datos, las mujeres constituyen más de la mitad de los asalariados y esto ocurre principalmente en los países más desarrollados, Europa oriental y Asia central⁵⁷. Si alcanzaran niveles de educación secundaria o superior, esto posibilitaría que un mayor número de mujeres reunieran los requisitos para una participación más equitativa en los buenos empleos. A menudo, la educación o capacitación que reciben las mujeres no se adapta bien a los mercados locales y por ende, coarta su participación económica⁵⁸.

Cuando las mujeres están empleadas, hay un número sustancialmente mayor de mujeres que de hombres en el sector paralelo o no estructurado (*informal*), que tiende a ofrecer salarios más bajos, con menor reglamentación y menor protección y seguridad⁵⁹. Las mujeres constituyen aproximadamente las dos terceras partes de los empresarios que trabajan por cuenta propia en el sector paralelo⁶⁰. Las leyes laborales ofrecen poca protección a esos trabajadores, quienes raramente tienen acceso a planes de pensión o de seguridad social.

Muchos países han enmendado las leyes que discriminaban contra la mujer en el empleo y la privaban de igual remuneración por su trabajo⁶¹. No obstante, en todos los sectores las mujeres reciben menor paga que los hombres: según el Banco Mundial, en países desarrollados, ganan 77 centavos por cada dólar ganado por los hombres y en países en desarrollo, sólo 73 centavos. Además, los más bajos ingresos a lo largo de toda la vida también reducen la capacidad de ahorro para la jubilación, y en consecuencia, las mujeres ancianas y las viudas son especialmente vulnerables a las privaciones en la ancianidad⁶².

Conciliación de las funciones de producción y reproducción

Las funciones de producción y reproducción de la mujer están inextricablemente vinculadas entre sí. Aun cuando su tiempo y su energía pueden estar fuertemente absorbidos por las responsabilidades en la familia y la necesidad de obtener ingresos, las mujeres satisfacen cada vez más esas dos necesidades. No obstante, las políticas públicas no se han mantenido a la par de los cambios sociales suscitados por la creciente participación de las mujeres en la fuerza laboral y las cambiantes

estructuras de la familia; tampoco han satisfecho plenamente el derecho fundamental de la mujer a determinar el número de sus hijos y el espaciamiento entre ellos.

Va en aumento el número de países que se están percatando de que las mujeres necesitan apoyo para equilibrar la vida en el trabajo y la vida en la familia, y que la crianza de los hijos es un derecho y una responsabilidad que comparten hombres y mujeres. El apoyo bien orientado puede posibilitar que las mujeres obtengan mejores empleos y puede alentar a los hombres a asumir una mayor proporción de las responsabilidades concernientes a la salud reproductiva y la crianza de los hijos. Esto, a su vez, probablemente contribuirá al crecimiento económico y la reducción de la pobreza.

Los convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) prohíben la discriminación por motivos de embarazo y maternidad y estipulan que se deben proporcionar servicios de atención a la maternidad⁶³. Muchos países han adoptado medidas en consonancia. Los países escandinavos establecieron desde hace mucho tiempo políticas propicias a la familia y los países europeos están prestando cada vez mayor atención a la importancia de la licencia de paternidad y a los papeles del padre dentro de la familia⁶⁴. En Kenya se comprobó que al reducir el costo del cuidado de los niños, aumentan la participación de la mujer en la fuerza laboral y la matriculación de niñas en la escuela secundaria⁶⁵. La mitad de los gobiernos que examinaron el adelanto al cabo de diez años respecto de los compromisos asumidos en 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing), informan de que han adoptado algunas medidas de apoyo a las mujeres y los hombres para que equilibren las responsabilidades de la familia y el trabajo⁶⁶. Pero en general, las políticas no incluyen ni el papel de los padres ni la manera en que éste se vincula con el empleo de las madres que trabajan, las cuales siguen siendo responsables primordiales del cuidado de los niños⁶⁷. Las políticas raramente responden a las necesidades concretas de determinados grupos, como los de bajos ingresos, los indigentes o las minorías étnicas⁶⁸. Asimismo, las normas de género hacen más difícil para los padres aprovechar la licencia de paternidad cuando se dispone de ella⁶⁹. En Europa, cuando los hombres aprovecharon las políticas propicias a las familias, sus carreras se resintieron⁷⁰. Además, las políticas en materia de licencias varían ampliamente en lo concerniente a los derechos de los beneficiarios y el apoyo financiero que reciben. En todos los casos, las políticas nacionales que abordan las relaciones recíprocas entre papel reproductivo y productivo deben orientarse por el derecho de las personas y las parejas a escoger el número de hijos que desean tener

“La continua marginación de las mujeres en la adopción de decisiones ha sido a la vez una causa y un efecto del lento progreso en muchas esferas del desarrollo”.

— Secretario General de las Naciones Unidas,
Kofi Annan

La mundialización (globalización), la urbanización, la modernización, la migración, las guerras, los desastres naturales y la dinámica de la población han transformado la vida de la familia. Es menor el número de familias ampliadas que viven bajo un mismo techo. La pobreza ha obligado a grandes cantidades de padres, madres y jóvenes a buscar trabajo lejos de sus familias. En algunos lugares, la rápida propagación del SIDA ha redefinido lo que significa ser una familia: hay grupos de hermanitos huérfanos que viven juntos, bajo el cuidado de un hermano o hermana mayor o de un abuelo o abuela. Esas cambiantes estructuras de la familia tienen importantes implicaciones en materia de políticas. El número de hogares cuyo jefe es una mujer va en aumento en las regiones tanto desarrolladas como en desarrollo, y en muchos países constituyen entre una quinta parte y una tercera parte de todos los hogares. También va en aumento la proporción de hogares cuyo jefe es una madre que también proporciona

la mayor parte del apoyo económico, o todo el apoyo disponible. A veces, los niños también necesitan trabajar para contribuir a la supervivencia de la familia.

Actualmente, las mujeres que trabajan tienen menor acceso a las redes de apoyo que otrora proporcionaban las familias ampliadas, y esa ausencia aún no ha sido salvada por medidas sociales. En el informe del Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres, del Proyecto del Milenio, se afirma: "No hay ningún país que efectúe inversiones en los servicios de atención necesarios para satisfacer plenamente las necesidades de las mujeres y sus hijos". Cuando se carece de guarderías infantiles, las madres solteras tropiezan con particulares problemas, inclusive restricciones en las horas de trabajo o en el tipo de empleo que pueden obtener. El apoyo irregular o ausente del padre a la manutención de los hijos complica aún más la lucha para subvenir a sus necesidades.

Tradicionalmente, las mujeres son quienes soportan la carga de atender tanto a los niños como a los ancianos. A medida que se va alargando el período vital y las poblaciones van envejeciendo, el tiempo y los recursos necesarios para atender a los ancianos pueden exceder la capacidad de las generaciones más jóvenes para absorber esas tareas. Para las ancianas, las consecuencias acumuladas de la discriminación a lo largo de todas sus vidas en los mercados laborales, las pensiones insuficientes y los débiles apoyos sociales, a menudo redundan en empobrecimiento y más bajos niveles de vida en sus últimos años. Cuando a lo largo de toda la vida se ha recibido nutrición insuficiente y deficientes servicios de salud reproductiva, esto puede redundar en enfermedades crónicas, particularmente en las ancianas de países en desarrollo. La distancia geográfica hacia otros miembros de la familia puede contribuir al aislamiento y la postergación de las ancianas.

y ofrecer apoyo y flexibilidad para equilibrar las demandas de la vida en la familia con las del trabajo.

Los programas de salud reproductiva que abordan las relaciones de género y la potenciación económica de la mujer arrojan mayores beneficios potenciales que los que hacen caso omiso del contexto en que se adoptan las decisiones reproductivas⁷¹. Al proporcionar oportunidades de recibir educación y capacitación, así como de aplazar el matrimonio y la procreación, se puede posibilitar que las jóvenes desarrollen cabalmente su potencial como agentes económicos⁷². Debido a que hay millones de mujeres trabajadoras que tienen hijos, los empleadores pueden ayudarlas estableciendo políticas propicias a la familia que alienten los horarios flexibles de trabajo, las guarderías infantiles y el acceso a la atención de la salud. Actualmente, en Jordania y Malasia, los empleadores son responsables de proporcionar guarderías en el lugar de trabajo⁷³. En varios países, los empleadores han comenzado a proporcionar información y servicios sobre salud reproductiva y prevención del VIH, dado que comprenden que la buena salud acrecienta la productividad y reduce el ausentismo. Una organización no gubernamental internacional, *Business for Social Responsibility*, integrada por 80 importantes compañías de todo el mundo (entre ellas, Coca-Cola y Sony), ha preparado una guía en que se detallan los beneficios económicos de apoyar la salud reproductiva de sus empleadas⁷⁴.

DERECHOS POLÍTICOS, PODER Y PARTICIPACIÓN. La participación política de las mujeres transforma los procedi-

mientos de fijación de prioridades para las políticas públicas y contribuye a que la administración pública sea más igualitaria e inclusiva⁷⁵. Al ejercer más plenamente ese derecho, las mujeres pueden promover medidas para reducir la pobreza. La investigación muestra que, a medida que van aumentando las cantidades de mujeres que ingresan en el ámbito de la política, cambian los programas públicos, disminuye la corrupción y mejora la gobernanza⁷⁶. Esos cambios pueden acelerar la amplia transformación social que se necesita para alcanzar los ODM; ésta es una razón fundamental por la que el Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres, del Proyecto del Milenio, indicó que la mayor participación política de la mujer es una prioridad estratégica⁷⁷.

No obstante, los estereotipos de género y las responsabilidades familiares restringen la participación de la mujer en la adopción de decisiones políticas y las mujeres siguen en gran medida ausentes de los órganos nacionales que adoptan decisiones. En general, el progreso es lento y desigual⁷⁸. A escala mundial, las mujeres ocupan sólo un 16% de los escaños en parlamentos nacionales, proporción superior en menos de 4 puntos porcentuales a la registrada en 1990. Hasta la fecha, sólo 19 países han alcanzado la meta del 30% establecida por las Naciones Unidas para 1995⁷⁹. En otros 31 países, las mujeres ocupan entre 20% y 29% de los escaños. No obstante, desde 1990 las mujeres han logrado progresos en la vida política. Las leyes que establecieron cuotas fueron un importante factor del aumento de la representación política de la mujer en los parlamentos nacionales de América Latina y el Caribe,

África al sur del Sahara y en los nuevos países de la ex Yugoslavia. La mayor representación es también resultado de las gestiones realizadas por grupos de mujeres, que siguen movilizándolo y creando grupos de apoyo⁸⁰.

A nivel local, las mujeres suelen tener mayores oportunidades de ejercer el poder, especialmente cuando hay procesos de descentralización. Tanto en la India como en Francia, las políticas para aumentar la participación política de las mujeres en las comunidades de base condujeron a su ingreso en grandes cantidades en los órganos locales que adoptan decisiones. En la India, más de un millón de mujeres forman parte de gobiernos locales⁸¹. En un estudio de los *panchayats* (consejos locales de gobierno en la India), se comprobó que la inclusión de mujeres había producido profundos cambios, entre ellos, una mayor disposición de dichos consejos a responder a las demandas locales para mejorar la infraestructura, la vivienda, las escuelas y la atención de la salud⁸². Dicha investigación indica que los *panchayats* presididos por mujeres formularon políticas más sensibles a las necesidades de mujeres, niños y familias. Etiopía, Jordania y Namibia, entre otros países, también informan acerca del aumento de la participación de la mujer a nivel local⁸³.

La participación política de la mujer no necesariamente está correlacionada con los niveles nacionales de pobreza: varios países de África al sur del Sahara, la región más pobre del mundo, tienen proporciones más altas que las existentes en Francia, el Japón y los Estados Unidos, donde las mujeres sólo ocupan un 15% o menos de los escaños legislativos⁸⁴. Actualmente, Rwanda, el país del mundo con mayor proporción de mujeres en el Parlamento, ha superado al respecto a Suecia (véase el Capítulo 8)⁸⁵.

Rendición de cuentas por la justicia en asuntos de género

Pese a los numerosos compromisos asumidos—en la CIPD, 1994, en la Conferencia de Beijing, 1995, y en la Cumbre del Milenio, 2000, entre otros foros—la desigualdad entre hombres y mujeres sigue siendo un apremiante problema de derechos humanos y desarrollo y debería tener prioridad política. Muy a menudo, se aborda la discriminación mediante retóricas o medidas *ad hoc*, en lugar de adoptar prácticas sostenidas e institucionalizadas. Si se sigue aplicando la norma de “que todo siga como de costumbre” en lo concerniente a la igualdad entre hombres y mujeres, se coartarán los esfuerzos por alcanzar los ODM. Para seguir en el buen camino y alcanzar los ODM es necesario que haya obligación de rendir

cuentas por parte de los gobiernos, los parlamentarios, los empleadores, otros protagonistas nacionales y la comunidad internacional. Además, es imprescindible entablar estrechas alianzas entre los gobiernos y la sociedad civil, inclusive grupos de mujeres, otras organizaciones no gubernamentales y asociaciones profesionales y de base comunitaria, para impulsar el cambio y promover la continuidad durante las transiciones administrativas.

DATOS: SEGUIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE EQUIDAD E IGUALDAD.

La rendición de cuentas depende de contar con datos para establecer jalones y medir el grado de adelanto. Muchos países carecen de datos y análisis desagregados por sexo, edad y grupo étnico, entre otras características, y esto limita la formulación de políticas y programas⁸⁶. Dado que la igualdad entre hombres y mujeres es un componente básico de los ODM, para la eficacia de las políticas y la asignación de recursos es imprescindible contar con buenos datos, por ejemplo, calcular los indicadores de pobreza en función del sexo, en lugar de hacerlo por ingreso total del hogar, como ocurre actualmente⁸⁷. Será de importancia crítica

contar con datos más fidedignos y amplios para poder promover las cuestiones de género y mantenerlas en el centro de la atención del público y los medios de difusión, con el propósito de lograr una mayor comprensión por parte de las comunidades y de los encargados de formular políticas acerca de las cuestiones de género y estimular la acción.

Los gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas, las comisiones económicas regionales y las Encuestas Demográficas y de Salud han logrado

adelantos en la recopilación y el análisis de datos sensibles a las cuestiones de género⁸⁸. Si bien se han logrado adelantos en la formulación de metodologías para recopilar datos que reflejen las diferencias de género, es limitado el número de países que utilizan tales metodologías⁸⁹. Es particularmente innovador el Índice de compromisos cumplidos, preparado en Chile por organizaciones de mujeres para la rendición de cuentas por parte del Gobierno en cuestiones clave, como la participación cívica, los derechos económicos y la salud reproductiva⁹⁰.

Aun cuando es imprescindible contar con mejores datos para llevar a la práctica los ODM⁹¹, la información por sí misma no producirá cambios. El propósito de la información y el análisis es ayudar a los encargados de formular políticas a que integren las cuestiones de género en todos los niveles de la formulación de políticas, especialmente en las estrategias nacionales para la reducción de la pobreza⁹².

“La insuficiente representación de las mujeres en las estructuras de adopción de decisiones refleja el nivel de madurez del proceso democrático...e indica que una sociedad es menos democrática y menos igualitaria”.

— Declaración sobre la Igualdad de Género en África, Jefes de Estado y de Gobierno de Estados Miembros de la Unión Africana, Addis Abeba (Etiopía), julio de 2004

INCORPORACIÓN DE LAS CUESTIONES DE GÉNERO: PROMESAS, PRÁCTICAS Y PERSPECTIVAS. Es imprescindible incorporar las cuestiones de género en las actividades principales de desarrollo para la puesta en práctica y el monitoreo de los ODM. Esto significa determinar las implicaciones de políticas y programas para hombres y mujeres, tomando en cuenta sus diferentes papeles, necesidades y perspectivas, de modo de que no se perpetúen las desigualdades y que tanto los hombres como las mujeres puedan beneficiarse⁹³. La incorporación de las cuestiones de género también entraña examinar de qué manera la dinámica de género afecta la adopción de decisiones dentro de las familias y las comunidades, inclusive la decisión de enviar o no las niñas a la escuela, y la cuestión de la influencia de las mujeres sobre la manera en que se gastan los recursos de la familia⁹⁴.

Los gobiernos, las entidades de la sociedad civil, los grupos de mujeres, los donantes, los bancos de desarrollo y los organismos del sistema de las Naciones Unidas han trabajado para fortalecer la incorporación de las cuestiones de género en las actividades principales de desarrollo. Muchos gobiernos han establecido ministerios o dependencias nacionales para la mujer⁹⁵. En la mayoría de los países, el progreso ha sido desigual y se ha limitado a proyectos de pequeña magnitud. En general, los recursos son insuficientes y las ideas erróneas acerca de la naturaleza y el propósito de la incorporación de las cuestiones de género frenan el cambio⁹⁶. A menudo, se considera que la incorporación de las cuestiones de género es un asunto atinente sólo a la mujer y se lo segrega en ministerios de la mujer, con recursos insuficientes⁹⁷.

Por otra parte, algunos países, entre ellos Sudáfrica después de abolir el apartheid y la Camboya de posguerra (véase el Recuadro 33), han aprovechado las transiciones políticas para incorporar las cuestiones de género en todas las estrategias de desarrollo. En Sudáfrica, un poderoso movimiento de mujeres, un fuerte mandato gubernamental de incorporar las cuestiones de género, una nueva Constitución, un marco jurídico de apoyo, y una presupuestación sensible a las cuestiones de género, han contribuido al éxito de la estrategia de incorporación de las cuestiones de género⁹⁸. Malawi ha emprendido la capacitación en cuestiones de género en beneficio de encargados de formar políticas, personal de las asambleas de distrito y representantes de los medios de difusión; lo propio ocurre en muchos otros países que tratan de crear y ampliar la capacidad al respecto⁹⁹. En los países del África occidental, funcionarios de ministerios de planificación

y otros de la administración pública, parlamentarios, líderes de partidos políticos y sindicatos han recibido capacitación sobre enfoques sensibles a las cuestiones de género, con el apoyo del UNFPA. Se está tratando concretamente de colaborar con equipos responsables de formular las estrategias nacionales de reducción de la pobreza. En los Estados árabes, el UNFPA ha colaborado con el Centro de Capacitación e Investigación para Mujeres Árabes, sobre la integración de las cuestiones de género en la planificación y en las políticas de desarrollo y además ha capacitado a funcionarios gubernamentales y ha mejorado la recopilación y el análisis de datos desagregados por género¹⁰⁰.

En la República Dominicana, el Ministerio de Asuntos de la Mujer, con el apoyo del UNFPA, ha entablado alianzas con el Ministerio de Defensa, la policía nacional, el Congreso, el movimiento de mujeres, organismos de las Naciones Unidas

y varios donantes. El compromiso del Gobierno en cuanto a incorporar las cuestiones de género se refleja en la creación en todos los ministerios de oficinas que se ocupan de equidad de género y desarrollo. Se está abordando la violencia contra la mujer mediante una reforma legislativa y la formación de coaliciones entre partidos políticos y entre las 700 mujeres que ocupan cargos políticos locales. Entre los logros cabe mencionar la revisión de los currículos escolares, de modo que sean más sensibles a las cuestiones de género; una

nueva Ley sobre violencia doméstica; la reforma del Código Penal; nuevas leyes de migración y lucha contra la trata de personas; protección jurídica para las ancianas; un sistema de registro de datos sobre violencia; un refugio para mujeres que han sido objeto de trata y repatriadas; y equipos reservados especialmente para las dependencias de atención integral de la salud de mujeres víctimas de abusos, que se están instalando en las oficinas de fiscales públicos.

En Nicaragua, el Fondo para Inversiones Sociales de Emergencia (FISE), el principal cauce gubernamental para el desembolso de fondos en la aplicación de políticas nacionales de reducción de la pobreza y promoción del desarrollo, recibe asistencia del UNFPA para incorporar las cuestiones de género. Los proyectos del FISE, orientados a comunidades rurales, tienen una creciente “democracia de género”. Ahora se alienta a las mujeres a participar en la adopción de decisiones dentro de las organizaciones y empresas que el FISE dirige, o de las cuales es propietario u obtiene ganancias, inclusive el establecimiento de escuelas, fábricas, manufactura de productos lácteos, crianza de aves y sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento.

“Este proyecto de abastecimiento de agua es una prioridad para todos los aldeanos. Lo escogimos en la asamblea de la comunidad, a la que se invitó a participar a todos los adultos, hombres y mujeres. Por primera vez, las mujeres percibieron que tenían voz en los asuntos comunitarios y yo, una mujer, fui elegida coordinadora del proyecto”

— Ana Marcia Estrada, Coordinadora del proyecto de FISE en la aldea de Cosiguina, Nicaragua

SEGUIR LA PISTA AL DINERO: PRESUPUESTACIÓN SENSIBLE A LAS CUESTIONES DE GÉNERO

Preparar presupuestos sensibles a las cuestiones de género es un enfoque innovador para influir sobre las políticas y mejorar la rendición de cuentas por los gobiernos, en procura del objetivo de igualdad de género. Esa presupuestación promueve la eficiencia económica, la igualdad, la rendición de cuentas y la transparencia¹⁰¹. Un cuidadoso análisis de los presupuestos, utilizando datos desagregados por sexo, puede poner de manifiesto carencias en la financiación, de modo de poder ajustar las prioridades a fin de promover la reducción de la pobreza, la igualdad de género y el desarrollo.

Varias organizaciones de la sociedad civil, en todo el mundo, así como prominentes mujeres economistas, han impulsado este tema. El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) ha brindado apoyo a iniciativas de presupuestación sensible a las cuestiones de género en unos 30 países de todo el mundo, y más recientemente se han sumado al apoyo a esta labor otros organismos de las Naciones Unidas y distintos donantes, de modo que actualmente hay más de 50 países que están aplicando este enfoque¹⁰². En 1995, Sudáfrica figuró entre los primeros países que aplicaron el nuevo criterio. El presupuesto de Rwanda asigna prioridad a la igualdad de género y todos los presupuestos sectoriales se preparan con la participación del Ministerio de Asuntos de Género¹⁰³. En México, varias organizaciones no gubernamentales iniciaron un proceso bien reconocido de presupuestación sensible a las cuestiones de género¹⁰⁴. En Chile, en 2001 el Ministerio de Hacienda introdujo procedimientos para el análisis sensible a las cuestiones de género de las políticas y procedimientos; y el género es uno de los seis temas acerca de los cuales los ministerios están obligados a presentar informes¹⁰⁵. Botswana ofreció capacitación a funcionarios gubernamentales y parlamentarios sobre presupuestación sensible a las cuestiones de género; y Malasia hizo lo propio para algunos ministerios escogidos. En la República Unida de Tanzania, se prepararon guías para incorporar las cuestiones de género en los presupuestos ministeriales¹⁰⁶. El UNFPA ha brindado apoyo a medidas adoptadas por muy diversos países, desde Cabo Verde hasta Guatemala y Malasia.

La presupuestación sensible a las cuestiones de género también se empleó con algún grado de éxito en niveles descentralizados del gobierno. En Cuenca (Ecuador), una reunión sobre dicho tema, realizada con el apoyo del UNIFEM, condujo a aprobar un plan de igualdad de oportunidades que hace hincapié en abordar la violencia por motivos de género mediante servicios sociales, jurídicos y de salud. El presupuesto de la ciudad para 2003 multiplicó por 15 los recursos destinados a promover la igualdad entre hombres

y mujeres, en comparación con 2001¹⁰⁷. En el Paraguay, un análisis de la presupuestación sensible a las cuestiones de género, al que prestó apoyo el UNFPA, realizado por la Comisión de Equidad Social y de Género en la Municipalidad de Asunción, condujo a un aumento del 300% en las asignaciones para productos de planificación de la familia en el Policlínico de la capital.

En el Asia meridional, región donde numerosas poblaciones viven en la pobreza, la India, Nepal y Sri Lanka han emprendido iniciativas de presupuestación sensible a las cuestiones de género, con el apoyo del UNIFEM. La India cuantificó la función económica de las mujeres, analizó los efectos de los programas sobre la seguridad alimentaria, la salud y el empleo de la mujer y pasó revista a los gastos públicos en educación técnica. En un discurso pronunciado en 2004, el Ministro de Hacienda de la India anunció que el presupuesto de 2005 se formularía dentro de una perspectiva de género e impartió instrucciones a 18 ministerios para que en sus presupuestos de 2005 reflejen las asignaciones y los gastos en beneficio de la mujer¹⁰⁸.

IMPULSAR EL CAMBIO: EL PAPEL DE IMPORTANCIA CRÍTICA DE LA SOCIEDAD CIVIL

Promover la igualdad entre hombres y mujeres requiere que las partes interesadas desplieguen intensos esfuerzos para alterar el statu quo. Las entidades de la sociedad civil, y en particular los grupos de mujeres, tienen un papel central que desempeñar en el apoyo a la participación comunitaria, ofreciendo especialistas en cuestiones de género y manteniendo la focalización de las políticas y la rendición de cuentas. Asimismo, esos grupos están en buenas condiciones para detectar y promover respuestas sensibles a las cuestiones de género para reducir la pobreza, a lo largo del proceso de adopción de decisiones, desde la participación en la formulación de políticas y la fijación de prioridades presupuestarias hasta el seguimiento de los resultados¹⁰⁹.

Un buen ejemplo es la alianza, que ya ha cumplido diez años, entre la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe y el UNFPA. La Red promovió una metodología innovadora para el seguimiento de los objetivos de la CIPD y la periódica información sobre los adelantos. La base de datos que contiene los indicadores, conocida con el nombre de *Atenea*, se ha convertido en un importante elemento de referencia y fuente de información sensible a las cuestiones de género para el seguimiento de la CIPD. Los datos y los análisis fueron utilizados por parlamentarios y funcionarios gubernamentales y sirvieron de base para la formulación de políticas públicas en Suriname y también constituyeron la base de la preparación de informes sobre los derechos de la mujer por organizaciones de la sociedad civil.



3 La promesa de los derechos humanos

“Han pasado sesenta años desde que los fundadores de las Naciones Unidas consagraron, en la primera página de nuestra Carta, la igualdad de derechos de hombres y mujeres. Desde entonces, sucesivos estudios nos han enseñado que no hay un instrumento más eficaz de desarrollo que el empoderamiento de la mujer. No hay ninguna otra política que tenga iguales posibilidades de elevar la productividad económica o reducir las tasas de mortalidad de niños menores de un año y madres. Ninguna otra política es tan certera para mejorar la nutrición y promover la salud, inclusive la prevención del VIH/SIDA. Ninguna otra política es tan poderosa para mejorar las oportunidades de educación de la próxima generación. Y también me aventuraré a decir que ninguna política es más importante para prevenir conflictos o para lograr la reconciliación cuando el conflicto llega a su fin. Pero, sea cuales fueren los beneficios muy reales de efectuar inversiones en la mujer, el hecho más importante sigue siendo: las propias mujeres tienen derecho a vivir en condiciones de dignidad, protegidas contra la miseria y contra el miedo”.

— Secretario General de las Naciones Unidas-Kofi Annan, Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer

Uno de los mayores logros del siglo XX fue el desarrollo de un nutrido acervo de instrumentos de derecho internacional que afirman la igualdad de los derechos de todos los seres humanos. Sobre la base de la Declaración Universal de Derechos Humanos emitida en 1948, numerosas convenciones¹, protocolos² y acuerdos han afirmado y ampliado sus principios. Pero pese a los numerosos acuerdos concertados y tratados ratificados, la realidad es que al comenzar el siglo XXI, las mujeres y otros grupos postergados, especialmente aquellos oprimidos por la pobreza y la discriminación, no están en condiciones de ejercer sus derechos humanos fundamentales. El próximo reto importante es dar cumplimiento a la promesa de los derechos humanos.

Los derechos humanos, y entre ellos los derechos de la mujer, son fundamentales para reducir la pobreza y promover el desarrollo: no obstante, no siempre se comprende cabalmente su importancia. La pobreza se caracteriza por la exclusión y la falta de poder para reivindicar derechos legítimos³. La Declaración de las Naciones Unidas sobre el Derecho al Desarrollo, formulada en 1986, reconoció el derecho a participar “en un desarrollo económico, social, cultural y político, en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y las libertades fundamentales” y, además, el derecho a contribuir a dicho desarrollo y a disfrutar de él. La erradicación de la extrema pobreza, a la que se exhorta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), depende de la vigencia de los derechos de las personas, que les otorga mejores oportunidades, mayores opciones y más

poder. La relación entre pobreza y derechos humanos está puntualizada en la Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas, formulada en el año 2000, en la cual 189 países se comprometieron a defender la Declaración Universal de Derechos Humanos y a promover los derechos de la mujer.

Para cumplir con la promesa de los derechos humanos es preciso una transformación en los sistemas de valores intrínsecos que legitiman la discriminación. Las normas de derechos humanos aceptadas internacionalmente proporcionan un marco para orientar y medir el grado de adelanto. Para mantener el impulso de dicho adelanto, tiene importancia crucial contar con la dedicación de las entidades de la sociedad civil, los parlamentarios y los medios de difusión en cuanto a responsabilizar a los gobiernos y a otros agentes sociales importantes. Y el concepto de que toda la humanidad está coligada por derechos humanos compartidos tiene un poder intrínseco, que puede ser desencadenado por los enfoques del desarrollo humano basados en los derechos humanos (véase el Recuadro 6).

La educación sobre derechos humanos y la activa participación de las personas postergadas por las acciones y decisiones de desarrollo tienen importancia fundamental para un enfoque basado en los derechos humanos. Las personas y las comunidades que poseen información sobre sus derechos y están dotadas de aptitudes y recursos para reivindicar esos derechos, pueden transformarse en agentes de cambio y llegar a controlar sus propios destinos⁴. La potenciación dimanada de esta conciencia de los propios derechos contribuye a la sostenibilidad y la vitalidad de los enfoques

basados en derechos humanos. También es imprescindible sensibilizar a los responsables de proteger los derechos humanos, entre ellos oficiales de policía, jueces, personal militar y encargados de servicios de salud. Es necesario intensificar las acciones al respecto para que todos, especialmente quienes están doblemente o triplemente postergados por razones de pobreza, género y otras formas de discriminación, puedan ejercer plenamente sus derechos fundamentales.

Derechos humanos y reducción de la pobreza

El objetivo del desarrollo humano es ampliar las libertades y las opciones. La pobreza y la discriminación restringen la libertad, privando a las personas de oportunidades de ejercer sus derechos humanos fundamentales. Un aspecto medular de la reforma de las Naciones Unidas⁵ y central en la Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas, es el enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la pobreza y las privaciones.

Dado que los derechos humanos son interdependientes y se refuerzan mutuamente, pueden establecer un círculo virtuoso que faculta a la gente para superar la pobreza. En cambio, la denegación de los derechos humanos puede conducir a un círculo vicioso, que atrapa a las personas en una vida de opciones sumamente restringidas. Por ejemplo, una mujer a quien se deniegue su derecho a la educación, probablemente tropezará con obstáculos para la vigencia de sus derechos a recibir servicios de salud, a votar, a contraer matrimonio voluntariamente y a elegir el número de sus hijos y el espaciamiento entre ellos.

La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos proporciona a los países guías sobre la manera de aplicar el enfoque basado en los derechos humanos al formular políticas de reducción de la pobreza⁶. En ellas se señala que para reducir eficazmente la pobreza, es necesario ampliar los medios de acción de los pobres. También se destaca que los responsables de asegurar la vigencia de esos derechos también son responsables del cumplimiento de las normas internacionales de derechos humanos (véase el Recuadro 6)⁷.

Desde el punto de vista de los derechos humanos, abordar la pobreza es más que una obligación moral. En virtud del derecho internacional, tanto los gobiernos nacionales como la comunidad internacional en general son responsables de abordar la extrema pobreza y las inequidades que la caracterizan⁸. Por ende, los derechos humanos se han transformado en un poderoso instrumento para activar el apoyo a los ODM⁹. Incluso en casos en que un gobierno ha reconocido explícitamente los derechos humanos, las limitaciones en los recursos—humanos, financieros y técnicos—pueden imposi-

6 EL ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS: DESDE LAS NECESIDADES HASTA LOS DERECHOS

El enfoque basado en los derechos humanos marca una transición, apartándose del anterior enfoque del desarrollo que trataba de satisfacer necesidades básicas y dependía de la buena voluntad o la caridad. En cambio, un enfoque basado en los derechos humanos reconoce que las personas son “titulares de derechos”, y esto implica la existencia de otras personas “obligadas a asegurar la vigencia de los derechos”. Por el contrario, las necesidades no se refieren a un objeto: no hay personas o mecanismos a quienes incumbe satisfacerlos.

Dentro del marco de los derechos humanos, los gobiernos son los encargados primordiales de asegurar la vigencia de los derechos. Entre las obligaciones gubernamentales figura el establecimiento de leyes y sistemas equitativos que posibiliten el ejercicio de sus derechos por las personas, así como el recurso a la justicia, por cualquier conculcación de esos derechos. Como legítimos titulares de los derechos, las personas pueden reivindicarlos. Este enfoque destaca la participación de personas y comunidades en los procesos de adopción de decisiones que conforman las políticas y los programas que les atañen.

bilitar que se satisfagan al mismo tiempo las reivindicaciones de todos los titulares de derechos. En esas circunstancias, tal vez sea necesario fijar prioridades y asegurar una vigencia progresiva de los derechos¹⁰. No obstante, en virtud del enfoque basado en los derechos humanos, no deben escatimarse esfuerzos para garantizar la vigencia del conjunto de derechos básicos que se trasuntan en los ODM, como los derechos a la seguridad personal, la supervivencia, el alimento, la vivienda, la educación y la salud.

Al igual que los propios ODM, un enfoque basado en los derechos humanos asigna prioridad a los grupos más empobrecidos y marginados, de cuyos derechos se hace caso omiso tan a menudo, y se exhorta a una distribución de recursos más equitativa que los favorezca¹¹. Varias resoluciones y diversos informes presentados a la Comisión de las Naciones Unidas de Derechos Humanos (la cual se prevé se ha de reformar en concordancia con las recomendaciones del Secretario General de las Naciones Unidas¹²), han señalado particularmente a la atención las necesidades de las mujeres, especialmente las que son jefas de hogares y las ancianas, quienes suelen “soportar la mayor carga de la extrema pobreza¹³”. En el informe de un experto independiente se señaló que los programas de erradicación de la extrema pobreza “deben centrarse en la mujer”, dado que “cuando se posibilita que las mujeres disfruten de todos sus derechos... esto tiene enormes efectos sobre el disfrute de esos derechos por toda la sociedad¹⁴”.

Derechos humanos de las niñas y las mujeres

Muchos países han consagrado los derechos humanos de las mujeres en su legislación nacional. Varios de ellos prohíben

la discriminación en el empleo¹⁵. Varios países castigan la violencia por motivos de género, incluso los malos tratos domésticos, y proscriben el casamiento precoz y la discriminación contra la niña en la familia¹⁶. Unos 25 países han prohibido la mutilación o corte genital femenino¹⁷. Algunos han adoptado medidas para profundizar la conciencia de las mujeres sobre sus derechos jurídicos y facilitar su acceso a los servicios de asistencia jurídica¹⁸. Actualmente, hay más mujeres que se desempeñan como juezas¹⁹. Las propias mujeres han estado en la línea de frente de esas acciones, activando el apoyo a esas leyes y a su aplicación más estricta.

Pese a esos adelantos, el progreso ha sido desigual. En la mayor parte del mundo, las mujeres y las niñas enfrentan discriminación. Tienen menos derechos sociales, económicos y jurídicos que los hombres²⁰. Las desigualdades abundan: en algunos países, un hombre puede violar impunemente a una mujer, a condición de que después contraiga matrimonio con ella. Puede ser eximido de castigo por golpear o matar a su esposa si la sorprende en flagrante adulterio²¹. Los sistemas jurídicos están imbuidos de normas sociales que refuerzan la desigualdad de género, fomentan que se desconfíe de las mujeres²² y privan a muchas mujeres de la posibilidad de recurrir a la justicia.

A veces, el derecho y las prácticas consuetudinarios priman sobre las disposiciones constitucionales y jurídicas sobre la igualdad. Esto ocurre especialmente en materia de derecho de la familia, derecho a la herencia y a la propiedad de la tierra, nacionalidad y estatuto personal²³. Aun cuando se haya promulgado legislación progresista, los débiles mecanismos de aplicación de las leyes y la falta de financiación suelen menoscabar su eficacia. En muchos países, las mujeres—especialmente las que son pobres—en general no tienen idea ni de sus derechos ni de las leyes que ostensiblemente las protegen²⁴.

EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA MUJER. Todos los instrumentos de derechos humanos se aplican por igual a todas las personas, pero las dos convenciones que proporcionan una protección más explícita de los derechos de las mujeres y las niñas son la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) de 1989 y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CRC) de 1989.

Las conferencias de las Naciones Unidas celebradas en el decenio de 1990 reforzaron el marco de derechos humanos de la mujer. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en 1993 en Viena, emitió una histórica declaración,

la cual proclamó por primera vez que los derechos de la mujer son derechos humanos²⁵. Las plataformas dimanadas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing), 1995, proporcionan planes de acción concretos sobre los derechos humanos de la mujer²⁶. Ambas conferencias sentaron las bases de muchas reformas en las políticas y las leyes nacionales.

Los 180 países que ratificaron la CEDAW convinieron en promover la igualdad entre hombres y mujeres y combatir la discriminación contra la mujer. Esa Convención, que se aproxima a una ratificación universal, obliga a los Estados partes a abolir las leyes, las costumbres y las prácticas discriminatorias, establecer instituciones públicas y adoptar medidas para proteger la igualdad de derechos de la mujer. No obstante, la inclusión de la igualdad entre hombres y mujeres entre los ODM es un recordatorio de que muchas promesas aún están incumplidas. Muchos países no han respetado el plazo de 2005 fijado en Beijing para revocar todas las leyes que toleran la discriminación por motivos de género²⁷. La falta de decisión también se percibe en las numerosas

reservas formuladas por gobiernos que no se consideran obligados al cumplimiento de algunos artículos de la CEDAW. Las reservas más problemáticas son las atinentes al Artículo 2—la disposición básica sobre discriminación por motivos de género—debido a que tales reservas esencialmente invalidan el objetivo principal de la Convención.

Varios instrumentos regionales también protegen los derechos humanos de la mujer. Es particularmente importante la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, de 1994, el único tratado de ese tipo que se centra exclusivamente en la violencia por motivos de género²⁸. Otro instrumento importante es el Protocolo de 2003 a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, que estipula un conjunto de derechos para las mujeres del continente²⁹.

Para poder traducir estos poderosos instrumentos de derechos humanos en cambios concretos en la vida de las mujeres y las niñas es preciso adoptar medidas sostenidas y concertadas a nivel de país. Las entidades de la sociedad civil, especialmente las organizaciones de mujeres, desempeñan un papel de importancia crítica en la promoción de la rendición de cuentas y el seguimiento de la puesta en práctica y la aplicación de esos instrumentos. Muchos grupos de mujeres han hecho presión para lograr la aplicación de la CEDAW, colaborando con organismos gubernamentales, preparando informes “paralelos” y dando a conocer reco-

“No debe negarse a ninguna persona ni a ninguna nación la posibilidad de beneficiarse del desarrollo. Debe garantizarse la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres.”

— Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas, 2000

7 CAPACITACIÓN DE JÓVENES MUJERES LÍDERES EN CUESTIONES DE DERECHOS HUMANOS

La Red de Jóvenes de América Latina sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, establecida en 1999, es una organización dirigida por jóvenes, cuyos miembros proceden de 17 países. Promueve un concepto del desarrollo basado en las perspectivas de los jóvenes, la igualdad entre hombres y mujeres y los derechos humanos. En colaboración con el Instituto Latinoamericano para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente, la Red ha preparado un notable manual sobre tratados de derechos humanos e igualdad entre hombres y mujeres. Con el apoyo del UNFPA, ha capacitado a 100 jóvenes mujeres líderes en cuestiones de derechos humanos, preparándolas para desempeñar un mayor papel en la formulación de políticas nacionales y locales.

mendaciones sobre el cumplimiento de la Convención. El programa “De lo mundial a lo local” de la organización *International Women’s Rights Action Watch* capacita a las organizaciones no gubernamentales (ONG) sobre la manera de aplicar la CEDAW. En Kenya, la República Unida de Tanzania y Uganda, grupos de mujeres están utilizando la Convención para preparar una nómina de jueces que aseguren la vigencia de los derechos a la propiedad y la herencia³⁰. En los Estados árabes, el UNFPA facilita la capacitación sobre la CEDAW y promueve estrategias sensibles a las cuestiones de género y acordes con el espíritu y la letra de la Convención³¹. Los parlamentarios también desempeñan un papel fundamental. Por ejemplo, en México, los Países Bajos, Suecia y el Uruguay, se han dedicado sesiones parlamentarias a pasar revista a los adelantos en el cumplimiento de la CEDAW y la formulación de medidas de seguimiento de la aplicación de la Convención³².

Derechos humanos: componentes esenciales de los ODM

Entre los derechos básicos mencionados en el Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, figuran la igualdad de derechos para mujeres y niñas, inclusive los derechos reproductivos y el derecho a estar protegidas contra la violencia (véase el capítulo 7)³³. Además, el derecho a la salud y los derechos de las personas que viven con el VIH tienen importancia crítica. Un enfoque de los ODM basado en los derechos humanos puede contribuir a subsanar la discrepancia en materia de equidad que impide que personas y grupos postergados disfruten de sus derechos humanos fundamentales.

EL DERECHO A LA SALUD. Todos los seres humanos tienen derecho a una vida saludable y productiva³⁴. El derecho a la salud³⁵ es fundamental para varios ODM, entre ellos, reducir las tasas de mortalidad infantil y materna, y combatir las enfermedades graves. Dado que la salud – definida por la

Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o trastornos”³⁶ – afecta la productividad, el derecho a la salud es un factor intrínseco de a todos los objetivos de reducción de la pobreza y promoción del desarrollo. Contar con agua potable, saneamiento básico, seguridad alimentaria y nutrición adecuada son condiciones necesarias para preservar la salud. La posibilidad de llegar al más alto nivel posible de salud también depende de la *disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad* de los servicios de salud³⁷. Las zonas rurales y pobres tienen pocos servicios de salud y el transporte puede ser costoso, o simplemente tal vez no exista. Las mujeres y los adolescentes que viven en condiciones de pobreza suelen ser quienes están en peores condiciones de sufragar servicios o medicamentos. Con frecuencia, los servicios de que disponen los pobres son de calidad inaceptable y las actitudes discriminatorias y el deficiente trato pueden impedir que esos clientes pobres vuelvan a utilizar los servicios. Son aspectos fundamentales de las acciones encaminadas a alcanzar los ODM: eliminar dichas distorsiones, mejorar la calidad de la atención, incorporar sensibilidad de género en los servicios de salud y asignar los recursos de manera tal que mayor cantidad de personas tengan la oportunidad de disfrutar de su derecho a la salud, inclusive la salud reproductiva.

8 REDUCIR EL ESTIGMA Y EMPODERAR A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA

En Centroamérica, entre las personas que viven con el VIH/SIDA va en aumento el número de quienes tienen ahora conocimiento de la legislación que protege sus derechos humanos, por conducto de las instituciones nacionales de derechos humanos. A partir del 2003, el UNFPA ha colaborado con el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, con el Consejo Centroamericano de Abogados de Derechos Humanos y con parlamentarios, para fortalecer un enfoque del VIH/SIDA basado en los derechos humanos. Un análisis de las leyes existentes en la región mostró que no se abordaban adecuadamente las necesidades diferentes de hombres y mujeres, ni sus distintos papeles y respuestas a la epidemia. La iniciativa, que recibe el apoyo conjunto del UNFPA y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), también estudió leyes que rigen la discriminación en el lugar de trabajo, a fin de dar a las personas que viven con el VIH/SIDA un mayor acceso al sistema judicial. En Panamá, la Defensoría del Pueblo está incorporada actualmente en el Programa nacional contra el VIH/SIDA. En Honduras, se ha creado una red de abogados que se ocupan de derechos humanos y VIH/SIDA, con el propósito de combatir la injusticia. En Honduras y Panamá, entre las personas que viven con el VIH/SIDA va en aumento el número de quienes solicitan asesoramiento de un letrado. En Costa Rica, por ejemplo, las campañas sobre prevención del VIH y derechos humanos están cambiando las percepciones y procurando eliminar el estigma y la discriminación.

DERECHOS HUMANOS Y VIH/SIDA. En el último decenio, la comunidad internacional ha señalado a la atención el derecho de las personas que viven con el VIH a que se las trate con dignidad y sin discriminación. Dado que la epidemia afecta a cantidades cada vez mayores de mujeres (véase el Capítulo 4), los derechos de las mujeres infectadas con el VIH y los derechos reproductivos tienen ahora importancia mucho más crítica para frenar su propagación. Al respecto, los derechos a la información y los servicios voluntarios de planificación de la familia, así como la protección contra la coacción, tienen trascendencia fundamental.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) ha preparado directrices internacionales a fin de apoyar a los países que formulan estrategias y políticas para contrarrestar la epidemia³⁸. Algunos países han aprobado leyes para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA, por ejemplo, los derechos al tratamiento médico y a la no discriminación en el lugar de trabajo. Muchos otros países aún no han aprobado leyes: a fines de 2003, casi la mitad de los países de África al sur del Sahara y casi un 40% a escala mundial no tenían todavía leyes para prevenir la discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA³⁹. Son pocas las leyes que abordan los aspectos de género de la epidemia⁴⁰.

DERECHOS REPRODUCTIVOS.

Los derechos reproductivos, y su importancia central para el desarrollo, quedaron aclarados y reafirmados por primera vez a escala internacional en 1994, por la CIPD⁴¹. Esta constelación de derechos, que abarca derechos humanos fundamentales establecidos en tratados anteriores, fue reafirmada durante la Conferencia de Beijing, y posteriormente en varios acuerdos internacionales y regionales, así como en muchas leyes nacionales. El sistema internacional de derechos humanos está abordando cada vez más la importancia central de los derechos reproductivos, que se reconocen como fines valiosos en sí mismos e imprescindibles para el disfrute de otros derechos fundamentales. Se ha hecho especial hincapié en los derechos reproductivos de las mujeres y las adolescentes y en la importancia de los programas de educación sexual y salud reproductiva⁴².

Si todas las personas y todas las parejas pudieran ejercer sus derechos reproductivos, se aceleraría el progreso hacia la consecución de los ODM. La posibilidad de adoptar decisiones

bien fundamentadas con respecto a la salud reproductiva, el casamiento y la procreación, sin sufrir ningún tipo de discriminación o coacción, está estrechamente correlacionada con las perspectivas del país en cuanto a reducir la pobreza, mejorar el nivel de salud y educación, aumentar la productividad, elevar el nivel de vida y lograr la sostenibilidad del medio ambiente. Por ejemplo, si se reduce el número de embarazos no deseados gracias al acceso a servicios voluntarios de planificación de la familia, se contribuye así a reducir las tasas de mortalidad de menores de un año y derivadas de la maternidad, así como la transmisión del VIH de la madre al hijo. En el Recuadro 9 figuran ejemplos escogidos de otras maneras en que los derechos reproductivos promueven los ODM.

En la Encuesta Mundial sobre la aplicación del Programa de Acción de la CIPD realizada por el UNFPA en 2004, 131 países informaron de que habían adoptado medidas nacionales sobre derechos reproductivos⁴³. No obstante, en muchos países

la legislación nacional sigue guardando silencio sobre los derechos reproductivos y no se han adoptado medidas concretas para salvaguardar su vigencia, salvo algunas honrosas excepciones⁴⁴. Entre los ejemplos recientes de políticas y leyes, algunas de ellas notables por su enfoque integral, cabe mencionar las de Albania, la Argentina, Benin, el Chad, Colombia, Guinea, Malí y México⁴⁵. El Perú y Eslovaquia aprobaron leyes sobre el acceso a servicios voluntarios de planificación de la familia y garantizaron el derecho al consentimiento bien

fundamentado con respecto a la anticoncepción quirúrgica⁴⁶. En 2004, El Salvador enmendó su Código del Trabajo para prohibir la prueba de embarazo como condición de empleo. En la Ley sobre Empleo y Relaciones Laborales de la República Unida de Tanzania (2004) se prohíbe la discriminación por motivos de género, embarazo, discapacidad, estado civil o reacción serológica al VIH, con disposiciones concretas para licencia remunerada de maternidad y paternidad y descansos para amamantar⁴⁷.

En algunos países, se han ampliado los mandatos de comisiones parlamentarias nacionales y comisiones de derechos humanos, para que se encarguen del seguimiento de la vigencia de los derechos reproductivos y también se han establecido mecanismos para la presentación de denuncias. En 2003, los defensores públicos de países del Caribe recibieron capacitación sobre la manera de aplicar el concepto de dere-

“...los derechos reproductivos...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”.

— Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.3

Elementos de la salud reproductiva	Ejemplos de acciones basadas en los derechos humanos	Pertinencia a ODM concretos
Derecho a la vida y a la supervivencia	<p>Prevenir las muertes evitables de madres y recién nacidos</p> <p>Eliminar el descuido y la discriminación contra las niñas que puede contribuir a muertes prematuras</p> <p>Asegurar el acceso a la información y a métodos para prevenir infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH</p>	<p>Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)</p> <p>Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (ODM 4)</p> <p>Mejorar la salud materna (ODM 5)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6)</p>
Derecho a la vida y la seguridad de la persona	<p>Adoptar medidas para prevenir, sancionar y erradicar todas las formas de violencia por motivos de género</p> <p>Posibilitar que las mujeres, los hombres y los adolescentes adopten decisiones reproductivas libres de coacción, violencia y discriminación</p> <p>Eliminar la mutilación o corte genital femenino</p> <p>Eliminar la trata de personas con fines sexuales</p>	<p>Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM 1)</p> <p>Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)</p> <p>Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (ODM 4)</p> <p>Mejorar la salud materna (ODM 5)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6)</p>
Derecho a procurar, recibir e impartir información	<p>Ofrecer amplia y libremente información acerca de cuestiones de salud reproductiva y derechos reproductivos, y sobre políticas y leyes conexas.</p> <p>Proporcionar información completa a las personas para que puedan adoptar decisiones bien fundamentadas sobre salud reproductiva</p> <p>Apoyar la educación sobre salud reproductiva y vida en familia, dentro y fuera de las escuelas</p>	<p>Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6)</p>
Derecho a decidir el número de hijos, el momento de tenerlos y el espaciamiento entre ellos	<p>Proporcionar a las personas completa información a fin de que puedan elegir y utilizar correctamente un método de planificación de la familia</p> <p>Ofrecer acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos</p> <p>Posibilitar que las adolescentes aplacen el embarazo</p>	<p>Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM 1)</p> <p>Lograr la educación primaria universal (ODM 2)</p> <p>Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)</p> <p>Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente (ODM 7)</p>
Derecho a contraer matrimonio voluntariamente y establecer una familia	<p>Prevenir los matrimonios forzados y en la infancia y legislar para prohibirlos</p> <p>Prevenir las infecciones de transmisión sexual, causantes de infertilidad, y ofrecer tratamiento</p> <p>Proporcionar servicios de asesoramiento sobre salud reproductiva, inclusive para la prevención del VIH, a las adolescentes casadas y sus esposos</p>	<p>Lograr la educación primaria universal (ODM 2)</p> <p>Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (ODM 4)</p> <p>Mejorar la salud materna (ODM 5)</p> <p>Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6)</p>
Derecho al más alto nivel posible de salud	<p>Proporcionar acceso a servicios costeables, aceptables, integrales y de calidad de salud reproductiva y a la información al respecto</p> <p>Asignar equitativamente los recursos disponibles, dando prioridad a quienes tienen menor acceso a la educación y los servicios de salud reproductiva</p>	<p>Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM 1)</p> <p>Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)</p> <p>Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (ODM 4)</p> <p>Mejorar la salud materna (ODM 5)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6)</p>
Derechos de los beneficios del progreso científico	<p>Financiar la investigación sobre anticonceptivos, inclusive los métodos que controla la mujer, los microbicidas y los métodos masculinos</p> <p>Ofrecer una gama de opciones en materia de anticonceptivos</p> <p>Proporcionar el acceso a atención obstétrica de emergencia, que puede prevenir defunciones maternas y la fístula obstétrica</p>	<p>Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)</p> <p>Mejorar la salud materna (ODM 5)</p> <p>Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años (ODM 4)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6)</p>
Derecho a la no discriminación y la igualdad en la educación y el empleo	<p>Prohibir la discriminación en el empleo a raíz del embarazo, la prueba del uso de anticonceptivos o la maternidad</p> <p>Establecer programas para que las niñas sigan asistiendo a la escuela</p> <p>Velar por que las adolescentes embarazadas y casadas y las madres jóvenes puedan completar su educación</p>	<p>Erradicar la extrema pobreza y el hambre (ODM 1)</p> <p>Lograr la educación primaria universal (ODM 2)</p> <p>Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3)</p> <p>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6)</p>

chos humanos a los derechos reproductivos, una iniciativa copatrocinada por el UNFPA. Los parlamentarios también han desempeñado un papel fundamental en cuanto a mantener viva la atención del público en cuestiones de salud reproductiva y derechos reproductivos, mediante declaraciones de apoyo en conferencias parlamentarias internacionales copatrocinadas por el UNFPA y celebradas en Ottawa (2002) y Estrasburgo (2004)⁴⁸.

Los derechos reproductivos en la práctica

La postergación y la conculcación de los derechos reproductivos de la mujer suelen ocurrir a puertas cerradas. Muchas mujeres y adolescentes carecen de facultades para negociar decisiones reproductivas con sus compañeros y con sus familias, así como para orientarse en la utilización de los sistemas de salud y jurídicos. El ámbito sociocultural y económico general influye sobre las oportunidades y las opciones de que disponen los hombres y las mujeres en materia de salud reproductiva y derechos reproductivos. Los enfoques basados en derechos humanos toman en cuenta esos factores. Por ejemplo, los programas basados en los derechos humanos pueden alentar la responsabilidad compartida en materia de salud reproductiva mediante el asesoramiento a las parejas. Pueden movilizar a las comunidades para que comprendan los riesgos del matrimonio en la infancia, de los alumbramientos demasiado precoces o insuficientemente espaciados, fomentando así un ámbito de apoyo en que se adoptan decisiones. En lugar de limitarse a proporcionar condones (preservativos), un enfoque basado en los derechos humanos tratará de facultar a las mujeres, sensibilizar a sus compañeros y facilitar la cooperación y la negociación mutua sobre el uso del condón⁴⁹.

Los reales adelantos con respecto al derecho a la salud y los derechos reproductivos suelen ocurrir cuando los “titulares de los derechos” (clientes) y los “responsables de asegurar la vigencia de los derechos” (proveedores de servicios de salud) colaboran para encontrar soluciones. Un ejemplo temprano fue la Carta de los Derechos del Cliente (1992), ampliamente distribuida por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), en que se consideraba la calidad de la atención desde la perspectiva del cliente y se proporcionaba educación acerca de los derechos a la información y al carácter confidencial de los servicios. También es importante

informar a quienes prestan los servicios acerca de sus obligaciones. La Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos, difundida por la IPPF pocos años después, alentó a sus filiales a velar por el respeto de los derechos reproductivos y a responsabilizar a los gobiernos⁵⁰.

Otro buen ejemplo es el de las acciones apoyadas por el UNFPA en el Ecuador para poner en práctica la Ley de Atención Gratuita de la Maternidad, de 1998. Esta legislación, al igual que una política similar aprobada en Bolivia, proporciona libre acceso a un conjunto de servicios relativos al embarazo, la planificación de la familia y la atención de la salud de niños menores de cinco años. Aun cuando el Gobierno asignó recursos para la aplicación de esa ley, sigue habiendo problemas. En respuesta, el Gobierno ha establecido comités locales encargados de administrar los fondos locales destinados a servicios de salud, en colaboración con el Ministerio de Salud, las autoridades municipales, el Consejo Nacional de la Mujer y las organizaciones comunitarias. Se han establecido también comités de usuarios de los servicios, los cuales se reúnen con las mujeres de las comunidades circundantes para crear conciencia acerca de la ley e intercambiar ideas sobre su aplicación, además de monitorear dicha aplicación.

Derechos, género y cultura: en procura de la convergencia

El concepto de derechos humanos coliga a los habitantes del mundo en una humanidad común. Los estándares de derechos humanos adoptados a escala mundial deslindan el respeto por la rica diversidad de culturas y costumbres del mundo, y el rechazo de prácticas nocivas que ponen en peligro a las mujeres y las niñas. La CEDAW y la CRC, entre otros acuerdos internacionales, aclaran explícitamente que los gobiernos deben abstenerse de invocar las costumbres, la tradición o las creencias religiosas para justificar prácticas nocivas y lesivas a los derechos humanos y que además son formas de violencia y de conculcación de los derechos reproductivos de la mujer⁵¹. No obstante, hubo casos en que se recurrió al rela-

tivismo cultural y se motejó a los derechos humanos internacionales de “occidentales” a fin de legitimar prácticas y leyes nocivas que perpetúan la inequidad en cuestiones de género⁵². Por otra parte, las normas de derechos humanos en vigor reflejan un claro consenso internacional al respecto para orientar la acción y la responsabilidad de los países.

“La posibilidad de que las mujeres controlen su propia fecundidad es absolutamente fundamental para el empoderamiento y la igualdad de la mujer. Cuando una mujer puede planificar su familia, puede planificar el resto de su vida. Cuando goza de buena salud, puede ser más productiva. Y cuando se promueven y protegen...sus derechos reproductivos, tiene libertad para participar más plenamente y en condiciones de igualdad en la sociedad. Los derechos reproductivos son fundamentales para el adelanto de la mujer”.

— Thoraya A. Obaid, Directora Ejecutiva del UNFPA

Varias prácticas nocivas están firmemente arraigadas en la tradición. Aun cuando muchas de ellas reflejan un prejuicio de género subyacente, han sido adoptadas por padres, madres, abuelos y abuelas y legadas de una generación a la siguiente. Por ende, son facetas comúnmente aceptadas de la vida comunitaria. Pero la cultura no es estática; es dinámica y es algo adquirido⁵³. Las personas no son productos pasivos de sus culturas, sino que son activos participantes en su interpretación y su conformación. Como lo ha demostrado la experiencia en todo el mundo, las comunidades que comprenden los peligros dimanados de ciertas prácticas y las cuestionan desde su propio lente cultural, pueden movilizarse para cambiarlas o eliminarlas.

Los enfoques con sensibilidad cultural pueden ser eficaces para promover los derechos humanos y la igualdad entre hombres y mujeres, en diversos contextos nacionales y locales⁵⁴. Esos enfoques destacan la importancia de comprender la complejidad del contexto sociocultural en que operan los procesos de desarrollo. Asimismo, esos enfoques determinan los papeles y las perspectivas de diversas protagonistas y consideran la manera en que pueden introducirse cambios a nivel tanto normativo como de la sociedad. Esto incluye analizar las estructuras locales de poder y escuchar las opiniones de los líderes locales y los custodios de las normas y creencias culturales reinantes. Se toma en cuenta la importancia de detectar las subculturas y velar por la participación de aquellos cuyas voces tradicionalmente no se escuchan, entre ellos las mujeres, los adolescentes, las minorías étnicas y otros grupos. Los enfoques con sensibilidad cultural se centran en el diálogo comunitario y en la creación de conciencia acerca de derechos humanos y cuestiones de género, utilizando lenguaje y símbolos sociales que pueda internalizar la comunidad.

Las acciones para proscribir prácticas discriminatorias como el matrimonio en la infancia, los asesinatos “para preservar la honra”, los ataques para desfigurar con ácido y las prácticas para “heredar” o “purificar” a las viudas, entre otras, tienen pocas probabilidades de éxito, a menos que vayan acompañadas de medidas eficaces para promover normas equitativas que respeten los derechos de las niñas y las mujeres. Por ejemplo, algunos países de África al sur del Sahara y de Asia han proscrito la mutilación o corte genital femenino, la selección prenatal en función del sexo y el matrimonio en la infancia, pero tropiezan con dificultades para obligar a que se acaten dichas prohibiciones. En la medida en que las hijas sigan siendo objeto de discriminación y devaluación, especialmente en el contexto de las

limitadas opciones de que disponen las familias pobres, la mera prohibición del matrimonio en la infancia no logrará su propósito. De manera similar, tal vez sea difícil eliminar la mutilación o corte genital femenino cuando está estrechamente vinculado con las posibilidades de una mujer de contraer matrimonio y adquirir una identidad social. Esa práctica suele ser alentada por los parientes y marca el ingreso de la niña a una posición de mayor reconocimiento por la comunidad y mejor condición social.

Las transformaciones en las actitudes y las normas de género son posibles, especialmente cuando se toman en cuenta las opiniones y las preocupaciones de la comunidad. Por ejemplo, las medidas para reducir el número de casos de mutilación o corte genital femenino han tenido éxito cuando fueron acompañadas de la aceptación de rituales inocuos que obedecen al mismo propósito social, de modo de preservar valores importantes para la comunidad⁵⁵. La participación de personas socialmente prominentes, inclusive los líderes religiosos, puede tener importancia crucial para el cambio de las normas sociales. Un elemento clave en el espectacular éxito logrado en la República Islámica del Irán con la ampliación del acceso a la planificación de la familia (en los últimos dos decenios, la tasa de fecundidad total del país disminuyó desde un promedio de más de siete hijos por mujer hasta 2,3⁵⁶), fue el apoyo pleno de los imanes. Ellos alentaron las familias más pequeñas y emitieron edictos religiosos que hacían suya una gama completa de métodos anticonceptivos, inclusive la anticoncepción quirúrgica masculina⁵⁷. En el Yemen, se preparó una guía para los imanes y otros líderes religiosos que establece nexos entre planificación de la familia y salud reproductiva, y textos del Corán, y destaca las enseñanzas del Profeta relativas a la igualdad de mujeres y hombres. En Camboya, las alianzas concertadas con monjes y monjas budistas están contribuyendo a abordar la amenaza del VIH para los jóvenes⁵⁸.

Al aprovechar los sistemas de creencias y valores culturales y religiosos positivos imperantes en las comunidades locales, y al crear conciencia sobre el daño causado por los estereotipos de género y las prácticas conexas, los enfoques con sensibilidad cultural logran promover los derechos humanos de la mujer y la igualdad entre hombres y mujeres.

Apoyo a grupos no representados

A partir del decenio de 1990, se ha hecho mayor hincapié en lograr la vigencia de los derechos de grupos históricamente postergados y marginados; entre ellos, discapacitados, trabajadores migrantes y minorías y castas étnicas, raciales y

“No sabíamos que esa Ley existía. El Comité de Usuarios nos está ayudando a comprender que tenemos derechos”.

— Una mujer en la Provincia de Manabí, Ecuador

La calidad de la atención atañe tanto a los derechos como a los servicios. Cuando las personas y las comunidades tienen conciencia de sus derechos, pueden exigir una atención apropiada. Esta exigencia, a su vez, puede influir sobre quienes dispensan los servicios y sobre los sistemas de salud, mejorando su comprensión de cómo pueden prestar mejores servicios. Ésta es la premisa implícita en la iniciativa de "Voces más fuertes para la salud reproductiva", emprendida en 2001 por el UNFPA en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), con financiación de la Fundación pro Naciones Unidas. Al aportar a las personas información sobre sus derechos, la iniciativa ha movilizado a los residentes de comunidades en la India, Kirguistán, Mauritania, Nepal, el Perú y la República Unida de Tanzania para colaborar en pro de las mejoras en sus vidas.

En cuatro provincias rurales u *oblasts* de Kirguistán, la iniciativa ha creado mayor conciencia acerca de la Ley de derechos reproductivos, del año 2000. Las comunidades, los encargados de prestar servicios y los funcionarios de administraciones locales se reúnen regularmente para considerar la aplicación de la ley y los agentes de policía locales, maestros y abogados han recibido capacitación sobre derechos reproductivos. Uno de los cambios más importantes es que ahora, las comunidades objetan la práctica tradicional de "secuestro de la novia". Las familias están rescatando a hijas que han sido secuestradas como novias contra su voluntad y los líderes tribales están examinando denuncias sobre novias secuestradas.

"Debido a los problemas de salud sexual y reproductiva y la violencia doméstica, algunas familias sufrían problemas que fueron considerados a nivel de la aldea. No teníamos opiniones en común sobre esos temas. No teníamos conocimientos acerca de la Ley de derechos reproductivos. Pensábamos que estaba prohibido escribir acerca de cuestiones de salud sexual y reproductiva. Ahora conocemos de la Ley y sabemos cuáles son nuestros derechos".

—Aldayarova, 37 años, Kirguistán

"Nunca pensamos que eso podría pasarle a nuestra hija. Zarema aceptó una invitación a salir con este joven sólo una vez. Pocos días después...supimos que era una novia secuestrada. Nuestro primer pensamiento fue traerla de regreso al hogar. Pero nosotros respetamos nuestras tradiciones, de modo que decidimos dejarla por el momento con aquella familia. Más tarde, nos reunimos varias veces con Zarema. Yo me fui convenciendo cada vez más de que ella no iba a ser feliz con esa familia. Entonces, después de dos semanas, la trajimos de regreso. Todos los participantes en los talleres llegaron a la misma conclusión: que ante todo es necesario proteger los intereses y los derechos de las personas, antes que los de la sociedad...Otras cuatro familias adoptaron la misma decisión; no sacrificaron a sus hijas".

— La madre de Zarema, Kirguistán

Las poblaciones indígenas pobres del Perú, y especialmente sus adolescentes, tropiezan con barreras económicas, socioculturales y de género para recurrir a servicios de salud reproductiva. Voces más fuertes para la salud reproductiva opera en el distrito urbano más densamente poblado de Lima, San Juan de Lurigacho, donde un tercio de la población es joven y vive en extrema pobreza, y en la región de Pucallpa, en la jungla amazónica. La iniciativa, colaborando con los jóvenes, los proveedores de servicios de salud y los padres y madres, está mitigando el estigma que pesa sobre el acceso de las adolescentes a los servicios de salud reproductiva.

Los jóvenes están expresándose activamente en foros comunitarios públicos. Adolescentes y encargados de servicios de salud han participado en talleres conjuntos para fomentar la confianza y decidir de qué manera lograr que los servicios sean más acogedores para los jóvenes. En Pucallpa, el acto público de DiscoSIDA, completo con luces, música y videofilmes, atrajo a más de 600 jóvenes y 23 maestros para intercambiar ideas sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH, el uso de condones (preservativos) y la presión que ejercen los jóvenes sobre otros jóvenes. El Gobierno formuló una Guía de políticas de salud de los adolescentes mediante un proceso participatorio que incluyó a jóvenes y a otras organizaciones de la sociedad civil.

"Debemos cuidarnos a nosotras mismas, adoptar nuestras propias decisiones, tener nuestras propias ideas y ser más responsables, puesto que somos las únicas que vamos a protegernos y que nos preocupamos por nosotras mismas. Somos responsables de nuestro futuro".

—Niña adolescente en San Juan de Lurigacho

"Muchos pacientes vienen una vez y, si no son bien tratados, ya no vuelven".

—Proveedor de servicios de salud, Pucallpa

En la India, estado de Haryana, los grupos de autoayuda de mujeres participan en la mesa de negociación con las autoridades de distrito en reuniones de planificación de servicios de salud y plantean sus preocupaciones relativas a salud reproductiva y derechos reproductivos ante los encargados de prestar servicios y los *panchayats* (consejos locales de aldea). Esos grupos, operando como "centinelas", observan la calidad de la atención y salvaguardan los derechos de la mujer. Se capacita a los encargados de prestar servicios para que consideren las perspectivas de las clientas sobre la calidad de la atención. El proceso participatorio ha quebrado la "cultura de silencio" reinante en las comunidades con respecto a las prácticas nocivas, como la selección prenatal en función del sexo, la violencia en el hogar y el matrimonio en la infancia. Las mujeres de la comunidad están ahora más dispuestas a hablar acerca de cuestiones de derechos humanos.

"Después de recibir capacitación, hablé de cuestiones de salud sexual y salud reproductiva con mis dos hijas adolescentes, y también con mi esposo y mis vecinos. Consideramos detalladamente nuestros derechos. Ahora, si hubiera algún caso de violencia contra una mujer en nuestro vecindario, no lo toleraríamos en silencio, como solíamos hacerlo en el pasado".

—Mujer participante en una aldea del estado de Haryana, India

religiosas, entre ellos los *dalits* o “intocables” en la India, los gitanos en Europa y las comunidades indígenas en América Latina y otras regiones. En capítulos siguientes se considerarán los derechos de las mujeres y los niños en crisis humanitarias y los derechos de los adolescentes, dos grupos que constituyen grandes sectores, de importancia crítica, en las poblaciones de sus países.

En su conjunto, esos grupos marginados constituyen una proporción de gran magnitud de la población mundial: las personas impedidas, un 10% (o 600 millones)⁵⁹; las poblaciones indígenas, 370 millones residentes en unos 70 países⁶⁰; los migrantes internacionales, unos 175 millones de personas⁶¹. Las personas pertenecientes a estos grupos son las que están en peores condiciones en lo que respecta a los indicadores de los ODM; éste es especialmente el caso de las poblaciones indígenas, que suelen ser las más pobres entre los pobres. Suelen tener insuficiente acceso al agua potable y a otros recursos y verse empujadas a vivir dentro de ecosistemas frágiles. En comparación con las poblaciones generales de sus

países, tienen más altas tasas de mortalidad de menores de un año y de mortalidad derivada de la maternidad, mayor vulnerabilidad al VIH, menor acceso a la educación y una limitada participación en el gobierno y en los sistemas sociales que afectan sus vidas⁶². Todos esos grupos siguen siendo en gran medida invisibles y carecen de voz; a menudo se hace caso omiso de ellos en las políticas y leyes nacionales, aun cuando padecen múltiples formas de discriminación, pobreza estructural y exclusión social.

La discriminación por motivos de género exacerba las inequidades. Las adolescentes y las mujeres impedidas corren un riesgo particularmente alto de abuso sexual y tienen limitada autonomía y escaso acceso a la educación. Además, enfrentan riesgos de conculcación de sus derechos reproductivos, inclusive la esterilización forzada y la violación de sus derechos a contraer matrimonio y formar una familia⁶³. Las mujeres indígenas son blanco de violencia, por motivos tanto de género como raciales. La pobreza y el limitado acceso a los recursos coartan aún más el ejercicio de sus derechos econó-



11 MUJERES INDÍGENAS: RECUPERACIÓN DE SU DIGNIDAD Y REIVINDICACIÓN DE SUS DERECHOS

En el Ecuador y en otros países de América Latina, durante más de un decenio el UNFPA ha estado colaborando con comunidades indígenas para abordar la condición inerte, la discriminación y la baja autoestima que padecen las mujeres indígenas en sus vidas cotidianas, tanto en sus familias como cuando acuden en busca de servicios. La capacitación en cuestiones de derechos humanos y las nuevas oportunidades de diálogo y reflexión sobre la igualdad entre hombres y mujeres han ayudado a que las mujeres indígenas vuelvan a enorgullecerse de su legado cultural. Han sido facultadas para hacer frente a la violencia doméstica y exigir igualdad de derechos a la participación en la política y en las decisiones reproductivas, ámbitos en los cuales raramente se oyen las voces de las mujeres indígenas.

micos y sociales, mientras que las tradiciones patriarcales presentan obstáculos para que adopten decisiones y participen en actividades comunitarias⁶⁴. Las mujeres migrantes que acuden a ciudades en el extranjero en busca de trabajo están expuestas a la trata y la explotación y pueden terminar viviendo en condiciones de esclavitud, como sirvientas domésticas⁶⁵.

Afortunadamente, a partir del decenio de 1990 ha ido evolucionando un marco internacional de derechos humanos que ofrece mayor protección a esos grupos vulnerables y que reconoce cada vez más los factores agravantes adicionales de discriminación por motivos de género. En el último decenio, convenciones jurídicamente obligatorias⁶⁶, programas de acción mundial⁶⁷, los órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados internacionales de derechos humanos y los Relatores Especiales sobre los derechos humanos⁶⁸ han atraído creciente atención y propiciado la protección de los derechos de esos grupos. Se han preparado guías prácticas y normas de derechos humanos para la aplicación de políticas y programas nacionales⁶⁹. En algunas regiones, entre ellas África, Asia y las Américas, hay convenciones específicas y foros sobre los derechos humanos de las poblaciones indígenas y los discapacitados, que han puesto de relieve la discriminación contra esos grupos⁷⁰. Las redes de la sociedad civil han movilizad y establecido grupos de promoción para proteger sus derechos. Por ejemplo, el Foro

Internacional de Mujeres Indígenas es una plataforma para movilización y promoción de sus derechos⁷¹. Actualmente, algunos países reconocen explícitamente los derechos de esos grupos, en algunos casos prestando atención específicamente a la igualdad entre hombres y mujeres. Los planes nacionales sobre poblaciones indígenas en México y Nepal incorporan una perspectiva de género. El Perú estableció disposiciones constitucionales para la participación de dichos grupos en las elecciones⁷².

La escala sin precedentes de la migración y la trata de personas ha suscitado particular preocupación con respecto a los derechos de las mujeres migrantes. Muchos países están adoptando medidas de apoyo a las mujeres que han sido víctimas de trata y algunos gobiernos han establecido oficinas de migración, líneas telefónicas de emergencia y fácil acceso a la información⁷³. Jordania y Filipinas, con el apoyo del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), han establecido estándares mínimos y contratos especiales para trabajadoras domésticas⁷⁴. Filipinas ha concertado acuerdos bilaterales para promover los derechos de sus ciudadanas expatriadas que trabajan en el servicio doméstico. El Pakistán reglamenta las agencias de empleo para prevenir abusos y la India sufraga el regreso al país de trabajadoras domésticas que escapan de los malos tratos en el extranjero⁷⁵.

No obstante, sigue habiendo una enorme discrepancia entre las promesas y la práctica. La convención que protege los derechos de las poblaciones indígenas, si bien fue aprobada en 1989, sólo ha sido ratificada por 17 países⁷⁶. En 2004 finalizó el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo sin que se alcanzara un objetivo fundamental: la aprobación de un proyecto de declaración sobre la protección de sus derechos⁷⁷. De manera similar, la convención que protege los derechos de los trabajadores migrantes, si bien fue aprobada en 1990, no entró en vigor hasta 2003, a la espera de que la ratificara un número suficiente de países⁷⁸.

La Declaración del Milenio, de 2000, señala explícitamente los derechos de las minorías y los migrantes, así como los procesos políticos inclusivos⁷⁹. Proporciona una renovada oportunidad para un enfoque basado en los derechos humanos que pueda eliminar la discriminación y la exclusión de los grupos postergados, factores subyacentes de la pobreza que son escollos para alcanzar los ODM.



4 Salud reproductiva: una medida de equidad

“Las diferencias en materia de salud reproductiva entre ricos y pobres—dentro de un mismo país y entre distintos países—son mayores que en ningún otro aspecto de la atención de la salud”.

— Proyecto del Milenio, Naciones Unidas

Los trastornos de la salud reproductiva son la principal causa de enfermedad y muerte de las mujeres en todo el mundo. Cuando se engloban mujeres y hombres, a escala mundial los trastornos de la salud reproductiva son la segunda causa de enfermedad, después de las enfermedades transmisibles (véase el Gráfico 1). Esas cifras ocultan enormes disparidades, tanto entre distintos países como dentro de un mismo país. Debido a que el nivel de salud reproductiva depende en tan alto grado del nivel de ingresos y del género, abordar esta cuestión pasa a ser un problema de justicia social, de ética y de equidad.

La salud reproductiva y los derechos reproductivos son fines importantes por sí mismos. Constituyen la base de las relaciones satisfactorias, la armoniosa vida en la familia y el sueño de un futuro mejor. La salud reproductiva y los derechos reproductivos también son las piedras angulares para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): ofrecen a las mujeres y los jóvenes un mayor control sobre sus propios destinos y les dan oportunidades de superar la pobreza. No obstante, la pobreza y la discriminación por motivos de género en todo el mundo impiden que millones de personas ejerzan sus derechos reproductivos y protejan su salud reproductiva. Los costos son mayores para las mujeres y las adolescentes pobres. Esos costos, multiplicados por las familias, las comunidades y los países, son exorbitantes.

El acceso universal a servicios de salud reproductiva es un objetivo asequible, que podría prevenir la mayoría de los problemas de salud reproductiva y también podría estimular el progreso en distintas esferas del desarrollo social y económico, como ya se indicó en este informe. Algunos países, incluso con altos niveles de pobreza, han demostrado lo que se puede lograr cuando hay liderazgo político, combinado con conocimientos técnicos y recursos. Entre los países que lograron reducir la mortalidad derivada de la maternidad cabe mencionar actualmente a Bangladesh, Bolivia, China, Cuba, Egipto, Honduras, Indonesia, Jamaica, Malasia, Sri Lanka, Tailandia y Túnez, entre otros¹. Bangladesh, un país que figura entre los menos adelantados, también ha logrado

progresos excepcionales en la ampliación del acceso a servicios de planificación de la familia². Los pocos ejemplos de éxito en reducir la propagación del VIH—principalmente el Brasil, Camboya, el Senegal, Tailandia y Uganda—contaron con liderazgo político, combinado con una amplia movilización social.

Las cuestiones y preocupaciones atinentes a la salud reproductiva abarcan muchos aspectos de la vida social y económica y su resolución excede la capacidad del sector de salud por sí sólo. Pero muchos problemas, y sus costosas consecuencias, podrían evitarse si se abordara sistemáticamente la salud reproductiva dentro del marco de la atención primaria de la salud, como línea de frente en la prevención y la atención. Para esto será necesario fortalecer los sistemas de salud, fomentar la conciencia en las comunidades a cuyo servicio están y ampliar el acceso a programas de salud reproductiva que respondan a factores sociales, culturales, económicos y de género.

CONSECUENCIAS COSTOSAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA. El éxito de la lucha contra la pobreza requiere una población saludable, libre de trastornos reproductivos. Los trastornos de salud reproductiva, aun cuando son prevenibles casi por completo, siguen generalizados en gran parte del mundo en desarrollo. Esos problemas arruinan vidas, agobian a las familias, sobrecargan los sistemas de salud y debilitan a los países. Los costos abarcan desde la congaja de un niño sin madre hasta el deterioro de la energía y la menor productividad de millones de mujeres. Incluyen defunciones maternas, embarazos no deseados, altas tasas de fecundidad, niños abandonados, abortos realizados en malas condiciones e infección con el SIDA, así como infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades concomitantes: cáncer, infertilidad y enfermedades del recién nacido.

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), 179 gobiernos prometieron acceso universal a los servicios de salud reproductiva, “tan pronto como sea posible y no después de 2015”³. De esa confe-

rencia surgió el consenso mundial sobre que los derechos reproductivos son fundamentales para los derechos humanos, el desarrollo sostenible, la igualdad entre hombres y mujeres y la ampliación de los medios de acción de la mujer. Aun cuando no se incluyó explícitamente como uno de los ODM el objetivo de la atención universal de la salud reproductiva, hay acuerdo internacional en que sólo podrán alcanzarse los ODM si se redoblan los esfuerzos y se aumentan los recursos con destino a cuestiones de salud reproductiva y derechos reproductivos. En verdad, en el Proyecto del Milenio se llega a la conclusión de que la salud reproductiva tiene importancia crítica para “el éxito general del crecimiento económico y la reducción de la pobreza” y sigue siendo uno de los “elementos clave del capital humano adecuado”, esenciales para alcanzar los ODM⁴.

La reducción de la pobreza, la igualdad entre hombres y mujeres y la salud reproductiva van de consuno. Están interrelacionados, se refuerzan mutuamente y todos tienen efectos positivos que pueden durar varias generaciones. Los supuestos sociales y culturales sobre papeles femeninos y masculinos afectan intensamente las decisiones sobre comportamiento reproductivo y sexual, y estas últimas, a su vez, influyen sobre las perspectivas de desarrollo social y económico. Cuando se inculcan a los niños normas y estereotipos restrictivos, se perpetúan los ciclos de discriminación por motivos de

“Si la mujer disfruta de mejor salud y educación, y tiene posibilidad de planificar el futuro de su familia, se amplían sus opciones económicas y, al mismo tiempo, se liberan su mente y su espíritu”.

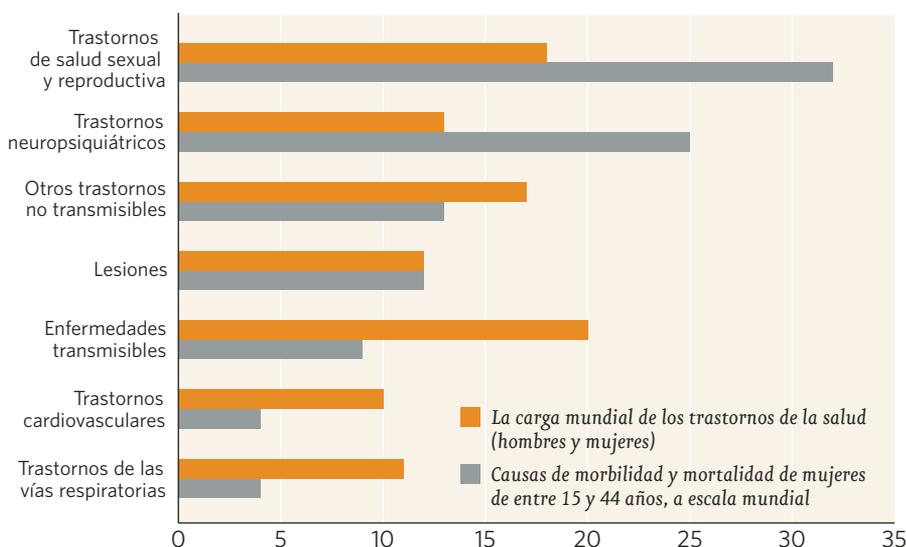
— Nafis Sadik, Secretaria General de la CIPD

género, mala salud y pobreza. Los efectos se ponen de manifiesto de maneras directas e indirectas, y de manera más palpable en la incidencia de defunciones y lesiones maternas e infecciones con el VIH.

Defunción y discapacidad de las madres

Las tasas de defunción y lesión a raíz de la maternidad ponen agudamente de manifiesto los efectos de la pobreza y la inequidad por razones de género sobre la salud reproductiva. Cada minuto, una mujer pierde innecesariamente la vida por causas relacionadas con el embarazo. Esto representa más de medio millón de vidas de madres perdidas cada año, cantidad que no ha mejorado en los últimos decenios⁵. Hay también otras mujeres, ocho millones o más, que sufren trastornos de salud a lo largo de toda la vida debido a las complicaciones del embarazo⁶. Toda mujer, rica o pobre, enfrenta un riesgo del 15% de padecer complicaciones cuando se aproxima el parto, pero en las regiones desarrolladas la defunción a raíz de la maternidad es prácticamente inexistente⁷. La falta de progreso en muchos países en cuanto a reducir la mortalidad derivada de la maternidad destaca el escaso valor asignado a la vida de la mujer y refleja su limitada voz en la fijación de prioridades públicas. En los países en desarrollo, podrían salvarse las vidas de muchas mujeres mediante intervenciones de salud reproductiva que para los habitantes de países ricos son algo normal y habitual.

Gráfico 1: La carga mundial de los trastornos de la salud sexual y reproductiva



Fuente: OMS, 2002, citado en la publicación Alan Guttmacher Institute/UNFPA, 2003, Adding it up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care.

POBREZA, DISCRIMINACIÓN Y SUPERVIVENCIA DE LAS MADRES.

La pobreza acrecienta los riesgos intrínsecos del parto, y la mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad agravan la pobreza. En África al sur del Sahara, donde las altas tasas de fecundidad multiplican los peligros que las madres enfrentan a lo largo de todas sus vidas, la probabilidad de que una mujer muera a consecuencia del embarazo es de 1:16. En algunas de las zonas más pobres, el riesgo es de 1:6. En cambio, en los países industrializados el riesgo a lo largo de toda la vida es de sólo 1:2.800⁸. Un 99% de las defunciones derivadas de la maternidad ocurren en países en desarrollo; casi todos—95%—en África y Asia⁹. El nivel de

riqueza es un factor: en el año 2000, las dos terceras partes de las defunciones de madres ocurrieron en trece de los países más pobres del mundo, y una cuarta parte, en la India solamente¹⁰. Dentro de un mismo país, las mujeres más ricas tienen mucho mejor acceso a la atención obstétrica por personal capacitado que las mujeres pobres (véase el Gráfico 2).

La pobreza y la discriminación por motivos de género exacerbaban los problemas de salud reproductiva a lo largo del ciclo vital. Las bases de una buena salud reproductiva quedan establecidas muy temprano en la vida. Por ejemplo, el retraso en el crecimiento de las niñas insuficientemente alimentadas (hipotrofia nutricional) aumenta los riesgos de que más adelante en sus vidas, padezcan una obstrucción del parto. Las madres malnutridas y sus hijitos son vulnerables a la muerte prematura y la discapacidad crónica. La anemia, que puede causar hemorragia de posparto, aflige a entre 50% y 70% de las embarazadas en los países en desarrollo¹¹.

La discriminación por motivos de género, que afecta la educación, la atención de la salud y la falta de control sobre los recursos económicos y las decisiones reproductivas, agrava aún más los riesgos del embarazo. Las más altas tasas de mortalidad derivada de la maternidad suelen estar asociadas con la desigualdad entre hombres y mujeres¹². Aun cuando la utilización de anticonceptivos puede prevenir entre un 20% y un 35% de las defunciones derivadas de la maternidad¹³, la intermitencia en los suministros y los deficientes servicios de planificación de la familia, así como las normas sociales, suelen ser obstáculos para que las mujeres los utilicen. La educación insuficiente deja a menudo a las mujeres con escasa o ninguna comprensión de los riesgos del parto y otras cuestiones de salud, inclusive cómo orientarse dentro del sistema de salud o cómo negociar con la familia una oportuna atención médica que puede salvar la vida. Puede tener importancia crítica que las mujeres estén informadas acerca de su derecho a recibir atención gratuita (allí donde ésta existe). Los altos costos de los servicios pueden empujar a las familias hacia la pobreza y agravar sus problemas económicos. La necesidad de pagar derechos puede así disuadir a la familia de solicitar servicios, especialmente cuando se considera que la calidad de la atención prestada no es mejor que la que aportan las parteras tradicionales, las cuales gozan de la confianza de las mujeres.

PAGAR EL PRECIO: EMBARAZO NO DESEADO Y ABORTO REALIZADO EN MALAS CONDICIONES. El aborto realizado en malas condiciones es una de las causas principales de la mortalidad derivada de la maternidad y puede redundar en lesiones permanentes. Debido a la falta de acceso a servicios de planificación de la familia, solamente en los países en desarrollo hay cada año unos 76 millones de embarazos no

12 DE TAL PALO, TAL ASTILLA

Los buenos servicios de salud reproductiva y el ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer pueden contribuir a velar por que cada recién nacido sea deseado y amado y tenga posibilidades de prosperar. En cambio, la deficiente salud reproductiva de la madre puede menoscabar la salud y el bienestar de sus hijos.

La mortalidad derivada de la maternidad y la de menores de un año están estrechamente vinculadas entre sí. Cuando una mujer muere en el parto, su hijito recién nacido suele morir también. Un recién nacido que ha perdido a su madre tiene probabilidades entre tres y diez veces superiores de morir que otro cuya madre ha sobrevivido. Los niños que sobreviven también sufren. Las madres suelen ser las encargadas primordiales de la salud, la educación y la nutrición de sus hijos y, en muchos casos, también contribuyen al sostén del hogar, o son su sostén principal. Cada año, hasta dos millones de niños pierden a sus madres por falta de servicios comúnmente disponibles en países más ricos.

El espaciamiento entre alumbramientos reduce sustancialmente la mortalidad de recién nacidos. Un intervalo de entre dos y tres años entre alumbramientos reduce las probabilidades de nacimiento prematuro y bajo peso al nacer. Se atribuye al espaciamiento entre alumbramientos una reducción de la mortalidad infantil de cerca del 20% en la India y del 10% en Nigeria. En general, los niños no deseados son más vulnerables que los demás a las enfermedades y la muerte prematura.

Además, la detección de las enfermedades de transmisión sexual, como parte del reconocimiento de rutina de las embarazadas, puede mejorar las posibilidades de supervivencia, dado que esas infecciones pueden causar aborto espontáneo, nacimiento de fetos muertos, alumbramiento prematuro, bajo peso al nacer, ceguera y neumonía. La sífilis es causa de enfermedad o muerte en un 40% de los recién nacidos afectados. La detección voluntaria de las infecciones de transmisión sexual y el VIH puede propiciar que las futuras madres reciban tratamiento para su protección y la de sus hijos.

deseados¹⁴. Cada año, se realizan 19 millones de abortos en condiciones sépticas o inaceptables desde el punto de vista médico. Esto conduce a que se pierdan unas 68.000 vidas¹⁵. Muchas mujeres que solicitan un aborto están casadas; suelen ser pobres y tropiezan con dificultades para mantener a los hijos que ya tienen¹⁶. Las investigaciones indican que uno de cada diez embarazos terminará en un aborto realizado en malas condiciones; y las mayores cantidades de esos abortos se practican en países de Asia, África y América Latina¹⁷.

El aborto realizado en malas condiciones es una de las principales razones por las que mujeres y adolescentes solicitan atención de emergencia: en África al sur del Sahara, entre una quinta parte y la mitad de todas las camas de servicios ginecológicos están ocupadas por la atención posterior al aborto¹⁸. Muchas mujeres temen que se sepa que han solicitado un aborto y también temen las actitudes de censura de los encargados de prestar servicios, de modo que aplazan el momento de solicitar tratamiento hasta que es demasiado tarde. Los múltiples costos de los abortos realizados en malas condiciones son muy superiores a los precios de los anticon-

ceptivos que podrían haber prevenido ese sufrimiento.

El Programa de Acción de la CIPD reconoce los efectos del aborto realizado en malas condiciones como “importante cuestión de salud pública” y exhorta a los gobiernos a no escatimar esfuerzos para prevenir los embarazos no deseados y reducir el recurso al aborto “mediante servicios más amplios y mejores de planificación de la familia”¹⁹. Esta estrategia es de eficacia comprobada: el acceso a anticonceptivos seguros y eficaces disminuye la incidencia del aborto inducido²⁰. En varios países de Europa central y oriental, las tasas de aborto disminuyeron rápidamente tras el establecimiento de información y servicios de planificación de la familia, el aumento en el suministro de anticonceptivos y la activa participación de grupos de la sociedad civil y confesionales²¹. La disminución más pronunciada fue la ocurrida en Rumania, donde entre 1995 y 1999, las tasas de aborto disminuyeron desde 52 hasta 11 por mil en el grupo de mujeres de 15 a 44 años de edad²².

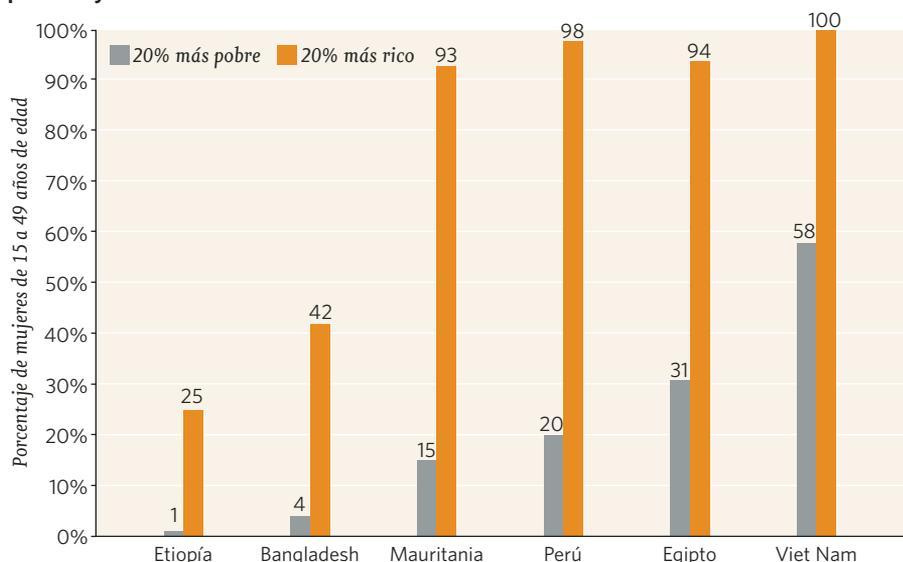
LOS HOMBRES Y EL EMBARAZO. Cuando el embarazo se define como “cuestión de mujeres”, puede ser limitada la participación de los hombres en las decisiones y responsabilidades que éste entraña. No obstante, al ayudar a los hombres y las comunidades a apreciar los riesgos del embarazo, es posible mejorar las probabilidades de que una mujer obtenga atención que puede salvarle la vida²³. En Uganda, al educar a los padres acerca de un parto en condiciones de más segu-

ridad, se desalentaron los partos en el hogar en malas condiciones²⁴. En la India, al capacitar a los médicos para que involucren a los hombres en la atención de la maternidad se logró que aumentara el número de esposos que acompañan a sus esposas a las clínicas de atención prenatal²⁵. En una encuesta se comprobó que en zonas rurales de China, cuando los esposos compartían las tareas domésticas y las responsabilidades de crianza de los hijos, era más probable que las mujeres recibieran atención prenatal, redujeran su carga de trabajo antes de dar a luz y tuvieran partos en condiciones más sanitarias²⁶. En Indonesia, el Movimiento Propicio a las Madres—junto con el programa Esposos Alerta—ayudó a las comunidades a reconocer la necesidad de apoyo materno y establecer transporte de emergencia para las mujeres que han iniciado el trabajo de parto²⁷.

SALVAR VIDAS DE MUJERES. Aun cuando la maternidad sin riesgo ha ocupado un lugar prominente en el temario internacional durante casi dos decenios, el progreso ha sido desigual y en algunos países están aumentando las tasas de mortalidad derivada de la maternidad²⁸. Se sabe más acerca de cuáles son las estrategias más eficaces para evitar las defunciones y las lesiones derivadas de la maternidad; ellas son: planificación de la familia para reducir el número de embarazos no deseados; atención de todos los partos por personal capacitado; atención obstétrica de emergencia oportuna y apropiada para todas las complicaciones²⁹. Las mayores dificultades son los débiles sistemas de salud, el limitado transporte en zonas remotas y rurales, la escasez de personal de salud capacitado y la limitada disponibilidad de anticonceptivos. La discriminación por motivos de género puede dificultar la tarea de reunir la voluntad política y los recursos necesarios para el cambio.

El programa Evitar la Muerte y Discapacidad Maternas (AMDD) es una importante iniciativa para mejorar la atención obstétrica de emergencia en los países en desarrollo. El UNFPA, la OMS, el UNICEF y muchas organizaciones no gubernamentales se han asociado con gobiernos de todo el mundo en desarrollo para reestructurar los sistemas de salud y crear capacidad. El UNFPA apoya programas para ampliar la atención del parto por personal capacitado y la atención obstétrica de

Gráfico 2: Partos atendidos por personal capacitado*, grupos de mujeres más pobres y más ricas



* La definición de personal capacitado abarca médicos, enfermeras y parteras diplomadas.

Fuente: Banco Mundial. 2004. *Round II Country Reports on Health, Nutrition and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries.*

emergencia, en beneficio de las mujeres de zonas pobres y rurales, inclusive la capacitación de los encargados de servicios de salud, que ahora se está impartiendo en 76 países³⁰. Uganda está abordando varios de los problemas que obstan a la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad, inclusive equipar los centros de salud y dotarlos de médicos y enfermeras, además de establecer sistemas de remisión de pacientes a otros establecimientos y de transporte para emergencias. En algunas zonas se ha establecido un sistema de comunicaciones por radio ('RESCUER') y de servicios de ambulancia³¹. En tres regiones de Nicaragua, la proporción de mujeres que recibieron atención obstétrica de emergencia aumentó desde 37% en 2000 hasta 50% en 2003³². En el Senegal, dentro del año posterior al inicio del apoyo del UNFPA a un centro de salud local, se salvaron las vidas de 100 campesinas³³. En el Yemen, ha aumentado el número de mujeres encargadas de prestar servicios y se ha capacitado a 12.000 parteras de la comunidad³⁴.

Algunos países tratan de resolver su aguda escasez de médicos delegando la atención obstétrica en otro tipo de personal médico, tras capacitarlo: por ejemplo, en Mozambique se ha capacitado a enfermeras para que practiquen operaciones cesáreas³⁵. En Nepal y el Afganistán—país que tiene una de las más altas tasas mundiales de mortalidad derivada de la maternidad— se capacita a las parteras para que proporcionen atención calificada del parto³⁶.

Las comunidades desempeñan un papel fundamental en la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad. Los agentes de salud locales, que gozan de la confianza de la comunidad, pueden remitir a las mujeres a establecimientos del sistema oficial de salud y alentarlas a que den a luz en ámbitos seguros. En los países pobres, a fin de obtener transporte de emergencia para complicaciones, por ejemplo, las comunidades pueden aunar sus recursos y cooperar con conductores de taxi, autobús o camión y sus sindicatos. En Honduras, entre 1990 y 1997 gracias a acciones comunitarias se redujo la mortalidad materna en un 37% y aumentó en un 33% la atención del parto por personal capacitado en zonas rurales³⁷. En el Senegal, se captó la colaboración de los imanes para que promuevan la maternidad sin riesgo³⁸.

La feminización del VIH/SIDA

Cada vez se comprueba con más frecuencia que "el rostro del VIH/SIDA es un rostro de mujer"³⁹. Las mujeres son más susceptibles que los hombres a la infección, debido a factores

sociales, culturales y fisiológicos. Actualmente, el número de mujeres infectadas es superior al de hombres. Aun cuando inicialmente la epidemia afectó mayormente a los hombres, hoy casi la mitad de los 40 millones de personas que viven con el VIH son mujeres. Las más altas tasas de infección se registran en países donde la epidemia se ha generalizado y donde la transmisión es primordialmente heterosexual, a menudo en el marco del matrimonio⁴⁰. De todas las personas que viven con el VIH, un 57% en África al sur del Sahara y un 49% en el Caribe son mujeres; y las jóvenes son las que están en situación de más alto riesgo (véase el Capítulo 5)⁴¹. De las mujeres de todo el mundo que tienen reacción serológica positiva al VIH, un 77% son africanas⁴².

EN EL CENTRO DE LA EPIDEMIA: POBREZA, VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN POR MOTIVOS DE GÉNERO.

La discriminación por motivos de género, la pobreza y la violencia son aspectos medulares de la epidemia de SIDA (véase el

"La cantidad de mujeres y niñas víctimas...colocan a África y al mundo frente a un reto práctico y moral, que ubica las cuestiones de género en el centro de la condición humana. La práctica de hacer caso omiso de los análisis de género ha pasado a ser letal".

— Stephen Lewis, Enviado del Secretario General de las Naciones Unidas a África, Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona

Recuadro 13). Fisiológicamente, las mujeres tienen probabilidades al menos dos veces mayores que los hombres de quedar infectadas con el VIH en las relaciones sexuales⁴³. Las mujeres y las niñas suelen estar mal informadas acerca de cuestiones sexuales y reproductivas y tienen mayores probabilidades que los varones de ser analfabetas. Suelen carecer de poder de negociación y de apoyo social para insistir en condiciones de mayor seguridad o para rechazar las propuestas sexuales. La violencia por motivos de género es un gran factor de riesgo para

contraer el VIH (véase el Capítulo 7). Además, la pobreza obliga a muchas mujeres a realizar trabajo sexual para su subsistencia o a entablar relaciones transaccionales que excluyen la utilización de condones. Con frecuencia, esas mujeres, por razones económicas, no pueden abandonar a su pareja, aun cuando sepan que el hombre está infectado o estuvo expuesto al contagio con el VIH⁴⁴. Algunas prácticas nocivas—la mutilación o corte genital femenino, el casamiento en la infancia y la práctica de "heredar a la viuda" (unión de la viuda con un pariente del esposo fallecido)—agravan los riesgos que corren las mujeres.

Muchas personas siguen careciendo de conocimientos sobre la manera de protegerse contra el VIH. A escala mundial, en 2003 sólo pueden llegar a un 8% de las embarazadas y a un 16% de las trabajadoras del sexo⁴⁵. Si bien los países, en su mayoría, incluidos los de África al sur del Sahara, han adoptado estrategias nacionales para combatir la epidemia, hay todavía millones de mujeres

y hombres—en verdad, una vasta mayoría—que no tienen acceso a los servicios y carecen de tratamiento.

LAS CUESTIONES DE GÉNERO SON IMPORTANTES. Los enfoques de la prevención del VIH sensibles a las cuestiones de género son fundamentales para frenar la epidemia. Además, pueden ejercer efectos catalíticos y promover una transformación social más amplia. Las mujeres pueden obtener más control de las decisiones que afectan sus vidas con el apoyo y la cooperación de sus compañeros, de quienes prestan servicios, de las comunidades y de los gobiernos. Los jóvenes varones que aprenden a respetar a las mujeres y a comprender sus responsabilidades en la lucha contra el VIH/SIDA tienen mayores probabilidades de utilizar un condón. Puede lograrse que los esposos protejan a sus esposas y a sus futuros hijos contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Tiene importancia crucial la prevención del VIH entre las mujeres en edad de procrear. Los servicios de planifica-

ción de la familia de uso voluntario deben ser parte integrante de todas y cada una de las estrategias para frenar la epidemia. Los principios éticos y de derechos humanos imponen que las mujeres que tienen reacción serológica positiva al VIH puedan efectuar opciones bien fundamentadas sobre la planificación de la familia, inclusive prevenir el embarazo no deseado. El acceso al tratamiento con medicamentos contra los retrovirus puede contribuir a salvaguardar el bienestar de la mujer y a prevenir la tragedia de que transmita el VIH a sus hijos.

Los programas de prevención, atención y tratamiento han abierto gradualmente un intercambio de ideas sobre cuestiones de género, sexualidad y reproducción. En 2004, el ONUSIDA inició la Coalición Mundial sobre las Mujeres y el SIDA, una alianza mundial de grupos de la sociedad civil, redes de mujeres que viven con el VIH/SIDA, gobiernos y organismos de las Naciones Unidas. Su plataforma exhorta a proporcionar educación y alfabetización a las mujeres y ase-

13 VIH/SIDA: ¿QUÉ TIENE QUE VER AL RESPECTO EL GÉNERO?

De todas las nuevas infecciones con el VIH, unas tres cuartas partes son resultado de la transmisión sexual entre hombres y mujeres. Las actitudes y los comportamientos de los hombres tienen importancia crítica para las acciones de prevención. Los hombres tienen un abrumador poder en las decisiones sobre cuestiones sexuales, inclusive sobre si utilizar o no condones. En muchas sociedades, se espera que las mujeres sepan muy poco sobre esas cuestiones y las que plantean la cuestión del uso de condones corren el riesgo de ser acusadas de infidelidad o promiscuidad. La violencia contra las mujeres y las adolescentes, y el temor a esa violencia, menoscaban más aún la posición de negociación de la mujer.

- El SIDA surgió en el decenio de 1980 como una enfermedad masculina; pero ha ido en aumento la proporción de mujeres infectadas, en comparación con los hombres, desde 35% en 1990 y 41% en 1997, hasta 48% en 2004.
- De las mujeres que tienen reacción serológica positiva al VIH, muchas están casadas y sólo han tenido un compañero sexual: sus esposos.
- En algunas partes de África y del Caribe, las dos regiones donde es más alta la prevalencia del VIH, las probabilidades de que las jóvenes (de 15 a 24 años de edad) estén infectadas son hasta seis veces mayores que las de los varones de la misma edad.
- Las jóvenes son el grupo más afectado en todo el mundo: constituyen un 67% de todos los nuevos casos de VIH en el grupo de 15 a 24 años de edad en los países en desarrollo. En África al sur del Sahara, las jóvenes constituyen un 76% de los jóvenes que viven con el VIH. En algunos países de África al sur del Sahara, donde está proliferando el SIDA, hasta un 38% de las adolescentes solteras de 15 a 19 años de edad han entablado relaciones sexuales a cambio de dinero o de mercancías.

El matrimonio: ¿Protección o riesgo de VIH?

En general, la gente piensa que el matrimonio es un ámbito “seguro”, pero en muchos lugares acarrea para las mujeres apreciables riesgos de infectarse

con el VIH. Las cifras indicadas a continuación, tomadas de estudios nacionales y de encuestas en menor escala entre mujeres, describen la situación:

- Más de cuatro quintas partes de las nuevas infecciones de mujeres con el VIH ocurren dentro del matrimonio o en relaciones de pareja de larga duración.
- Se estima que en África al sur del Sahara, entre 60% y 80% de las mujeres que tienen reacción serológica positiva al VIH han sido infectadas por sus esposos, sus únicos compañeros sexuales.
- Al menos un 50% de todas las mujeres senegalesas que viven con el VIH indicaron sólo un factor de riesgo: vivir en una unión “monógama”.
- En México, más del 30% de las mujeres diagnosticadas con el VIH descubren su situación después del diagnóstico de sus esposos.
- En la India, un 90% de las mujeres que viven con el VIH dijeron que al contraer matrimonio eran vírgenes y que se mantuvieron fieles a sus esposos durante el matrimonio.
- En Camboya, un 42% de todas las nuevas infecciones con el VIH se deben a la transmisión de los esposos a sus esposas. De las nuevas infecciones, una tercera parte corresponde a los hijitos de esas mujeres.
- En Tailandia, un 75% de las mujeres que viven con el VIH probablemente han sido infectadas por sus esposos.
- En Marruecos, hasta un 55% de las mujeres con reacción serológica positiva al VIH fueron infectadas por sus esposos.
- Los estudios indican que las mujeres casadas prefieren correr un riesgo de infección con el VIH antes que pedir a sus esposos que utilicen un condón (preservativo), pues eso las obligaría a encarar el hecho de que ellos podrían ser infieles. En dos distritos de Uganda, sólo un 26% de las mujeres dijeron que es aceptable que la esposa pida a su esposo que use un condón.

gurar la vigencia de sus derechos económicos; proporcionar igual acceso al tratamiento con medicamentos contra los retrovirus; proporcionar acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva; promover la modificación de los perniciosos estereotipos de género; e imponer una tolerancia nula respecto de la violencia por motivos de género⁴⁶.

LA SALUD REPRODUCTIVA Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES INFECTADAS CON EL VIH.

En los países en desarrollo, la mayoría de las mujeres que tienen reacción serológica positiva al VIH carecen de acceso al tratamiento contra los retrovirus, para sí mismas y para prevenir la transmisión a sus hijos. Además, muchos suponen que las mujeres infectadas con el VIH no entablarán relaciones sexuales y opinan que ellas no deberían tener hijos⁴⁷. En consecuencia, se suele denegar a esas mujeres la información y los servicios necesarios para prevenir el embarazo y la transmisión del VIH de la madre al hijo, y se les

deniega el acceso a la atención de calidad prenatal y obstétrica. En las sociedades donde se espera de las mujeres que tengan hijos, las mujeres infectadas con el VIH que eligen no tener hijos deben enfrentar a la vez la desaprobación social por ese hecho y los recelos y prejuicios que inspira su condición. La protección de los derechos reproductivos de las mujeres infectadas con el VIH, inclusive la prevención del aborto y de la esterilización bajo coacción, es una cuestión de derechos humanos de importancia crítica.

La Comunidad Internacional de Mujeres que Viven con el VIH/SIDA, entidad creada para abordar la falta de apoyo a las mujeres afectadas con el VIH, ha conducido la iniciativa Voces y Opciones en Centroamérica, el África occidental, Tailandia y Zimbabwe, a fin de promover los derechos de la mujer a la salud sexual y reproductiva⁴⁸. En la Argentina, FEIM, una importante ONG de mujeres, difundió la Carta de Derechos de la Mujer, preparada durante la Conferencia Internacional sobre el SIDA de 2002, y capacita al personal

“Yo, no comprendía cómo yo, una mujer obediente, podía haber sido infectada, puesto que siempre fui fiel al único hombre en mi vida”.

— Mujer de Burkina Faso que vive con el VIH

No es tan simple como “ABC”

El enfoque “ABC” de la prevención del VIH, corresponde a las iniciales en inglés de tres preceptos: **A**bstenerse de las relaciones sexuales, **S**er fiel a la pareja, o usar **C**ondones. En verdad, los programas ABC han creado mayor conciencia acerca de la prevención del VIH. No obstante, a menos que tanto las mujeres como los hombres estén en condiciones de adoptar decisiones libres y bien fundamentadas, los mensajes “ABC” pueden dejar de lado factores de importancia crítica, que deben enfrentar millones de mujeres:

- ¿Puede una adolescente insistir en que su esposo, de más edad, use un condón o sea fiel?
- ¿Puede una mujer maltratada que depende de su compañero o esposo para que la mantenga a ella y mantenga a sus hijos, plantear la cuestión de la fidelidad o del uso de condones?
- ¿Puede una joven esposa insistir en el uso de condones, cuando está bajo presión de tener un hijo cuanto antes para ser aceptada por sus parientes políticos?
- ¿Puede una trabajadora del sexo, que se debate tratando de alimentar a sus hijos, negarse a prestar servicios a un cliente que se niega a utilizar un condón, en especial si paga el doble de la tarifa usual, o más?

- ¿Puede una adolescente víctima de coacción sexual o violación protegerse a sí misma?
- El consejo de mantener la abstinencia hasta el matrimonio, ¿preserva la seguridad de los jóvenes, cuando estos, en su mayoría, ya iniciaron su actividad sexual antes de cumplir 20 años?

Vulnerabilidades desproporcionadas, cargas desproporcionadas

Las mujeres y las adolescentes corren grandes riesgos de infección con el VIH. También son fuente de cuidados para otros que han adquirido la enfermedad o están afectados por ella, incluidos esposos y niños huérfanos. Las mujeres y las niñas proporcionan un 75% de los cuidados a las personas que viven con el SIDA. Al atender a los enfermos disminuye la capacidad de las mujeres para generar ingresos y, por ende, su oportunidad de participación económica. Los efectos son especialmente graves en países donde las mujeres constituyen la mayoría de los agricultores y producen la mayor parte de los alimentos. En la República Unida de Tanzania, las mujeres que deben atender a esposos enfermos dedican a la agricultura la mitad del tiempo que solían dedicar antes. La pérdida del ingreso del esposo, el costo de la atención de la salud de los parientes enfermos y las responsabilidades adicionales pueden sumir más profundamente en la pobreza a las mujeres y a sus hijos.

Las mujeres infectadas con el VIH/SIDA también son las últimas en acudir en procura de atención y las que menos probablemente la recibirán. En el momento en que el esposo fallece, por lo general los recursos de la familia han disminuido hasta un punto tal, que las mujeres se ven imposibilitadas de solicitar atención médica o no quieren hacerlo. Las leyes y costumbres relativas a la herencia, que favorecen a los parientes del esposo, pueden dejar empobrecida a las viudas y también a sus hijos. La presión financiera adicional puede forzar a las mujeres y las niñas a dedicarse al trabajo sexual o resignarse a entablar relaciones abusivas y riesgosas, lo cual alimenta aún más la epidemia.

14 TRANSFORMACIÓN DE VIDAS EN SWAZILANDIA

En la región de Lumombo (Swazilandia), asolada por la sequía, el activo papel de las mujeres en la distribución de alimentos ha beneficiado a toda la comunidad. Varias ONG con el apoyo del UNFPA y del Programa Mundial de Alimentos (PMA) capacitaron a las mujeres, quienes realizaron proyectos de distribución de alimentos que abordan cuestiones como: abuso sexual, explotación, SIDA y planificación de la familia. Los Comités Comunitarios de Socorro, integrados en un 80% por mujeres, llegaron a los hombres mediante conversaciones en reuniones de la comunidad, o los días en que se distribuían alimentos, en la iglesia y durante visitas a domicilio y a los enfermos.

A consecuencia del proyecto, aumentaron las denuncias a la policía sobre abusos sexuales cometidos contra mujeres y niños, hubo un pronunciado aumento en el número de personas que solicitaron detección del VIH, y se decuplicó en un lapso de un año el número de quienes reciben tratamiento con medicamentos contra los retrovirus. Un importante éxito es que actualmente los líderes rurales permiten que las mujeres hablen durante las reuniones de la comunidad—hecho sin precedentes—porque se considera a las mujeres no sólo como distribuidoras de alimentos sino también como fuentes de conocimientos.

“Nunca me he sentido tan importante en mi comunidad. Antes de ser elegida como miembro del comité de distribución de alimentos, yo no era nadie; en cambio, ahora la gente acude a mí solicitando consejo y ayuda”, dijo una mujer que ahora es una reconocida líder de la comunidad.

de salud en derechos humanos y anticoncepción para mujeres infectadas con el VIH⁴⁹.

En Kenia y Sudáfrica, el proyecto “*Mothers 2 Mothers 2 Be*” vincula las madres infectadas con el VIH con las embarazadas también infectadas, a fin de ofrecerles consejos sobre diversas cuestiones, desde la planificación de la familia hasta la obtención de ingresos⁵⁰. Ese asesoramiento “conducido entre pares” ha ayudado a esas mujeres a comprender sus opciones de salud reproductiva y a hacer frente a los problemas.

ACCESO DE LAS MUJERES AL TRATAMIENTO DEL VIH/SIDA. Los programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo proporcionan a muchas mujeres infectadas con el VIH el único acceso disponible a los medicamentos contra los retrovirus. En los países en desarrollo, los programas, en su mayoría, se centran en prevenir la transmisión al niño y no ofrecen beneficios a la madre. En 2003, de las embarazadas de todo el mundo con VIH, sólo 2% recibieron medicamentos contra los retrovirus⁵¹. En África, sólo se ofrece a un 5% de las embarazadas servicios de prevención del VIH⁵². Algunos programas incipientes destacan la salud y el bienestar tanto del hijo como de la madre⁵³.

Para las personas acaudaladas que viven en países ricos, los medicamentos contra los retrovirus han transformado

en gran medida la infección con el VIH en una enfermedad crónica bajo control. Pero a fines de 2004, en países de ingresos bajos y medianos sólo un 12% de las personas tenían acceso al tratamiento⁵⁴. Debido a que, a consecuencia de la discriminación, se podría denegar a las mujeres, especialmente si no están embarazadas, un tratamiento que está disponible, muchos grupos de mujeres, así como la OMS y el ONUSIDA, han exhortado a los gobiernos a adoptar objetivos nacionales para lograr el acceso en condiciones de igualdad⁵⁵.

VERGÜENZA, CULPA Y SIDA. El estigma es letal. La vergüenza asociada con el SIDA es un obstáculo de gran magnitud para su prevención; el estigma que rodea a quienes viven con el VIH se agrava por la discriminación contra la mujer. Centenares de miles de mujeres infectadas con el VIH evitan los servicios de detección y tratamiento pues temen ser abandonadas si se descubre su situación, y también temen otras repercusiones por parte de sus esposos, sus familias, sus comunidades y los encargados de servicios de salud⁵⁶. Una preocupación muy profunda es la falta de confidencialidad en los servicios de detección: a veces, las mujeres son las últimas en enterarse de que están infectadas con el VIH, pero los primeros en saberlo son sus esposos o sus parientes políticos⁵⁷. De las personas infectadas con el VIH, sólo un 5% tiene conocimiento de su situación⁵⁸ y la detección durante el embarazo suele ser la única manera en que la familia se entera de que uno de sus miembros está infectado. Aun cuando hayan recibido el VIH de sus esposos, a veces se culpa a las mujeres por “llevar el SIDA al hogar” y, como resultado, tal vez se las haga objeto de violencia o de ostracismo⁵⁹. En algunos casos, los encargados de servicios de salud deniegan a las mujeres infectadas con el VIH la atención correcta en el parto y el puerperio. Cuando las mujeres tienen interacciones negativas con el personal, es posible que se nieguen a recibir tratamiento o que lo interrumpan⁶⁰.

Muchos países en desarrollo están combatiendo el estigma y estableciendo diálogos acerca de la enfermedad, medida clave para alentar a las personas a ir en procura de detección y tratamiento. Uno de esos programas, realizado con el apoyo del UNFPA, es una iniciativa regional en siete Estados árabes para crear conciencia sobre el VIH. En Uzbekistán, una popular telenovela que se difunde desde 2003 trata de cuestiones de la vida cotidiana, entre ellas toxicomanías, prevención del VIH y discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA. En otros países africanos y en seis países asiáticos, el UNFPA apoya alianzas entre redes radiofónicas y organizaciones comunitarias de salud, para producir radionovelas sobre el VIH/SIDA⁶¹. Muchos aliados están apoyando numerosas iniciativas similares, en países tanto desarrollados como en desarrollo, utilizando los medios de difusión de masas y el

diálogo de base comunitaria, para superar el bochorno y la discriminación que perpetúan la epidemia.

LA OTRA EPIDEMIA: INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las del aparato reproductor figuran entre las causas más comunes de enfermedad en todo el mundo. Según se estima, cada año se registran 340 millones de nuevos casos de ITS curables⁶². Cuando se suman las infecciones incurables (incluido el VIH), el número se triplica. Por muchas razones socioculturales y fisiológicas, las mujeres son más susceptibles que los hombres y padecen consecuencias desproporcionadamente graves, entre ellas cáncer cervical e infertilidad. Entre las mujeres que padecen ITS, en un 70% no hay síntomas (en comparación con 10% de los hombres)⁶³, de manera que el diagnóstico es más difícil. Cuando los síntomas aparecen, las mujeres tienden a aceptarlos y no darles importancia⁶⁴. Además, la presencia de ITS puede aumentar de dos a nueve veces al riesgo de infección con el VIH⁶⁵. No obstante, en África al sur del Sahara, en 2003 sólo un 14% de las personas que padecían ITS tuvieron acceso al tratamiento⁶⁶. Asimismo, dado que las ITS, incluido el VIH, son más prevalentes entre los jóvenes, la prevención puede arrojar beneficios a largo plazo para la fuerza laboral y conducir a una mayor productividad⁶⁷.

Cosechar los beneficios de la planificación de la familia

La libertad de escoger cuántos hijos tener y cuándo tenerlos es un derecho humano fundamental. El mejor acceso a métodos anticonceptivos seguros y costeables es la clave para lograr los ODM. La planificación de la familia tiene comprobados beneficios sobre la igualdad entre hombres y mujeres, la salud materna, la supervivencia infantil y la prevención del VIH. Además, puede conducir a la reducción de la pobreza y promover el crecimiento económico, al mejorar el bienestar de la familia, aumentar la productividad femenina y reducir la fecundidad (véase el Capítulo 2)⁶⁸. Es una de las inversiones más atinadas y con mejor eficacia en función de los costos que puede hacer cualquier país para lograr una mejor calidad de la vida. Por otra parte, un limitado acceso a los anticonceptivos constriñe las oportunidades de las mujeres pobres para liberarse a sí mismas y a su familia de la pobreza.

Basándose en anteriores convenciones sobre derechos humanos, la CIPD (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) colocaron la salud reproductiva, inclusi-

ve la planificación voluntaria de la familia, en el centro de las iniciativas para promover los derechos humanos de la mujer. Esto significó apartarse de anteriores medidas centradas más en frenar el rápido crecimiento de la población, en algunos casos a expensas de los derechos de la mujer. Ambas conferencias invocaron valores éticos y principios de derechos humanos y afirmaron que la libertad de adoptar decisiones reproductivas es fundamental para lograr la igualdad entre hombres y mujeres y el desarrollo sostenible.

BARRERAS AL ACCESO: POBREZA Y DISCRIMINACIÓN POR MOTIVOS DE GÉNERO.

Desde que en el decenio de 1960 aparecieron varios métodos fiables, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado hasta llegar al 54% de todas las mujeres casadas o que viven en unión. La proporción aumenta hasta 61% cuando se suman los métodos tradicionales⁶⁹. En consecuencia, las tasas de fecundidad siguen disminuyendo. En el mundo en desarrollo, la tasa de fecundi-

dad total—número medio de alumbramientos por mujer—ha disminuido, desde más de seis en el decenio de 1960 hasta menos de tres por mujer en la actualidad. Sin embargo, en los países menos adelantados, la fecundidad sigue siendo alta, cinco hijos por mujer⁷⁰.

En los países en desarrollo, la combinación de altas tasas de fecundidad con pobreza generalizada agrava la pobreza, al frenar el crecimiento económico, aumentar el costo de satisfacer necesidades de salud, educación y otras necesi-

dades básicas, reducir la productividad de las mujeres y también reducir los ingresos y los ahorros. En cambio, al disminuir las tasas de fecundidad es posible acelerar la reducción de la pobreza, especialmente cuando se combina con políticas sociales y económicas de apoyo⁷¹. En los últimos 30 años, algunos de los países más pobres del mundo lograron un progreso lento, o sólo intermitente, en cuanto a aumentar el acceso a los anticonceptivos. En 21 de los países más pobres de África al sur del Sahara, la tasa de fecundidad total sigue siendo alta, o disminuyó sólo levemente después del decenio de 1970⁷².

La utilización de anticonceptivos es desigual, entre distintos países y dentro de un mismo país. Varía en función del ingreso, la educación, el grupo étnico, la proximidad a las clínicas y la fortaleza de los programas de planificación de la familia. En África, sólo un 27% de las mujeres casadas están utilizando algún método anticonceptivo y sólo 20% utilizan

“La desigualdad entre hombres y mujeres y los papeles de género son en muchos lugares los más importantes factores de vulnerabilidad al VIH. En verdad, no puede comprenderse la epidemia del SIDA ni pueden formularse respuestas eficaces si no se toma en cuenta que las cuestiones de género influyen sobre la propagación de la enfermedad, sus efectos, y el éxito de las acciones de prevención”.

— Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas,
Lucha contra el SIDA en el mundo en desarrollo

- A nivel *normativo y jurídico*, los funcionarios ejecutivos tal vez no asignen una alta prioridad a financiar los servicios anticonceptivos, porque consideran que la planificación de la familia es un “programa para la mujer”. Algunos países restringen ciertos métodos. En otros, las leyes pueden estipular que la mujer debe contar con el permiso de su esposo para usar algunos métodos y las adolescentes menores de cierta edad pueden necesitar el consentimiento de sus progenitores.
- En los *establecimientos de salud*, los encargados de los servicios, debido a sus prejuicios, tal vez no ofrezcan una gama de opciones de anticonceptivos, aduciendo que la mujer no comprenderá o escogerá “equivocadamente”. Otros encargados de los servicios piensan,

incorrectamente, que algunos métodos anticonceptivos causan infecundidad y sólo los ofrecen a las mujeres que ya tienen hijos.

“[La enfermera] me dijo que si yo no quería la píldora, no me iba a recomendar ninguna otra cosa”.

— Mujer de Zambia

- A nivel *comunitario*, es posible que haya recelos respecto de los anticonceptivos, por suponer que contribuyen a la promiscuidad femenina, recelos que no se expresan en relación con los hombres.
- A nivel de las *personas y las parejas*, algunas mujeres pueden temer que sus esposos desapruében el uso de anticonceptivos, o incluso que las castiguen por esa razón. Muchas parejas tropiezan con dificultades para hablar de este tema.

“Mi esposo sabía que yo estaba tomando la píldora. Se lo dije, pero él siempre estuvo en contra. Eso casi causó nuestro rompimiento”.

— Mujer guatemalteca

- Si las *mujeres jóvenes* están casadas, tal vez se espere de ellas que “prueben” que son fecundas a sus esposos y familias; si son solteras, tal vez se espere que se abstengan de las relaciones sexuales.

“Traté de obtener algunas tabletas, pero me echaron de la clínica. Pienso que es porque tengo aspecto de ser muy joven”.

— Estudiante de secundaria en Zimbabwe

- A menudo se excluye a los *hombres* de los programas de planificación de la familia dado que estos están diseñados para las mujeres y funcionan como parte de servicios de salud maternoinfantil.

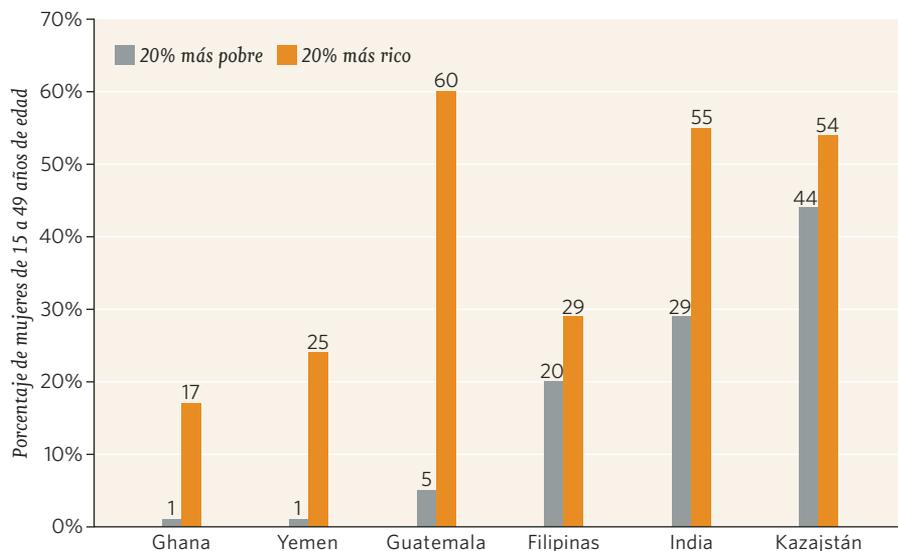
métodos modernos. Y en algunas partes del continente, la proporción es menos de 5% en lo tocante a los métodos modernos⁷³. Las mujeres en posición económica más holgada tienen probabilidades cuatro veces superiores de utilizar anticonceptivos que las más pobres; en algunos países, doce veces (véase el Gráfico 5). A escala mundial, hay unos 201 millones de mujeres que carecen de acceso a anticonceptivos eficaces, pero muchas los utilizarían si tuvieran la opción⁷⁴.

Además de los beneficios sociales y económicos a macroescala de la planificación de la familia, varios estudios han

constatado que las mujeres que planifican sus familias cosechan beneficios de orden personal, psicológico y económico. En Bolivia, el uso de anticonceptivos se asoció con el trabajo remunerado fuera del hogar. En Cebú (Filipinas), el aumento medio del ingreso de las mujeres que habían tenido entre uno y tres embarazos era el doble del aumento experimentado por las mujeres que habían tenido más de siete embarazos⁷⁵. Los programas de planificación de la familia también producen ahorros tangibles y de gran magnitud para los gobiernos.

Varios factores afectan la demanda de anticonceptivos. Los obstáculos sociales, culturales y de género pueden impedir que una mujer plasme en la realidad sus preferencias en cuanto a la procreación (véase el Recuadro 15). Las mujeres que no saben leer o que tienen una limitada educación tal vez sepan muy poco acerca de sus propios cuerpos y mucho menos, acerca de la planificación de la familia. Abundan los conceptos erróneos y los mitos acerca del embarazo y los métodos anticonceptivos⁷⁶. La tendencia de los hombres es a querer más hijos y más pronto que las mujeres y, en muchos casos, son ellos quienes tienen mayor poder de decisión para determinar el tamaño de la familia⁷⁷. Las normas sociales sobre fecundidad y virilidad

Gráfico 3: Uso de anticonceptivos, por nivel económico



Fuente: Banco Mundial. 2004. *Round II Country Reports on Health, Nutrition and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries*.

16 ¿DÓNDE ESTÁN LOS CONDONES?

En 2003 se distribuyeron aproximadamente 5.000 millones de condones (preservativos) para la prevención del VIH. Pero se necesitaban muchos más—una cantidad estimada en 13.000 millones—para contribuir a frenar la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En 2003, gracias al apoyo de los donantes pudo sufragarse el equivalente de un condón por año para cada hombre en edad de procrear residente en países en desarrollo. En África al sur del Sahara, la región que recibe la mayor proporción del apoyo, las contribuciones de donantes sufragaron seis condones por año y por hombre.

La escasez de condones es alarmante. El condón es el único medio eficaz de proteger a las personas que tienen actividad sexual contra la infección con el VIH. Si los condones se utilizan sistemática y correctamente, también sirven como anticonceptivos para personas con limitado acceso a la atención de la salud y a otros medios más eficaces. Según las proyecciones, el costo del número de condones necesarios para frenar la epidemia de SIDA ha de alcanzar 590 millones de dólares para 2015. Este monto es unas tres veces superior a los gastos actuales en condones. El Brasil, China y la India son autosuficientes en cuanto al suministro de anticonceptivos, pero otros países en desarrollo deben importarlos y sufragarlos con escasas divisas que también necesitan para alimentos, medicamentos y otros productos de primera necesidad.

y la condición generalmente baja de la mujer impiden que tanto las mujeres como los hombres acudan a servicios de planificación de la familia.

MAYOR DEMANDA, MAYOR ESCASEZ. Muchos países en desarrollo experimentan déficit críticos en el suministro de anticonceptivos y condones. Entre los motivos cabe mencionar: aumento del número de usuarios (debido al crecimiento demográfico), aumento de la demanda (debido al deseo de tener familias más pequeñas), propagación del VIH/SIDA (lo cual requiere más recursos) y menores contribuciones de los donantes⁷⁸.

Varios países en desarrollo pueden sufragar los anticonceptivos, pero, en su mayoría, carecen de las divisas y la capacidad manufacturera para satisfacer sus propias necesidades sin el apoyo de los donantes. Se estima que entre 2004 y 2015, el costo de anticonceptivos y condones ha de aumentar desde 1.000 millones de dólares hasta 1.600, y hay enorme diferencia entre las proyecciones de costos y las de contribuciones de los donantes. Mientras tanto, la epidemia de SIDA significa que los déficit—no sólo en condones masculinos y femeninos, sino también en otros suministros de salud reproductiva, tratamientos para las ITS y equipo para detectar el VIH—son cada vez más acuciantes.

AMPLIAR LAS OPCIONES EN MATERIA DE ANTICONCEPTIVOS. La CIPD exhortó a proporcionar acceso universal

17 VIDAS TRANSFORMADAS EN LAS COMUNIDADES DE ZIMBABWE

Zimbabwe tiene una de las más altas tasas de prevalencia del VIH en todo el mundo: 25% de la población. Hay casi un millón de mujeres con reacción serológica positiva al VIH. Las mujeres jóvenes constituyen dos terceras partes de todas las nuevas infecciones con el VIH en personas de 15 a 24 años de edad. La Oficina del UNFPA en Zimbabwe está tratando de mejorar la condición social y económica de las mujeres, como medio de otorgarles mayores facultades para protegerse a sí mismas.

En el Distrito de Ruheri, las mujeres reciben capacitación en aptitudes de comunicación y negociación, para difundir el mensaje sobre igualdad entre hombres y mujeres en bodas, fiestas, escuelas, centros de distribución de alimentos y foros públicos. La resistencia inicial de los hombres, que temían que esos cambios iban a facilitar la promiscuidad, se superó mediante el diálogo con grupos clave y líderes tradicionales. En 2004, el proyecto superó las expectativas, pues logró un aumento de 50% y 20%, respectivamente, en la distribución de condones masculinos y femeninos, en beneficio de 47.423 personas.

En Mutare, el trabajo en relaciones sexuales comerciales es un hecho incontestable. Hace 13 años, las autoridades decidieron capacitar a varias trabajadoras del sexo como educadoras de las demás sobre la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Se las alienta a utilizar y distribuir condones entre sus clientes y las demás trabajadoras del sexo, a informar a la comunidad en general acerca de la prevención y a remitir las personas a establecimientos que dispensen tratamiento. En 2003, el proyecto benefició a 1.177.128 mujeres y 736.981 hombres. Las enfermeras clínicas informan de que las ITS han disminuido sostenidamente—entre un 6% y un 50%, en distintos barrios—a raíz de la distribución de más de 5,7 millones de condones. Esta iniciativa ha transformado vidas: la mayoría de las mujeres educadoras de otras mujeres abandonaron el trabajo en la industria del sexo y emprendieron actividades empresariales. Como dijo Carolina, una ex trabajadora del sexo, “si no hubiera sido por este proyecto, yo habría muerto de SIDA hace mucho tiempo”.

a una “gama completa” de métodos de planificación de la familia. No obstante, en la mayoría de los países hay uno o dos métodos que predominan. Tres métodos—anticoncepción quirúrgica femenina, dispositivos intrauterinos y anticonceptivos orales—son la mayoría de los métodos utilizados en todo el mundo⁷⁹. Hay varios que están en proceso de desarrollo, entre ellos un método hormonal masculino que podría agregarse a las opciones disponibles en los países más ricos. Pero muchos años pasarán antes de que estén disponibles en países en desarrollo⁸⁰. Hasta que se disponga de una vacuna contra el VIH y de microbicidas, la única protección contra el VIH que la mujer puede controlar es el condón femenino. Dado que incluso en este caso es necesaria la cooperación del hombre, es preciso que los hombres estén informados y sensibilizados con respecto a su utilización⁸¹.



5 La travesía sin mapas: adolescentes, pobreza y género

“Algunos grupos piensan que somos demasiado jóvenes para saber. Deberían tener presente que somos demasiado jóvenes para morir”.

— Héctor, 20 años de edad, Honduras, Miembro del Programa del UNFPA *Global Youth Partners*

La actual generación de jóvenes es la mayor registrada en la historia humana. Casi la mitad de la población mundial—más de 3.000 millones de personas—tienen menos de 25 años. De esos jóvenes, un 85% vive en países en desarrollo¹. Muchos de ellos están llegando a la adultez sumidos en la pobreza y enfrentando el peligro del VIH y el SIDA. Casi un 45% de todos los jóvenes—515 millones—sobreviven con menos de dos dólares diarios².

Dentro del grupo de los jóvenes, los adolescentes están en una particular etapa de formación. Hay 1.200 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años de edad³, rebosantes de energía y posibilidades. Sus mentes están abiertas a recibir conocimientos, adquirir aptitudes y absorber valores. Sus actitudes aún están en formación. Necesitan adquirir conocimientos prácticos y aptitudes para la vida, además de acceso a los servicios de salud reproductiva y la información al respecto, tanto para su propio bienestar como para su más plena participación en el desarrollo de sus países.

En la Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas, no se menciona a los adolescentes, quienes están en gran medida ausentes en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). No obstante, dado que representan una proporción tan grande de los pobres del mundo, afectan y están afectados por todos esos objetivos. A lo largo de los próximos diez años, los adolescentes de hoy participarán en el logro de los ODM. Antes del plazo que vence en 2015, quienes hoy tienen diez años tendrán 20 y estarán preparados para asumir plenamente el papel de agentes del desarrollo. Las decisiones normativas con respecto a la educación, la salud, el empleo y los derechos humanos de los jóvenes de hoy también afectarán la próxima ola de 1.200 millones de niños que llegarán a la adolescencia hacia 2015⁴. Las decisiones que hoy se adopten—o las oportunidades que se pierdan—reverberarán durante varias futuras generaciones⁵.

Adolescencia: oportunidades y riesgos

La experiencia de la adolescencia es polifacética y depende de muchos factores, inclusive el propio género, el lugar de

residencia, el contexto sociocultural, las circunstancias económicas y el estado civil. Un importante factor determinante es si un adolescente está o no protegido y amparado por una familia acogedora, o está tratando de sobrevivir con escasa o ninguna ayuda, al igual que muchos huérfanos del SIDA. La generación actual también está creciendo en un mundo cada vez más globalizado, lo cual plantea un nuevo conjunto de problemas y posibilidades⁶.

Si bien millones de adolescentes disfrutan de ámbitos propicios, son amados y se benefician con crecientes oportunidades y libertad, hay millones de otros sujetos a amenazas que obstaculizan su tránsito seguro y saludable hacia la adultez. La pobreza agrava los retos y los riesgos de la adolescencia; obliga a muchos padres y madres a enviar a sus hijos a trabajar, a menudo en condiciones peligrosas. Muchas niñas y muchos niños varones no tienen oportunidad de recibir una educación.

En zonas urbanas, los jóvenes varones pueden verse obligados por la pobreza a sobrevivir en las calles. En situaciones de conflicto, los adolescentes, varones y niñas, suelen ser enganchados como soldados o como esclavos domésticos y sexuales por las fuerzas armadas rebeldes (véase el Capítulo 6). Las niñas adolescentes pueden ser víctimas de explotación y abuso o se las hace objeto de trata y se las somete a esclavitud sexual en una escala sin precedentes (véase el Capítulo 7)⁷.

18 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

El uso y los significados de los términos “jóvenes”, “juventud”, y “adolescentes” varían en diferentes sociedades del mundo, en función del contexto político, económico y sociocultural. En el presente informe se utilizan las siguientes definiciones de las Naciones Unidas:

- Adolescentes: 10 a 19 años de edad (adolescencia temprana, 10 a 14 años, y adolescencia tardía, 15 a 19 años)
- Juventud: 15 a 24 años de edad
- Jóvenes: 10 a 24 años de edad

PARA LAS NIÑAS, MENOS OPORTUNIDADES Y MÁS RIESGOS. Las expectativas basadas en el género influyen en gran medida en la experiencia de la adolescencia⁸. Con frecuencia, las niñas están en situación desventajosa. Al ingresar en la pubertad, el prejuicio contra las niñas las coloca en situación de mayor riesgo que los varones de abandonar la escuela, ser objeto de violencia sexual y contraer matrimonio precozmente. Es posible que durante ese período se amplíen las libertades y oportunidades de los varones, mientras que la experiencia de las niñas suele ser lo opuesto⁹. Durante dicho período, las diferencias en el trato pueden tornarse más pronunciadas, y tal vez se eduque a las niñas para que se transformen en esposas y madres, mientras que los niños son preparados para mantener el hogar. Lo típico es que se espere que las niñas sean dóciles, mientras que se alienta a los niños varones a proyectar fortaleza y control. Las expectativas con respecto a los niños varones pueden contribuir a comportamientos agresivos o riesgosos, con efectos dañinos para los propios niños y para terceros (véase el Capítulo 6).

Para muchas niñas, particularmente las que viven en la pobreza, la adolescencia acarrea más riesgos y menos libertades. En recientes investigaciones realizadas en la provincia más poblada de Sudáfrica, KwaZulu-Natal, se comprobó que si bien la pobreza tiene efectos negativos sobre todos los jóvenes, esos efectos son mayores sobre las jóvenes, quienes tienen menor acceso a la información y menor poder de negociación para influir sobre las decisiones, inclusive la manera de protegerse a sí mismas contra el VIH¹⁰. Las niñas tienen más probabilidades que los varones de la misma edad de abandonar la escuela, o bien debido al embarazo o bien para ayudar en las tareas del hogar y la crianza de los niños o cuidar a parientes enfermos¹¹. Esto se refleja en tasas de alfabetización más bajas entre las jóvenes: de los 137 millones de jóvenes analfabetos en todo el mundo, un 63% son de sexo femenino¹². Las adolescentes enfrentan mayores riesgos de ser objeto de prácticas nocivas y de padecer mala salud reproductiva y corren mayores riesgos de contagiarse con el VIH. En algunas sociedades, se prohíbe a las niñas que alternen socialmente con los niños varones y se restringe su ámbito de juego o desplazamiento fuera de su vivienda. Para los millones de niñas que contraen matrimonio precozmente, la infancia se interrumpe abruptamente.

Los miembros de la familia, los amigos, las escuelas, las comunidades y los medios de difusión influyen fuertemente sobre la percepción por parte de los adolescentes de su propio valor y su propio potencial. Los padres, madres y otros adultos en la comunidad pueden aportar orientación y apoyo y fomentar la comprensión entre generaciones, cuando los adolescentes se enfrentan con los nuevos retos en sus vidas.

19 LAS VIDAS DE LAS NIÑAS CAMPESINAS EN ÁFRICA

La investigación realizada con participación de la comunidad en Burkina Faso, Malí y el Senegal fundamentó las acciones de *Family Care International* y el UNFPA para abordar las necesidades y los derechos de las adolescentes campesinas. Esa investigación reveló algunos aspectos importantes de sus vidas:

Educación: En Malí, las niñas creen en la educación, pero un 72% de las niñas campesinas nunca asistieron a la escuela. La educación suele ser interrumpida por matrimonios en la infancia y forzados, o a causa del costo y la distancia de las escuelas secundarias, o de la costumbre de que las niñas campesinas pasen un año trabajando como sirvientas domésticas en la ciudad para así obtener ingresos con destino a sus ajuars de novias. Una niña de 18 años de Malí dijo: “En nuestra aldea, nunca hubo una niña diplomada. Para nosotras, la educación es un sueño remoto”. Un padre dijo: “Una niña no necesita realmente recibir educación, puesto que en todo caso se marchará para establecer otra familia, y entonces las ventajas de su educación beneficiarán a terceros”. Esta percepción tuvo mucho eco en la comunidad.

Salud reproductiva: En los tres países, las niñas suelen recibir información confusa e intimidante acerca de la pubertad y la menstruación. Los servicios de salud reproductiva y la información sobre pubertad y planificación de la familia son rudimentarios. Menos del 30% de las niñas y mujeres campesinas dan a luz con la asistencia de personal capacitado y muchas tienen miedo de utilizar los servicios médicos locales. Una joven casada en Malí dijo: “No vamos a la maternidad cuando nacen nuestros hijos debido a que la partera tiene modales hoscos y nos grita durante el parto. Además, no hay medicamentos y las camas están sucias. Preferimos que nuestros hijos nazcan en nuestras casas”.

Medios de vida: Las niñas campesinas trabajan duramente para contribuir a la economía del hogar, pero sus perspectivas de seguridad económica quedan limitadas por la falta de educación, el matrimonio en la infancia, el alumbramiento precoz, la falta de movilidad y la pobreza de sus ámbitos rurales.

Al criar a las niñas y los niños varones de modo tal que se respeten recíprocamente, que aspiren por igual a recibir una educación y a tener oportunidades de trabajo, y que aspiren a un trato equitativo en la pareja y en el matrimonio, se contribuye a establecer familias fuertes y promover los objetivos de desarrollo.

UN ESLABÓN AUSENTE EN LAS POLÍTICAS Y LOS PRESUPUESTOS. Muchos programas públicos se centran en la salud de la infancia y la educación primaria, pero raramente se presta atención a las necesidades de los adolescentes. Las resultantes omisiones normativas privan a los adolescentes de un apoyo muy necesario. Al mismo tiempo, los países corren el riesgo de perder las utilidades de sus inversiones iniciales en los niños. Por ejemplo, si bien las acciones internacionales se focalizaron en la educación primaria, son la educación secundaria y la educación superior—especialmen-

te para las niñas—las que aportan utilidades especialmente altas en lo tocante a la reducción de la pobreza, el crecimiento económico, la salud reproductiva y, en general, los ODM¹³.

En las políticas de reducción de la pobreza, a menudo se ha dejado de lado a los adolescentes, aun cuando esta situación tal vez esté cambiando: entre 2002 y 2003, 17 de los 31 países que finalizaron su respectivo Documentos de Estrategia para la Reducción de la Pobreza (PRSP) dedicaron considerable atención a los jóvenes¹⁴. Pero de ellos, sólo seis individualizaron a los jóvenes entre los grupos que vivían en la pobreza¹⁵.

Aun cuando muchos países han elaborado políticas o programas para la juventud, son pocos los que prestan a las cuestiones de la juventud la atención concertada y sostenida que merecen. Los presupuestos son limitados y raramente se sigue la pista o se cuantifica la proporción de los recursos destinada a los jóvenes. Los países suelen carecer de datos fiables desagregados por sexo sobre los adolescentes y los jóvenes, inclusive cuando hay investigaciones sobre la pobreza o información que documenta los beneficios macroeconómicos y de desarrollo de efectuar inversiones en los adolescentes¹⁶. Una evaluación de nueve países patrocinada por el UNFPA comprobó que cuando los gobiernos recopilan datos fidedignos sobre los jóvenes, posteriormente se presta atención a la juventud en las políticas¹⁷.

RENDICIÓN DE CUENTAS CON RESPECTO A LOS JÓVENES.

Tradicionalmente, los adolescentes han sido excluido de las decisiones que afectan sus vidas. Pero ahora los gobiernos nacionales, las ONG y los organismos de las Naciones Unidas incluyen cada vez más a los jóvenes en la adopción de decisiones y en grupos consultivos, a escala tanto mundial como nacional. El UNFPA, por ejemplo, estableció en 2004 el Panel Consultivo de la Juventud, como foro para la participación de la juventud. El Panel asesora al Fondo sobre la mejor manera de abordar las necesidades y los derechos de los jóvenes en los planes y programas nacionales de desarrollo a los que brinda apoyo¹⁸. La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) incluye a jóvenes entre los miembros de su Junta Directiva¹⁹.

En Nicaragua, una consulta con adolescentes de todo el país, realizada con el apoyo del UNFPA y el UNICEF, condujo a que el Gobierno adoptara una política integral de la juventud²⁰. En Panamá, el Pacto Nacional de la Juventud de 1999 suscitó compromisos públicos por parte de los candidatos presidenciales y contribuyó a la formulación de un plan nacional de la juventud, con el apoyo del UNFPA²¹. En Túnez, las consultas nacionales celebradas cada cinco años bajo la conducción del Presidente, han involucrado a decenas de miles de jóvenes. En la India, el UNFPA colaboró en 2004 con el Parlamento Nacional y el programa ONUSIDA para

celebrar una sesión especial del Parlamento de la Juventud sobre el VIH/SIDA, en que participaron unos 3.000 estudiantes. Durante la sesión especial, los líderes de la juventud propusieron legislación, en presencia de líderes políticos de gran experiencia.

El enfoque de la reducción de la pobreza basado en los derechos humanos requiere que se preste atención a las necesidades de los más vulnerables y los más marginados. Pero las voces de los grupos de adolescentes postergados son oídas raramente durante las deliberaciones sobre políticas. Con el apoyo del UNICEF, grupos de jóvenes procedentes de tugurios y prostíbulos de Bangladesh, que habían sido víctimas de abuso y trata, influyeron sobre la formulación del Plan Nacional de Acción contra el abuso sexual y la explotación de los niños²². Además, el UNFPA ha apoyado la labor pionera para dar voz a grupos particularmente excluidos y llevar a ellos educación y servicios sobre salud reproductiva. Entre ellos cabe mencionar a los jóvenes discapacitados en Jamaica²³; los jóvenes gitanos en Bulgaria; los jóvenes de grupos étnicos en la República Democrática Popular Lao²⁴ y los adolescentes indígenas de Panamá²⁵.

Una medida clave puede ser eliminar las barreras legislativas a la participación de los grupos de promoción de la juventud e institucionalizar los mecanismos pertinentes. En Bulgaria, por ejemplo, los parlamentos de la juventud están vinculados a los gobiernos locales. En Costa Rica, la Ley General de 2002 sobre la persona joven autorizó a la Asamblea Nacional de la Juventud, una red de comités locales de la juventud, a establecer una política nacional de la juventud. El UNFPA proporcionó el principal apoyo a amplias consultas por el Viceministerio de la Juventud con jóvenes de todo el país, lo cual a su vez condujo a la política integral basada en los derechos humanos, aprobada por Costa Rica en 2003²⁶. La Política de la Juventud preparada en 1996 en Mozambique condujo a la legalización de las organizaciones de la juventud y a la creación del Consejo Nacional de Juventud, que dio una voz en los debates gubernamentales a las 120 organizaciones de la juventud que la constituyen. Kenya ha establecido oficialmente el Parlamento de la Infancia, con representantes menores de 21 años que se desempeñan como ministros en cada esfera de gobierno²⁷.

INVERSIONES EN LOS JÓVENES. ¿Cuántos de los jóvenes de hoy serán ciudadanos saludables y productivos cuando lleguen a la adultez? ¿Cuántos se agregarán a quienes padecen enfermedades y penurias económicas? Si no se hacen hoy las necesarias inversiones en los jóvenes, esto tendrá repercusiones a largo plazo en las vidas individuales, los sistemas de salud, la seguridad, la demografía, las economías y el desarrollo²⁸. Por otra parte, las medidas que se adopten hoy

Nicaragua, país donde un 65% de la población es menor de 25 años, tiene una de las tasas más altas de las Américas de fecundidad en la adolescencia. Sólo seis de cada diez adolescentes asisten a la escuela y sólo la mitad llega a la escuela secundaria. A partir de 1998, el UNFPA ha colaborado con aliados locales a fin de establecer Casas para adolescentes y jóvenes en 21 municipalidades, que abarcan un 25% de la población adolescente del país.

Las Casas promueven los derechos, las aptitudes cívicas y la participación de los jóvenes, así como la importancia de ampliar los medios de

acción de las comunidades y entablar un diálogo entre generaciones. Los adolescentes reciben información y capacitación en cuestiones de salud reproductiva, violencia, toxicomanías y enseñanza de oficios y difunden cuestiones de salud reproductiva y derechos reproductivos en la comunidad y por conducto de los medios de difusión.

Posibilitar que los jóvenes asuman la responsabilidad de sus propios destinos ha dado buenos resultados. Los jóvenes capacitados como líderes y como asesores de otros jóvenes están desempeñando un papel social más activo en sus comunidades. Los jóvenes han cambiado sus

actitudes acerca de estereotipos y papeles de género perniciosos. Entre 1999 y 2003, las prácticas para prevenir el embarazo aumentaron desde 66% hasta 83% y el uso de anticonceptivos aumentó desde 52% hasta 80%.

“La Casa Municipal para Adolescentes es un lugar donde me siento importante y donde aprendo cómo hacer sentir a los demás que también son importantes. . . . Es un lugar donde aprendo a organizar actividades y donde nunca termino de aprender. En pocas palabras, es una oportunidad”.

—Michael, adolescente de la Municipalidad de Estelí

para abordar las disparidades de género, la pobreza y la falta de poder asegurarán el futuro. El Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres, del Proyecto del Milenio, recomienda asignar prioridad en esas inversiones a las adolescentes que viven en la pobreza.

Los 1.500 millones de jóvenes que representan el 29% de la población de las regiones menos adelantadas tienen derecho a una proporción equitativa de los recursos²⁹. Este argumento tiene mayor peso aún en los países más pobres, donde es mayor la proporción de jóvenes en relación con el resto de la población³⁰; y lo mismo ocurre en países donde hay grandes inequidades socioeconómicas estructurales; y en países que emergen de una guerra, donde muchos jóvenes prestaron servicios como combatientes o perdieron a sus padres o madres.

Las inversiones en los jóvenes no sólo son una prioridad para el fomento de los derechos humanos y la reducción de la pobreza, sino que también podrían proporcionar un “dividendo demográfico”. Según las proyecciones, para 2050 la población de los 50 países más pobres se duplicará con creces, desde 800 millones en 2005 hasta 1.700 millones³¹. Si se efectuaran mayores inversiones en su educación, su salud reproductiva, sus aptitudes para trabajar y sus oportunidades de empleo, esos jóvenes pueden ser una fuente de mayor productividad³². Al posibilitar que las jóvenes parejas escojan cuándo contraer matrimonio y cuándo tener hijos, tendrán mayor control sobre sus propias vidas y esto, probablemente, conducirá a familias más pequeñas y a un crecimiento más lento de la población. La existencia de una mayor fuerza laboral con relativamente menos familiares a cargo (ancianos y niños), ofrece una oportunidad sin precedentes para efectuar inversiones y promover el crecimiento económico, como se ha comprobado en los países del Asia oriental (véase el Capítulo 2). En cambio, si no se responde a las necesidades de los jóvenes, esto podría arraigar

más la pobreza y estancar el desarrollo durante varios decenios en el futuro.

Las inversiones apropiadas en los jóvenes pueden reducir el riesgo de violencia y disturbios civiles. Los hombres jóvenes están desproporcionadamente involucrados en los delitos violentos³³. Sobre la base de datos de 145 países, la investigación indica que cuando hay grandes grupos de jóvenes con escasas oportunidades de educación y de empleo decoroso, aumenta el riesgo de disturbio civil y conflicto armado³⁴. Las inversiones en la educación pueden reducir los riesgos, pero sólo cuando están respaldadas por la creación de empleos para grandes cantidades de jóvenes educados³⁵.

Las inversiones en los jóvenes pueden no sólo paliar los riesgos personales, sino también ahorrar miles de millones de dólares en productividad perdida y gastos públicos directos a consecuencia de abandono escolar, embarazo en la adolescencia, toxicomanías, delincuencia y VIH/SIDA. Dichas inversiones también arrojarán dividendos a largo plazo en las sociedades y las economías³⁶.

Salud reproductiva en las vidas de los adolescentes y la juventud

Los acuerdos internacionales de derechos humanos aprobados en los últimos quince años defienden la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los adolescentes. La Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, el instrumento de derechos humanos más universalmente aceptado, garantiza los derechos de los niños y los adolescentes, inclusive la protección contra la discriminación, los malos tratos y la explotación; la participación en decisiones que afectan sus vidas; el disfrute de privacidad; y el acceso a la educación y a los servicios de salud e información al respecto, para asegurar su bienestar. Todos esos derechos tienen repercusiones directas sobre la salud reproductiva de los adolescentes. En 1994, los gobiernos prometieron por primera vez abordar las nece-

sidades de salud reproductiva y los derechos reproductivos de los adolescentes durante la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). En 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing, los gobiernos reafirmaron ese compromiso y destacaron especialmente a la niña. En 1995, el Programa de Acción Mundial para los Jóvenes hasta el año 2000 y años subsiguientes consolidó un programa mundial relativo a esferas de importancia crítica que afectan directamente el adelanto hacia los ODM. Los Comités que supervisan el cumplimiento de tratados internacionales también han emitido recomendaciones sobre la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los adolescentes y han expresado particular preocupación por la situación de las niñas adolescentes³⁷.

Varios países han adoptado políticas y leyes para abordar la salud reproductiva de los adolescentes. En Albania, los servicios de salud reproductiva y de educación al respecto para adolescentes son gratuitos³⁸. Kirguistán protege el derecho de los jóvenes a la atención de la salud reproductiva³⁹. La legislación de Benin estipula la provisión de servicios de salud reproductiva separados para los adolescentes⁴⁰. Panamá reconoce el derecho de las adolescentes embarazadas a la atención de la salud, la información sobre sus derechos y la educación continuada⁴¹. Actualmente, Colombia protege concretamente el derecho de los adolescentes—inclusive los desplazados por conflictos internos—a la anticoncepción⁴². Muchos países han establecido una edad mínima para contraer matrimonio, de conformidad con la Convención sobre el consentimiento para el matrimonio, la edad mínima para contraer matrimonio y el registro de los matrimonios, de 1962⁴³. Las políticas y leyes contra la trata de personas y la violencia, como las existentes en Bangladesh, el Níger y Filipinas, también prohíben el matrimonio en la infancia y el matrimonio forzado de las mujeres y las niñas, a cambio de dinero o bienes⁴⁴.

En el último decenio, un creciente movimiento mundial de la juventud y la epidemia del SIDA han contribuido a que aumenten las acciones encaminadas a proporcionar servicios de salud reproductiva y educación al respecto en beneficio de los jóvenes. Se reconoce en general la acuciante necesidad de que los servicios de salud reproductiva sean más acogedores para los jóvenes y más impulsados por éstos. Las comunidades participan más eficazmente, por ejemplo, mediante acciones de difusión para eliminar el estigma asociado con los servicios de salud reproductiva para adolescentes. El importante papel de padres y madres se multiplica al educarlos acerca de los riesgos que enfrentan sus hijos y acerca de las necesidades y derechos de obtener información que puede afectar su bienestar y, en el caso del VIH, su supervivencia misma. En un distrito de Ghana, “Tiempo con la abuela” es una iniciativa que opera desde dentro de los parámetros culturales para

llegar a las niñas adolescentes por conducto de las “reinas madres” tradicionales. Esas mujeres, que son líderes de sus comunidades y modelos de comportamiento para la juventud reciben ahora capacitación para figurar como mentoras de la generación más joven sobre cuestiones de salud reproductiva⁴⁵.

Hay múltiples entidades gubernamentales, de la sociedad civil, grupos de la juventud y aliados internacionales que están tratando de ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva. El UNFPA contribuyó a establecer por primera vez servicios de salud reproductiva acogedores para los jóvenes en diversos países, desde Bosnia y Herzegovina hasta la República Democrática Popular Lao⁴⁶. Su Iniciativa de salud reproductiva para los jóvenes de Asia, apoyada por la Unión Europea, está ampliando los medios de acción de grupos postergados de la región, donde reside un 70% de los jóvenes del mundo en desarrollo⁴⁷. La Iniciativa, sirviéndose de teatro, libros de historietas, educación de jóvenes por otros jóvenes, juegos y locutores de radio y televisión, llegó a los jóvenes en zonas rurales, las trabajadoras comerciales del sexo, los niños de la calle y los obreros de fábricas. Se ha logrado la colaboración de adultos influyentes, entre ellos padres y madres, líderes de la comunidad y encargados de prestar servicios de salud, para que refuercen los efectos de los mensajes. En Camboya, la Iniciativa llega directamente a más de 250.000 jóvenes y también a otros 1.200 millones por conductos de los programas radiofónicos que patrocina⁴⁸.

El programa Y-PEER ha coordinado y reforzado las acciones de casi 200 proyectos de educación de jóvenes por otros jóvenes que llega a aproximadamente 1,7 millón de jóvenes en 27 países de Europa oriental y Asia central. Y-PEER utiliza comunicaciones por conducto de la Internet para intercambiar información, recursos y lecciones adquiridas y ha traducido su manual de capacitación para la educación de jóvenes por otros jóvenes a 15 idiomas⁴⁹.

En los Estados árabes, el UNFPA apoyó una exitosa iniciativa regional con asociaciones de *Boy Scouts* y *Girl Guides* para ampliar la educación en salud reproductiva utilizando sus

21 SALVAR VIDAS DE JÓVENES MADRES EN BANGLADESH

En Manikganj, una comunidad agrícola distante 70 kilómetros de la capital de Bangladesh, el UNFPA apoya al Ministerio de Salud para que las mujeres pobres tengan acceso a centros de bienestar de la madre y el niño. El año pasado, Hamida, de 25 años, dio a luz a su segundo hijo en el centro local que apoya el UNFPA: “Antes de que este centro hubiera mejorado sus servicios, las mujeres que padecían complicaciones del embarazo debían acudir a un hospital en Dhaka. Algunas no llegaban a tiempo”. Dijo que una compañera de escuela, casada a los 15 años y que quedó embarazada a los 16, se desangró hasta morir en una carreta arrastrada por caballos, rumbo al hospital. “Si hubiera tenido acceso a esos servicios, hoy estaría viva”.

programas de desarrollo comunitario. Se impartió capacitación a más de 4.000 niñas y niños exploradores y se colaboró con el Ministerio de Salud y Educación, lo cual reforzó la atención prestada a las necesidades de los jóvenes en materia de salud reproductiva⁵⁰.

No obstante, los programas nacionales y regionales integrales son todavía la excepción. Los proyectos, en su mayoría, siguen siendo de pequeña escala, y siguen descuidando las necesidades de salud reproductiva de la mayoría de los adolescentes, en especial los más pobres y más marginados⁵¹.

LOS COSTOS Y LOS RIESGOS DEL EMBARAZO PRECOZ.

Según se estima, cada año unos 14 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad dan a luz⁵². Se desconoce la cantidad de las que dan a luz a edades aún más tempranas. En países en desarrollo, entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes ya son madres antes de cumplir 18 años⁵³. Las más altas tasas de fecundidad de adolescentes se registran en África al sur del Sahara y el Asia meridional⁵⁴. Sobre la base de datos recogidos en 56 países, se determinó que las niñas de 15 a 19 años de edad de los grupos más pobres tienen probabilidades tres veces superiores que las de grupos en mejor posición económica de dar a luz en la adolescencia y tienen un número de hijos dos veces superior⁵⁵ (véase el Gráfico 4). En muchos países en desarrollo, las altas tasas de procreación precoz son principalmente resultado de la práctica del matrimonio en la infancia⁵⁶.

Las probabilidades de que las adolescentes de entre 15 y 19 años mueran debido al embarazo o el parto son dos veces superiores a las de una mujer de 20 a 30 años. Para las meno-

22 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y SUPERVIVENCIA DEL RECIÉN NACIDO

Cuando se posibilita que las niñas adolescentes aplacen el alumbramiento, se salvan vidas. Cada año, cuatro millones de recién nacidos mueren en su primer mes de vida, muchos de ellos debido a que sus madres simplemente eran demasiado jóvenes para tener hijos: los hijitos de madres adolescentes tienen probabilidades 1,5 veces mayores que los de madres de más edad de perder la vida antes de cumplir un año. Las adolescentes son quienes corren más riesgo de parto prematuro. Debido a que en general, sus cuerpos no están plenamente desarrollados ni listos para dar a luz, las adolescentes también tienen mayores probabilidades de padecer parto obstruido. Los riesgos son más altos para las niñas pobres cuyo crecimiento quedó retardado debido a la mala nutrición. En ausencia de una pronta intervención médica, lo habitual es que el recién nacido muera. El acceso a atención de emergencia que puede salvar vidas cuando surgen complicaciones es fundamental para la supervivencia de las madres jóvenes y sus recién nacidos, así como para alcanzar los ODM relativos a la mortalidad de menores de un año y de madres.

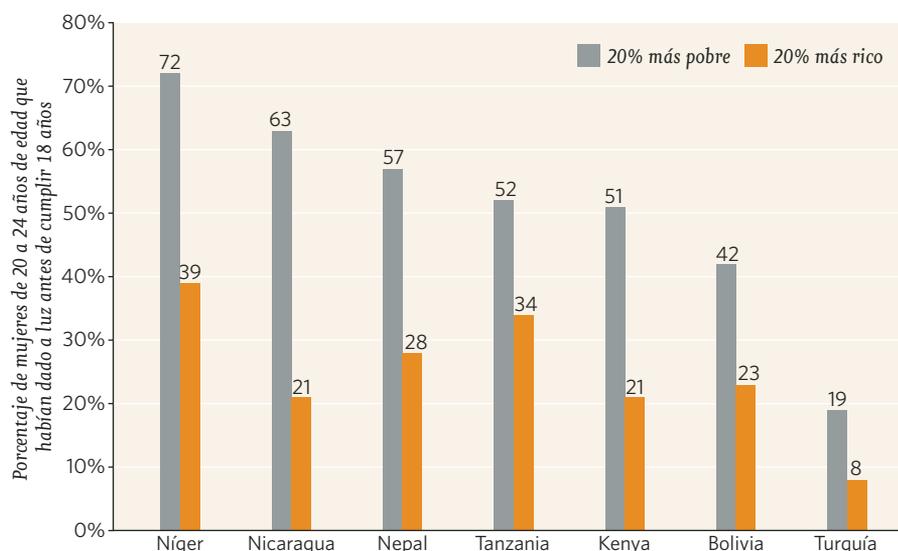
res de 15 años, los riesgos son cinco veces superiores⁵⁷. Y por cada niña que pierde la vida en el parto, hay muchas más que padecerán lesiones, infecciones y persistentes discapacidades, como la fístula obstétrica⁵⁸. Es posible reparar la fístula cuando se dispone de los servicios médicos apropiados, y el UNFPA ha conducido una campaña mundial para aportar esperanza a las vidas de esas niñas (véase el Recuadro 23).

EMBARAZOS NO PLANIFICADOS. Es excesivo el número de adolescentes que deben enfrentar las consecuencias, con repercusiones para toda la vida, de embarazos no planificados. Por

ejemplo, en América Latina y el Caribe, entre 35% y 52% de los embarazos de adolescentes no habían sido planificados⁵⁹. Hay diversas razones; entre ellas, la falta de conocimientos acerca de hechos básicos de la reproducción y la falta de información con respecto a anticonceptivos, lo cual contribuye al fracaso estos últimos. Algunos embarazos no planificados son consecuencia de violación, abuso sexual e incesto, pero se suele hacer caso omiso de esas posibilidades, incluso cuando las embarazadas muy jóvenes visitan una clínica.

Debido a los embarazos no deseados, cada año las adolescentes se someten a una cantidad de abortos estimada en cinco millones⁶⁰. En África al sur del Sahara, donde se practica un

Gráfico 4: Procreación entre las adolescentes más pobres y más ricas



Fuente: Rani, M. y E. Lule. 2004. "Exploring the Socioeconomic Dimension of Adolescent Reproductive Health: Multicountry Analysis" *International Family Planning Perspectives* 30 (3): 112.

40% de todos los abortos en malas condiciones de adolescentes en países en desarrollo, los datos procedentes de siete países pusieron de manifiesto que del total de mujeres que recibieron tratamiento por complicaciones del aborto, entre 39% y 79% eran adolescentes⁶¹. Se estima que de las 10.000 mujeres nigerianas que cada año pierden la vida debido a abortos realizados en malas condiciones, la mitad son adolescentes⁶². En la Argentina y en Chile, se comprobó que una tercera parte de las defunciones a raíz de la maternidad registradas para jóvenes de 15 a 19 años se debían a abortos⁶³.

Al igual que las mujeres adultas, las adolescentes tropiezan con obstáculos por motivos de género para adoptar decisiones bien fundamentadas acerca de la salud reproductiva, como se indica en el Capítulo 4. Esos obstáculos se complican debido a que, a causa de su juventud, tienen una baja condición social. Las adolescentes están sujetas a violencia y coacción sexuales y a menudo titubean en ir en procura de los servicios debido a que temen el estigma o a que desconfían de dichos servicios, hasta que se ven atrapadas en un embarazo no deseado o experimentan complicaciones que amenazan sus vidas, a raíz de un aborto realizado en malas condiciones. También tienen poco dinero para sufragar servicios y transporte. Para alcanzar los ODM será necesario prestar atención a las necesidades específicas de las adolescentes en lo concerniente a la salud reproductiva⁶⁴.

Los jóvenes y el VIH/SIDA

Casi una cuarta parte de todas las personas que viven con el VIH tienen menos de 25 años de edad⁶⁵. Actualmente, los

jóvenes constituyen la mitad de todos los nuevos casos. Según se estima, cada día quedan infectados 6.000 jóvenes: uno cada 14 minutos. Son, en su mayoría, mujeres y niñas⁶⁶. En África al sur del Sahara, un 63% de quienes estaban infectados con el VIH en 2003 tenían entre 15 y 24 años de edad⁶⁷. En la Federación de Rusia y en otros países de Europa oriental y Asia central, más del 80% de quienes están infectados con el VIH tienen menos de 30 años de edad y son, en su mayoría, hombres jóvenes⁶⁸. En esas regiones, así como en el Asia sudoriental y en China, el VIH se propaga principalmente mediante drogas inyectables y relaciones sexuales comerciales. De todos los nuevos casos de infecciones de transmisión sexual curables registrados cada año, una tercera parte corresponde a jóvenes menores de 25 años⁶⁹.

LAS JÓVENES SON QUIENES CORREN MAYORES RIESGOS.

En el decenio de 1980, el VIH/SIDA afectó desproporcionadamente a los hombres. Ahora, el rostro de la epidemia es cada vez más el de una mujer joven. Las mujeres de entre 15 y 24 años de edad tienen probabilidades 1,6 veces mayores que los varones de la misma edad de estar infectadas con el VIH. En África al sur del Sahara, la proporción de mujeres a varones entre los jóvenes infectados con el VIH es 3,6 a 1⁷⁰. En el Caribe, el Oriente Medio y el África septentrional, un 70% de todos los jóvenes que viven con el VIH son mujeres⁷¹.

Las mujeres son más vulnerables a la infección que los hombres, por razones biológicas, socioculturales y económicas (véase el Capítulo 4), pero las adolescentes y las jóvenes enfrentan riesgos adicionales. Por ejemplo, el aparato repro-

23

CAMPAÑA SOBRE LA FÍSTULA OBSTÉTRICA: RESTAURACIÓN DE LA VIDA Y LA DIGNIDAD DE LAS ADOLESCENTES

Fátima fue casada a los 14 años de edad y poco después quedó embarazada. Después de un agotador trabajo de parto que duró seis días, esa joven nigeriana dio a luz a un niño muerto. Durante los diez años siguientes, dice Fátima, "la gente me rechazó; en todas partes se burlaban de mí".

Fátima es una sobreviviente de una devastadora lesión del parto, la fístula obstétrica: un trastorno prevenible y curable que en todo el mundo afecta al menos a dos millones de mujeres y niñas. La fístula, causada por el trabajo de parto prologado y obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga y/o la vagina y el recto, que causa incontinencia crónica a la mujer. En casi todos los casos, el niño muere. Las mujeres que padecen fístula, dado que no pueden mantenerse limpias, suelen ser abandonadas por sus esposos y familias, culpadas por su problema y sometidas

a ostracismo por su comunidades. En los casos típicos, la fístula afecta a las niñas y las jóvenes que viven en zonas rurales pobres y remotas, donde los servicios de salud son insuficientes o inexistentes, y también a las mujeres que dan a luz en el hogar, sin atención profesional.

Fátima es una entre centenares de niñas y mujeres que han recibido tratamiento quirúrgico en virtud de la Campaña para eliminar la fístula, iniciada a escala mundial en 2003 por el UNFPA y muchos copartícipes. La Campaña realiza operaciones en más de 30 países de África al sur del Sahara, el Asia meridional y los Estados árabes, para prevenir la fístula y ofrecer tratamiento a las mujeres y las niñas. También está ayudándolas a reivindicar su lugar en la sociedad, comenzando a ampliar su acceso a la capacitación para adquirir conocimientos prácticos, clases de alfabetización y asesoramiento psicosocial en el proceso post-

operatorio de curación. Después de la operación, Fátima, sonriente, dijo que le complace que ahora "los amigos y vecinos la invitan a bodas y ceremonias de bautismo".

En Nigeria, la campaña brindó apoyo en febrero de 2005 a un proyecto de dos semanas de duración, en virtud del cual se ofreció tratamiento a 545 mujeres y se impartió capacitación a docenas de médicos, enfermeras y trabajadores sociales en técnicas quirúrgicas y atención postoperatoria. Después de participar en una sesión de educación sobre salud, varios hombres que acompañaron a sus esposas e hijas cuando se sometieron a la operación, ahora están comprometidos a ayudar a otras niñas y mujeres. Muhammadu Abubakar, de Nigeria, que acompañó a su sobrina, dijo: "Incluso si tengo que gastar mi propio dinero, ayudaré a otras mujeres a acudir al hospital".

ductor de las niñas menores de 14 años es más susceptible de desgarramiento debido a que no ha llegado aún a la madurez. Esto aumenta el riesgo de infección con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Las mujeres más jóvenes y las niñas son especialmente vulnerables a la violencia y la explotación sexuales y están en posición desventajosa para negociar los términos de las relaciones sexuales, inclusive el derecho a decir “no” y a insistir en la utilización de condones. Las prácticas nocivas, como el matrimonio en la infancia y la mutilación o corte genital femenino con instrumentos no esterilizados las expone a peligros adicionales.

EL PAPEL DE LOS VARONES JÓVENES. Ningún análisis de la vulnerabilidad femenina al VIH es completo si no se incluye a los hombres, cuyo comportamiento impulsa la epidemia y cuya inclusión en las acciones de prevención tiene importancia crítica para que éstas tengan éxito. En muchos países, tener relaciones sexuales con muchas mujeres es la medida de la virilidad del joven. Además, muchos hombres jóvenes están expuestos a un alto riesgo de infección con el VIH por diversas razones, entre ellas porque utilizan drogas por vía endovenosa, están reclusos en cárceles o tienen ocupaciones riesgosas. Por ejemplo, la mayoría de los soldados y muchos migrantes que van en busca de trabajo son hombres jóvenes, alejados de sus familias y sus compañeras y en situaciones que pueden conducirlos a las relaciones sexuales comerciales. Como se indica en el Capítulo 6, tiene importancia crítica contar con programas que posibiliten que los adolescentes varones y los jóvenes hablen de sus preocupaciones en ámbitos objetivos y de apoyo, donde se aliente un sentido de igualdad con las mujeres.

FALTA DE INFORMACIÓN, DE MEDIOS Y DE APTITUDES PARA LA PREVENCIÓN. En muchos de los países más gravemente afectados, sigue siendo tabú hablar francamente de la igualdad entre hombres y mujeres, la anticoncepción, la prevención del VIH y cuestiones conexas. Estudios realizados en todos los países del mundo dan pruebas de un alarmante grado de error en la información y falta de conocimientos acerca de la enfermedad, particularmente entre las mujeres jóvenes y las niñas⁷². Los conceptos erróneos pueden dar a los jóvenes un falso sentido de seguridad y conducirlos a subestimar el riesgo de infección. Al facultar a los jóvenes para que escojan o bien abstenerse, o bien aplazar la iniciación sexual y rechazar las proposiciones no deseadas, y al darles acceso a los condones (preservativos), al conocimiento de cómo se utilizan correctamente y a las posibilidades de negociar relaciones sexuales con menos riesgo, puede preservarse su vida y evitar la muerte. Aun cuando las personas, en su mayoría, comienzan su actividad sexual durante la adolescencia⁷³, los adolescentes, niñas y varones, tienen dificultad en obtener

24 “GAVILANES” Y SUPERVIVENCIA

La pobreza obliga a muchas jóvenes a entablar relaciones sexuales para sobrevivir. Este intercambio de relaciones sexuales por dinero o matrículas escolares o apoyo a sus familias, a veces se da en relaciones con “gavilanes”, como en el Caribe y en África al sur del Sahara. Los “gavilanes” suelen ser hombres de más edad, casados y en posición económica holgada que entregan dinero a las jóvenes, a cambio de relaciones sexuales. Esos hombres van cada vez más en procura de niñas adolescentes, debido a la creencia de que hay menos posibilidades de que estén infectadas con el VIH. Cuanto mayores sean las diferencias económicas y en las edades, tanto menos probable será que se utilicen condones. Los hombres de más edad suelen tener múltiples compañeras sexuales y están más expuestos al VIH.

Los estudios sobre adolescentes embarazadas en países de África al sur del Sahara pusieron de manifiesto que un 73% de las niñas entrevistadas tenían compañeros sexuales mayores de 30 años. Un estudio comprobó que en Haití, una tercera parte de las adolescentes habían entablado relaciones sexuales debido a necesidades económicas. De ellas, un 95% tenían hijos de varios padres, de modo que tanto ellas como sus hijitos corrían mayor riesgo de infección con el VIH. Otro estudio comprobó que en Kenya, un 47% de las compañeras sexuales de los “gavilanes” eran adolescentes. En respuesta, algunos países, entre ellos Gambia, Uganda y Zimbabwe, emprendieron campañas para poner en guardia a las jóvenes.

condones y muchos no saben cómo utilizarlos correctamente⁷⁴. Los jóvenes, en su mayoría, carecen de un acceso efectivo a programas de prevención⁷⁵. Además, se necesitan programas de mejor calidad, incluidos los que abordan la pobreza y los estereotipos de género perniciosos que impulsan la epidemia.

COLABORACIÓN CON LOS JÓVENES PARA FRENAR LA EPIDEMIA. A partir de la CIPD, se ha cobrado mayor conciencia de la importancia de prevenir la infección contra el VIH entre los jóvenes. Por ejemplo, en 2001, durante el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, se reconoció que los jóvenes son un grupo prioritario para la prevención⁷⁶. Colaborar con los jóvenes puede ser tan importante como trabajar para ellos. El UNFPA y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) patrocinan la Coalición Mundial de la Juventud sobre el VIH/SIDA, una red de unos 600 líderes juveniles de 66 países⁷⁷. En 2003, el UNFPA emprendió la iniciativa de la Alianza Mundial con la Juventud para facultar a los jóvenes líderes de países en desarrollo a fin de que mejoren la prevención del VIH mediante tareas de promoción y diálogo con funcionarios ejecutivos⁷⁸.

Abundan los ejemplos de activismo de los jóvenes y de comunidades, organizaciones y gobiernos que colaboran para impedir que la epidemia afecte a los jóvenes. En la Federación de Rusia, el UNFPA apoya *Juventa*, un innovador

programa municipal que sólo en San Petersburgo ya cuenta con 12 clínicas. Dichas clínicas, abiertas a partir de 1993, son acogedoras para los jóvenes, ofrecen una línea telefónica de emergencia confidencial, educación y servicios médicos, y se vinculan con programas de empleo para jóvenes marginados. Dichas clínicas benefician ahora a 240.000 jóvenes por año. Sus “médicos de confianza” proporcionan asesoramiento y servicios a trabajadoras comerciales del sexo.

Los medios de difusión y de entretenimiento para las masas pueden capturar la atención de los jóvenes e incluir mensajes en un formato atrayente. El programa *Lovelifé*, en Sudáfrica, inició una innovadora campaña en multimedios para llegar a jóvenes de 12 a 17 años de edad antes de que comiencen a tener actividades sexuales⁷⁹. En Nicaragua, una iniciativa en multimedios, conocida como “Sexto sentido”, utiliza programas de radiodifusión, una telenovela dirigida por jóvenes y materiales impresos sobre los derechos de las personas jóvenes. Ha captado a numerosos públicos, tanto jóvenes como adultos, en centenares de medios de difusión⁸⁰. El programa de MTV *Staying Alive* es la mayor campaña mundial contra el VIH/SIDA, pues llega a 166 países y territorios. En 2004, esa campaña, dirigida a niñas y mujeres, recibió el apoyo del UNFPA, el programa ONUSIDA, el Banco Mundial, la organización *Family Health International* y la *Kaiser Family Foundation*⁸¹.

EL EMPLEO Y EL INGRESO, CLAVES DE LA PREVENCIÓN.

La pobreza y la discriminación por motivos de género son causas fundamentales de muchas infecciones con el VIH, debido a que limitan las opciones de los jóvenes. Cuando las personas tienen pocas alternativas o escasas esperanzas para el futuro, se limitan sus posibilidades y su motivación para hacer algo a fin de protegerse a sí mismos contra el VIH, más allá de elementales medidas cotidianas de autopreservación y supervivencia. Si se dota a los adolescentes de las aptitudes y los recursos que necesitan para tener una vida decorosa y mejorar sus perspectivas, esto puede contribuir a frenar la epidemia.

Algunas iniciativas pioneras están abordando los aspectos implícitos de pobreza y género en la propagación del VIH. En Malí, *Save the Children UK* introdujo planes de microcrédito para campesinas adolescentes, a fin de prevenir su migración a las ciudades en procura de trabajo como empleadas domésticas. En la India, con el apoyo del *Population Council* y de la organización CARE, las adolescentes residentes en tugurios adquirieron aptitudes para el empleo, comenzaron a ahorrar dinero y elevaron su autoestima⁸². En Benín, un programa gubernamental combina la capacitación para el empleo con la prevención del VIH y el embarazo.

En el Senegal, el UNFPA, el UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han contribuido a educar a unas 10.000 niñas adolescentes y jóvenes mujeres, haciendo

hincapié en la alfabetización, las cuestiones de género y de derechos humanos, los servicios de salud reproductiva, las oportunidades de obtener ingresos y la capacitación en computadoras⁸³. En Mozambique, un programa en gran escala conocido como *Geração Biz*, congregó a ministerios, organismos de las Naciones Unidas y donantes para otorgar a los jóvenes desplazados mayor acceso a la salud reproductiva, la prevención del VIH y las oportunidades de capacitación y empleo⁸⁴.

La UNESCO ha estado apoyando programas integrados en beneficio de niñas adolescentes pobres en el Asia meridional, que abarcan alfabetización, salud reproductiva y VIH/SIDA, educación sobre cuestiones jurídicas y capacitación para la obtención de ingresos y la microfinanciación. Un programa científico centrado en salud básica, abastecimiento de agua potable, agricultura y fuentes de energía renovables ha capacitado a 4.250 niñas adolescentes en 176 aldeas; de ellas, un 10% están ahora empleadas o han emprendido sus propias microempresas⁸⁵.

Matrimonio en la infancia

Los países, en su mayoría, han declarado que 18 años es la edad mínima legal para poder contraer matrimonio, pero es frecuente que el consentimiento de los padres y la costumbre tengan precedencia sobre esas leyes⁸⁶. Pese a las sanciones al matrimonio en la infancia, se prevé que en el próximo decenio más de 100 millones de niñas menores de edad han de contraer matrimonio⁸⁷. Si bien a escala mundial la práctica ha amenguado en los últimos 30 años, sigue siendo común entre los más pobres de los pobres y en zonas rurales⁸⁸. Su mayor incidencia se registra en el Asia meridional y el África occidental y central⁸⁹. Cuando las niñas son percibidas como un lastre económico, su matrimonio puede formar parte de la estrategia de la familia para la supervivencia. En Bangladesh, el Níger y la República Democrática del Congo, de las niñas adolescentes, más de dos terceras partes ya están casadas y la proporción llega a más de la mitad en el Afganistán, la India y Nigeria⁹⁰. En seis países del África occidental, un 44% de las mujeres ya están casadas antes de cumplir 15 años⁹¹.

UNA EXPERIENCIA DE TEMOR E INCERTIDUMBRE.

Si bien los padres y madres tal vez abrigan la esperanza de proteger la seguridad económica y personal de las niñas mediante el matrimonio, éste suele tener el efecto contrario. Con frecuencia, el matrimonio marca el fin de su educación. Un análisis mundial comprobó que las niñas con un nivel de educación primaria o menor tienen mayores probabilidades de contraer matrimonio en la adolescencia⁹². Para muchas niñas, el matrimonio está colmado de temores e incertidumbres: la decisión la adoptan otros por cuenta de ellas y ellas

A partir del año 2000, los jóvenes han participado activamente en la lucha por la prevención del VIH en cuatro países de alta prevalencia, mediante la Alianza Africana de la Juventud (AYA), copatrocinada por el UNFPA, *Pathfinder International* y PATH, con el apoyo de un generoso subsidio de la *Bill and Melinda Gates Foundation*. Ese programa también involucra a las comunidades, incluidos los líderes culturales y religiosos, en el establecimiento de un ámbito de apoyo a la igualdad entre hombres y mujeres y la salud reproductiva. Los resultados de la encuesta indican que AYA acrecentó los conocimientos de los jóvenes relativos al VIH/SIDA, a las infecciones de transmisión sexual y los riesgos de embarazo y les otorgó mayor confianza para negociar el uso de condones. Debido a que el programa hizo hincapié en que los servicios fueran “más acogedores para los jóvenes”, hubo enormes aumentos en su utilización: entre 2003 y 2004 dos millones de jóvenes visitaron esos centros y 17.000 solicitaron voluntariamente la detección del VIH y el asesoramiento al respecto.

La iniciativa ha estimulado transformaciones en muchos niveles, inclusive en cuestiones de género. En Botswana, 36 organizaciones confesionales indicaron que la salud reproductiva de los adolescentes era la principal estrategia en la amplia respuesta de la Iglesia al VIH/SIDA. El

Ministerio de Educación está reconsiderando las reglamentaciones que estipulan que se expulsa de la escuela a las niñas embarazadas. La AYA también ha realizado campañas contra la violencia sexual mediante clubes escolares de “guerra a la violación”. En Ghana, una innovadora iniciativa de base comunitaria que proporciona asistencia jurídica ha resuelto casos de violación, violencia doméstica, trata de niños, matrimonio en la infancia y secuestro de adolescentes. Por conducto del Centro de adolescentes sobre embarazo y cría del niño, más de 300 jóvenes han recibido capacitación en aptitudes para la vida.

En la República Unida de Tanzania, la AYA acrecentó el número de jóvenes mujeres que tienen acceso a servicios de salud reproductiva organizando partidos de fútbol únicamente entre niñas, que antes de los partidos ofrecían sesiones sobre prevención del VIH. Con respecto al abuso en la infancia, la estación radiofónica *Clouds* en FM emprendió campañas nacionales de difusión, cuyo resultado fue la contratación de una firma de abogados para remitir los casos a los tribunales. Los debates ampliamente divulgados sobre los efectos del matrimonio en la infancia influyeron sobre la orden impartida por el Gobierno de que se permita a las niñas menores de 18 años regresar a la escuela después de dar a luz. En Zanzíbar, varios parlamentarios han solicitado

que se enmiende una ley que estipula el encarcelamiento de niñas embarazadas.

En Uganda, líderes anglicanos y musulmanes han declarado públicamente su apoyo a la detección voluntaria del VIH y el asesoramiento voluntario al respecto, así como al uso de condones (preservativos) para las parejas jóvenes. Dado que se hizo hincapié en ofrecer servicios confidenciales, esto alentó a muchos jóvenes a solicitar la detección del VIH. En las comunidades cristianas y musulmanas se está estipulando ahora la edad mínima de 18 años para contraer matrimonio y se solicita a las niñas que presenten su partida de nacimiento. El Rey de Busoga exhortó a que se reintegre en el sistema escolar a las madres adolescentes.

“Antes de la AYA, nunca tuve oportunidad de ser oída, comprendida y apreciada. Cuando una vive en un ámbito que la priva de sus derechos básicos y la hace objeto de discriminación por ser joven, una necesita una plataforma para expresar sus pensamientos y la AYA es más que eso. La AYA me enseñó a reivindicar mis derechos, pero lo que es más importante, también los derechos de otros jóvenes, especialmente las niñas”

— Ngasuma Kanyeka, joven mujer de la República Unida de Tanzania

recién se enteran poco antes del día de la boda. Después de la ceremonia, lo común es que las niñas casadas vayan a vivir al hogar de sus esposos, a veces en otra aldea, lejos de sus propias familias y de los ámbitos familiares, y de inmediato se las presiona para que tengan familia. Lo común es que describan su primera experiencia sexual marital como repelente o dolorosa y con frecuencia con uso de la fuerza⁹³.

NIÑAS CASADAS—ALTO RIESGO DE MORTALIDAD MATERNA Y VIH/SIDA.

Pese a la gran cantidad de adolescentes casadas, las políticas y los programas suelen no considerar su vulnerabilidad al VIH ni otras necesidades en materia de salud reproductiva. Varios estudios realizados en Kenya, Uganda y Zambia confirman que las adolescentes casadas tienen tasas de infección con el VIH más altas que las niñas solteras de la misma edad que tienen actividad sexual⁹⁴. El aislamiento y la falta de poder son problemas adicionales: las jóvenes esposas suelen tener limitada autonomía o poca libertad de movimiento. Pueden estar impedidas de obtener servicios de salud debido a la distancia, el gasto o la necesidad de contar con el permiso de su esposo o de sus

parientes políticos. Esas barreras pueden agravar los riesgos de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad para las adolescentes embarazadas.

La eliminación del matrimonio en la infancia está estrechamente correlacionado con el logro de los ODM. El matrimonio en la infancia priva a la niña del derecho a la educación y de la oportunidad de plasmar plenamente su potencial. Las adolescentes casadas tienen limitado poder para influir sobre decisiones atinentes a la procreación o a la anticoncepción, y esto tiene consecuencias negativas sobre la salud y la supervivencia de los niños de corta edad, la mortalidad derivada de la maternidad, el VIH, las altas tasas de fecundidad y la reducción de la pobreza. En Bangladesh, si se aumentara la edad media de procrear en cinco años, se reduciría en un 40% el crecimiento de la población⁹⁵, lo cual mejoraría las posibilidades del país de reducir la pobreza y tener un desarrollo sostenido.

El UNFPA y sus aliados, que reconocen los derechos de las adolescentes y las implicaciones de tales derechos para la reducción de la pobreza, emprendieron en 2004 una iniciativa mundial para eliminar el matrimonio en la infancia.

Los jóvenes y el empleo

Una de las metas de los ODM es ampliar el acceso de los jóvenes al trabajo “decoroso y productivo”⁹⁶. Dado que de los desempleados del mundo, la mitad tiene entre 15 y 24 años de edad, el reto es considerable⁹⁷. Esto ocurre especialmente en los países pobres de Asia, África al sur del Sahara y el Oriente Medio, donde las poblaciones de jóvenes siguen en aumento⁹⁸. Las más altas tasas de desempleo de jóvenes se registran en África al sur del Sahara, la región más pobre⁹⁹. Cuando los jóvenes encuentran trabajo, muchos quedan atrapados en empleos con bajos salarios y pocas oportunidades de adquirir conocimientos prácticos. Esos empleos, en su mayoría, están en la economía paralela o no estructurada (*informal*), donde la remuneración es demasiado baja para poder superar la pobreza¹⁰⁰. Si bien las jóvenes mujeres han ingresado en grandes cantidades a la fuerza laboral en los últimos 30 años, en todas las regiones en desarrollo sus tasas de desempleo son mayores que las de los varones de la misma edad, salvo en el Asia oriental y en África al sur del Sahara¹⁰¹.

NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TRABAJAN—SE ESFUERZAN Y SON EXPLOTADOS.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) recomienda una edad mínima de 16 años para poder trabajar, pero admite que esto no es siempre posible en ámbitos rurales, donde la supervivencia económica de la familia depende del trabajo de sus miembros más jóvenes¹⁰². En el año 2000, había unos 352 millones de niños y adolescentes de entre 5 y 17 años de edad que participaban en actividades económicas y de ellos, 171 millones trabajaban en condiciones peligrosas¹⁰³. En Etiopía, casi la mitad de los niños de 10 a 14 años de edad tienen actividad económica y en Bangladesh, más de una tercera parte¹⁰⁴. El SIDA es una importante causa del aumento del trabajo infantil en África al sur del Sahara, donde un 29% de los niños de entre 5 y 14 años de edad trabajan, la mayor proporción en todo el mundo. La mayoría de esos jóvenes trabajadores han perdido a uno o ambos progenitores debido al SIDA¹⁰⁵.

En muchos países en desarrollo, se envían a las niñas y las jóvenes a trabajar en hogares que están en posición económica más holgada, a fin de suplementar el ingreso de la familia. Se deniega a esas niñas, en su mayoría, una educación, una remuneración equitativa y unas condiciones de trabajo decorosas. Muchas corren riesgo de abuso sexual y malos tratos físicos, así como de ser objeto de trata dentro de su propio país o a través de las fronteras¹⁰⁶. El UNICEF estima que en el Asia meridional hay cinco millones de trabajadoras domésticas; en la India, la proporción es de aproximadamente una de cada cinco niñas menores de 14 años y en Dhaka (Bangladesh) solamente, hay 300.000 en esas condiciones¹⁰⁷.

MÁS TRABAJO DECOROSO.

Se está prestando cada vez mayor atención al empleo de los jóvenes. En 2002 se emprendió la campaña de Youth Employment Summit (YES), con el apoyo del UNFPA y varios aliados. La campaña trata de fomentar las aptitudes empresariales y las oportunidades de autoempleo de los jóvenes. Hay redes nacionales en 60 países que están formulando estrate-

gias, con apoyo internacional, y la Red de Empleo de la Juventud, una alianza con el Banco Mundial, la OIT y las Naciones Unidas, está prestando asistencia a diez países beneficiarios para que formulen planes de acción tendientes al empleo de la juventud¹⁰⁸.

Aprovechar las energías, el potencial y las aptitudes cívicas de las personas jóvenes representa una oportunidad invaluable para propiciar la creación de promotores de la igualdad entre hombres y mujeres y del desarrollo socioeconómico. Las repercusiones socioeconómicas, en materia de seguridad nacional y demografía, de no efectuar inversiones en las personas jóvenes, son de gran magnitud. Las políticas que elaboren al respecto los países y la comunidad internacional beneficiarán no sólo a esta generación, sino a la siguiente ola de niños que entrarán en la adolescencia en 2015.

“Me casé cuando tenía 12 años de edad y tuve un hijo dos años después. Tuve muchos problemas porque era muy joven. Yo no quería casarme”.

— Bangladesh

“Fui prometida en matrimonio a un hombre antes de cumplir 10 años... Cuando llegó el momento de la boda, me entregaron a la familia de mi esposo y cuando lo vi, me percaté de que era más viejo que mi papá”.

— Burkina Faso

De *“Too Brief a Child: Voices of Married Adolescents”* (videofilme).



6 Alianzas con adolescentes varones y hombres

“Los cambios de los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de hombres y mujeres constituyen una condición necesaria para el logro de una colaboración armoniosa entre hombres y mujeres. El hombre desempeña un papel clave en el logro de la igualdad de los sexos, puesto que, en la mayoría de las sociedades, ejerce un poder preponderante en casi todas las esferas de la vida, que van de las decisiones personales respecto del tamaño de la familia, hasta las decisiones sobre política y programas públicos a todos los niveles. Es fundamental mejorar la comunicación entre hombres y mujeres en lo que respecta a las cuestiones relativas a la sexualidad y a la salud reproductiva, y la comprensión de sus responsabilidades conjuntas, de forma que unos y otras colaboren por igual en la vida pública y en la privada”.

— Programa de Acción de la CIPD, Párrafo 4.24

En el pasado, las acciones de desarrollo han tendido a centrarse o bien en los hombres, o bien en las mujeres, pero raramente en unos y otras a la vez. Durante decenios, la asistencia para el desarrollo solía prestarse en forma de provisión de tecnologías, préstamos y capacitación en beneficio de los hombres. A partir de comienzos del decenio de 1970, los analistas señalaron la necesidad de prestar mayor atención a las mujeres como agentes de desarrollo¹. El efecto inicial fue dedicar más recursos a las mujeres y, más tarde centrar más la atención en la dinámica entre hombres y mujeres y la desigualdad de género. El propio movimiento en pro de la igualdad de género ha experimentado una transición similar a lo largo del tiempo, desde el énfasis inicial exclusivamente en las mujeres hasta el reconocimiento de la necesidad de involucrar a los hombres en el proceso.

En 1994, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) realizó algo sin precedentes: exhortó a los países a promover el apoyo de los hombres en la lucha por la igualdad entre hombres y mujeres y alentar su participación y su responsabilidad compartida en todos los aspectos de la vida en familia y la salud reproductiva. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) prestan escasa atención explícita a los papeles del hombre, pero es evidente la necesidad de involucrar a los hombres en el logro de esos objetivos. Como cuestión de principio, los hombres, en especial los marginados por la pobreza u otras circunstancias, tienen necesidades y deseos que merecen más atención. Como cuestión práctica, los hombres tienen un poder preponderante en todos los aspectos de la vida pública y privada. Su cooperación es imprescindible, no sólo en las esferas doméstica y comunitaria, sino también en el ámbito más amplio de las políticas

nacionales, las finanzas y la gobernanza. La igualdad entre hombres y mujeres y la transformación social que ésta entraña, tendrán más probabilidades de lograrse cuando los hombres reconozcan que las vidas de hombres y mujeres son interdependientes y que la habilitación de la mujer beneficia a todos.

Papel del hombre en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La alianza con los hombres es evidentemente imprescindible para lograr la igualdad entre hombres y mujeres y puede influir sobre todos los demás ODM, tanto directa como indirectamente. La alianza con los hombres es una importante estrategia para promover los derechos reproductivos y la salud reproductiva, que están tan estrechamente vinculados con los ODM. La epidemia de SIDA pone de manifiesto el papel, de importancia crítica, del hombre: en ausencia de una vacuna o una cura, los cambios en los comportamientos masculinos son fundamentales para prevenir la propagación del VIH. Los hombres desempeñan un papel decisivo en muchos otros aspectos. Los esposos suelen adoptar decisiones con respecto a la planificación de la familia, la actividad económica de sus esposas y el uso de los recursos del hogar, inclusive la remuneración de servicios médicos y el pago de matrículas escolares. Esas decisiones influyen sobre el bienestar y las perspectivas de toda la familia. La atención y el apoyo de un esposo bien informado también mejoran los resultados del embarazo y el parto y pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte cuando hay complicaciones, y las mujeres necesitan atención médica inmediata.

Los padres que ofrecen apoyo pueden desempeñar un importante papel brindando amor y atención y ocupándose

de la crianza de sus hijos. Suelen ser las principales fuentes de recursos para mantener a sus familias. Los investigadores han comenzado a analizar los vínculos entre ausencia del padre y pobreza. El desarrollo psicológico, social y cognoscitivo de los niños puede resentirse debido al abandono del padre y a la falta de afecto y apoyo material por parte de éste². Cuando los padres descuidan sus responsabilidades financieras, las mujeres con hijos son más vulnerables a la pobreza³. Algunas mujeres se ven obligadas a llevar a sus hijos a su lugar de trabajo, o a mandarlos a trabajar, en lugar de enviarlos a la escuela⁴. En investigaciones realizadas en América Central y los Estados Unidos se comprobó que las repercusiones del abandono o el descuido por parte del padre oscilan desde desempeño escolar deficiente y abandono de la escuela (inclusive ingreso precoz en la fuerza laboral para ayudar a la familia a sufragar sus gastos), hasta embarazo en la adolescencia, alcoholismo y toxicomanías. En los Estados Unidos, los niños sin padre eran más propensos al suicidio⁵.

Los numerosos beneficios del involucramiento y apoyo del padre en la vida de la familia subrayan la acuciante necesidad de contar con nuevas políticas. Las normas e instituciones sociales que presuponen que las mujeres son las principales encargadas de la atención y el bienestar de los niños, pueden disuadir a los hombres de involucrarse en el embarazo y el parto. No obstante, esta participación temprana está asociada con los papeles y responsabilidades ulteriores de los hombres en su condición de padres⁶.

Las expectativas basadas en motivos de género pueden impedir que los hombres enriquezcan las vidas de sus hijos y sus propias vidas: los estudios confirman que para muchos hombres, la paternidad afianza su bienestar y confiere un sentido de propósito y plenitud. Algunos estudios han comprobado que la paternidad también puede reducir el comportamiento delincuente de los hombres y otras formas de asunción de riesgos⁷. Además, los padres cuyas actitudes acerca de la crianza de los hijos son más responsables y más equitativa en cuestiones de género suelen transmitir esos valores a sus hijos e hijas y dedicarles más tiempo⁸.

El efecto sobre los hombres de los papeles de género

Aun cuando las mujeres y los hombres comparten sus vidas, sus respectivas expectativas, oportunidades y comportamientos suelen ser ampliamente divergentes. Es imprescindible comprender esas diferencias cuando se formulan políticas y

programas eficaces. Los hombres no pueden considerarse un grupo homogéneo: las normas varían, tanto entre distintas sociedades como dentro de una misma sociedad, en función de diversos factores de índole socioeconómica, cultural, étnica y otros⁹. No obstante, el ideal de masculinidad está muchas veces asociado con bravura, fortaleza, independencia y actividad sexual¹⁰.

Desde edad temprana se enseñan a los niños varones, tácita y explícitamente, los ideales y las expectativas de sus madres, padres, así como los de los demás niños y de toda la sociedad, acerca de su futuro como hombres. Este ideal de “hombria” puede conformar las actitudes y los comportamientos de los niños varones y los hombres. El concepto de masculinidad vigente en la sociedad está conectado con la autoidentidad, el sentido de pertenencia y de la propia valía. Cuando domina un ideal de masculinidad, probablemente será transmitido en primer lugar dentro de la familia y luego será reforzado por la comunidad, por otros hombres y mujeres, por los líderes de opinión y por los medios de difusión. En consecuencia, los niños varones y los hombres enfrentan presiones para alcanzar ese ideal. A menudo, internalizan las expectativas y las actitudes que acompañan ese ideal, a costa de perjudicarse a sí mismos y perjudicar a los demás.

Las expectativas de la sociedad también pueden restringir la posibilidad de que los hombres se consideren a sí mismos como compañeros atentos, no violentos y responsables¹¹.

El ideal de considerar a los hombres como fuentes del sostén económico de sus familias, en control y dotados de autoridad, influye sobre las maneras en que se relacionan con sus esposas, sus hijos y otros hombres y mujeres. Por ejemplo, el desempleo puede frustrar que un hombre pruebe que es el “sostén del hogar”. Algunos hombres tratan de cumplir esta función migrando en busca de trabajo, aun cuando deban abandonar a sus familias y a sus amigos. Cuando sus aspiraciones quedan desvirtuadas por falta de oportunidades o cuando se encuentran alejados de sus familias, algunos tal vez busquen gratificación en el alcohol o las drogas o en encuentros sexuales peligrosos. En Europa oriental, la disminución durante el decenio de 1990 de la esperanza de vida de los hombres se atribuyó al estrés y la depresión causados por el desempleo en las economías en transición. Su desaliento se reflejó en altas tasas de alcoholismo, violencia doméstica, suicidio y enfermedades cardiovasculares¹².

Muchas sociedades toleran tácitamente la asunción de riesgos por los hombres y el uso de la violencia para ejercer

“Me doy cuenta ahora de cuán importante es que nosotros, los padres, enseñemos a nuestros hijos varones a respetar a sus madres y sus hermanas, y también me doy cuenta de cuán importante es proporcionar igualdad de oportunidades a nuestras hijas”.

— Anciano laosiano, después de una sesión de capacitación en cuestiones de género en Luang Namtha, patrocinada por la Iniciativa de Salud Reproductiva para los Jóvenes de Asia (RHIYA), de la Unión Europea y el UNFPA

autoridad. Con frecuencia, se socializa a los niños varones y los hombres para que acepten la violencia como comportamiento masculino apropiado, un medio de poner en evidencia su hombría y proteger su “honra”. Esto se refleja en altos niveles de violencia, tanto de los hombres entre sí como contra las mujeres. Es posible que los niños varones tropiecen por primera vez con la violencia dentro de sus propias familias, en forma de malos tratos domésticos.

Si bien son con frecuencia los hombres jóvenes quienes perpetran actos de violencia, también son sus principales víctimas: en algunos países de América Latina, los adolescentes varones (15 a 19 años de edad) constituyen un 69% de las víctimas de homicidio¹³. La investigación realizada en varios países sugiere que hasta un 10% de los jóvenes han sido objeto de propuestas sexuales no deseadas y abuso sexual precoz. Además, los jóvenes con frecuencia imponen relaciones sexuales forzadas a sus novias, simpatías o compañeras sexuales ocasionales, como lo ponen de manifiesto las investigaciones realizadas en México, Nigeria, el Perú y Sudáfrica. En Camboya, el Perú y Sudáfrica, una proporción sustancial de jóvenes varones manifestaron que participaban activamente en actos de violación colectiva perpetrados por pandillas¹⁴. Para ayudar a los jóvenes varones a evitar esos comportamientos dañinos, es necesario, en primer término, comprender los factores sociales, culturales y económicos interrelacionados que los impulsan.

LAS VIDAS SEXUALES Y REPRODUCTIVAS DE LOS HOMBRES. Durante gran parte de su historia, los estudios sobre población y salud reproductiva, a diferencia de otros temas de desarrollo, se centraron casi exclusivamente en las mujeres y, específicamente, en su fecundidad y en sus vidas reproductivas¹⁵. Fue muy escasa la información recopilada acerca de los hombres. En consecuencia, son pocos los servicios y programas de salud reproductiva que reflejan las necesidades y perspectivas específicas de los hombres. No obstante, al analizar las encuestas nacionales entre hombres de entre 15 y 54 años de edad realizadas en los últimos diez años en 39 países en desarrollo, se logra una mejor comprensión del comportamiento sexual masculino y de sus diferencias con el comportamiento sexual de la mujer¹⁶.

Los datos revelan que la iniciación sexual masculina tiende a ocurrir a edad más temprana que la de las mujeres y que los varones tienen mayor número de compañeras sexuales, tanto dentro como fuera del matrimonio¹⁷. El matrimonio es relativamente infrecuente entre los hombres que tienen poco más de 20 años o menos. Por otra parte, los hombres jóvenes tienden a tener mayor cantidad de compañeras sexuales que los hombres de más edad, lo cual refuerza la necesidad de prestar atención especial a este grupo de edades en lo concer-

26 HOMBRES EN TRANSICIÓN EN CENTROAMÉRICA

Una investigación pionera sobre la paternidad, liderada por la Universidad Centroamericana con apoyo del UNFPA, determinó los factores que influyen sobre los papeles de los hombres en calidad de padres. En Costa Rica, el Salvador, Honduras y Nicaragua se encuestó a un total de 4.790 padres, y a otros hombres y mujeres. Se pusieron en evidencia tres tipos:

“Hombres tradicionales” (51% de los encuestados), suponen que los hombres están “naturalmente” ubicados en la cumbre de la jerarquía familiar. Se ven a sí mismos como fuente de subsistencia y encargados de la disciplina, hasta por la fuerza, de ser necesario. Piensan que expresar afecto y comprensión a sus hijos puede erosionar su autoridad y respeto y consideran que las relaciones sexuales fuera del matrimonio (por parte de los maridos) son aceptables. Esos hombres tendían a tener 50 años o más y a ser pobres, analfabetos o dotados de una educación mínima, y vivían en zonas rurales.

“Hombres modernos” (39%) son afectuosos con sus hijos y comparten la responsabilidad de su crianza, independientemente de que se haya disuelto o no el vínculo. Rechazan el uso de la violencia, consideran que la anticoncepción es una responsabilidad compartida y apoyan el papel de la mujer fuera de la esfera doméstica. Esos hombres, en su mayoría, tenían entre 20 y 49 años de edad, habían egresado de la educación secundaria o superior, y vivían en las ciudades. Muchos de esos hombres “modernos” o “transicionales” eran jóvenes padres, expuestos a las nuevas ideas y normas acerca de la igualdad entre hombres y mujeres y la necesidad de compartir las cuestiones de salud reproductiva y los derechos y responsabilidades al respecto con las mujeres.

“Hombres en transición”, el 10% restante, estaban ubicados en posiciones intermedias. Con frecuencia están colmados de incertidumbres y expresan nociones conflictivas acerca de la identidad masculina.

Los más altos niveles educacionales están estrechamente correlacionados con actitudes más equitativas en cuestiones de género. Esto confirma las investigaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe que indican que egresar de la educación secundaria tiene importancia crítica para la reducción de la pobreza y las transformaciones sociales y económicas necesarias para alcanzar los ODM.

niente a la prevención del VIH. En casi todos los países en desarrollo encuestados, los hombres de 20 a 24 años de edad, en su mayoría, informaron de que su iniciación sexual había ocurrido antes de cumplir 20 años. Aun cuando esto varía sustancialmente de una región a otra, en algunos países hasta un 35% manifiestan que su iniciación sexual ocurrió antes de cumplir 15 años¹⁸.

La salud reproductiva y la anticoncepción siguen siendo primordialmente responsabilidad de la mujer. Un gran porcentaje de hombres casados de entre 25 y 39 años de edad, en particular en África al sur del Sahara, manifiestan que no han hablado de planificación de la familia con sus compañeras. Los métodos masculinos—condones (preservativos) y vasectomía—sólo representan un pequeño porcentaje del uso de anticonceptivos a escala mundial, salvo en unos pocos países industrializados y en China¹⁹.

La proporción de hombres de entre 15 y 49 años de edad que saben que el condón previene el VIH varía ampliamente, desde 9% en Bangladesh hasta 82% en Brasil. En muchos lugares, va en aumento el uso de condones entre los hombres que tienen actividad sexual, particularmente entre quienes tienen más altos niveles de educación y entre quienes viven en zonas urbanas. Esto tal vez dependa de la disponibilidad: menos de la mitad de los hombres que viven en zona rurales del Chad, Guinea, Malí, Mozambique y el Níger tenían conocimiento de una fuente de condones²⁰.

Es inquietante la proporción de hombres que padecen infecciones de transmisión sexual, pero no informan a sus compañeras sexuales al respecto. En algunos países en desarrollo, al menos tres de cada diez hombres de 15 a 54 años de edad no habían dicho nada a sus compañeras; en Benin y el Perú la proporción era seis de cada diez. De los hombres de 15 a 54 años de edad con actividad sexual en Benin, Malí, el Níger y Uganda que en los últimos doce meses habían padecido una infección de transmisión sexual, sólo la mitad, o menos, habían informado a sus compañeras sexuales al respecto²¹.

Para llegar a los niños varones y los hombres

Estimulados inicialmente por la exhortación de la CIPD a involucrar a los hombres y seguidamente, por la urgencia de la epidemia de SIDA, muchos proyectos innovadores han tratado de llegar a los hombres en bares y prostíbulos, en barberías y paradas de camiones, en canchas deportivas y centros de la juventud, en cuarteles militares y academias de policía, en mezquitas e iglesias y en aulas y clínicas.

Esos proyectos han abordado a los hombres en sus papeles de hijos, padres, esposos, compañeros sexuales, mentores, educadores, proveedores de servicios de salud, periodistas y encargados de formular políticas. Se han servido de libros de historietas, música “rap”, sitios en la Internet y líneas telefónicas de emergencia, jóvenes educadores de otros jóvenes, consejeros de grupo, juegos, producciones teatrales, programas de radio y de entrevistas. Varios países se están dirigiendo cada vez más a los hombres en su función de padres²². Dado que los hombres son más propensos a escuchar a otros hombres, los proyectos han captado a respetados miembros de la comunidad, desde funcionarios políticos de alto nivel hasta líderes religiosos. En la Arabia Saudita, los imanes han prohibido que los padres obliguen a sus hijas a contraer matrimonio; en Camboya, los monjes tradicionales se han pronunciado acerca de la prevención del VIH; y en el Brasil,

funcionarios nacionales y estatales han alentado a los hombres a que contribuyan a eliminar la violencia contra la mujer²³. En 2005, el UNFPA organizó una conferencia regional de asociaciones islámicas de 17 países africanos. Los imanes y otros líderes religiosos adoptaron una declaración en que exhortan a promover los derechos de la mujer y la salud reproductiva como “indispensables” para salvar las vidas de nuestras hermanas e hijas y reducir la pobreza en África²⁴.

Esas diversas acciones reflejaron diversos enfoques de la colaboración con los hombres²⁵. El enfoque más común, que fue también el inicial, es centrarse en los **hombres como clientes** y tratar de que los servicios de salud reproductiva y la información al respecto sean más accesibles y atractivos para ellos²⁶. Esto incluye superar la idea de que la salud reproductiva es cuestión de mujeres y el hecho de que los servicios suelen estar diseñados para las mujeres o son utilizados principalmente por ellas. Con frecuencia, los hombres

manifiestan que los avergüenza ir en procura de servicios de salud y lo probable es que lo hagan sólo como último recurso²⁷.

El enfoque de los **hombres como aliados** reconoce la influencia de los hombres sobre las opciones y decisiones en materia de salud reproductiva²⁸ y alienta a hombres y mujeres a abordar conjuntamente cuestiones como anticoncepción, planes de emergencia para el trabajo de parto y el parto, detección voluntaria del VIH y asesoramiento voluntario al respecto, y asesoramiento posterior al aborto. Este

enfoque tal vez exceda el ámbito de la salud reproductiva para involucrar a los hombres en cuestiones más amplias, como la violencia por motivos de género y la mutilación o corte genital femenino.

Un tercer enfoque, que destaca a los **hombres como agentes de cambio positivo**, involucra más plenamente a los hombres en la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres y el cambio social. Ofrece a los hombres oportunidades de reflexionar sobre su propia historia y sus propias experiencias, cuestionar las actitudes en materia de género y reconocer que las inequidades de género perjudican a sus compañeras y los perjudican a ellos mismos.

Los programas que tratan de involucrar más eficazmente a los hombres enfrentan un dilema en cuestiones éticas y de derechos humanos. Los programas que hacen caso omiso de los desequilibrios de poder existentes entre hombres y mujeres tal vez tengan la involuntaria consecuencia de reforzar la falta de equidad y el control del hombre sobre la adopción de decisiones por la mujer. Esta cuestión es especialmente crítica en materia de salud reproductiva. Por esa razón, al formular

“Si ustedes presentan la imagen de un servicio de salud como atención materno-infantil, es obvio que un hombre no lo utilizará. El hombre se dice a sí mismo, ¿Voy a ir a un servicio destinado a mujeres? Yo no estoy embarazada. Es obvio que no acudirán a los servicios”.

— Un encuestado en el estudio sobre las perspectivas masculinas realizado en Nicaragua con el patrocinio del UNFPA

políticas y programas, es necesario contar con un enfoque explícito que responda a las cuestiones de género.

Reinterpretación de la masculinidad

Las presiones sociales que requieren un desempeño y los “códigos de honor” con los cuales van criándose los niños varones y los hombres pueden alentarlos a competir, recurrir a la violencia o asumir riesgos sexuales para demostrar su “hombria”²⁹. Dado que se les enseña a reprimir sus temores y sus emociones, tal vez tropiecen con dificultades para revelar sus verdaderos sentimientos y preocupaciones. Aun cuando esas normas suelen ser rígidas y limitantes, no son estáticas. Es posible cultivar alternativas positivas³⁰. La noción de fortaleza, por ejemplo, puede conducir a un comportamiento violento, pero también puede expresarse en resistencia contra la presión de los demás jóvenes o en protección a sí mismo y a los seres queridos. A veces, la manera de presentar el mensaje puede significar una enorme diferencia. En varios países de América Latina, cuando se les dijo a los hombres jóvenes que tenían derecho a involucrarse en las vidas de sus hijos, esto tuvo efectos positivos, mientras que cuando se presentó su participación como una obligación, el efecto fue el opuesto³¹.

La investigación muestra que, en todas las partes del mundo, muchos hombres expresan su interés en apoyar la salud reproductiva de sus compañeras y participar más en ella. Pero cuando hay una retroinformación negativa por parte de otros hombres, miembros de la familia o empleadores, y los proveedores de servicios de salud se resisten, esto puede impedir que los hombres lleven a la práctica su interés³². Tal vez estén incómodos con rígidas normas de género, pero no pueden cuestionarlas por sí mismos, sin el apoyo de otros hombres y de un ámbito social propicio.

Algunos programas han mostrado que cuando se les da oportunidad y se los alienta, los hombres se motivan para adoptar actitudes y comportamientos más equitativos y saludables³³. Por ejemplo, en virtud de un Proyecto de salud reproductiva, educativa y comunitaria patrocinado por el UNFPA en Uganda, realizado en colaboración con la Asociación de Ancianos Sabiny, varios jóvenes espontáneamente formaron grupos de presión para oponerse a la mutilación o corte genital femenino³⁴. En Malawi, en la Asociación Nacional de Personas que Viven con el VIH/SIDA, 9 de cada 10 miembros varones confesaron que no habían podido revelar a sus esposas que estaban infectados con el VIH. Tras el establecimiento de grupos de apoyo para jóvenes parejas, un 65% de los jóvenes varones que anteriormente no

podían admitir que estaban infectados con el VIH, trajeron a sus esposas³⁵. También en Malawi, la Red de Hombres en pro de la Igualdad entre Hombres y Mujeres patrocina clubes masculinos donde se crea conciencia sobre cuestiones de igualdad entre hombres y mujeres. Viet Nam ha ingresado en la esfera de las responsabilidades domésticas compartidas, con una campaña cuyo lema es: “Si usted comparte las tareas domésticas con las mujeres, se duplicará su felicidad”³⁶.

El proyecto ReproSalud, ejecutado por el Movimiento Manuela Ramos en el Perú, capacitó a educadores masculinos para ayudar a los hombres de comunidades pobres e indígenas a pensar críticamente acerca de las normas de género y la salud reproductiva. Sus talleres demostraron que los hombres valoran la oportunidad de hablar de la violencia, el alcoholismo, la sexualidad, la paternidad, y la posibilidad de vivir de manera diferente³⁷. Además, se observaron cambios sustanciales en los comportamientos. Los servicios locales de salud informaron sobre aumentos notables en el número de usuarios. Por ejemplo, al cabo de un año, en un hospital cercano hubo un aumento del 400% en las visitas para planificación de la familia. Los miembros de la comunidad estaban muy contentos acerca de los cambios promovidos por esta iniciativa.

El programa Los Hombres como Aliados, iniciado por EngenderHealth en Sudáfrica, trata de frenar la transmisión del VIH mediante talleres, diálogos en programas radiofónicos y en la Internet, que posibilitan francos intercambios de ideas entre hombres y mujeres acerca de las normas y las relaciones de género. Con frecuencia, los hombres facilitan talleres, motivados por su propia experiencia de violencia doméstica y SIDA, y convencidos de la necesidad de cambiar. EngenderHealth, que inició el programa, ahora lo ha ampliado mediante alianzas con otros grupos, entre ellos el Foro de Hombres Sudafricanos, y mediante otro componente centrado en los hombres jóvenes³⁸.

Los años formativos

Si se llega a los niños varones y a los hombres jóvenes cuanto antes, esto ofrece la mayor oportunidad para inculcar valores de equidad entre hombres y mujeres. Los niños varones que crecen en torno a modelos positivos de comportamientos masculinos tienen mayores probabilidades de cuestionar las inequidades de género y los estereotipos perniciosos³⁹. Hay también urgencia para abordar a los jóvenes: los varones de entre 15 y 24 años de edad son quienes tienen comportamientos más riesgosos con respecto a la transmisión del VIH, inclusive múltiples compañeras sexuales y el uso de drogas

“Yo seré un esposo diferente [de la forma en que mi padre fue un esposo]. Yo compartiré las tareas domésticas, apoyaré a mi esposa fuera del hogar, y le daré libertad. No la tendré sujeta”.

— Víctor, 25 años, miembro del grupo del proyecto de Concienciación de adolescentes varones, Nigeria

En el marco de los ODM, las políticas nacionales ofrecen una oportunidad importante, pero que se suele dejar de lado, de tomar en cuenta las perspectivas y los papeles de los hombres. Algunos países han comenzado a abordar el papel de los hombres en la reducción de la pobreza, la mayor igualdad entre hombres y mujeres y la salud reproductiva, por medios normativos y legislativos.

En Camboya, la política sobre la mujer, la niña y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, requiere que se preste atención al papel de los hombres. Establece que “la única manera de frenar la propagación del VIH/SIDA entre las mujeres y las niñas es introducir cambios concretos en el comportamiento sexual de los hombres” y se coloca explícitamente el tema en la agenda de encargados de formular políticas y encargados de prestar servicios.

En el Documento de Estrategia para la Reducción de la Pobreza (PRSP) preparado en 2002 para Viet Nam, se observa que son pocos los hombres conscientes de sus papeles y responsabilidades en lo concerniente a la planificación de la familia y propone políticas para alentar el uso

de anticonceptivos masculinos. La política de planificación de la familia de Botswana coloca a los hombres en primer lugar en una lista de “grupos especiales” y proporciona directrices para atenderlos en calidad de clientes.

En muchos países, las políticas sobre la juventud están prestando mayor atención a los hombres jóvenes. Por ejemplo, las preocupaciones acerca de los jóvenes varones jamaquinos han conducido a que a nivel de las políticas se haga hincapié en la educación de los varones, los modelos de comportamiento masculino y la paternidad. La Política Nacional de la Juventud promulgada en Jamaica en 1994 estipula que ha de promoverse “la equidad de género y la transformación de las normas sociales y las prácticas culturales atinentes a la masculinidad y la femineidad”.

En general, los países tanto desarrollados como en desarrollo han prestado sólo limitada atención a apoyar el papel de los hombres como padres. No obstante, en los últimos 20 años, en países de Europa occidental, América del Norte y Australia se han adoptado políticas y programas para alentar el papel del hombre como padre,

inclusive el establecimiento de licencias de paternidad. Varios países de América Latina han aprobado leyes que obligan a los padres a atender y aportar apoyo financiero a sus hijos, aun cuando la eficacia de estas leyes ha quedado menoscabada por limitaciones en los presupuestos y en sus mecanismos de aplicación.

En Costa Rica, la innovadora Ley de Paternidad Responsable, aprobada en 2001, ubica las obligaciones paternales en el marco de los derechos de los hijos a saber quiénes son su padre y su madre y a ser mantenidos por ellos y, al hacerlo, elimina en parte el estigma de los niños nacidos fuera del matrimonio. Se atribuye a esa Ley, que estableció procedimientos para que las madres reivindiquen sus derechos ante la justicia y obliga a la verificación genética cuando se cuestiona la paternidad, la disminución en el número de niños no reconocidos por sus padres, desde 29,3% en 1999 hasta 7,8% en 2003. La ley también exhorta a realizar campañas de sensibilización, establecer asignaciones presupuestarias anuales para sufragar el costo de las pruebas de ADN y formular una política nacional sobre la promoción de la paternidad responsable.

por vía endovenosa⁴⁰. Lamentablemente, el currículo escolar típico no proporciona a los jóvenes aptitudes para conducirse en la pareja, hablar de las normas de género y de la presión de otros jóvenes y plantear sus dudas y sus preguntas⁴¹. En todo caso, para llegar a los adolescentes varones pobres o marginados, que tal vez hayan abandonado la escuela, pero corren riesgo de infectarse con el VIH y de incurrir en el uso indebido de drogas y la violencia, es preciso exceder el ámbito escolar.

En Kenya, el programa *Climbing to Manhood* del Hospital de Chogoria aprovecha los ritos tradicionales de transición masculina y la mayor receptividad de los varones durante este período de retiro, para abordar temas de comportamiento sexual, consumo de drogas y relaciones de pareja⁴². “La masculinidad en el juego”, un programa piloto iniciado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprovecha el entusiasmo juvenil de los varones por los deportes. En varios países de América Latina, los entrenadores de fútbol han recibido capacitación para incorporar lecciones sobre equidad de género, derechos y responsabilidades de los adolescentes y géneros de vida saludables, en el entrenamiento de niños de entre 8 y 12 años de edad⁴³. En Uganda, la Alianza Africana de la Juventud llegó en 2003 y 2004 hasta más de 500.000 jóvenes con educación y servicios sobre salud reproductiva y prevención del VIH. Sus actividades de difusión fueron especialmente eficaces para los varones de entre 10 y 14 años de edad, que no suelen visitar los establecimientos de salud.

El proyecto de Concienciación de adolescentes varones en Nigeria, conducido por hombres de la comunidad, utiliza diálogos estructurados para alentar el pensamiento crítico en jóvenes de 14 a 20 años de edad que han demostrado cualidades de liderazgo. Los temas de conversación abarcan la opresión y la violencia por motivos de género, la dinámica de las relaciones de poder dentro de las familias, las relaciones íntimas, la salud sexual y reproductiva, los derechos humanos y la democracia⁴⁴.

En Egipto y la India, el Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA), una ONG internacional, posibilita que los jóvenes cuestionen la falta de equidad de género, ampliando al mismo tiempo sus opciones. Su programa colabora con jóvenes varones mediante clases de enseñanza de oficios, clases para subsanar el atraso en la educación, gimnasios, clubes y otras organizaciones comunitarias⁴⁵.

El Programa H, realizado con carácter pionero en el Brasil, capacita a profesionales de la salud y la educación para que colaboren con grupos de hombres jóvenes con fines de prevención de la violencia y formación sobre paternidad y salud sexual y reproductiva. Los talleres alientan la reflexión sobre las nociones de masculinidad definidas tradicionalmente y la adopción de actitudes y prácticas con mayor equidad de género. El Programa H se está duplicando con el apoyo del UNFPA en Costa Rica, Honduras, Nicaragua y Panamá y también se está llevando a países de África y Asia⁴⁶.

Aceleración del progreso

Los hombres siguen siendo una enorme reserva de potencial desaprovechado para lograr la reducción de la pobreza, la igualdad entre hombres y mujeres, la salud reproductiva, la lucha contra la epidemia de SIDA y la eliminación de la violencia contra la mujer (véase el Capítulo 7). Los beneficios de involucrar a los hombres son evidentes. Recientes iniciativas, políticas y leyes están teniendo éxito. No obstante, las limitaciones presupuestarias son de gran magnitud y persiste la resistencia sociocultural contra un mayor grado de equidad. Si bien en el último decenio han surgido varios programas innovadores, en general son de pequeña escala.

Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio será necesario involucrar a los hombres más directamente y en mayor escala. Un modelo es el de los programas de salud reproductiva y cuestiones de género realizados para las fuerzas armadas y la policía. En todas las regiones, los países han colaborado con el UNFPA para aprovechar las infraestructuras establecidas de salud y educación de los militares y llegar así a grandes sectores de hombres jóvenes, la mayoría de los reclutas en el ejército, que constituyen un público clave para la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH⁴⁷. En un proyecto con las fuerzas armadas de Botswana se utilizó la urgencia de la prevención del VIH como punto de entrada para crear conciencia acerca de otros aspectos de la salud reproductiva y los derechos reproductivos. En la región noroccidental de Namibia, se impartió capacitación sobre cuestiones de salud reproductiva a oficiales militares y de policía, así como a entrenadores de fútbol y administradores de equipos de fútbol. Se atribuye al proyecto (que aprovechó las cervecerías locales para difundir sus mensajes) la reducción de la violencia por motivos de género y el aumento de las solicitudes de detección voluntaria del VIH y asesoramiento psicosocial voluntario, así como el aumento de la demanda de condones⁴⁸.

En el último decenio, en nueve países de América Latina, el UNFPA ha contribuido a institucionalizar programas de salud reproductiva, igualdad entre hombres y mujeres y prevención del VIH en las fuerzas armadas. En el Ecuador, se amplió la educación sobre salud reproductiva en las escuelas y servicios militares para incluir a las familias de los oficiales. Hay indicios de que están cambiando los estereotipos de género y han mejorado las relaciones de los padres con sus hijos adolescentes. En Nicaragua, hay actualmente programas obligatorios de salud reproductiva en todos los niveles

de los servicios de salud del ejército y en los cursos de capacitación. Se ha capacitado a 1.000 conscriptos del ejército para que se desempeñen como Brigadas de salud sexual y reproductiva y eduquen a sus comunidades cuando termine su servicio militar. Las mujeres empleadas en el ejército informan de que los colegas las tratan con más respeto, y que reciben de ellos mayor apoyo y perciben que ellos tienen ahora mayor conocimiento de los derechos reproductivos de la mujer. Además, ha aumentado la demanda de condones⁴⁹.

Entre otras maneras de intensificar el involucramiento de los hombres cabe mencionar: llegar a los empleados en el lugar de trabajo y aprovechar las infraestructuras nacionales de salud. En Haití, una ONG, Grupo de Lucha Contra el SIDA, ha llegado a 20.000 hombres en compañías de servicios públicos y centrales de embotellamiento de bebidas⁵⁰. Bangladesh ha ensayado la integración de servicios para hombres en centros rurales de salud y bienestar de la mujer. Si la ampliación del proyecto piloto redundara en mejoras apreciables, el Ministerio de Salud se propone ampliar la cobertura hasta 3.700 centros de salud en todo el país⁵¹.

En los informes que dio a conocer el Secretario General de las Naciones Unidas en 2005, tanto sobre la marcha de la aplicación de la Plataforma de

Acción de Beijing, como en la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, de las Naciones Unidas, se reitera la necesidad de transformar las normas sociales que afectan a los niños varones y a los hombres y de involucrarlos como aliados en la promoción de los derechos humanos de la mujer, frenando la epidemia y atendiendo a los miembros de la familia infectados con el VIH⁵². Al prestar mayor atención a los hombres se plantean algunas cuestiones importantes. Dado que las mujeres soportan una carga desproporcionada en cuestiones de salud reproductiva y procreación, las acciones orientadas a los hombres no deberían ir en detrimento de las mujeres ni apartar escasos recursos de los programas que tan desesperadamente necesitan las mujeres. Una solución es involucrar a los hombres de manera tal que se beneficien ambos sexos y sea un objetivo explícito la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres. Los resultados de diversas iniciativas sugieren que las acciones para llegar tanto a los hombres como a las mujeres podrían adelantar más hacia los objetivos internacionales de desarrollo. Esto entraña movilizar suficientes recursos y una adecuada voluntad política, de modo de acelerar el impulso hacia un mundo más equitativo para hombres y mujeres, como se exhorta en el Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas.

“Yo aprendí a conversar más con mi novia. Ahora me preocupo más acerca de ella ...es importante saber lo que desea la otra persona, escucharla. Antes [de asistir a los talleres], yo sólo me preocupaba por mí mismo”.

— Joven brasileño participante en el Programa H



7 Violencia por motivos de género: un precio demasiado alto

"[Una] mujer que vive a la sombra de la violencia cotidiana...no es realmente libre".

— Secretario General de las Naciones Unidas Kofi Annan

La violencia por motivos de género es tal vez la violación de los derechos humanos más generalizada y más tolerada socialmente. El costo para las mujeres, sus hijos, sus familias y sus comunidades es un obstáculo sustancial para reducir la pobreza, lograr la igualdad entre hombres y mujeres y alcanzar los demás Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La violencia es una experiencia traumática para cualquier hombre o mujer. Pero la violencia por motivos de género es infligida preponderantemente por hombres contra mujeres y niñas. Esto refleja y refuerza la falta de equidad entre hombres y mujeres; y afecta la salud, la dignidad, la seguridad y la autonomía de sus víctimas.

Según se estima, a escala mundial una de cada cinco mujeres será víctima de violación o de intento de violación a lo largo de su vida¹. Una de cada tres habrá sido golpeada, obligada a entablar relaciones sexuales bajo coacción o maltratada de otra manera, por lo general por un miembro de su familia o un conocido². Con frecuencia, quienes perpetran esos actos no son castigados. Cada año, centenares de miles de mujeres y niñas son objeto de trata y esclavitud y muchos millones más están sujetas a prácticas nocivas. La violencia mata y discapacita a una cantidad de mujeres de entre 15 y 44 años de edad superior al número de las que son víctimas de cáncer. Y el número de mujeres que ven su salud afectada por la violencia es superior a las cantidades combinadas de víctimas de accidentes de tránsito y de paludismo³.

Las consecuencias de la violencia por motivos de género son devastadoras. Las sobrevivientes suelen padecer a lo largo de toda su vida trastornos emocionales, problemas de salud mental y mala salud reproductiva. Las mujeres víctimas de abuso también corren mayor riesgo de infectarse con el VIH⁴. Las mujeres que han sido atacadas física o sexualmente tienden a utilizar intensamente y a largo plazo los servicios de salud⁵. Los efectos de la violencia también pueden alcanzar a futuras generaciones: los niños que han sido testigos de abusos o que fueron, ellos mismos víctimas, suelen padecer daños psicológicos duraderos⁶.

También es alto el costo para los países: mayores gastos en atención de la salud; demandas ante los tribunales,

denuncias policiales y dificultades en la escuela; además de pérdidas en el nivel educacional y la productividad. En 1996, la violencia doméstica en Chile costó a las mujeres pérdidas de ingresos por un monto de 1.560 millones de dólares, más del 2% del PIB del país⁷. Una encuesta realizada en la India indicó que después de un incidente de violencia, en promedio una mujer pierde siete días de trabajo⁸. La violencia doméstica es el mayor riesgo de salud para las mujeres australianas en edad de procrear y causa pérdidas económicas por valor de unos 6.300 millones de dólares por año⁹. En los Estados Unidos, esa cifra es de unos 12.600 millones de dólares anuales¹⁰. Las instituciones financieras internacionales también han comenzado a tomar nota. Por ejemplo, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) está abordando la violencia por motivos de género en sus carteras de préstamos¹¹.

La magnitud y las múltiples variantes de la violencia por motivos de género

La violencia por motivos de género puede ser infligida por compañeros íntimos, miembros de la propia familia, conocidos o extraños. Aun cuando durante mucho tiempo se la consideró como cuestión privada, la comunidad internacional reconoce ahora que la violencia por motivos de género es una violación de los derechos humanos, cuyas raíces dimanan de la condición de subordinación de la mujer (véase el Recuadro 28). Los planes de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing), 1995, reconocieron que la eliminación de la violencia por motivos de género es una condición fundamental para lograr la igualdad entre hombres y mujeres y el empoderamiento de la mujer. El término abarca la violencia doméstica, las formas de maltrato sexual y psicológico y las prácticas nocivas, entre ellas la mutilación o corte genital femenino. También incluye la selección prenatal en función del sexo del feto y el infanticidio femenino, manifestaciones extremas del bajo valor social asignado a las niñas (véase el Recuadro 29). La violación sistemática, utilizada cada vez más como instrumento de terrorismo durante conflictos armados, ha impulsado la

En 1993, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer ofreció la primera definición oficial de la violencia por motivos de género:

Artículo 1: ...todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

El Artículo 2 de la Declaración establece que la definición de la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

violencia física, sexual y psicológica perpetrada en la familia, dentro de la comunidad o perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurran. Además, esos actos abarcan: los malos tratos por el esposo; el abuso sexual, inclusive el de las niñas; la violencia relacionada con la dote; la violación, inclusive la violación por el marido; la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer; los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia; la violencia relacionada con la explotación; el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares; la trata de mujeres y la prostitución forzada.

En 1995, la Plataforma de Acción de Beijing amplió esta definición, especificando que abarca: conculcación de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado, inclusive la violación sistemática, la esclavitud sexual y el embarazo forzado; esterilización forzada, aborto forzado; la utilización forzada o bajo coacción de anticonceptivos; selección prenatal en función del sexo e infanticidio femenino. Reconoció también la particular vulnerabilidad de las mujeres pertenecientes a minorías: ancianas y desplazadas; mujeres indígenas o miembros de comunidades de refugiados y migrantes; mujeres que viven en zonas rurales pobres o remotas, o en instituciones correccionales.

aprobación de importantes acuerdos internacionales para proteger a las mujeres y castigar a quienes perpetran esos delitos (véase el Capítulo 8).

La violencia doméstica es, con mucho, la forma más común de violencia por motivos de género. Sobre la base de datos de encuestas, en algunos países un 10% de las mujeres y en otros hasta un 69% están sujetas a violencia doméstica¹². En aproximadamente una cuarta parte de los casos, también se perpetran abusos sexuales¹³. La violencia sexual puede incluir intimidación física y psicológica, propuestas sexuales rechazadas o actos sexuales no deseados, violación por parte de novios y esposos, y chantaje. También puede valerse de la inseguridad financiera de la mujer, profiriendo amenazas de despido, imponiendo explotación en el empleo, u ofreciendo alimentos o albergue a cambio de relaciones sexuales. Asimismo, se considera que denegar la protección con anticonceptivos es una forma de violencia sexual¹⁴. Aun cuando las mujeres víctimas de abuso viven aterrorizadas, muchas están atrapadas al mismo tiempo por el temor a la desaprobación o las represalias por parte de la comunidad. Esos temores tal vez estén justificados: estudios efectuados en países desarrollados muestran que una cantidad sustancial de homicidios perpetrados por un compañero íntimo ocurren cuando la mujer trata de romper la relación, o poco después. En Australia, el Canadá, los Estados Unidos, Israel y Sudáfrica, entre un 40% y un 70% de las mujeres víctimas de asesinato fueron asesinadas por sus compañeros¹⁵.

La trata de seres humanos, considerada por algunos “la mayor trata de esclavos en la historia”, es una de las

empresas ilegales de más acelerado crecimiento en el mundo, más acelerado que el del contrabando de drogas¹⁶. En el informe de 2005 del Departamento de Estado de los Estados Unidos sobre trata de personas se estima que cada año entre 600.000 y 800.000 personas son objeto de trata para trabajo forzado y, en su mayoría, para la explotación sexual comercial. Esas personas son en un 80% mujeres y niñas y hasta la mitad son menores de edad¹⁷. Se estima que hay unos dos millones de niños, mayormente niñas, que son esclavas sexuales en la industria comercial del sexo, que obtiene ingresos, de muchos miles de millones de dólares¹⁸. Las estimaciones sobre la trata de seres

humanos dentro de un mismo país arrojan cantidades aún más altas¹⁹. En el año 2000, el alarmante aumento en la trata de personas con fines sexuales impulsó a la Asamblea General de las Naciones Unidas a aprobar un protocolo a la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Transnacional Organizada, a fin de proteger a las mujeres y los niños²⁰. En 2005, el Consejo de Europa también adoptó una Convención sobre la trata de seres humanos²¹. Va en aumento el número de países, desarrollados y en desarrollo, que han aprobado leyes y políticas de lucha contra la trata de seres humanos²².

BLANCO DE ATAQUES: LAS ADOLESCENTES Y LAS MUJERES JÓVENES. Las mujeres jóvenes y las adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia por motivos de género. En todo el mundo, casi el 50% de todos los ataques sexuales son perpetrados contra niñas de 15 años o más jóvenes²³. Grandes cantidades de mujeres jóvenes informan de

“Día tras día soy objeto de malos tratos verbales y físicos por parte de mi esposo y mis parientes políticos, por no haber aportado una dote cuantiosa....Yo nada puede hacer al respecto”.

— Jamna, 19, al cabo de seis meses de contraer matrimonio, India

que su primera experiencia sexual ocurrió bajo coacción²⁴. En el Caribe, esta proporción se estima en un 48% de las jóvenes²⁵. Varios estudios realizados en Jamaica, Malí, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe pusieron de manifiesto que entre 20% y 30% de las adolescentes habían experimentado violencia sexual²⁶. Las relaciones sexuales forzadas son especialmente frecuentes en los casos de matrimonio en la infancia²⁷. En Burundi, los centros de ONG que ofrecen, con el apoyo del UNFPA, apoyo a las víctimas de violencia sexual, comprobaron que en 2004 un 88% de las mujeres que acudieron en busca de atención eran jóvenes. En Tailandia, la violencia perpetrada por un compañero íntimo es una de las causas principales de muerte para las mujeres y las niñas de entre 15 y 24 años de edad²⁸.

Las mujeres que alguna vez han sido objeto de abuso sexual tienen más probabilidades de sufrir nuevamente lo mismo: un 60% de las mujeres cuya primera experiencia

sexual fue forzada, experimentan violencia sexual más adelante en sus vidas²⁹. Los efectos del abuso sexual y el incesto en la infancia sobre el comportamiento sexual y la salud reproductiva pueden persistir a lo largo de toda la vida³⁰.

Las adolescentes que han sido objeto de abuso tienen mayores probabilidades de quedar embarazadas precozmente y de someterse reiteradamente al aborto; así como de contagiarse con infecciones de transmisión sexual, inclusive el VIH. Las niñas adolescentes y las jóvenes son también el principal blanco de los tratantes, de los grupos armados durante los conflictos, y además están sujetas a prácticas nocivas, al matrimonio en la infancia y a la mutilación o corte genital femenino.

“Las personas de esa zona aceptarán cualquier niña como yo. Allí no hay muchas mujeres. Yo fui vendida y obligada a vivir con él... Fue una experiencia terrible. Yo no podía escapar y no tenía dinero ni siquiera para llamar por teléfono. Yo siempre quise regresar a mi casa”.

— Niña china de 19 años, vendida a un hombre mayor por su hermano

OCULTAS POR UNA CULTURA DE SILENCIO. Desde hace mucho tiempo, la violencia contra la mujer ha quedado oculta por una cultura de silencio. Es difícil obtener estadísticas fidedignas, dado que la violencia no se denuncia debido a la vergüenza, el estigma y el temor a la venganza³¹. Es frecuente

29 LAS NIÑAS DESAPARECIDAS

La discriminación contra las niñas puede comenzar en el útero. En algunos países, la decidida preferencia por los hijos varones ha conducido a eliminar a millones de niñas mediante la selección prenatal en función del sexo. Además, las recién nacidas también pierden la vida porque se las descuida deliberadamente y no se las alimenta. En Asia, hay al menos 60 millones de niñas “desaparecidas”. En algunos países, la selección en función del sexo es más común en las ciudades, donde tecnologías como la amniocentesis y el ultrasonido son fácilmente accesibles y pueden utilizarse con esos fines. En otros países, lo más común es que ocurra en zonas rurales, donde hay una decidida preferencia por los hijos varones. Varios gobiernos han prohibido esa práctica y han promulgado leyes para combatir la discriminación contra las niñas y el abandono de éstas, pero la práctica tiene raíces profundas; en muchos lugares, queda reforzada por la percepción de que las hijas son una carga económica, debido o bien a las bajas expectativas respecto de su contribución al ingreso familiar o bien a la necesidad de proporcionar dotes sustanciales. La selección en función del sexo se ha transformado en una actividad lucrativa para médicos y fabricantes de equipo médico.

La proporción entre varones y niñas al nacer está ligeramente sesgada a favor de los varones, debido a razones biológicas. Normalmente, por cada 100 niñas nacen entre 103 y 107 varones. No obstante, dado que a lo largo de sus vidas los niños varones y los hombres suelen tener tasas de mortalidad más altas que las niñas y las mujeres, en la mayoría de los países del mundo hay más mujeres que hombres. El equilibrio entre los sexos en un país puede ser un elocuente indicador de su bienestar social. La escasez de mujeres y niñas en algunos países asiáticos tiene posibles repercusiones sociales alarmantes, inclusive una mayor demanda en la trata de mujeres, o bien con fines matrimoniales o con el propósito de reclutarlas para el trabajo comercial del sexo, con el consecuente deterioro de su condición general.

Para eliminar esa práctica es preciso introducir cambios en la valoración de niñas y mujeres por la sociedad. En la India, el UNFPA apoya al Gobierno en la aplicación de un enfoque integral que abarca suscitar el interés de los medios de difusión, crear redes de base comunitaria para promover la eliminación de la práctica, sensibilizar a los encargados de servicios de salud, e involucrar a los jóvenes y otras partes interesadas. En el estado de Haryana, donde el desequilibrio

de la proporción entre los sexos es uno de los más altos, hay grupos de mujeres para la acción social llamados *jagriti mandalis* (“foros para despertar”), que promueven los derechos de las hijas. Esos grupos han convencido a las familias y a los médicos de que no deben practicar la selección prenatal en función del sexo. En China, donde el Gobierno apunta a normalizar el desequilibrio en la proporción entre los sexos para 2010, el UNFPA ha colaborado con el Gobierno, los círculos académicos y los medios de difusión a fin de crear conciencia y aumentar la capacidad. La Comisión Nacional de Población y Planificación de la Familia ofrece a las comunidades pobres de 13 condados la iniciativa “Cuidado de la niña”. Además, se ofrecen a los padres y madres de niñas incentivos, entre ellos planes de pensión o recompensas monetarias que compensen el costo de la matriculación escolar. En 2004, el UNFPA y la *Ford Foundation* organizaron la Conferencia Internacional sobre selección prenatal en función del sexo, y señalaron a los medios de difusión y a los encargados de formular políticas las estrategias para eliminar esa práctica.

30 **RESCATE DE VIDAS, LUCHA CONTRA LA TRATA DE PERSONAS EN NEPAL**

Atraída por las promesas engañosas de un pariente, Maya (no es éste su nombre verdadero), actualmente de 35 años de edad, partió de Nepal con destino a un prostíbulo en Kolkata (India) cuando era joven. Durante 14 años, se la obligó a tener relaciones sexuales con 10 hombres cada día. Cuando se infectó con el VIH, fue enviada de regreso a Nepal, deprimida y pensando en el suicidio. Durante 35 días, recibió asesoramiento psicosocial en un albergue de mujeres en Nuwakot (Nepal), dirigido por *Beyond Trafficking: The Joint Initiative in the Millennium Against Trafficking in Girls and Women (JIT)*. Al ir cobrando confianza, Maya comenzó a capacitar a otras mujeres en la prevención de la trata de personas y la prevención del VIH. La organización JIT, resultado de la colaboración entre el Gobierno de Nepal y el Equipo de Tareas contra la trata de seres humanos, del sistema de las Naciones Unidas, trata de ayudar a las mujeres como Maya a recuperarse y participar más plenamente en la sociedad, no sólo como sobrevivientes, sino también como valiosos miembros de la comunidad.

que se culpe a las mujeres por la violación que han sufrido y por acarrear deshonra a sus familias. La Organización Mundial de la Salud (OMS) comprobó que entre 20% y 70% de las mujeres entrevistadas en una investigación multinacional estaban mencionando por primera vez en sus vidas el abuso de que habían sido objeto³².

Una de las razones de que las mujeres guarden silencio es que en muchas sociedades se acepta la violencia contra

la mujer como un aspecto “normal” de las relaciones de género³³. En algunos países, predominan las mujeres que piensan que los malos tratos a las esposas pueden justificarse por razones tales como negarse a tener relaciones sexuales o no preparar la comida a tiempo (véase el Gráfico 8). Estudios realizados en el Perú y Sudáfrica han comprobado que tanto las niñas como los niños varones entrevistados pensaban que la víctima de un ataque sexual era culpable e incluso podría haber provocado el propio ataque³⁴.

La dependencia financiera, la condición social subordinada y la falta de derechos jurídicos y de servicios de asesoramiento jurídico limitan en muchas sociedades la posibilidad de las mujeres de protegerse a sí mismas o de abandonar situaciones abusivas. Las mujeres víctimas de abuso tienden a estar aisladas y a no involucrarse en interacciones sociales o actividades para la obtención de ingresos, que podrían darles la opción de poner fin al abuso. Las perspectivas de sufrir privaciones pueden atraparlas, a ellas y a sus hijos, en situaciones abusivas. Una forma de violencia es privar a la familia de medios de supervivencia o seguridad financiera, o dañar los bienes o los negocios. No obstante, raramente hay un reconocimiento jurídico de esos tipos de intimidación, con algunas excepciones, entre ellas Costa Rica, Guatemala, Honduras y la República Dominicana³⁵.

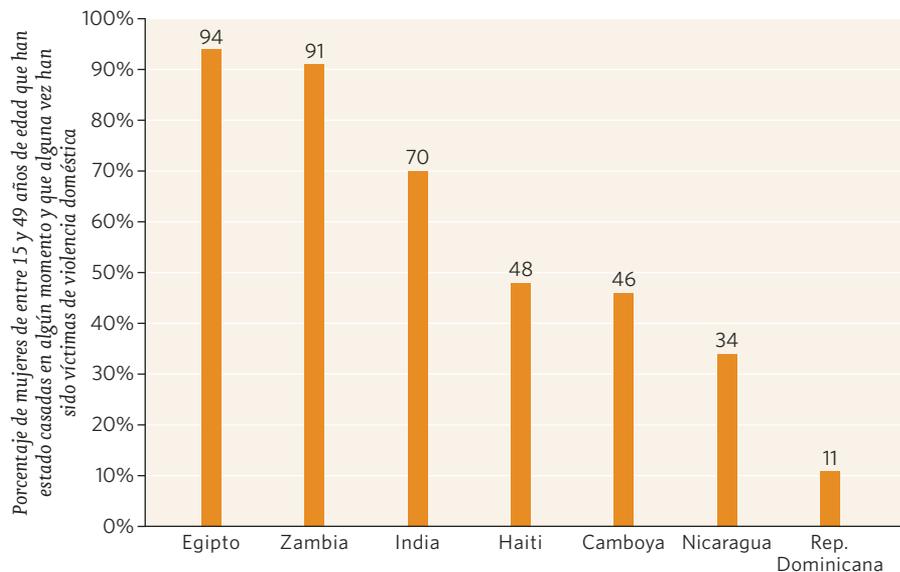
Aun cuando existan las leyes contra la violencia por motivos de género, hay casos en que no se las aplica y el sistema jurídico no las apoya³⁶. A veces, esos sistemas jurídicos

vuelven a victimizar a las mujeres. Esas leyes suelen carecer de asignación presupuestaria y dejan importantes lagunas entre la intención y la realidad. En la región de América Latina y el Caribe, donde los países, en su mayoría, han promulgado leyes sobre la violencia doméstica, un análisis de las partidas presupuestarias ministeriales revela que los fondos no bastan para aplicar correctamente dichas leyes³⁷.

La violencia contra la mujer y los ODM

En el Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, se afirma que “la protección contra la violencia, especialmente para las niñas y las mujeres” es un derecho básico y esencial para poder tener una vida productiva³⁸. La violencia por motivos de género coarta directamente el

Gráfico 5. Mujeres que justifican al menos una razón* para vapulear a la esposa



*La lista de razones es: descuidar a los hijos, salir de la casa sin avisar al compañero, discutir con el compañero, negarse a entablar relaciones sexuales, no preparar la comida correctamente o a tiempo, hablar con otros hombres.

Fuente: Kishor, S. y K. Johnson, 2004. *Profiling Domestic Violence: A Multicountry Study*, Calverton, MD: ORC Macro, Measure DHS+; 66

logro de los ODM relativos a la igualdad entre hombres y mujeres y la autonomía de la mujer, la salud y la mortalidad de niños y madres, y la lucha contra el VIH/SIDA. También puede afectar el nivel educacional: en Nicaragua, un estudio comprobó que un 63% de los hijos de mujeres víctimas de abusos debían repetir un año escolar y, en promedio, abandonaban la escuela cuatro años antes que los demás³⁹. La violencia por motivos de género impone obstáculo para la plena participación de las mujeres en la vida social, económica y política. La importancia de esta cuestión se pone de manifiesto en la exhortación del Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres, del Proyecto del Milenio, a realizar una campaña mundial para eliminar la violencia contra la mujer, bajo el liderazgo del Secretario General de las Naciones Unidas⁴⁰.

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD REPRODUCTIVA.

La violencia contra la mujer afecta el nivel de salud reproductiva y el buen curso del embarazo. Entre sus consecuencias cabe mencionar: embarazo no deseado, aborto realizado en malas condiciones; mortalidad derivada de la maternidad; aborto espontáneo; nacimiento de niños muertos; demora en la atención prenatal; trabajo de parto y parto prematuros⁴¹, lesión fetal y bajo peso al nacer⁴². Además, las mujeres víctimas de abuso corren mayores riesgos de infección con el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Ese riesgo aumenta directamente en los casos de violación, e indirectamente por temor a negociar el uso de condones. El hecho de que los hombres violentos tienden a tener más compañeras sexuales fuera del matrimonio multiplica los riesgos⁴³. Actualmente, la coacción sexual se considera un importante factor del continuo aumento de la infección con el VIH entre las jóvenes (véase el Capítulo 5)⁴⁴. La violación brutal, como la que ocurre en situaciones de conflicto armado, puede causar fístula, perforación de los órganos sexuales y otras lesiones conexas⁴⁵. Las consecuencias físicas de la mutilación o corte genital femenino son: dolor intenso, hemorragia, shock, sufrimiento durante las relaciones sexuales, riesgo de VIH u otras infecciones debido al uso de instrumentos no esterilizados, inflamación pelviana crónica, e incluso muerte. Entre los efectos psicológicos figuran ansiedad y depresión⁴⁶.

Aproximadamente una de cada cuatro mujeres es víctima de abuso durante el embarazo, lo cual pone en peligro tanto a la madre como al niño⁴⁷. En algunos distritos de la India, se atribuyó a la violencia doméstica un 16% de las defunciones

durante el embarazo⁴⁸. La violencia durante el embarazo cuadruplica el riesgo de bajo peso al nacer y duplica el riesgo de aborto espontáneo⁴⁹. En Nicaragua, el maltrato infligido a las embarazadas es causa de un 16% de los casos de bajo peso al nacer⁵⁰. Estudios clínicos realizados, por ejemplo, en Hong Kong⁵¹ y en Uganda⁵², comprobaron que un 30% de las mujeres que se sometieron a abortos realizados en malas condiciones—una causa importante de defunción materna—declararon que la razón de poner fin a su embarazo era haber sido víctimas de abuso.

ABORDAR EL ABUSO POR CONDUCTO DE LOS PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA.

Los servicios de salud reproductiva ofrecen un ámbito estratégico para ofrecer apoyo a las mujeres víctimas de violencia. La visita

a un centro de salud reproductiva puede ser la única oportunidad de recibir ayuda de que dispone una mujer. Incluso en África al sur del Sahara, donde son muy limitadas las infraestructuras de salud, la gran mayoría de las mujeres recibe algún tipo de atención prenatal o de información sobre planificación de la familia⁵³. Asimismo, abordar la violencia contra la mujer en establecimientos de salud reproductiva puede tener alta eficacia

en función de los costos. La violencia causa problemas de salud recurrentes e impide que la mujer se proteja contra el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual. El reconocimiento médico habitual de las mujeres en establecimientos de salud reproductiva puede contribuir a reducir los riesgos, tanto para las madres como para los niños.

En 1995, en la Conferencia de Beijing, los gobiernos prometieron “integrar los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria de la salud ...y capacitar a los trabajadores en atención primaria de la salud para que puedan reconocer y tratar a las niñas y a las mujeres de todas las edades que hayan sido víctimas de cualquier tipo de violencia”⁵⁴. Durante el decenio de 1990, aumentó el número de países que comenzaron a ofrecer servicios integrados para abordar la violencia por motivos de género. Malasia figuró entre los primeros países que establecieron “centros integrales con servicios múltiples para la atención en casos de crisis” que ofrecieron servicios de índole tanto médica como jurídica⁵⁵. Las filiales de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) en el Brasil, Colombia, el Perú y la República Dominicana ampliaron sus servicios de salud reproductiva para incluir un componente relativo

“Aborrezco el matrimonio precoz. Me obligaron a casarme cuando yo era muy joven y mis parientes políticos me forzaron a tener relaciones sexuales con mi esposo y él me hacía sufrir toda la noche. Desde entonces, cada día al caer la tarde, me angustio pensando que de nuevo ocurrirá lo mismo. Eso es lo que yo más odio”.

— Niña etiope de 11 años, casada a los 5 años de edad

31 UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA—ES NUESTRO DERECHO

Una iniciativa emprendida en 1998 por ocho organismos de las Naciones Unidas, entre ellos el UNFPA, muestra cómo las campañas pueden contribuir a sostener la colaboración a largo plazo entre gobiernos, entidades de la sociedad civil, grupos de mujeres y organismos del sistema de las Naciones Unidas. La Campaña Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos de la mujer en América Latina y el Caribe, “Una vida libre de violencia—Es nuestro derecho”, mereció la adhesión de 22 gobiernos y mantuvo el tema en la agenda de los encargados de formular políticas y en la atención del público.

La campaña utilizó medios de difusión de masas, entre ellos una revista titulada “María María”, un concurso y exposición de fotografías y anuncios de servicio público, para estimular la acción nacional y regional con respecto a la violencia contra la mujer. En 2001, un simposio sobre violencia por motivos de género, salud y derechos de la mujer en las Américas congregó a representantes del Ministerio de Salud, organizaciones de mujeres y entidades de la sociedad civil de 30 países para determinar estrategias de respuesta al problema de salud pública que constituye la violencia contra la mujer. En el Llamamiento a la Acción resultante del simposio, los derechos de la mujer a su seguridad personal se ubicaron firmemente en la agenda de los sistemas de salud y se exhortó a los gobiernos y las entidades de la sociedad civil a emprender medidas integrales de índole legislativa, financiera y social. Prosigue la colaboración entre entidades regionales y organismos de las Naciones Unidas, para el apoyo y el seguimiento de los adelantos a nivel regional y nacional.

a la violencia por motivos de género. Una evaluación de un proyecto multinacional de la IPPF comprobó que al cabo de un año, habían aumentado pronunciadamente las tasas de detección de mujeres víctimas de abuso y las tasas de remisión a otros establecimientos de mayor capacidad⁵⁶. El UNFPA ha ensayado intervenciones piloto similares en establecimientos de salud reproductiva de diez países. En algunos casos, las intervenciones condujeron a un aumento del número de establecimientos de salud que ofrecen detección y atención de las mujeres víctimas de abuso. También se amplió la red de servicios a disposición de las mujeres fuera del sector de salud⁵⁷. Además, los gobiernos están ofreciendo cada vez más anticonceptivos de emergencia, como componentes de la atención después de una violación.

EDUCACIÓN, SEGURIDAD Y BIENES ECONÓMICOS.

Aun cuando la violencia por motivos de género afecta a las mujeres de todas las clases sociales, la pobreza y la falta de educación son factores de riesgo adicionales⁵⁸. Al elevar los niveles educacionales, puede contribuirse a prevenir la violencia, ampliando los medios de acción de las mujeres jóvenes. Los programas educacionales de calidad también sirven como vehículo para sensibilizar a los hombres jóvenes con respecto a los derechos de la mujer.

Lograr que las niñas estén protegidas en las escuelas es una medida esencial para conquistar las metas de los ODM relativas a la educación. En algunos países, los padres y madres mantienen a sus hijas fuera de la escuela por temor al abuso sexual o la violación. Algunos países están adoptando medidas. Por ejemplo, el Gobierno de Panamá, con el apoyo del UNFPA, elaboró un programa nacional para prevenir el abuso sexual de las niñas en las escuelas⁵⁹. Las mujeres y las niñas pobres suelen ser más vulnerables a la violación, posiblemente debido a que residen en vecindarios más peligrosos, y lo mismo ocurre con los desplazamientos hacia el lugar de trabajo o la escuela. Entre las respuestas públicas eficaces cabe mencionar el sistema “Entre dos paradas” vigente en Montreal, que permite que durante la noche, las mujeres salgan del autobús tan cerca como sea posible de su lugar de destino: en Bangkok, los servicios de “autobuses para mujeres”⁶⁰.

Los bienes económicos también parecen tener un efecto protector. En Kerala (India), una encuesta comprobó que 49% de las mujeres carentes de bienes manifestaron que habían sido objeto de violencia física, en comparación con sólo 7% de las mujeres propietarias de bienes⁶¹. En algunos casos, las acciones contra la violencia se están centrando en el empoderamiento político de la mujer. En Argelia y Marruecos, el UNFPA está apoyando las acciones para incluir tales iniciativas en los servicios existentes de atención a las sobrevivientes⁶². En Venezuela, el UNFPA ha apoyado las acciones del Banco Nacional de la Mujer, *Banmujer*, para integrar la prevención de la violencia en sus servicios crediticios. El Instituto Nacional de la Mujer, miembro de la red de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales establecida para proporcionar servicios de auxilio a las víctimas de abuso, mantiene una línea telefónica de emergencia que recibe denuncias sobre casos de violencia. Los funcionarios del Banco asisten periódicamente a cursos de actualización sobre violencia por motivos de género y salud reproductiva, a fin de satisfacer mejor las necesidades no financieras de sus clientas. Al promover los derechos económicos de la mujer, incluido sus derechos a la propiedad y la herencia, como se recomienda en el Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, puede ayudarse a las mujeres a evitar y poner fin a relaciones abusivas⁶³.

Mobilización para imponer la “Tolerancia nula”

Durante varios decenios, los promotores de derechos de la mujer y los organismos internacionales, entre ellos el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), han trabajado para promover una cultura de tolerancia nula de la violencia contra la mujer. Va en aumento el número de comunidades, coaliciones y países que se están movilizando en torno a esta causa.

32 CAMPAÑA CONTRA EL TURISMO SEXUAL Y LA EXPLOTACIÓN SEXUAL EN PANAMÁ

Con el apoyo del UNFPA, el 25 de noviembre de 2004, Día Internacional para Eliminar la Violencia contra la Mujer, la Dirección Nacional de la Mujer, de Panamá, emprendió una campaña masiva en los medios de difusión contra la explotación sexual. La campaña estaba dirigida al público en general, a los funcionarios gubernamentales, a los medios de difusión y a los turistas y dio a publicidad la Ley sobre turismo sexual aprobada en el año 2000. Difundió mensajes radiofónicos de personas célebres, distribuyó carteles en tiendas de los vecindarios, los cybercafés, hoteles y casinos, y ofreció juego de documentos informativos a funcionarios ejecutivos gubernamentales y periodistas. En presencia de los medios de difusión, la Primera dama y altos funcionarios entregaron a los turistas en el Aeropuerto Nacional tarjetas postales de promoción del turismo sin riesgo, en lugar del turismo sexual.

Unos 25 países han puesto en práctica su compromiso, formulando planes nacionales de acción sobre la eliminación de la violencia contra la mujer⁶⁴. Muchos países también están adoptando leyes sobre diversas modalidades de la violencia por motivos de género. Por ejemplo, en 2004 Túnez configuró como delito el acoso sexual. En el Níger, una ley de 2003 define la violación y el acoso sexual y prohíbe toda forma de esclavitud de mujeres y niñas⁶⁵. Una ley promulgada en 2003 en Kirguistán fue resultado de una iniciativa de organizaciones no gubernamentales, que recopilaron 30.000 firmas en un esfuerzo comunitario sin precedentes para promover la legislación contra la violencia. En Jordania, se ha eliminado la impunidad de los asesinatos “para preservar la honra”. Aumentó el número de países que han configurado como delito la violación dentro del matrimonio⁶⁶.

La violencia por motivos de género es un problema de múltiples dimensiones que requiere una respuesta polifacética. En la India, los Centros de Asesoramiento de la Familia, establecidos por el Departamento de policía del estado de Madhya Pradesh y apoyados por el UNFPA, proporcionan asesoramiento psicológico y servicios jurídicos en casos de violencia relacionados con dotes, acoso por parientes políticos, matrimonio en la infancia, violación y abuso⁶⁷. Asimismo, el UNFPA ha colaborado estrechamente con la Red de Mujeres Ministras y Parlamentarias Africanas para aumentar la escala de sus acciones nacionales de promoción de leyes más firmes y de

“Antes de recibir capacitación, me sentía muy deprimida y pensaba siempre acerca de la violencia que yo misma había sufrido. Vivía presa del temor. Tenía miedo de comunicar mis experiencias a los demás. Ahora siento que tengo más facultades. En mi calidad de oficial de policía, puedo comprender mejor y ayudar a una mujer víctima de violencia doméstica, debido a que yo la sufrí en carne propia”.

— Mujer oficial de policía que fue víctima de abuso, Centro de Formación Policial, Departamento de La Paz, Honduras

aplicación más estricta⁶⁸. En Kenya, los servicios de asesoramiento psicosocial ayudan a las niñas que escapan de su hogar para no ser sometidas a mutilación o corte genitales o matrimonio forzado, a regresar a sus hogares sin riesgo⁶⁹. China ha preparado un manual sobre violencia doméstica para trabajadores sociales⁷⁰. Es imprescindible difundir información jurídica en un lenguaje fácilmente comprensible, para velar por que las comunidades, las mujeres y los posibles perpetradores—especialmente los analfabetos, pobres o de distintos ámbitos lingüísticos—estén informados de los derechos y las sanciones que estipula la ley.

En Honduras, casi una de cada seis mujeres mayores de 14 años informa de que ha sido víctima de violencia física. En virtud de una iniciativa sin precedentes, se está impartiendo capacitación a oficiales de policía para que tengan mayor sensibilidad de género cuando intervienen en casos de violencia doméstica. La alianza involucra al Ministerio de Seguridad, la policía nacional, el Instituto Nacional de Asuntos de la Mujer y el UNFPA y ha alcanzado su objetivo de capacitar a todos los egresados del Instituto Nacional de Policía, unos 1.500 por año. El currículo sobre violencia por motivos de género forma parte ahora de los programas regulares de capacitación policial. En 2004, en la conferencia

regional convocada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre buena administración pública e igualdad entre hombres y mujeres, se reconoció esa iniciativa como una de las “mejores prácticas” y se la encomió como segundo logro, por orden de importancia, de la administración del Presidente, según su informe anual. Desde el comienzo del proyecto en 2002, aumentó sustancialmente el número de casos de violencia doméstica denunciados a las autoridades. Esto fue resultado de la colaboración de muchas otras organizaciones e instituciones que se

movilizaron para abordar esta cuestión. A escala regional, el Consejo de Asuntos de Género de la Comisión de Jefes de Policía de Centroamérica y el Caribe, con el apoyo del UNFPA, continúa su labor para mejorar la respuesta a la violencia contra la mujer mediante cursos y protocolos de sensibilización en cuestiones de género.

CAMPAÑAS NACIONALES: “RESULTADOS POSITIVOS RÁPIDOS”. Las campañas nacionales contra la violencia por motivos de género figuran entre las soluciones para obtener “resultados positivos rápidos” recomendadas por el Proyecto



del Milenio, de las Naciones Unidas. Se trata de iniciativas relativamente poco costosas, pero de grandes efectos, que, según se espera, han de arrojar beneficios de desarrollo al cabo de tres años⁷¹. En algunos países, ya comenzaron las acciones. Por ejemplo, en 2004 se inició en Turquía, con el apoyo del UNFPA, la campaña “Eliminación de la violencia contra la mujer”. El Gobierno captó la colaboración de personas célebres y atletas, que aparecieron en anuncios de utilidad pública difundidos por 15 canales de televisión. Se produjeron camisetas de la Federación de Fútbol de Turquía con lemas de lucha contra la violencia y los líderes religiosos aludieron al tema durante las plegarias del viernes en todas las mezquitas. Las entidades del sector privado participaron en la campaña, como patrocinadoras y como paladines de la causa⁷². En América Latina y el Caribe, una campaña interinstitucional de las Naciones Unidas se logró gracias a un progreso sostenido sobre el tema (véase el Recuadro 29) y reforzó otras acciones. Tailandia emprendió su campaña “Amor y paz en el hogar”⁷³. En Burundi, el UNFPA ha desempeñado un papel prominente en una campaña nacional que combate la violencia sexual contra la mujer, y ha patrocinado

investigaciones sobre la magnitud de la violencia sexual entre poblaciones desplazadas. En 2004, gracias a la campaña el número de mujeres víctimas de violencia sexual que solicitaron servicios en los centros de ONG apoyados por el UNFPA aumentó en 53%. Los centros también ofrecen asistencia jurídica a mujeres víctimas de violación, por conducto de la Asociación de Mujeres Abogadas de Burundi y la Liga ITEKA de Derechos Humanos.

Los hombres forman equipos para eliminar la violencia contra la mujer

Alunas iniciativas han creado impulso al captar a grupos de hombres para que promuevan una cultura de “tolerancia nula” respecto de la violencia por motivos de género. Por ejemplo, la *White Ribbon Campaign*, fundada en el Canadá, que es la mayor de este tipo en el mundo, se basa en la idea de que todos los hombres y todos los niños varones deben asumir responsabilidad a fin de eliminar la violencia contra la mujer. Puede participar cualquier varón que se oponga a la violencia contra la mujer. Al llevar sobre su ropa una cinta blanca, simbolizan que se comprometen personalmente a no

cometer nunca actos de violencia contra la mujer, ni tolerarlos ni permanecer silenciosos cuando estos ocurren. La organización alienta la reflexión conducente a las acciones personales y colectivas, distribuye juegos de documentos educativos y para la acción en las escuelas, aborda cuestiones de política pública y colabora con organizaciones de mujeres⁷⁴. En 2004, en el Brasil grupos de hombres y mujeres respaldados por ECOS, una organización de investigación sobre cuestiones de género y de sexualidad, emprendieron una campaña nacional para eliminar la violencia contra la mujer. Como parte de la campaña, en un videofilme aparecieron actores cómicos muy conocidos, y declararon que la violencia contra la mujer “no es divertida”⁷⁵.

Una ONG de Filipinas, *Harnessing Self-Reliant Initiatives and Knowledge*, elaboró un modelo de capacitación sensible a las cuestiones de género sobre estereotipos de género, violencia contra la mujer y otras cuestiones conexas. Algunos participantes han formado grupos con el propósito de llegar a otros hombres e intervenir en los casos de abuso en la pareja⁷⁶. En Camboya, la organización Hombres contra la Violencia contra la Mujer apoya campañas anuales para combatir la violencia por motivos de género y trata de proporcionar a los jóvenes varones modelos de comportamiento⁷⁷.

Aun cuando se reconocen cada vez más los costos del problema de la violencia por motivos de género, las respuestas siguen siendo insuficientes. Varias iniciativas tuvieron efectos limitados debido a la falta de política y planes de acción integrales y a la limitación de los datos y la investigación sobre los cuales basar dichas políticas y planes y efectuar su seguimiento. Con frecuencia hay mecanismos débiles para el cumplimiento de las leyes y recursos insuficientes para aplicarlas. Es preciso formular, mejorar y aplicar cabalmente políticas y marcos jurídicos que aborden la violencia contra

la mujer como cuestión de derechos humanos y de salud pública. Debido a que la violencia por motivos de género es tolerada tan ampliamente, para el éxito de las acciones se requiere, en última instancia, una transformación social. Entre los componentes de enfoques integrales exitosos cabe mencionar: sistemas jurídicos fortalecidos, inversiones en seguridad, educación, salud reproductiva y derechos reproductivos, y habilitación económica de la mujer; educación sensible a las cuestiones de género desde edad temprana; sistemas de salud pública que prevean atención y apoyo apropiados a las víctimas; movilización de las comunidades, los líderes religiosos y de opinión y los medios de difusión; e involucramiento de los hombres jóvenes y adultos para que adopten una firme posición sobre esta cuestión.

La insuficiencia de los presupuestos⁷⁸ y las prioridades que compiten entre sí han contribuido a la inacción en este tema. No obstante, los costos de medidas eficaces para reducir la violencia son insignificantes en comparación con el efecto humano, social y económico sobre las generaciones presentes y futuras. Por ejemplo, el Proyecto del Milenio estimó que en Tayikistán, con sólo 1,30 dólar per cápita y por año se lograría llevar a la práctica un conjunto de intervenciones en cuestiones de género, inclusive la lucha contra la violencia por motivos de género⁷⁹. En los Estados Unidos, la *Violence Against Women Act* (Ley sobre la violencia contra la mujer) de 1994 ha proporcionado, según se estima, un beneficio neto de 16.400 millones de dólares, lo cual prueba que la prevención cuesta muchísimo menos que la inacción⁸⁰. Las inversiones en la prevención y la protección de las mujeres arrojan grandes beneficios, con alta eficacia en función de esos costos, y tienen importancia crítica para cumplir con la promesa de la Declaración del Milenio “Crear...un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza”⁸¹.



8 Las mujeres y los jóvenes en situaciones de crisis humanitaria

“Durante la transición hacia la paz, se abre una oportunidad sin par de establecer un marco de reconstrucción del país que responda a las cuestiones de género. En verdad, la participación de las mujeres en el establecimiento de la paz y la reconstrucción es un componente fundamental del proceso de inclusión y democracia que puede contribuir a una paz duradera”.

— Noeleen Heyzer, Directora Ejecutiva, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM)

Después de celebrarse la Cumbre del Milenio, de las Naciones Unidas, en el año 2000, en 40 países estallaron conflictos¹. En 2004, un único desastre natural—el maremoto en el Asia oriental—se cobró más de 280.000 vidas y desplazó a más de un millón de personas². Inmediatamente después de una guerra o un desastre, se desintegran los sistemas educacionales y de salud, aumenta la violencia por motivos de género, se propagan el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y suelen aumentar pronunciadamente las tasas de mortalidad, tanto de madres como de niños menores de un año.

Las numerosas crisis humanitarias crean obstáculos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). De los 34 países pobres que más lejos están de alcanzar los ODM, 22 están sumidos en conflictos o acaban de salir de ellos³. Las crisis medioambientales, cuya frecuencia y gravedad van en aumento, también afectan desproporcionadamente a los pobres. En el último decenio del siglo XX, casi 2.000 millones de personas fueron afectadas por desastres naturales y de ellas, un 86%, por inundaciones y sequías⁴.

La naturaleza y la magnitud de los conflictos han cambiado, pues va en aumento la cantidad de conflictos armados que ocurren dentro de un mismo país, y no entre países distintos. Los 118 conflictos armados ocurridos durante el decenio de 1990 fueron, en su mayoría, conflictos internos⁵, que tienden a durar más que las guerras entre distintos países y afectan gravemente a los civiles, inclusive con actos de secuestro, violación, mutilación, tortura y matanza en masa. Muchos civiles se ven obligados a abandonar sus hogares y sus comunidades, y la violencia sexual suele generalizarse. Durante los conflictos y después de ellos, las mujeres y los jóvenes son particularmente vulnerables. De los 35 millones de refugiados y personas internamente desplazadas que hay en el mundo, un 80% son mujeres y niños⁶.

La recuperación después de un conflicto armado es un proceso que dura varios decenios y la paz que se instaura

posteriormente puede ser frágil. Casi la mitad de todos los países que emergen de una guerra reinciden en la violencia dentro de los siguientes cinco años⁷. Las inversiones estratégicas en las mujeres y los jóvenes, efectuadas durante las crisis y después de ellas, pueden contribuir a reducir la pobreza y a mejorar las perspectivas de desarrollo sostenible y paz duradera. Debido en gran medida a las acciones de organizaciones de la sociedad civil, la comunidad internacional reconoce cada vez más las necesidades y los derechos de los jóvenes y las mujeres en situaciones de crisis humanitaria. Actualmente, se presta mucho más atención a la manera en que esos grupos pueden ser facultados para participar en procesos de establecimiento de la paz y reparación que transformen sus sociedades destrozadas.

Después de una crisis: oportunidades para la equidad y la paz

Cuando estalla un conflicto o se desencadena un desastre natural, las mujeres sobrevivientes suelen ser quienes sobrellevan la más pesada carga en las tareas de socorro y reconstrucción. Pasan a ser las principales encargadas de atender a los demás sobrevivientes, entre ellos niños, heridos o enfermos, y ancianos. La vulnerabilidad y las responsabilidades de las mujeres se agravan por la pérdida de sus esposos y sus medios de vida, y la necesidad de obtener artículos de primera necesidad para la supervivencia de la familia⁸.

En la planificación de tareas de socorro y recuperación, a menudo se han dejado de lado las necesidades concretas de las mujeres. En gran medida, se ha hecho caso omiso de la vulnerabilidad de las niñas y las mujeres a la explotación, la trata y el abuso y lo propio ocurrió con sus necesidades de atención relativas al embarazo, los suministros sanitarios y la ropa localmente apropiada. Con frecuencia, la asistencia de emergencia ha sido administrada por hombres y entregada a los hombres, sin prestar atención a si se beneficiaban o no las mujeres y los familiares a cargo.

El período de transición posterior a una crisis ofrece una valiosa oportunidad de establecer políticas y procesos que aceleren la recuperación, así como formular razonables planes de acción para alcanzar los ODM y dar cumplimiento a los programas más amplios de desarrollo y seguridad. Pero es frecuente que las mujeres queden excluidas de las negociaciones de paz y que, cuando un nuevo gobierno asume el poder, las mujeres también queden excluidas del proceso de adoptar decisiones y preparar presupuestos.

Según el Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, las mujeres y las niñas en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos son uno de los tres grupos principales para los cuales el apoyo tiene importancia crítica⁹. Las políticas nacionales y la asistencia externa que proporciona dicho apoyo, posibilitan que las comunidades se reconcilien, que se quiebre el ciclo de conflictos y que se acelere la transición hacia el desarrollo sostenible. Esas políticas y esa asistencia pueden aprovechar plenamente las aptitudes de la mujer en cuanto a reconstituir la trama social y reestablecer la vida económica de las comunidades destruidas.

Un marco en evolución para los derechos humanos

En el año 2000, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprobó la memorable resolución 1325 que estipula la inclusión de las mujeres en los procesos de paz. Exhorta a todas las partes en conflictos armados a proteger a las mujeres y a integrar las perspectivas de género en las operaciones de mantenimiento de la paz, los sistemas de preparación de informes de las Naciones Unidas y los programas de establecimiento de la paz¹⁰.

La resolución se basa en anteriores adelantos respecto de los derechos de la mujer durante conflictos armados. El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, de 1998, el primer tribunal permanente encargado de procesar a individuos por crímenes de lesa humanidad, define concretamente “violación, esclavitud sexual, prostitución forzada, embarazo forzado, esterilización forzada u otros abusos sexuales de gravedad comparable” como delitos de lesa humanidad¹¹. Antes del establecimiento de la Corte Penal Internacional, los tribunales especiales establecidos para procesar a acusados de crímenes de lesa humanidad en Rwanda y en la ex Yugoslavia marcaron nuevos rumbos en cuanto a procesar

a quienes perpetran violaciones en tiempo de guerra¹². El Tribunal Especial para Sierra Leona, por primera vez en el derecho internacional, estableció que el matrimonio forzado es un “acto inhumano” y un delito de lesa humanidad¹³.

En diciembre de 2004, el informe del Grupo de Alto Nivel sobre las amenazas, los desafíos y el cambio, establecido por el Secretario General, reiteró la importancia de eliminar la violencia contra la mujer en épocas de guerra y recomendó que los Estados miembros y los organismos de las Naciones Unidas apliquen cabalmente la resolución 1325¹⁴. Si se diera cumplimiento a la propuesta del Grupo de Alto Nivel, de crear una Comisión sobre el establecimiento de la paz, propuesta que el Secretario General hizo suya en su informe *Un concepto más amplio de la libertad*¹⁵, esto proporcionaría otra oportunidad de aplicar dichas recomendaciones.

Los Convenios de Ginebra de 1949 y sus protocolos opcionales protegen a

los civiles en tiempos de guerra y prohíben ataques, violación, deportación y utilización de niños como soldados. La Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989, y sus protocolos opcionales, protegen a los niños y a los adolescentes durante conflictos armados y prohíben el reclutamiento de niños menores de 18 años. Cuatro resoluciones del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprobadas entre 1999 y 2003 afirmaron la importancia de proteger a los niños y los adolescentes durante los conflictos e inmediatamente después. También exhortaron a incluir tal protección en los procesos de paz, señalaron las necesidades y vulnerabilidades propias de las niñas y condenaron la violencia sexual durante las operaciones de mantenimiento de la paz¹⁶.

Se ha comprobado que el marco jurídico internacional para proteger a las mujeres y los niños durante los conflictos es inadecuado para esa tarea, especialmente en lo concerniente a los 25 millones de personas internamente desplazadas que hay en el mundo. Son en su mayoría mujeres y niños, a menudo pertenecientes a minorías indígenas y étnicas¹⁷. Las personas desplazadas, obligadas a abandonar sus hogares debido a conflictos o desastres naturales, son vulnerables a la pobreza, la enfermedad, la violencia y la “desaparición”, y también pueden ser perseguidos por grupos armados durante su huida. Sus condiciones de vida pueden poner a prueba los límites de lo que un ser humano puede soportar: tal vez tengan que subsistir privados de alimentos,

“Las mujeres deben participar plenamente y en condiciones de igualdad en el establecimiento de la paz y en la formulación de estructuras legislativas, judiciales y constitucionales después de un conflicto, debido a que sólo así dichas estructuras serán plenamente representativas de la sociedad posterior al conflicto y, en consecuencia, estarán cabalmente en condiciones de satisfacer las necesidades y las demandas de todos. Así se establece una paz sostenible”.

— Sir Emyr Jones Parry, Presidente del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas

El período posterior a un conflicto puede ofrecer la oportunidad de promover la participación de la mujer, como parte de la reconstrucción nacional y el desarrollo. En Camboya, país que ha emergido después de 30 años de conflicto, las mujeres y las viudas de guerra son jefas de más de uno de cuatro hogares, que son también los más pobres. Actualmente, un 80% de la población femenina del país está en edad activa y tiene actividad económica: es la más alta participación femenina en la fuerza laboral registrada para cualquier país de la región. Hacer caso omiso de sus contribuciones conduciría a desaprovechar oportunidades de reducir la pobreza.

El Ministerio de Asuntos de la Mujer y varias organizaciones internacionales y no gubernamentales han sido decididos promotores de la igualdad de género. La Constitución de 1993 consagra la igualdad entre hombres y mujeres. El Gobierno de Camboya ha apoyado un marco jurídico en evolución que salvaguarda la igualdad entre hombres y mujeres en el matrimonio, la familia, el empleo y la propiedad de tierras. Asimismo, el Gobierno ha incorporado las cuestiones de género en las más importantes iniciativas de políticas, inclusive la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza de 2002, los Objetivos Camboyanos de Desarrollo del Milenio de 2003, la Política Nacional de Desarrollo de 2003 y la Estrategia Rectangular de 2004 para el Crecimiento, el Empleo, la Eficiencia y la Equidad. En esta última se reconoce que “las mujeres son la columna vertebral de

nuestra economía y nuestra sociedad” y se exhorta a “velar por la vigencia de los derechos de la mujer a participar activamente y en condiciones de igualdad en la construcción nacional”. El Plan Nacional de Desarrollo Estratégico de 2005 define claramente la incorporación de las cuestiones de género en las actividades principales y el enfoque de los derechos humanos, como componentes estratégicos en todos los sectores. Están en curso planes para asignar prioridad a las mujeres casadas en las formulaciones de políticas, por reconocer su alta vulnerabilidad a la infección con el VIH. En el Plan nacional sobre los ODM se incluyeron como metas para 2005 la formulación de proyectos de ley sobre violencia doméstica y trata de seres humanos; Camboya fue el primer país del mundo que adoptó medidas de ese tipo.

El Ministerio de Asuntos de la Mujer movilizó alianzas con otros ministerios, con entidades de la sociedad civil y con donantes internacionales, para formular una estrategia integral de incorporación de las cuestiones de género en las actividades principales. Actualmente, se han establecido planes quinquenales, con funcionarios asignados a nivel central, provincial y comunal y coordinadores de cuestiones de género, además de grupos de trabajo técnico, incluidos en todos los ministerios gubernamentales. El Ministerio ha iniciado la capacitación de sus funcionarios en cuestiones de género y promueve políticas sensibles a las cuestiones de género para los funcionarios públicos. La presupuesta-

ción sensible a las cuestiones de género ha conducido al aumento en la financiación para proporcionar becas a las niñas, eliminar los costos escolares que deben sufragar las familias y convertir a las escuelas en lugares más acogedores para las niñas. La acciones para fortalecer el análisis sensible a las cuestiones de género de los datos para el plan nacional sobre ODM condujo a agregar nuevos indicadores para seguir la pista a los progresos en la participación política de las mujeres, su educación, su salud y su empleo, así como a la violencia contra la mujer.

Esas medidas han posibilitado que Camboya promueva la igualdad entre hombres y mujeres y también avance hacia el logro de otros ODM. En ciertos grupos han disminuido las tasas de mortalidad derivada de la maternidad, fecundidad y prevalencia del VIH. En zonas rurales y remotas, ha aumentado la matriculación escolar primaria y secundaria y también ha aumentado el número de mujeres que estudian en universidades e institutos de enseñanza superior. Hay mujeres líderes que contribuyen a la buena administración pública y a la reducción de la pobreza, mediante el establecimiento de alianzas entre el Gobierno y la sociedad civil, la promoción de la resolución de controversias locales por medios pacíficos y la cooperación entre distintos partidos. Si bien muchos problemas persisten, Camboya ofrece un preclaro ejemplo de cómo la incorporación integral y sostenida de las cuestiones de género en las actividades principales de desarrollo puede mejorar las vidas de sus ciudadanos.

agua, saneamiento, albergue, privacidad o acceso a servicios de educación y salud. Por no tener tierras que cultivar ni opciones de empleo y por haber sido confiscados sus bienes, las personas internamente desplazadas corren el riesgo de abismarse rápidamente en la pobreza absoluta. En los campamentos de personas desplazadas, pueden ser blanco de ataques. Los niños y los adolescentes pueden ser reclutados como soldados u obligados a la esclavitud sexual. Con frecuencia, se desatienden las necesidades de los ancianos o los impedidos¹⁸.

Las personas internamente desplazadas, que constituyen más de dos terceras partes de todos los grupos que quedan desarraigados a causa de las crisis, carecen de protecciones jurídicas internacionales similares a las otorgadas a las refugiadas que han traspuesto una frontera nacional¹⁹. Dado que están sujetos a la soberanía y jurisdicción nacionales, se considera que las tribulaciones de las personas internamente desplazadas son asunto interno del país y esto limita las posibilidades de intervención por la comunidad internacional.

Esta cuestión ha ido recibiendo gradualmente mayor atención por parte de la comunidad internacional. En 1992, el Secretario General de las Naciones Unidas designó a su primer Representante sobre los derechos humanos de los desplazados internos²⁰ y en 1998, la Comisión de Derechos Humanos adoptó principios rectores, que establecen normas para la protección de los derechos de las poblaciones desplazadas²¹. El informe presentado por el Representante en 2005 a la Comisión destacó que las mujeres y las niñas sufren a raíz del desplazamiento “una carga desproporcionada” y destacó que son vulnerables a la violación y la violencia doméstica. Las leyes y prácticas discriminatorias relativas a la herencia dificultan que las mujeres reivindicuen las tierras y bienes de sus esposos fallecidos cuando son repatriadas²². Otro obstáculo de grandes proporciones es la dificultad en obtener empleo. El Secretario General de las Naciones Unidas, en su importante informe *Un concepto más amplio de la libertad*, exhortó a los gobiernos a adoptar los principios rectores e intensificar sus acciones para satisfacer las

34 RWANDA: EL ACCESO AL PODER PASA POR LAS URNAS

En las elecciones parlamentarias de 2003, las mujeres obtuvieron un 49% de los escaños de la Cámara de Representantes y un 34% del Senado. Actualmente, Rwanda cuenta con la más alta proporción del mundo de mujeres parlamentarias. En las elecciones a nivel de distrito celebradas en 2001, el Gobierno estableció una técnica de "voto triple": cada votante escoge un candidato general, una mujer candidata y un joven candidato. Un experto señaló: "Este sistema, no sólo reservó escaños para mujeres y para jóvenes, sino que también estipuló que todo el electorado debía votar por mujeres". El Foro de Mujeres Parlamentarias, integrado por mujeres pertenecientes a los grupos étnicos hutu y tutsi, fue el primer comité político del Parlamento rwandés cuyos miembros provenían de distintos partidos. Las mujeres líderes realizaron programas de reconciliación a escala nacional y local, redactaron una nueva Constitución y promovieron activamente la transparencia y la rendición de cuentas en todos los niveles del Gobierno.

necesidades de las personas internamente desplazadas. Dijo: "Si las autoridades nacionales se ven imposibilitadas o no están dispuestas a proteger a sus ciudadanos, entonces la responsabilidad se transfiere a la comunidad internacional, la cual debe utilizar medios diplomáticos, humanitarios y de otra índole para contribuir a proteger los derechos humanos y el bienestar de las poblaciones civiles"²³.

Participación de las mujeres e igualdad de género: hacia la recuperación

En la etapa inmediatamente posterior a un conflicto, la plena participación política de las mujeres puede mejorar la seguridad y la gobernabilidad y fomentar la reconciliación y el desarrollo socioeconómico. Como lo demuestra el modelo de Camboya (véase Recuadro 33), las mujeres que ocupan cargos políticos, colaborando con ministerios gubernamentales y grupos de mujeres, pueden señalar eficazmente a la atención las cuestiones de igualdad de género y desarrollo e impulsar las estrategias para la reducción de la pobreza. En Sudáfrica, por ejemplo, las mujeres parlamentarias y las líderes de la sociedad civil contribuyeron a la reforma del ejército después de la abolición del apartheid²⁴. El Gobierno designó a mujeres para ocupar altos puestos en el Ministerio de Defensa, ofreció capacitación en cuestiones de género a todos los funcionarios ministeriales e instituyó políticas de personal equitativas, inclusive la licencia de maternidad. El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) ha trabajado en situaciones posteriores a conflictos para crear aptitudes en las mujeres líderes y alentar a las mujeres votantes a participar en el proceso político. En el Afganistán, en el proceso previo a las elecciones de 2004, el UNIFEM facilitó el primer foro público de su tipo sobre derechos de la mujer, congre-

gando a mujeres activistas defensoras de los derechos, periodistas y candidatas presidenciales²⁵. El UNFPA apoyó estas acciones mediante la capacitación de mujeres líderes en cuestiones de género²⁶.

Las mujeres también tienen un destacado papel que desempeñar en la promoción de la justicia y la reconciliación. A escala internacional, la designación de juezas ha propiciado considerables adelantos. Por ejemplo, en cada uno de los casos que tramitaron ante el Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia en que se impusieron estrictas sanciones por delitos sexuales (a hombres y a mujeres), una jueza presidió las actuaciones²⁷. En Sierra Leona, un equipo de tareas de mujeres participó en la formulación de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación, y en la creación de una dependencia especial encargada de investigar delitos de guerra²⁸. En Rwanda, a nivel local, el UNIFEM apoya el sistema de justicia comunitaria posterior al genocidio, denominado *gacaca*, y ha capacitado a 100 jueces en los conceptos de género, justicia, reconciliación y establecimiento de la paz²⁹.

Muchas organizaciones internacionales reconocen que apoyar a las mujeres es una manera eficaz de ayudar sus comunidades a recuperarse después de crisis. En las zonas afectadas por guerras y desastres en la República Islámica del Irán, el Gobierno, con el apoyo técnico del UNFPA, estableció un amplio programa de ayuda a mujeres que son jefas de hogar. El programa abarca apoyo para comenzar proyectos que generen ingresos, además de capacitación en alfabetización, adquisición de aptitudes para la vida y salud reproductiva³⁰. En Sierra Leona, el Movimiento de Mujeres en Crisis ayuda a las jóvenes sexualmente explotadas o que corren riesgo de dedicarse a "relaciones sexuales para sobrevivir" a cambio de productos de primera necesidad. Imparte enseñanza de oficios, asesoramiento psicosocial, atención de la salud y servicios para prevenir las infecciones de transmisión sexual³¹.

Habilitar a los jóvenes tras el fin de las crisis

Aun cuando los procesos de establecimientos de la paz suelen pasar por alto a los jóvenes sobrevivientes de conflictos violentos, éste es un importante grupo para el establecimiento de la paz y la reconstrucción. Las grandes poblaciones de jóvenes los convierten en una fuerza de magnitud apreciable: aproximadamente dos terceras partes de los habitantes de Rwanda y de Camboya tienen menos de 25 años de edad³². Los países que no efectúen inversiones en ampliar las aptitudes y la capacidad productiva de los jóvenes en el esfuerzo por la recuperación tras la guerra pierden importantes oportunidades de reducir la pobreza y forjar una paz duradera.

Pero los jóvenes sobrevivientes tal vez necesiten ante todo que se los ayude. Los niños excombatientes probablemente necesitarán servicios de rehabilitación y reunificación

familiar; atención de la salud psicológica y física; educación y capacitación; y oportunidades de obtener ingresos. Los jóvenes que han sido objeto de abuso y esclavitud sexuales necesitan asesoramiento psicosocial y atención sensible a las cuestiones de género. Las mujeres que quedaron embarazadas por la fuerza durante un conflicto necesitan mayor apoyo que las proteja, a ellas y a sus hijos, contra el estigma, el empobrecimiento y una renovada explotación sexual cuando regresan a sus comunidades.

Históricamente, los ex niños soldados no figuraron en los programas oficiales de desarme, desmovilización y reintegración, aun cuando fueran muy numerosos. Se estima que en Liberia, por ejemplo, 15.000 niños prestaron servicios durante la guerra³³. En Sierra Leona, los niños constituían casi un 37% de las fuerzas combatientes en algunas facciones armadas³⁴. Aun cuando se suele pasar por alto el papel de las niñas en los conflictos, ellas constituyen casi la mitad de todos los niños involucrados en grupos armados³⁵. En Sierra Leona, las niñas—más de 12.000—constituían el 25% de los efectivos³⁶. Se recluta a las niñas como combatientes, cocineras, limpiadoras y con frecuencia, compañeras sexuales forzadas, conocidas con el mote de “esposas de la selva”. Cuando regresan a sus comunidades, es posible que sus familias las rechacen³⁷. El UNICEF y otros organismos, en su labor de rehabilitación de ex niños soldados, han formulado programas sensibles a las cuestiones de género para la desmovilización de niñas, por ejemplo, en la República Democrática del Congo y en Liberia³⁸. En Sri Lanka, la labor del UNICEF con los “Tigres para la Liberación de Tamil Eelam” condujo a una sustancial disminución del reclutamiento de niños³⁹.

Los jóvenes, tanto los excombatientes como los que son víctimas de la guerra, tienen importancia para la administración de justicia y la reconciliación después del conflicto. En Sudáfrica, se establecieron audiencias y talleres especiales para que los niños pudieran dar su testimonio ante la Comisión de la Verdad y la Reconciliación⁴⁰. En muchos países, los líderes de comunidades locales y religiosos conducen procesos tradicionales de restauración y curación para niños y adolescentes, como medio de reintegrarlos en la sociedad⁴¹.

El creciente reconocimiento de las necesidades y los derechos de los jóvenes, así como de su papel de importancia crucial en situaciones posteriores a las crisis, está impulsando a los países a responder. Algunos han designado representantes especiales para los niños o han creado ministerios de la juventud. La Política Nacional de la Juventud, formulada en Sierra Leona en colaboración con los jóvenes, estipula sus derechos y responsabilidades y plantea planes para crear el Ministerio de la Juventud, y establecer coordinadores de la juventud en otros ministerios, así como comités de distrito integrados por jóvenes⁴².

Como lo indica el Banco Mundial, los jóvenes son “una voz subutilizada” en cuanto a abordar las preocupaciones posteriores a los conflictos, y pueden ser “adaptables, ingeniosos y eficaces...para abordar la corrupción y, en consecuencia, mejorar la gobernabilidad de sus países”. El Programa de aprendizaje a distancia con jóvenes para la buena gobernabilidad fue diseñado por el Banco Mundial para capacitar a jóvenes—en Uganda, Ucrania y la ex Yugoslavia, entre otros países—sobre la buena administración pública. En Bosnia y Herzegovina, grupos de jóvenes organizaron con éxito campañas contra la corrupción y formaron un partido de la juventud para exigir mejor educación y mayor rendición de cuentas⁴³. En 2003, la República Democrática del Congo, con el apoyo del UNICEF, formó el Parlamento nacional de los niños, integrado por 36 miembros y encargado de promover los derechos del niño y encontrar soluciones a sus problemas⁴⁴.

TOMAR EL BUEN CAMINO HACIA LOS ODM: EDUCACIÓN, SALUD Y MEDIOS DE VIDA.

Los jóvenes necesitan educación, atención de la salud y asesoramiento psicosocial, enseñanza de oficios y empleo, a fin de reconstruir sus vidas después de una crisis. Si no pueden ganarse la vida, tal vez se vean obligados a entablar relaciones sexuales para sobrevivir o someterse a la trata u otra forma de explotación. Esto menoscaba sus propias perspectivas de una vida mejor y las oportunidades de su país de alcanzar las metas de los ODM en materia de educación, VIH/SIDA y trabajo decoroso y productivo para los jóvenes.

La educación tiene importancia vital, tanto para dar a los jóvenes un sentido de estructura y vida ordinaria como para crear las bases sobre las cuales pueden crecer sus sociedades. La mitad de los niños del mundo que no asisten a la escuela viven en países en conflicto o que han atravesado por conflictos. Tal vez las niñas sean mantenidas en el hogar para atender a sus hermanitos, mientras que sus madres, empobrecidas o viudas, buscan la manera de mantener a la familia. Asimismo, es posible que se desaliente la asistencia de las niñas a la escuela por temor a la violación o al secuestro⁴⁵. Una investigación participatoria realizada en Sierra Leona con adolescentes comprobó que la educación era su prioridad máxima⁴⁶.

Los organismos de las Naciones Unidas y varias organizaciones de la sociedad civil han tomado nota y han elaborado conjuntamente estándares mínimos para la educación en situaciones de emergencia⁴⁷. En Burundi, la política de educación para la repatriación, que recibe el apoyo del UNICEF y otras organizaciones internacionales, establece que las escuelas en campamentos de refugiados deben adoptar currículos reconocidos por los países de origen de los niños⁴⁸. En Sierra

Leona, grupos de mujeres ofrecen educación y enseñanza de oficios a los jóvenes, principalmente a niñas excombatientes⁴⁹.

Protección de la salud reproductiva y los derechos reproductivos en emergencias humanitarias

La guerra, los desastres naturales y los desplazamientos forzados se cobran un alto precio en la salud reproductiva de las adolescentes y las mujeres. Las mujeres sudanesas que huían de las hostilidades tuvieron que dar a luz sin contar con los elementos absolutamente mínimos para un parto incontaminado, como una hojita de afeitar nueva y una pastilla de jabón. Por esta razón, muchas mujeres fueron condenadas a infecciones potencialmente mortales⁵⁰ y sus hijos, a una vida carente del amor y el apoyo de una madre; se estima que en 2003, una de cada nueve de esas mujeres perdió la vida debido al embarazo o al parto⁵¹. La muerte de una de ellas también priva a sus hijos de su fuente principal de alimentos, albergue y atención de la salud.

Es fundamental salvaguardar la salud reproductiva y los derechos reproductivos durante las situaciones de emergen-

cia humanitaria, a fin de salvar vidas y crear las bases de la igualdad entre hombres y mujeres y el desarrollo sostenible, una vez que se restaura la estabilidad. No obstante, hasta hace relativamente poco tiempo, raramente se disponía de servicios de salud reproductiva durante situaciones de emergencia. En 1995, una coalición de organismos de las Naciones Unidas, gobiernos y organizaciones no gubernamentales formó el Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre salud reproductiva en situaciones de refugiados. Este Grupo preparó un manual de campaña para las operaciones humanitarias, el cual estipuló un conjunto de intervenciones de importancia crítica para prevenir la mortalidad derivada de la maternidad y la infección con el VIH y garantizar el acceso a servicios de planificación de la familia⁵². El Consorcio para la respuesta de salud reproductiva en los conflictos, una red de ONG internacionales de asistencia humanitaria, también trata de mejorar la atención de la salud reproductiva durante las emergencias⁵³.

Actualmente, la protección de la salud maternoinfantil se está transformando en un elemento de importancia crítica de las acciones de socorro. En los últimos cinco años, el



UNFPA y sus aliados han suministrado botiquines para el parto incontaminado en más de 30 países, desde Liberia hasta Timor-Leste. A partir de 2003, el UNFPA ha tratado de fortalecer los centros de atención primaria de la salud y ha aportado suministros de emergencia de salud reproductiva en el Iraq⁵⁴. En 2005, el UNFPA distribuyó botiquines de higiene personal y de parto incontaminado entre las mujeres desplazadas en regiones de Indonesia, Maldivas y Sri Lanka más gravemente afectadas por el maremoto. También se proporcionó apoyo a fin de restablecer la atención obstétrica en los hospitales de la región⁵⁵.

Las crisis humanitarias perturban el acceso de las mujeres a los servicios de planificación de la familia y las expone a embarazos no deseados, abortos realizados en malas condiciones e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. En situaciones de emergencia, las organizaciones de socorro aportan cada vez más condones (preservativos) gratuitos, como primera línea de defensa contra el embarazo no deseado y la propagación de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. En 22 países afectados por guerras, el UNFPA y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) están colaborando para proporcionar condones masculinos y femeninos en los campamentos para personas desplazadas.

Después, cuando se va mitigando la situación de emergencia, el UNFPA y sus aliados siguen apoyando a los gobiernos en el mantenimiento de programas de salud reproductiva. En Burundi, por ejemplo, el Ministerio de Salud elaboró normas para servicios de salud reproductiva, incluidos los de atención obstétrica de emergencia. Se brindó apoyo para capacitar a parteras y médicos, equipar hospitales al servicio de personas desplazadas y educar a las comunidades acerca de la necesidad de que el parto sea atendido por personal capacitado⁵⁶. Después de los terremotos ocurridos en Turquía (1999) y en Bam (Irán) (2003), se enviaron equipos médicos móviles que dispensaron atención de la salud reproductiva.

Los problemas particulares que enfrentan las mujeres palestinas en Gaza y en la Ribera Occidental han sido una prioridad máxima para el UNFPA dado que, incluso antes de la intensificación del conflicto en el año 2000, se estimaba que una quinta parte de las mujeres embarazadas no podían recibir atención prenatal debido a la dificultad del tránsito a través de los puestos de control para llegar a los servicios de salud. Debido a las demoras en los puestos de control hubo mujeres que dieron a luz al borde del camino y sin atención médica, e incluso se registraron defunciones de mujeres y

recién nacidos. El UNFPA está tratando de proporcionar acceso a atención de emergencia que salve vidas⁵⁷. Como parte de una acción más amplia para mejorar el bienestar de las mujeres en zonas insuficientemente servidas, el UNFPA ha participado en el establecimiento de centros de salud para la mujer que ofrecen atención de la salud reproductiva, así como otros servicios necesarios, incluido el asesoramiento psicosocial, la asistencia jurídica sobre derechos reproductivos y el apoyo a los derechos de la mujer dentro de la familia.

RESTAURAR VIDAS, ABORDAR LA VIOLENCIA SEXUAL.

Durante los conflictos, millones de mujeres han sido violadas y torturadas sexualmente. En recientes conflictos hubo campamentos donde se perpetraron actos de violación, esclavitud sexual y embarazo forzado o infección intencional con el VIH⁵⁸. En Rwanda, la violencia sexual durante el genocidio desencadenó la epidemia de VIH/SIDA en el país: según

se estima, medio millón de niñas y mujeres fueron violadas y 67% de ellas fueron infectadas con el VIH⁵⁹. Durante el conflicto de 1991-2001 en Sierra Leona, se seleccionaba especialmente a niñas de corta edad para violarlas. Muchas, especialmente las muy jóvenes, no sobrevivieron⁶⁰. En ese mismo país, se estima que entre 70% y 90% de las víctimas de violación fueron contagiadas con infecciones de transmisión sexual⁶¹.

Aun cuando las mujeres que huyen de un conflicto encuentren la manera de lle-

gar a campamentos de refugiados, allí no necesariamente están seguras. En un campamento en la República Unida de Tanzania, un 26% de las refugiadas burundesas fueron violadas⁶². No es infrecuente que los miembros de la familia y toda la comunidad hagan objeto a las víctimas de ostracismo, echándolas a veces del hogar y abandonándolas para que se valgan por sí mismas. A menudo, las sobrevivientes de la violación enfrentan graves problemas durante el resto de su vida, inclusive trastorno de estrés postraumático persistente y una debilitante depresión⁶³.

Varias organizaciones de asistencia humanitaria están apoyando campañas educacionales para reducir la violencia contra la mujer, entre ellas la instalación de medidas de seguridad; la capacitación de líderes comunitarios, agente de policía y jueces; y un cumplimiento más estricto de las leyes. También se reconoce la importancia de llegar a los hombres: el *International Rescue Committee* (IRC) actualmente constituye comités de hombres para crear conciencia y apoyar a las sobrevivientes de la violencia⁶⁴. Pese a la resistencia inicial de la comunidad, una iniciativa de IRC en campamentos de refugiados de Myanmar y la República Unida de Tanzania

“En la casa de mis padres, siete hombres violaron a una viuda que vivía con nuestra familia. Los hombres dijeron “al menos uno de nosotros debe estar infectado con el VIH”. La viuda enfermó de SIDA y ya ha muerto”.

— Una sobreviviente del genocidio en Rwanda

35 MOVILIZACIÓN PARA ELIMINAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN TIMOR-LESTE

Desde 2002, en que Timor-Leste obtuvo su independencia, aun cuando sigue siendo uno de los países más pobres de Asia, ha venido pronunciándose a favor de la igualdad entre hombres y mujeres. Las mujeres líderes, que habían participado en la lucha por la independencia, exigieron que se prestara atención a las políticas y se instituyera la participación en igualdad de condiciones en las instituciones políticas creadas a partir de la independencia. Actualmente, las mujeres ocupan un 27% de los escaños parlamentarios y se ha creado una Oficina de Asesoramiento al Primer Ministro para la Promoción de la Igualdad.

El movimiento de mujeres estableció como máxima prioridad la violencia por motivos de género. El UNFPA patrocinó el primer estudio fiable realizado en el país, que puso de manifiesto que un 50% de las mujeres habían experimentado algún tipo de sevicia. Un informe de la policía nacional indica que la violencia contra la mujer es el motivo de un 68% de todas las denuncias recibidas. Se está impartiendo capacitación a las fuerzas policiales para que protejan y apoyen a las víctimas. Se han realizado campañas para crear conciencia utilizando representaciones teatrales, programas radiofónicos y una telenovela, campañas que han desencadenado un amplio intercambio de ideas sobre un tema anteriormente tabú, y se ha aprobado una nueva ley sobre la violencia doméstica que ha otorgado visibilidad pública a ese tema.

Con el apoyo del UNFPA, Timor-Leste estableció por primera vez servicios de apoyo jurídico para mujeres víctimas de abuso y la primera "sala hospitalaria protegida", donde las mujeres reciben atención médica y asesoramiento psicosocial en privado. La Asociación de Hombres Contra la Violencia ha ofrecido talleres de educación social a hombres que viven en zonas remotas y rurales y ha impartido enseñanza sobre métodos de autocontrol de la cólera en beneficio de hombres reclusos en la cárcel nacional.

condujo a la utilización de tribunales itinerantes para la aplicación de las leyes sobre violencia por motivos de género. Actualmente, el programa se sostiene con el apoyo de la comunidad y también ofrece actividades para la creación de conciencia, un sistema de información y remisión, servicios de asesoramiento psicosocial y atención de la salud y un centro de atención integral abierto las 24 horas⁶⁵. En la región de Darfur (Sudán), el UNFPA apoya a organizaciones de mujeres que prestan asistencia a las sobrevivientes, suministra equipo médico, se esfuerza por lograr la seguridad en los asentamientos de refugiados y capacita a profesionales de la medicina para que atiendan casos de violencia sexual⁶⁶. Debido a informes sobre actos de abuso y explotación de niñas y mujeres, como los recibidos en relación con la República Democrática del Congo y Liberia⁶⁷, el Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz, de las Naciones Unidas, ha elaborado una nueva guía para reducir la posibilidad de que los encargados del mantenimiento de la paz y el personal uniformado que trabaja en el socorro humanitario pueda cometer actos de violencia sexual y explotación⁶⁸.

FRENAR LA PROPAGACIÓN DEL VIH. Los conflictos, los desplazamientos y la resultante pérdida de acceso a los servicios de salud y a la información al respecto pueden aumentar el peligro de transmisión del VIH. Por ejemplo, en la República Democrática del Congo, en 1997, antes del estallido de la guerra, un 5% de la población estaba infectada con el VIH. En 2002, la estimación aumentó pronunciadamente hasta el 20% en la zona oriental del país, donde comenzó el conflicto⁶⁹. La desintegración casi total de los sistemas de seguridad y protección social, la alta incidencia de la violación y la falta de suministros de sangre no contaminada contribuyó sin lugar a dudas a esos aumentos. Las situaciones en que hay una gran presencia militar o de milicias que alternan con la población civil puede crear riesgos adicionales, dado que el personal combatiente tiende a presentar más altas tasas de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, que las poblaciones civiles⁷⁰. Si la tasa de prevalencia del VIH ya está aumentando, un conflicto puede ser la chispa que hace estallar de lleno la epidemia. La finalización del conflicto no significa que desaparezca el riesgo. Tras los conflictos aparecen efectos duraderos de desarticulación social, pérdida de la protección por la familia y la comunidad contra la explotación y el abuso sexuales, y desintegración de los servicios de prevención. Muchas mujeres y muchas niñas se ven forzadas a entablar relaciones sexuales transaccionales, simplemente para sobrevivir.

Dado que ha ido en aumento la conciencia internacional acerca de los efectos de conflictos armados sobre la epidemia de SIDA, las acciones de socorro humanitario están integrando las tareas de prevención y tratamiento en etapas más tempranas de su labor. El sistema de las Naciones Unidas y las redes que se ocupan de salud reproductiva en situaciones de emergencia están emitiendo guías para agentes de servicios humanitarios⁷¹. Muchas organizaciones están dirigiéndose específicamente a los hombres, particularmente dentro de programas de desarme, desmovilización y reintegración. En Eritrea y Etiopía, por ejemplo, el UNFPA apoyó la capacitación de soldados desmovilizados sobre la prevención del VIH y el asesoramiento psicosocial al respecto, de modo que al regresar a sus hogares pudieran educar a los demás miembros de sus comunidades⁷².

En Liberia, el UNFPA ayuda a una amplia coalición de organizaciones no gubernamentales a realizar campañas masivas de creación de conciencia, orientadas a las poblaciones desplazadas que viven en campamentos de refugiados, particularmente donde hay grandes cantidades de mujeres y niñas que no han tenido otra posibilidad sino dedicarse a relaciones sexuales comerciales para poder sobrevivir. Las organizaciones de base comunitaria que operan a lo largo de las fronteras de Sierra Leona y Guinea han educado ya a 60.000 personas des-

36 EL PODER CURATIVO DE LAS ARTES: TRABAJO CON ADOLESCENTES DESPLAZADOS EN COLOMBIA

En Colombia, donde hay al menos dos millones de personas desplazadas por el conflicto interno que ha durado 30 años, el UNFPA, con la asistencia de Bélgica, apoyó un enfoque innovador: la expresión artística como descarga y remedio de la violencia en las vidas de los adolescentes. Desde 2003, el proyecto ha trabajado con adolescentes desplazados en ciudades de la costa del Caribe, donde la violencia sexual va en aumento y la impunidad es la norma. En esas zonas, las niñas desplazadas tienen probabilidades tres veces superiores a las de otras niñas de su edad de quedar embarazadas antes de cumplir 15 años. Aprovechando la energía creativa de los adolescentes, el programa utiliza representaciones teatrales, juegos dramáticos, música y danzas para alentarlos a recordar el trauma que han experimentado. Los encargados de servicios de salud los visitan dos veces por semana para conversar sobre temas de salud reproductiva y prevención y ofrecer servicios. Los participantes en el programa adquieren aptitudes para cuestionar los aspectos dañinos de las relaciones de género, resistirse a la presión de los demás jóvenes, abordar la violencia sexual, y elevar su autoestima.

plazadas y repatriadas sobre la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y se han distribuido 3,2 millones de condones (preservativos) masculinos. Unos 5.000 jóvenes educadores de otros jóvenes han impartido educación sobre la prevención del VIH en escuelas, campamentos y comunidades. También se está captando a personas que viven con el VIH y el SIDA para que oficien de “Embajadores de la prevención”. Se imparten sesiones semanales de capacitación a los funcionarios de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas, sobre violencia sexual y prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Gracias a esos intensos esfuerzos, se han quebrado el silencio, la denegación y el estigma que rodean a la epidemia de SIDA. Va en aumento el número de personas que acuden en procura de asesoramiento y tratamiento.

Las operaciones de mantenimiento de la paz también pueden contribuir a educar a las sociedades que se están recuperando tras conflictos, acerca de los riesgos y la manera de desempeñar un papel positivo en la prevención del VIH. Actualmente, el Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz (DPKO) de las Naciones Unidas colabora estrechamente con el programa ONUSIDA para incluir asesores sobre prevención del VIH en cada misión y ha establecido un fondo fiduciario para el VIH/SIDA a fin de apoyar sus programas⁷³. En Sierra Leona y la República Democrática del Congo, el DPKO, el ONUSIDA, el UNIFEM y el UNFPA colaboran en la prevención del VIH y la conciencia

ción sobre cuestiones de género entre los encargados del mantenimiento de la paz y también los agentes de los cuerpos recientemente establecidos, militares y policiales⁷⁴. El Departamento de Defensa de los Estados Unidos reconoció el aumento en las operaciones regionales de mantenimiento de la paz y en 2002 asignó 14 millones de dólares con destino a programas de prevención específicamente en beneficio de las fuerzas armadas africanas⁷⁵.

INICIATIVAS EN BENEFICIO DE LOS JÓVENES. Después de una crisis, es imprescindible involucrar a los jóvenes en los programas de salud reproductiva, a fin de frenar la propagación del VIH y reducir el número de embarazos no deseados. La Comisión de mujeres para las mujeres y los niños refugiados apoya los programas conducidos por jóvenes en zonas afectadas por conflictos⁷⁶. En la República Unida de Tanzania, la Oficina del ACNUR estableció centros acogedores para los jóvenes en campamentos de refugiados, conducidos por comités de jóvenes, a fin de abordar las cuestiones de salud reproductiva y proporcionar servicios, producir campañas en los medios de difusión y ofrecer enseñanza de oficios e información sobre cómo atender a los familiares afectados por el VIH⁷⁷.

El UNFPA, con el apoyo de Bélgica, está colaborando con aliados locales para proporcionar servicios de salud reproductiva a los jóvenes en algunos países seleccionados (véase el Recuadro 36). En Rwanda, el UNFPA ha apoyado el establecimiento de centros de salud acogedores para los jóvenes, donde los jóvenes aprenden acerca de la prevención del VIH y otras cuestiones de salud reproductiva. Los centros también ofrecen capacitación en aptitudes para producir ingresos, como la fabricación de jabón, las artesanías y el bordado, además de oportunidades de participación en actividades culturales y deportivas⁷⁸.

En Egipto, Uganda y Zambia, el Proyecto de salud para adolescentes refugiados colaboró con niñas Scout que oficiaron de educadoras de otras niñas para asesorar sobre las necesidades de los adolescentes a los encargados de servicios de salud. Estos últimos recibieron capacitación por personal médico sobre aspectos clave de la salud reproductiva. Esta iniciativa ha acrecentado la autoconfianza de los jóvenes y su sentido de la solidaridad⁷⁹.

Las iniciativas de este tipo son, en su mayoría, incipientes y poco frecuentes. Pero tienen posibilidades de facultar a los jóvenes para que contribuyan a la recuperación, la paz y la prosperidad de sus países, a fin de alcanzar los ODM y superarlos.



9 Plan de campaña para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y continuar

“El empoderamiento de las mujeres puede ser uno de los motores más eficaces del desarrollo”.

— Secretario General de las Naciones Unidas Kofi Annan, *Un concepto más amplio de la libertad*

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) sólo podrán conquistarse si la igualdad entre hombres y mujeres y la salud reproductiva se colocan en un lugar prominente de las agendas políticas y presupuestarias. Los desequilibrios y las desigualdades de poder—entre ricos y pobres, entre hombres y mujeres, entre jóvenes y ancianos, entre la corriente principal de la sociedad y los grupos marginados—despilfarran el capital humano y restringen las oportunidades para superar la pobreza. Las mujeres y los jóvenes representan una enorme reserva de potencial humano, pero carecen de poder y no tienen voz.

Liberar a las familias y los países empobrecidos de las garras de la desigualdad entre hombres y mujeres y la mala salud reproductiva no sólo es un fin en sí mismo, sino también un imperativo ético. La igualdad desencadena plenamente el potencial de todos los seres humanos. Éste fue el planteo visionario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), 1994, y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing), 1995.

En este capítulo se recapitulan las oportunidades estratégicas de que disponen los países y la comunidad internacional, al aproximarse los plazos fijados en los ODM. Consideradas en su conjunto, pueden impulsar a la comunidad mundial hacia el objetivo más amplio de “desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos”, invocado en el informe de 2005 del Secretario General de las Naciones Unidas, *Un concepto más amplio de la libertad*.

Empoderamiento de la mujer: elevación de las familias y los países por encima de la pobreza

Hay amplias pruebas de los efectos multiplicadores que logran las inversiones en la igualdad entre hombres y mujeres y el empoderamiento de la mujer. En todo el mundo, más de 1.700 millones de mujeres están en su etapa de producción y procreación, entre 15 y 49 años de edad¹. Ya están contribuyendo en gran medida a sus familias, sus comunidades y sus países. En la mayoría de las familias, las mujeres o bien son

el sostén del hogar o bien contribuyen a éste. Custodian el precioso capital humano de sus países: los niños. Las inversiones con objetivo bien definido—en educación, salud reproductiva, derechos económicos y políticos de la mujer—pueden tener efectos catalíticos sobre el progreso hacia la reducción de la pobreza, el desarrollo sostenible y la paz duradera.

La igualdad entre hombres y mujeres beneficia a las familias, las comunidades y los países, así como a las propias mujeres. Las alianzas más fuertes entre mujeres y hombres, y los derechos y responsabilidades compartidos, son la respuesta a muchos de los problemas que obstan al desarrollo humano. Algunos de los proyectos documentados en el presente informe prueban que es posible transformar los peligrosos comportamientos y estereotipos de género. Pero a fin de ejecutar esos proyectos en la escala necesaria para la conquista de los ODM será necesario contar con un liderazgo concertado, político y comunitario, a todos los niveles, además de los recursos para promover la igualdad entre hombres y mujeres mediante políticas y presupuestos.

Empoderar a los jóvenes: los ODM y más adelante

Efectuar inversiones en los adolescentes y los jóvenes es una cuestión de derechos humanos. También puede proporcionar “las mayores utilidades en la mitigación de la pobreza”². Si se efectúan hoy inversiones atinadas en los jóvenes, esto contribuirá a su transición hacia una adultez como personas educadas y saludables, agentes de cambio dispuestos a impulsar la idea de un desarrollo equitativo. Para esto será imprescindible que tanto los encargados de formular políticas como los donantes intensifiquen sus acciones. Será necesario asignar a los jóvenes acceso a una porción equitativa de los recursos con destino a educación, salud reproductiva, desarrollo de aptitudes y oportunidades de trabajo y en la vida. Y será necesario hacerlo de manera que quiebre los estereotipos de género y amplíe las perspectivas de las mujeres jóvenes.

Acceso universal a la salud reproductiva: cumplir con los objetivos de El Cairo para alcanzar los ODM

El Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, ha establecido de manera inequívoca que la salud reproductiva es una estrategia central y con eficacia en función de los costos para conquistar los ODM³. La salud reproductiva es un derecho humano, afirmado y reafirmado como prioridad de desarrollo en los acuerdos internacionales a partir de 1994, inclusive en las conmemoraciones del décimo aniversario de la CIPD y de la Conferencia de Beijing. En 2005, se reiteró un arrollador apoyo al programa de la CIPD, además de reconocer los fuertes vínculos entre salud reproductiva y desarrollo, en varias reuniones de alto nivel sobre los ODM celebradas con ministros de salud, de hacienda y de planificación, y con representantes de banco de desarrollo, entidades de la sociedad civil y organismos de las Naciones Unidas⁴.

Los problemas de salud reproductiva, en su mayoría, son prevenibles mediante intervenciones de eficacia comprobada. La salud reproductiva y los derechos reproductivos son un aspecto integrante de la reducción de la pobreza, la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres y el empoderamiento de la mujer, así como de las acciones para reducir las tasas de mortalidad de madres y menores de un año y combatir el VIH/SIDA. Un más alto nivel de salud reproductiva mejora la calidad de la vida de las familias. Cuando los individuos y las parejas pueden escoger el tamaño de sus familias y el espaciamiento entre alumbramientos, y se produce una tendencia hacia familias más pequeñas, los países de bajos ingresos pueden escapar de la “trampa demográfica de la pobreza”⁵.

37 CAMPAÑA MUNDIAL SOBRE LOS JÓVENES Y LOS ODM

El reconocimiento del papel desempeñado por los jóvenes en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el UNFPA ha asumido el liderazgo y emprendido, junto con otros organismos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y las comisiones económicas regionales, la campaña *Faces of Young People and the MDGs* (Rostros de jóvenes y ODM). La campaña se propone crear conciencia y atraer la atención de los encargados de formular políticas. Su mensaje es simple: es preciso hacer inversiones en los jóvenes.

En 2005, la iniciativa abarcó una exposición de fotografías en la Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, que documenta las vidas de jóvenes de África, los Estados árabes, Asia, Europa oriental y América Latina y el Caribe. Cada serie fotográfica relata la historia de la vida de un joven en relación con los ODM. Entre otras actividades, cabe mencionar la formulación de guías estratégicas para encargados de formular políticas, la preparación de folletos, el establecimiento de un sitio Web y un concierto para recaudación de fondos previsto para 2006, al que han de asistir músicos célebres y artistas jóvenes, concentrándose en los jóvenes, el SIDA y la pobreza.

Los programas de salud reproductiva pueden proporcionar un acceso cómodo—“todo en un mismo lugar”—a un conjunto de servicios para los pobres. Los servicios de salud reproductiva abarcan planificación de la familia, prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y atención de la salud de la madre y el niño⁶. También pueden abarcar educación sobre nutrición, provisión de suplementos vitamínicos, inmunización y prevención del paludismo. Lo ideal, como se ha demostrado en algunos proyectos, es que los servicios de salud reproductiva también puedan proporcionar información y remisión a otros programas, como los que abordan el analfabetismo femenino, la violencia por motivos de género, los derechos jurídicos, el acceso al microcrédito y la capacitación a fin de adquirir aptitudes para el empleo. Al vincular los programas de salud reproductiva con oportunidades adicionales para las mujeres y los jóvenes, es posible ayudarlos a superar otras limitaciones que constriñen sus opciones reproductivas y estimulan la propagación de la epidemia de SIDA.

VINCULACIÓN ENTRE PROGRAMAS DE SALUD REPRODUCTIVA Y DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA.

La lucha contra el VIH es un componente de los servicios de salud reproductiva. No obstante, a medida que se fueron aportando más recursos para combatir la epidemia, fueron evolucionando los servicios paralelos, dotados de su propio personal, sus propias estructuras administrativas y su propia financiación. La continua aportación de recursos ofrece una oportunidad de aumentar la eficiencia, promover los objetivos de salud en los ODM y plasmar en la realidad el objetivo de la CIPD de atención universal de la salud reproductiva para los millones de personas que viven en la pobreza, cuya calidad de vida, y cuya supervivencia misma, dependen de esos objetivos.

No obstante, si los programas paralelos redundan en la proliferación de clínicas especializadas, los fondos destinados al VIH/SIDA pueden desviar personal y recursos de otras necesidades prioritarias de salud para los pobres, así como de otros objetivos de salud incluidos en los ODM⁷. Esto podría menoscabar las acciones para fortalecer y racionalizar los sistemas de salud. También causaría un grave perjuicio a los usuarios: los pobres suelen recibir sólo información y servicios fragmentarios, aun cuando puedan tener acuciantes preocupaciones con respecto al VIH y a otras cuestiones de salud reproductiva. Además, las infecciones de transmisión sexual, como el VIH y muchos otros problemas de salud reproductiva, dimanar de las mismas actitudes y comportamientos.

Al vincular e integrar la prevención y la atención del VIH en los servicios generales de salud reproductiva es posible fortalecer ambas. Ambos tipos de servicios enfrentan los

mismos retos: escasez de personal capacitado, suministros esenciales y equipo, falta de establecimientos adecuados y escasez de aptitudes de gestión. Ambos tipos de servicios enfrentan obstáculos similares en cuanto a suscitar demanda para los servicios y superar la estigmatización que impide a los clientes utilizarlos, cuestión en la que hay gran experiencia entre los profesionales de la salud reproductiva. Ambos tipos de servicios requieren suministros similares y aptitudes análogas en los agentes de salud. En algunas regiones, la integración es una obligación moral: en África al sur del Sahara, donde está generalizada la epidemia de SIDA, 63% de las mujeres tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos eficaces⁸ y, en consecuencia, hay una alta proporción de embarazos no deseados. Muchas mujeres no saben si están infectadas con el VIH y por lo tanto hay riesgo de que transmitan el virus a sus hijos. En esas circunstancias, el acceso a un conjunto mínimamente integrado de servicios de planificación de la familia, VIH y salud materna puede posibilitar que las mujeres se protejan tanto de los embarazos no deseados como del VIH y puede prevenir la transmisión del VIH a sus hijos.

La integración de un conjunto mínimo de servicios de salud reproductiva y VIH/SIDA puede tener alta eficacia en función de los costos. Por ejemplo, un estudio comprobó que al integrar los servicios de planificación de la familia e infecciones de transmisión sexual en la atención primaria de la salud, se produce en un 31% el costo de esos servicios, pues hay economías de escala en gastos de personal, suministros y gastos administrativos generales⁹. Otros estudios piloto realizados por la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y el UNFPA demostraron que se logran considerables economías y una mayor demanda de servicios cuando se incorpora la detección voluntaria del VIH y el asesoramiento voluntario al respecto en los servicios existentes de salud sexual y reproductiva¹⁰.

La comunidad internacional está tomando nota: en varios acuerdos y resoluciones de las Naciones Unidas se ha exhortado a ofrecer a todos los usuarios de servicios un conjunto integral de servicios esenciales de salud reproductiva y VIH/SIDA¹¹. El Equipo de Tareas sobre el VIH/SIDA, del Proyecto del Milenio, hizo suya esa recomendación¹². Proporcionar un conjunto integrado a servicios esenciales es a la vez equitativo y ético. También es una manera estratégica de velar por que se fortalezcan los sistemas de salud, en lugar de debilitarlos adoptando enfoques fragmentarios y prioridades que compiten entre sí.

FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD. Los expertos concuerdan en que alcanzar los tres ODM relativos a la salud dependerá de si se efectúan inversiones que refuerzan los sistemas de salud y amplíen su alcance hasta los

grupos carentes de servicios, especialmente en zonas rurales y en tugurios urbanos¹³. Tanto la CIPD como el Proyecto del Milenio, plantean un enfoque centrado en la prevención y la atención primaria de la salud: el primer punto de contacto de las personas que viven en comunidades pobres.

Los países, en su mayoría, han emprendido reformas a fin de mejorar la calidad, la eficiencia y la equidad de sus sistemas de atención de la salud. Pero en opinión de muchos expertos, el resultado es que hay menor equidad en el acceso y mayores costos de la atención de la salud para los pobres¹⁴. En varias comunidades, factores macroeconómicos como el servicio de la deuda y las limitaciones de los gastos en salud han transferido muchos costos de salud a las familias. Los subsidios y las exenciones de pago de derechos al usuario no siempre llegan a las poblaciones que los necesitan y a veces benefician a grupos de más altos ingresos, en lugar de las personas muy pobres, y más necesitadas¹⁵.

El costo de la atención de la salud sigue siendo una importante barrera que obsta al acceso a los servicios y a su utilización. Por ejemplo, estudios realizados en varios países han comprobado que cuando la reforma del sector del salud introdujo el pago de derechos por el usuario, esto redundó en pronunciadas reducciones en el uso de los servicios de salud materna¹⁶. Quienes tienen derecho a beneficiarse de exenciones del pago de derechos no necesariamente las conocen y dichas exenciones tampoco se aplican de manera sistemática. Algunos sistemas de salud tienen tal déficit de recursos que es común que los clientes efectúen pagos clandestinos y se vean obligados a adquirir sus propios suministros médicos básicos. El Proyecto del Milenio ha exhortado a eliminar los cargos al usuario por servicios básicos de salud, y lo propone como una de las “soluciones de efectos rápidos”¹⁷ para reducir las inequidades en materia de salud debidas a la pobreza y la discriminación por motivos de género.

Pese a los problemas, las reformas del sector de salud proporcionan excelentes oportunidades para fijar prioridades y abordar los estrangulamientos en la prestación de servicios de calidad. Al efectuar mayores inversiones en hospitales y menores en prevención, la atención básica de la salud ha quedado fuera del alcance y fuera de contacto con las urgentes necesidades de los más pobres entre los pobres. En África al sur del Sahara y en Asia, un 75% de los pobres viven en zonas rurales¹⁸. Los servicios preventivos eficaces podrían contribuir a prevenir millones de casos de VIH, millones de defunciones de niños de corta edad y de madres, y pérdidas de vidas a causa del paludismo y otras enfermedades inexistentes en los países industrializados.

La escasez de profesionales capacitados es una preocupación de gran magnitud. En países africanos, no es infrecuente una proporción de un médico por cada 10.000

habitantes. Esto, en comparación con un médico por cada 500 personas en los Estados Unidos¹⁹. Una solución, como lo han probado las medidas exitosas para reducir la mortalidad derivada de la maternidad, es reformar las leyes y políticas de modo de delegar facultades a las parteras y las enfermeras, cuando esto sea seguro y viable desde el punto de vista médico²⁰. En el Proyecto del Milenio se ha exhortado a impartir de inmediato capacitación a los agentes de salud comunitarios para que puedan ofrecer servicios e información esenciales a nivel local²¹.

Otra prioridad es contener el “éxodo de profesionales” médicos calificados que emigran al extranjero en busca de mejor remuneración y mejores condiciones de trabajo. Esto requiere la colaboración entre los gobiernos de países del norte y del sur, prestando atención a los derechos y a las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud²². Los investigadores estiman que en 1999 emigraron de Ghana tantas parteras como las que habían recibido capacitación en el país ese mismo año²³. Pérdidas similares están ocurriendo en todos los países del mundo en desarrollo. Sólo la mitad de estos últimos tienen centros de capacitación de parteras, aun cuando éste es un sector prioritario de salud para alcanzar los ODM²⁴. Según se estima, los países de África al sur del Sahara necesitarán agregar un millón de agentes de salud a fin de poder alcanzar los ODM relativos a la salud²⁵. Para subsanar el déficit será necesario proporcionar mejores incentivos y mejorar la capacitación y la contratación, inclusive captar a quienes han dejado de lado el sector de la salud para trabajar en otras ocupaciones en sus propios países²⁶. También se necesitan administradores capacitados²⁷.

TRANSFORMACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD E INCORPORACIÓN DE MUJERES. La calidad de la atención sigue siendo uno de los retos principales para mejorar los sistemas de salud y alcanzar los ODM. La calidad de la atención no se limita a satisfacer normas médicas y científicas, ofrecer un suministro ininterrumpido de medicamentos esenciales seguros y otros productos y practicar los procedimientos correctamente: también abarca las interacciones personales cuando una persona visita un centro de salud. Por ende, requiere transformaciones en las actitudes y las aptitudes de comunicación de los encargados y administradores de servicios de salud, prestando particular atención a que los servicios no sean discriminatorios y tenga sensibilidad en cuestiones culturales y de género. Todos esos aspectos de la atención se resienten cuando los servicios de salud tienen insuficiente financiación o están abrumados. Los agentes de salud pueden ser valiosos miembros de sus comunidades, pero suelen carecer del respaldo necesario para ofrecer la mejor atención posible a sus clientes. Los problemas se agravan por

la debilidad en la administración, las políticas ineficaces y la falta de suministros y equipos médicos esenciales.

Las personas pobres suelen manifestar que los agentes de salud los tratan mal o les faltan respeto²⁸. En consecuencia, es grande la cantidad de mujeres, hombres y adolescentes que recurren en cambio a miembros de la comunidad en quienes confían. Pero esos curanderos y parteras tradicionales carecen de la capacitación médica necesaria para resolver problemas de salud graves. La integración de currículos sensibles a las cuestiones culturales y de género en las instituciones que capacitan a los agentes de salud, especialmente en cuestiones de salud reproductiva, VIH/SIDA y salud de los adolescentes, es una inversión a mediano plazo con beneficios a largo plazo. Tiene gran importancia para lograr mejoras sostenidas en la calidad de la atención y puede maximizar la eficiencia y la eficacia de las inversiones en el sector de salud.

Como lo destaca el Equipo de Tareas sobre la salud de los niños y de las madres, del Proyecto del Milenio, los sistemas de salud son parte integrante de la trama social. El éxito de esos sistemas depende de la confianza que les dispensen las comunidades a cuyo servicio están. Esta confianza, a su vez, puede fomentarse sobre la base de enfoques basados en los derechos humanos, participatorios, que respondan a las cuestiones de género y sean acogedores para los jóvenes, además de alentar un diálogo continuo entre los clientes y los agentes de salud. Los derechos humanos, y los deberes que estos entrañan, pueden servir como guías para el desempeño del sistema de salud y pueden ayudar a los gobiernos y directores de programas a abordar los factores que obstan al progreso hacia los objetivos de salud en los ODM. Por ejemplo, la primacía del derecho de una mujer a la vida acarrea la obligación jurídica de los sistemas de salud de proporcionar atención por personal capacitado durante el parto y atención obstétrica de emergencia sin tardanza durante 24 horas diarias²⁹. Los derechos fundamentales a controlar la propia fecundidad y a protegerse contra el VIH deben ser principios orientadores de toda política y todo agente de salud. La discriminación por motivos de género, grupo étnico, edad u otras causas puede tener consecuencias graves e irreversibles para los clientes.

Derechos e igualdad: orientación de las políticas para la reducción de la pobreza

El Proyecto del Milenio recomienda una inmediata revisión de las estrategias y políticas nacionales para la reducción de la pobreza. Una medida fundamental es determinar cuáles son los grupos que tienen menos poder y menos capacidad para ejercer sus derechos. La eficaz participación de esos grupos en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas es, a la vez, un derecho humano y un principio de programación racional y sostenible. Al imbuir la formulación de políticas

en los principios de derechos humanos e igualdad entre hombres y mujeres puede contribuirse a formular estrategias eficaces para la vigencia progresiva de los derechos de los más pobres entre los pobres³⁰.

No obstante, aun cuando según el Proyecto del Milenio, aplicar un marco de derechos humanos a la formulación de políticas es “un requisito previo esencial para alcanzar todos los objetivos”, en la práctica no hubo “ninguna acción sistemática” en ese sentido³¹. Esto se confirma en las revisiones de los Documentos de Estrategia para la Reducción de la Pobreza (PRSP), que a partir de 1999 deben preparar los países sumamente endeudados que solicitan la mitigación de la deuda. Las entidades de la sociedad civil, inclusive grupos de mujeres y jóvenes, sólo han participado de manera limitada o ineficaz en la preparación de esos documentos³², aun cuando los procesos participatorios constituyen la esencia misma de un enfoque basado en los derechos humanos y además, se ha comprobado que son el componente más importante para lograr PRSP “en pro de los pobres” que aborden las cuestiones de género³³. Los marcos nacionales y regionales de políticas, como la Nueva Alianza para el Desarrollo de África, prevén nuevas oportunidades para integrar la igualdad entre hombres y mujeres, el desarrollo de los jóvenes y la salud reproductiva en las estrategias para la reducción de la pobreza. Pero esos marcos con frecuencia han hecho caso omiso de los factores de género en las políticas macroeconómicas y laborales³⁴.

En una evaluación realizada por el Banco Mundial en 2002 se comprobó que en la mayoría de los PRSP, el análisis de género era en general débil³⁵, aun cuando estaba mejorando. El examen realizado por el UNFPA de los PRSP confirma la limitada y poco sistemática atención prestada a cuestiones de género, juventud, salud reproductiva y derechos humanos³⁶. La mitad de los PRSP no abordaban la relación entre pobreza y derechos humanos y muchos prestaron una atención superficial³⁷. Aun cuando el alcance y la profundidad varían³⁸, ahora se suele asignar a esas cuestiones mayor prioridad en los PRSP, lo cual ha de tener implicaciones positivas cuando se realice en 2005 la reunión mundial de seguimiento.

En el Proyecto del Milenio se recomienda que las instituciones nacionales de derechos humanos preparen “evaluaciones de derechos humanos” en el seguimiento de los ODM³⁹, y que se capacite a los agentes comunitarios de desarrollo para que promuevan la participación local, la

igualdad entre hombres y mujeres y los derechos de las minorías⁴⁰. Esos agentes, utilizando sus conocimientos locales, también podrían contribuir a perfeccionar y aplicar enfoques con sensibilidad cultural. El PRSP de Rwanda, considerado un prominente ejemplo de la integración de la igualdad entre hombres y mujeres, involucró a grupos de mujeres desde un primer momento⁴¹. Actualmente, se reconoce el éxito de esta estrategia: Una de las “soluciones de efectos rápidos” del Proyecto del Milenio, requiere que se faculte a las mujeres para desempeñar un papel central en la formulación y el seguimiento de las estrategias de reducción de la pobreza basadas en los ODM y en otros procesos de reforma normativa de importancia crítica, particularmente a nivel de los gobiernos locales⁴²”.

Los jóvenes, por carecer de poder político o económico, suelen recibir poca atención de los encargados de formular políticas. Si bien en todos los países en desarrollo constituyen una apreciable proporción de la población—y más aún en los países más pobres—los recursos reservados para ellos suelen ser limitados y asignarse *ad hoc*. Las políticas raramente consideran a los jóvenes como grupo específico que vive en la pobreza. Incluso cuando los PRSP han incluido expresamente a los jóvenes, son pocos los países que vincularon esas estrategias con sus presupuestos⁴³.

Al igual que una presupuestación sensible a las cuestiones de género puede fundamentar la formulación de políticas nacionales para los ODM, del mismo modo el análisis de los presupuestos desde la perspectiva de las necesidades de los jóvenes y la igualdad de género puede arrojar luz sobre prioridades relegadas e inversiones estratégicas postergadas. Costa Rica proporciona un modelo: vigila el porcentaje del PNB gastado en beneficio de niños y adolescentes, en educación, salud, abastecimiento de agua, albergue, nutrición, protección y recreación⁴⁴. En Camboya, el Ministerio de Educación, Juventud y Deportes proporciona otro buen ejemplo de compromiso institucional en pro de cuestiones de género. El Ministerio utiliza datos desagregados por género para abordar las inequidades por razones de género en su presupuesto, particularmente en lo concerniente a la educación de las niñas. Ha elaborado una estrategia para incorporar las cuestiones de género en las actividades principales y trata de aplicarla con un Comité donde están representados los niveles provincial, de distrito y de comuna⁴⁵.

“Un [sistema de salud] también debe entenderse y abordarse como una institución social básica. Cuando lo caracterizan la negligencia, el abuso o la exclusión de algunos individuos o grupos, el sistema de salud contribuye en gran medida a la injusticia social. En cambio, el fortalecimiento de los sistemas de salud acrecienta el capital social dentro de la comunidad y propicia la vigencia de los derechos de los individuos”.

— Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas

Recursos: un modesto precio para la dignidad humana y la equidad

El gasto militar mundial es de aproximadamente 1.000.000.000.000 dólares (un billón) por año⁴⁶. En 2003, la asistencia al desarrollo ascendió a 69.000 millones⁴⁷. Frente a esa disparidad, el precio de alcanzar los ODM es claramente cuestión de voluntad política y compromiso mundial. El costo de alcanzar los ODM—estimado en 135.000 millones para 2006, para llegar a 195.000 millones de dólares hacia 2015⁴⁸—parece una suma modesta y asequible, considerando lo que podría lograrse con ella. Podrían salvarse miles de vidas cada día. Millones de pobres de todo el mundo podrían escapar de los grilletes de la pobreza. Sería posible educar a cada niña y cada niño varón. Podría contrarrestarse la propagación del SIDA. En el mundo reinaría mayor seguridad. Todo eso podría lograrse con una fracción de lo que gasta el mundo con propósitos militares.

Después de la celebración en 2000 de la Cumbre del Milenio, se han planteado varias propuestas, inclusive las

formuladas por la Comisión Europea y por varios Jefes de Estado europeos, a fin de destinar mayores recursos los ODM. Entre las propuestas figura la creación de un Servicio Financiero Internacional⁴⁹, así como los impuestos al combustible de las aeronaves, a las transacciones financieras y a las emisiones de carbono⁵⁰. En el informe de 2005 de la Comisión para África se plantea un plan sobre la mejor manera de eliminar la pobreza en la región. Se exhorta a duplicar la asistencia para el desarrollo del continente dentro de los tres a cinco años siguientes, cancelar la deuda, eliminar el proteccionismo agrícola y los subsidios comerciales por parte de los países industrializados (cuyo importe asciende a 350.000 millones de dólares anuales, es decir, 16 veces las actuales corrientes de asistencia a África)⁵¹, y devolver miles de millones de dólares resultantes de la corrupción que están depositados en cuentas bancarias en el extranjero. También exhorta a los países africanos a fortalecer la administración pública, velar por la inclusión de las mujeres y los jóvenes y dar cumplimiento a la promesa efectuada en 2001 de asignar un 15% de los presupuestos anuales a la atención de la salud y a ampliar el acceso a los servicios de salud reproductiva⁵². En 2002, los Estados Unidos establecieron el *Millennium Challenge Account*, que coloca a países con buenos antecedentes en su administración pública en una lista preferencial de receptores de asistencia⁵³.

La medida más importante es que se dé cumplimiento a los compromisos internacionales asumidos desde hace mucho tiempo en relación con la asistencia al desarrollo. Hace 35 años, en la Asamblea General de las Naciones Unidas, los países donantes convinieron en asignar un 0,7% de su ingreso nacional bruto a la asistencia oficial al desarrollo (AOD). Pese a exhortaciones numerosas y reiteradas, inclusive las formuladas en 2002 en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo celebrada en Monterrey (México)⁵⁴, sólo cinco países donantes han dado cumplimiento a ese compromiso: Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, los Países Bajos y Suecia⁵⁵. Otros seis países han establecido plazos para alcanzar ese objetivo⁵⁶. En momentos en que el presente informe entraba en prensa, había algunos acontecimientos auspiciosos: la Unión Europea (sus 25 miembros), aprobó por unanimidad en marzo de 2005 una memorable decisión de casi duplicar en los próximos cinco años su asistencia—y destinar la mitad de ella, a África—y estableció jalones para alcanzar la meta del 0,7%⁵⁷. Ese mismo mes, el Japón anunció que en un plazo de tres años duplicaría su asistencia a África⁵⁸.

La comunidad internacional puede reflexionar sobre los costos de incumplir los compromisos de aportar recursos, considerando el caso de la CIPD y la etapa ulterior. El Programa de Acción aprobado en 1994 fue uno de los pocos

38 LAS UTILIDADES DE INCORPORAR LAS CUESTIONES DE GÉNERO

Los escépticos han desvalorizado desde hace tiempo la incorporación de las cuestiones de género a las actividades principales de desarrollo. El informe "So What?" consideró 400 proyectos sobre salud reproductiva y VIH/SIDA ejecutados en todo el mundo. Sus conclusiones refutan la percepción común de que la incorporación de cuestiones de género es algo periférico. El informe muestra que al integrar las cuestiones de género se obtienen mejores resultados, en lo concerniente tanto a la salud reproductiva como a la equidad entre hombres y mujeres, y se ofrecen pruebas de lo que puede aportar la incorporación de cuestiones de género al seguimiento de los ODM. Los proyectos que incorporaron la perspectiva de género obtuvieron los siguientes resultados pertinentes a los ODM:

- Cambios positivos en las relaciones entre hombres y mujeres y actitudes sociales más respetuosas hacia la mujer;
- Mayor participación de las mujeres en la adopción de decisiones y las cuestiones políticas en la comunidad;
- Mayor conocimiento por las mujeres de sus derechos jurídicos;
- Mayores probabilidades de que las niñas sigan asistiendo a la escuela;
- Menor violencia contra la mujer;
- Mejor comunicación y apoyo mutuo entre hombres y mujeres respecto de la planificación de la familia, el VIH y otras infecciones de transmisión sexual;
- Mayores conocimientos por los hombres de cuestiones atinentes a la atención de la salud de la mujer; y
- Transformaciones en las actitudes acerca de compartir funciones y responsabilidades entre hombres y mujeres en lo tocante a la crianza de los hijos, el trabajo y las cuestiones de salud reproductiva.

acuerdos internacionales en que se formulaban estimaciones de los costos de alcanzar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva para 2015. La comunidad internacional, tanto países donantes como países en desarrollo, no alcanzó en el año 2000 la meta de 17.000 millones de dólares. En 2003 seguían retrasados y aún hay incertidumbre acerca de si se alcanzará la meta fijada para 2005, de 18.500 millones de dólares. Los datos preliminares correspondientes a 2003 indican que los donantes han movilizado 4.700 millones de dólares, o un 77% de la proporción que les corresponde (1/3) del monto acordado para 2005. Los países en desarrollo movilizaron aproximadamente 11.000 millones de dólares u 88% de la porción que les corresponde⁵⁹. Si durante los últimos diez años hubieran sido menores esos déficits, se podrían haber salvado y mejorado millones de vidas.

Una de las prioridades seleccionadas como inmediata “solución de efecto rápido” por el Proyecto del Milenio es velar por una financiación suficiente con destino a suministros de salud sexual y reproductiva y logística, inclusive anticonceptivos. El apoyo de donantes a servicios de planificación de la familia disminuyó a partir de 1995, cuando se le destinó un 55% del total de la asistencia mundial de población. Esa proporción disminuyó hasta 11% en 2003⁶⁰. Mientras tanto, la demanda crece, especialmente en momentos en que la mayor generación de adolescentes de la historia está ingresando en su etapa de procrear.

Los parlamentarios comprometidos en pro de la CIPD siguen desempeñando un papel fundamental en cuanto a mantener la focalización de las políticas e influir sobre las asignaciones presupuestarias. En el Paraguay, el apoyo del UNFPA a la Comisión de Equidad, Género y Desarrollo Social del Senado redundó en un aumento de 300% en los recursos aportados en 2005 con destino a suministros de planificación de la familia. Además, los parlamentarios pueden utilizar su influencia para recaudar fondos adicionales: en Guatemala, el Parlamento aprobó en 2004 una ley sobre los impuestos a las bebidas alcohólicas y los productos de tabaco, que asignan un 15% a programas de salud reproductiva.

El Programa de Acción de la CIPD sigue siendo sumamente pertinente para países tanto desarrollados como en desarrollo: en 2004, el UNFPA, la mayor fuente multilateral de asistencia de población y salud reproductiva, recibió contribuciones voluntarias a sus recursos ordinarios de un nivel sin precedentes, aportadas por 166 países. Algunos países europeos, así como los Estados Unidos y el Japón, han sido líderes en la provisión de asistencia internacional para cuestiones de población⁶¹.

La cooperación internacional para el desarrollo no es cuestión de caridad, sino una responsabilidad colectiva de la comunidad mundial. Este principio está consagrado en la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y varios tratados internacionales, entre ellos la Convención sobre los Derechos del Niño⁶². La vigencia de los derechos humanos permea la Declaración del Milenio, pacto mundial concertado en 2000 para eliminar la pobreza⁶³. Exhorta a los gobiernos donantes y a las instituciones financieras internacionales, las entidades del sector privado y las empresas multinacionales⁶⁴ a establecer estándares para la reducción de la pobreza basados en los derechos humanos, mediante normas equitativas en el comercio internacional, los servicios crediticios y el manejo de la deuda y, no menos importante, las corrientes migratorias y los derechos de los trabajadores. Los chocantes niveles de corrupción, estimados en 1.000.000.000.000 dólares (un billón) anuales⁶⁵—costo sufragado en gran medida por los pobres

“Las políticas y acciones de desarrollo que no toman en cuenta la desigualdad entre hombres y mujeres tendrán limitada eficacia y graves costos para las sociedades”.

— Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres, Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas

que quedan privados de servicios básicos—subraya la importancia de una mejor administración pública y del imperio de la ley. Es necesario reconsiderar las discrepancias entre los ODM y las políticas macroeconómicas y de devolución de la deuda por parte de las instituciones financieras internacionales. Esas políticas han redundado con frecuencia en restricciones para los sectores sociales. Al ajustarlas se podría restaurar la financiación destinada a

los sectores de educación y salud⁶⁶. Por ejemplo, algunos países africanos han destinado los recursos liberados por la mitigación de la deuda a asignar agentes de salud a los lugares donde más se los necesita; Mauritania destinó esos recursos a proporcionar incentivos a las parteras para que aumenten la cobertura en zonas rurales remotas⁶⁷.

La urgencia de la epidemia de SIDA ha conducido a una rápida movilización de los compromisos y los recursos, aun cuando estos aún están lejos de satisfacer las necesidades. Entre dos importantes iniciativas recientes de financiación figuran el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, y la iniciativa del Presidente de los Estados Unidos, *Emergency Plan for AIDS Relief*. El Banco Mundial también ha acrecentado su apoyo a fin de ampliar el acceso al tratamiento del SIDA⁶⁸. No obstante, a medida que va en aumento el apoyo al tratamiento, tan esperado desde hace tiempo, sigue siendo necesario acrecentar los recursos para prevenir la infección con el VIH: la estrategia de primera línea para evitar las consecuencias y los costos de la epidemia⁶⁹.

“CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS” Y ALIANZAS.

El conocimiento especializado de lo que da mejores resultados para alcanzar los objetivos es un recurso valioso. Como se destacó en el Proyecto del Milenio, se necesita una acelerada transferencia de conocimientos para velar por que las inversiones en el logro de los ODM sean acertadas. Esto incluye el intercambio de información entre gobiernos y aliados no gubernamentales, redes de la sociedad civil, grupos de mujeres y de jóvenes, institutos de investigación y capacitación. Requiere la transferencia de adelantos médicos y medicamentos y el intercambio de conocimientos sobre medios simples y estrategias de eficacia comprobada que puede salvar vidas.

La sociedad civil, con sus vastas redes mundiales y su infraestructura de servicios, su considerable flexibilidad, sus conocimientos y su experiencia, y las conexiones con realidades sobre el terreno, será esencial para hacer frente al reto de los ODM⁷⁰. Para poner en práctica los programas en gran escala que requieren los ODM, será necesario fortalecer la colaboración y las alianzas entre gobiernos y entidades de la sociedad civil en las estrategias nacionales de desarrollo y reducción de la pobreza, así como en la directa prestación de los servicios. La apropiación por la comunidad es uno de los “requisitos de éxito”, señalado por el Proyecto del Milenio⁷¹, de importancia clave para el diseño y la sostenibilidad de las intervenciones y para la rendición de cuentas. Las comunidades son las que pueden informar mejor acerca de lo que está dando buenos (o malos) resultados, a medida que se vayan desarrollando los programas relativos a los ODM.

Al fortalecer la alianza entre el sector público y el privado, se pueden obtener recursos adicionales. El sector privado puede contribuir con apoyo tanto, financiero como en especie. Las empresas pueden proporcionar información y servicios a sus empleados y transferir aptitudes y capacitación a las comunidades donde operan. El Código de Práctica sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo, de la Organización Internacional del Trabajo, ha conducido a un aumento en el número de empresas que adoptan políticas útiles para combatir la enfermedad. No obstante, una encuesta de líderes empresariales en 104 países comprobó que un 71% de las compañías carecen de políticas sobre el VIH/SIDA. En África al sur del Sahara, algunas compañías han dado un ejemplo rector, proporcionando servicios a sus empleados⁷². Las empresas multinacionales y los empleadores públicos de gran magnitud, que reconocen el vínculo entre productividad y salud reproductiva de sus empleados, ofrecen puntos de entrada naturales para ampliar la educación y los servicios.

Las coaliciones y las redes en continua expansión también están avanzando con campañas bien focalizadas sobre cuestiones de importancia crítica para alcanzar los ODM. La campaña “3 para 5” de la OMS y el UNAIDS, cuyo objetivo es

proporcionar a tres millones de personas infectadas con el VIH acceso al tratamiento para 2005 es un ejemplo elocuente. Varias otras entidades se han movilizado para abordar la mortalidad de menores de un año, la maternidad sin riesgos, los jóvenes, la igualdad entre hombres y mujeres y el VIH/SIDA.

Entre los instrumentos adicionales cabe mencionar la mayor utilización de los medios de difusión y los incentivos, como reducciones impositivas. Así se puede ahondar el compromiso público en pro de los ODM y las donaciones por individuos y fundaciones privadas, que son importantes contribuyentes en los Estados Unidos y en algunos países desarrollados. Bill Gates y Ted Turner son prominentes ejemplos de empresarios que han hecho enormes contribuciones al establecer fundaciones mundiales que proporcionan subsidios para proyectos relacionados con los ODM. Las donaciones y las contribuciones en especie, grandes y pequeñas, pueden lograr salvar y mejorar vidas. Por ejemplo, la campaña 34 Millones de Amigos del UNFPA ha recaudado más de 2,6 millones de dólares en apoyo del Fondo, mayormente en pequeñas contribuciones de más de 100.000 personas, principalmente estadounidenses. Los medios de difusión y los parlamentarios pueden aprovechar su poder para mantener los ODM en un lugar prominente de las agendas públicas y las políticas e influir en la rendición de cuentas, durante la cuenta regresiva hasta 2015.

ES HORA DE ACTUAR. El mundo tiene una oportunidad sin precedentes de “relegar la pobreza a la historia”⁷³. Dado que cerca de 3.000 millones de personas⁷⁴ están esforzándose por vivir con menos de dos dólares diarios; que cada minuto una mujer pierde innecesariamente la vida en el parto; que 6.000 jóvenes se agregan cada día a los infectados con el VIH; y que millones de mujeres y niñas viven presas del temor a la violencia, la única respuesta éticamente aceptable es evidente por sí misma: cumplir las promesas de acciones mundiales sobre la pobreza, la igualdad y la equidad acordadas en las conferencias de las Naciones Unidas del decenio de 1990 y la Cumbre del Milenio, de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. En virtud del derecho internacional, esos acuerdos son más que meras retóricas: son obligaciones colectivas que consagran principios de la comunidad de países: las Naciones Unidas. Consagran los derechos a vivir en dignidad, sin temores ni bochorno, libres de opresión, violencia y miseria, como derechos y prerrogativas mínimos de todo ser humano.

El mundo tiene una oportunidad sin precedentes de posibilitar que las personas postergadas superen las circunstancias en que están atrapadas y reivindiquen plenamente sus derechos. Las estrategias son claras. Se cuenta con un plan. Los recursos necesarios son asequibles. El momento de actuar es ahora.

CAPÍTULO 1

- 1 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*. Informe al Secretario General. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 2 Banco Mundial 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, págs. 33, 35, 74 y 99. Nueva York y Washington, D.C.: Oxford University Press y Banco Mundial.
- 3 Malhotra, A. y R. Mehra 1999. *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 4 Sobre la base de cálculos de años de vida ajustados por un factor de discapacidad (DALY). Véase: *Estimates of DALYs by Sex, Cause and WHO Mortality Sub-region: Estimates for 2001*. Ginebra. OMS. Sitio Web: www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence.burden.burden_estimates.burden_estimates_2001.burden_estimates_2001_subregion&language=english, visitado el 9 de julio de 2003. Citado en: Singh, S., et al. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute y UNFPA.
- 5 The Alan Guttmacher Institute 2004. "The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health." *Issues in Brief*. 2004 Series. No. 4. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
- 6 Banco Mundial 2001.
- 7 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, pág. 77. Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 8 Banco Mundial 2003a. *Gender Equality and the Millennium Development Goals*. Washington, D.C.: Banco Mundial; Banco Mundial 2001, p. 11; y Banco Mundial. 2003b. *Poverty Reduction through Gender-disaggregated Analysis of Public Expenditures: The Case of Cambodia*. "Promising Approaches to Engendering Development". Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 9 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, pág. 120. Informe al Secretario General de las Naciones Unidas. Sterling, Virginia: Earthscan.
- 10 *Ibid.*, pág. 120; y Shenker, S. y E. Shields. 22 de diciembre de 2004. "Mixed Views on UN Indigenous Decade." BBC News Online. Sitio visitado el 18 de abril de 2005.
- 11 Naciones Unidas 2005a. Estudio Mundial sobre el Papel de la Mujer en 2004: Desarrollo; La mujer y la migración internacional (A/59/287/Add.1, ST/ESA/294). Nueva York: División para el Adelanto de la Mujer, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 12 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005b.
- 13 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Equipo de Tareas sobre la salud de los niños y de las madres. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 14 Starrs, A. y P. Ten Hoop-Bender 2004. *Dying for Life*. Págs. 78 a 81 en: *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now, by Countdown 2015*. 2004. Nueva York, Londres y Washington, D.C.: Family Care International, Federación Internacional de Planificación de la Familia y *Population Action International*; y Sein, T. y U.M. Rafei. 2002. *No More Cradles in the Graveyards*. *Regional Health Forum* 6(2). Nueva Delhi: OMS, Región de Asia sudoriental.
- 15 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c.
- 16 Naciones Unidas 2004. Informe sobre la juventud mundial 2005: Informe del Secretario General (A/60/61 - E/2005/7), pág. 1. Nueva York: Naciones Unidas.
- 17 OIT 2004. *Global Employment Trends for Youth*. Ginebra. OIT.
- 18 *The Population Council*. Sin fecha. *Transitions to Adulthood: Married Adolescents/First-Time Parents: Child Marriage*. Nueva York: *The Population Council*. Sitio Web: www.popcouncil.org/ta/childmar.html#2, visitado el 1º de julio de 2005.
- 19 UNFPA 2004. *El Estado de la Población Mundial 2004: El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones para disminuir la pobreza*, pág. 76. Nueva York: UNFPA.
- 20 Naciones Unidas 2001. *We the Children: End-decade Review of the Follow-up to the World Summit for Children: Report of the Secretary-General (A/S-27/3)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- 21 UNICEF 2004. *The State of the World's Children 2005: Childhood Under Threat*. Nueva York: UNICEF.
- 22 UNFPA 2005. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. Nueva York: UNFPA.
- 23 *A Role for Men in Gender Equality Fight*. 13 de septiembre de 2004. *IPS UN Journal* 11 (165): Pág. 6.
- 24 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 University School of Public Health*.
- 25 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, págs. 15 y 110.
- 26 La cifra representa los costos estimados de la violencia por parte de un compañero íntimo. Véase: Waters, H. y otros. 2004. *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. Ginebra: Departamento de Prevención de Lesiones y Violencia, OMS.
- 27 UNFPA. Sin fecha. *Population Issues: Culture: India: Restoring the Sex Ratio Balance*. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/culture/case_studies/india_study.htm, visitado el 18 de junio de 2005.
- 28 Departamento de Estado de los Estados Unidos 2005. *Trafficking in Persons Report: June 2005*. Washington, D.C. Departamento de Estado de los Estados Unidos.
- 29 Naciones Unidas. 2005b.
- 30 Naciones Unidas. 2005c. Resumen del examen económico y social de Asia y el Pacífico: 2005 (E/2005/18). Nueva York: Naciones Unidas.
- 31 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b.
- 32 Naciones Unidas 2005b, párr. 8.
- 33 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. Sin fecha. *Fast Facts. Faces of Poverty*. Sitio Web: www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm, visitado el 3 de junio de 2005.
- 34 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b.
- 35 Mientras el gasto militar anual ascendió a casi 1.000.000.000.000 (un billón) de dólares en 2003, el total de la asistencia al desarrollo fue 69.000 millones de dólares. Véase: Skoens, E., C. Perdomo, y P. Stalenheim. 2004. "Military Expenditure." Cap. 10 en: *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*, por *Stockholm International Peace Research Institute*. 2004. Oxford: *Oxford University Press*. Véase también: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. 11 de abril de 2005. *Official Development Assistance Increases Further: But 2006 Targets Still a Challenge*. París: *Organization for Economic Co-operation and Development*. Sitio Web: www.oecd.org/document/3/0,2340,en_2649_201185_34700611_1_1_1_1,00.html, visitado más recientemente el 5 de julio de 2005.
- 36 Maathai, W. 10 de diciembre de 2004. Discurso Nobel, *Nobel Foundation*, Oslo, Noruega.
- 7 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, Recuadro 5, pág. 32. Informe al Secretario General. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 8 *Ibid.*, Recuadro 3, pág. 13.
- 9 UNESCO Instituto de Estadística 2004. *Global Education Digest 2004: Comparing Education Statistics Across the World*. Montreal, Canadá: *UNESCO Institute for Statistics*. Los datos corresponden a 2001/2002.
- 10 De los 104 millones de niños que actualmente no asisten a la escuela, se estima que entre 54% y 57% son niñas. Véase: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, pág. 42. Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 11 Naciones Unidas. 27 de abril de 2005. *Millennium Indicators Database*. Nueva York: División de Estadística, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas. Sitio Web: <http://millenniumindicators.un.org>, visitado más recientemente el 14 de junio de 2005.
- 12 Proyecto del Milenio 2005b, pág. 44.
- 13 UNFPA 2005a. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*, pág. 5. Nueva York: UNFPA.
- 14 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 5.
- 15 Schultz, T. P. 1993. *Returns to Women's Schooling*. Capítulo 2 en: *Women's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits, and Policy*, editado por E. King y M. A. Hill. 1993. *A World Bank Book*. Baltimore, Maryland: *Johns Hopkins University Press*; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 38.
- 16 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, págs. 39, 40 y 41.
- 17 Grown, C., G. R. Gupta y R. Pande 2005. *Taking Action to Improve Women's Health through Gender Equality and Women's Empowerment*. *The Lancet* 365(9458): págs. 541 a 543.
- 18 Abu-Ghaida, D. y S. Klasen 2004. *The Costs of Missing the Millennium Development Goal on Gender Equity*. *World Development* 32(7): págs. 1075 a 1107.
- 19 Klasen, S. 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. Véase también: Banco Mundial 2001, pág. 11.
- 20 Filmer, D. 2004. *If You Build It, Will They Come: School Availability and School Enrollment in 21 Poor Countries*. World Bank Policy Research Working Paper. No. 3340. Washington, D.C.: Banco Mundial; Lloyd, C. B., y A. K. Blanc. 1996. *Children's Schooling in Sub-Saharan Africa: The Role of Fathers, Mothers, and Others*. *Population and Development Review* 22(2): págs. 265 a 298; y Thomas, D. y otros 1996. *Parental Investments in Schooling: The Roles of Gender and Resources in Urban Brazil*. RAND Labor and Population Program Working Papers. No. 96-02. Santa Monica, California: RAND

CAPÍTULO 2

- 1 El Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, es una iniciativa de dos años de duración que congregó a más de 250 distinguidos expertos en desarrollo, procedentes de todas las regiones del mundo, que integraron una Junta de asesoramiento al Secretario General a fin de determinar estrategias de eficacia comprobada en función de los costos, encaminadas al logro de los ODM. Véase el Sitio Web: www.unmillenniumproject.org.
- 2 Naciones Unidas 2005a. Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y de los documentos finales del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, titulado: "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI". Informe del Secretario General (E/CN.6/2005/2), párrs. 47, 50 y 93. Nueva York: Naciones Unidas; y Banco Mundial. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, pág. 7. Nueva York y Washington, D.C.: *Oxford University Press* y Banco Mundial.
- 3 Esta sección se basa en: Banco Mundial 2001.
- 4 *Ibid.*, págs. 14, 19, 37 y 99.
- 5 Malhotra, A. y R. Mehra. 1999. *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing Women's Economic and Social Options for Better Reproductive Health*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women; y Banco Mundial 2001, pág. 83.
- 6 UNFPA 2003a. *Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability*, pág. 46. Population and Development Strategies Series. No. 8. Nueva York: UNFPA.

- Corporation; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 41.
- 21 Banco Mundial 2001; Smith, L. C., y L. Haddad. 2000. *Explaining Child Malnutrition in Developing Countries: A Cross Country Analysis*. Research Report. No. 111. Washington, D.C.: *International Food Policy Research Institute*; y Schultz 1993.
- 22 Quisumbing, A. 1996. *Male-female Differences in Agricultural Productivity: Methodological Issues and Empirical Evidence*. *World Development*. 24(10): págs. 1579 a 1595.
- 23 Banco Mundial 2001, pág. 83.
- 24 Toure, Aminata 2004. *Strengthening Families Through the Implementation of ICPD Programme of Action: UNFPA's Perspective*. Presentación en el panel reunido para observar el 10º Aniversario del Año Internacional de la Familia, Naciones Unidas, 6 de diciembre de 2004. Sitio Web: www.unicef.org/childfamily/files/Strengthening_families_through_the_implementation_of_ICPD_PA.doc, last accessed 29 June 2005; y Seligman, B., y otros. 1997. *Reproductive Health and Human Capital: A Framework for Expanding Policy Dialogue*. POLICY Occasional Paper Series. No. 1. Washington, D.C.: POLICY Project, the *Futures Group International*.
- 25 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, págs. 4, 5, 42 y 44.
- 26 Véase: ODM Meta 4; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 10.
- 27 UNFPA 2005a.
- 28 Teicher, S. A. 4 de mayo de 2005. *Gains for Girls, but Many Still Shut Out*. *The Christian Science Monitor*; Herz, B., y G. B. Sperling. 2004. *What Works in Girls' Education: Evidence and Policies from the Developing World*. Nueva York: *Council on Foreign Relations*; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, págs. 48 y 49.
- 29 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 51; Grown, Gupta, y Pande 2005; y Comisión para África. 2005. *Our Common Interest: Report of the Commission for Africa*. Londres: Comisión para África.
- 30 Naciones Unidas 2005a, párr. 603.
- 31 UNFPA 2003b. *Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants. Population and Development Strategies Series. No. 10*. Nueva York: UNFPA.
- 32 Narayan, D. y otros 1999. *Can Anyone Hear Us? Voices From 47 Countries. Voices of the Poor: Volume 1*. Nueva York: *Oxford University Press* para el Banco Mundial.
- 33 McCauley, A. P. y otros 1994. "Opportunities for Women Through Reproductive Choice." *Population Reports*. Series M. No. 12. Baltimore, Maryland: *Population Information Program*, Johns Hopkins School of Public Health.
- 34 Seligman y otros 1997.
- 35 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c.
- 36 McCauley y otros 1994.
- 37 *The Alan Guttmacher Institute* 2004. *The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health. Issues in Brief*. 2004 Series. No.4. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute*.
- 38 Naciones Unidas 2005b. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights (ESA/P/WP.193)*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 39 Bloom, D. E. y otros 2002. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica, California: *Rand*; y Birdsall, N. y otros. (editores). 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. Nueva York: *Oxford University Press*; y Singh, S. y otros. 2004. *Adding It Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute* y UNFPA.
- 40 Bloom, D. y D. Canning 2004. *Population, Poverty Reduction, and the Cairo Agenda*. Ponencia preparada para el Seminario sobre la pertinencia de los aspectos de población para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Nueva York, 17 a 19 de noviembre de 2004. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 41 Mason, A., y S. H. Lee 2004. *The Demographic Dividend and Poverty Reduction*. Ponencia preparada para el Seminario "Pertinencia de los aspectos de población para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio", Nueva York, 17 a 19 de noviembre de 2004. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 42 Singh y otros 2004.
- 43 Por ejemplo, véase: Banco Mundial. Sin fecha. *Why Invest in Children and Youth?* Ginebra: OMS. Sitio Web: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTCY/O,contentMDK:20243901-menuPK:565261-pagePK:148956-piPK:216618-theSitePK:396445,00.htm>, visitado el 28 de junio de 2005; UNFPA. 2005b. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. Nueva York: UNFPA; y Knowles, J. y J. Behrman. 2003. *Assessing the Economic Returns to Investing in Youth in Developing Countries*, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington, D.C.: *Banco Mundial*.
- 44 Banco Mundial 2001, pág. 66.
- 45 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 87.
- 46 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 7.
- 47 *Ibid.*, pág. 7.; Banco Mundial 2001, págs. 24 y 25; y Grown, Gupta y Pande 2005.
- 48 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 77; y Banco Mundial 2001.
- 49 Naciones Unidas 2005c. *Progresos en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA: Informe del Secretario General (A/59/765)*, párr. 61. Nueva York: Naciones Unidas; Naciones Unidas 2005a, párr. 375.
- 50 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 87.
- 51 Banco Mundial 2001. Véase también: Banco Mundial. 2004. *Poverty Reduction through Gender-disaggregated Analysis of Public Expenditures: The Case of Cambodia. Promising Approaches to Engendering Development*. Washington, D.C.: *Banco Mundial*.
- 52 Blackden, M. C. y C. Bhanu 1999. *Gender, Growth, and Poverty Reduction: Special Program of Assistance for Africa: 1998 Status Report on Poverty in Sub-Saharan Africa*. Technical Paper. No. 428. *Poverty Reduction and Social Development, Africa Region*. Washington, D.C.: *Banco Mundial*.
- 53 Banco Mundial 2003. *Gender Equality and the Millennium Development Goals*. Washington, D.C.: *Banco Mundial*; *Banco Mundial* 2001, pág. 11; y *Banco Mundial* 2004.
- 54 Bruce, J., C. Lloyd y A. Leonard 1995. *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*. Nueva York: *The Population Council*.
- 55 Banco Mundial 2001.
- 56 Hay en la bibliografía abundantes menciones de que las mujeres probablemente han de destinar sus ingresos a sufragar alimentos, educación y atención de la salud, para el mayor bienestar de sus hijos y del propio. Véase: Banco Mundial 2001, pág. 18; Grown, Gupta y Pande 2005; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b.
- 57 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b.
- 58 Naciones Unidas 2005a, párr. 315.
- 59 UNIFEM 2002a. *Progress of the World's Women 2002: Gender Equality and the Millennium Development Goals*. Nueva York: UNIFEM.
- 60 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c, pág. 138.
- 61 Naciones Unidas 2005a, párrs. 288, 294 y 295.
- 62 Banco Mundial 2001.
- 63 Véase: OIT. Sin fecha. "C111 Convenio relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación, 1958"; "C100 Convenio relativo a la igualdad de remuneración, 1951"; "C156 Convenio sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadoras y trabajadoras con responsabilidades familiares, 1981"; y "C183 Convenio relativo a la protección de la maternidad, 2000". Todos los textos de convenios están disponibles bajo el título *Gender: Equality Between Men and Women*, Sitio Web: www.ilo.org/public/english/gender.htm, visitado el 29 de junio de 2005; y Naciones Unidas 2005a, párr. 283.
- 64 Hein, C. 2005. *Reconciling Work and Family Responsibilities: Practical Ideas from Global Experience*. Ginebra: OIT; y O'Brien, M. 2004. *Shared Caring: Bringing Fathers into the Frame*. EOC Working Paper Series. No. 18. Manchester, Reino Unido: *Equal Opportunities Commission*.
- 65 Banco Mundial 2001, pág. 24.
- 66 Naciones Unidas 2005a, párr. 298.
- 67 James, B. 2002. *European, Australian and Canadian Policies to Reconcile Paid Work and Family Life*. Informe preparado para el Ministerio de Asuntos de la Mujer de Nueva Zelanda, Wellington, Nueva Zelanda. Sitio Web: www.mwa.govt.nz/pub/InternationalPolicies.doc, visitado más recientemente el 1º de julio de 2005.
- 68 *Ibid.*
- 69 Naciones Unidas 2005a, párr. 316.
- 70 James 2002.
- 71 Malhotra y Mehra 1999.
- 72 Lloyd, C. B. (editor). 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, D.C.: *The National Academies Press*.
- 73 Naciones Unidas 2005a, párr. 303.
- 74 *Business for Social Responsibility*. 2002. *Addressing the General and Reproductive Health of Women in Global Supply Chains*. San Francisco, California: *Business for Social Responsibility*.
- 75 Lovenduski, J. y A. Karam 2002. *Women in Parliament: Making a Difference*. Capítulo 6 en: *Women in Parliament: Beyond Numbers*, por *International IDEA*. Estocolmo, Suecia: *International IDEA*. Sitio Web: <http://archive.idea.int/women/par/>, visitado más recientemente el 1º de julio de 2005.
- 76 Véase, por ejemplo: Swamy, A. y otros. 2001 *Gender and Corruption. Journal of Development Economics* 64(1): págs. 25 a 55; y Banco Mundial 2001, págs. 8, 12, y 95. Véase también: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b.
- 77 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b.
- 78 Naciones Unidas 2005a, pág. 348; y UNFPA. 2005a.
- 79 Naciones Unidas. Sin fecha. *Millennium Indicators Database: World and Regional Trends*. Nueva York: División de Estadística, Naciones Unidas, Sitio Web: http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_worldreg.asp, visitado más recientemente el 7 de julio de 2005. En 1990, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas recomendó una meta para aumentar la proporción de mujeres en posiciones de liderazgo de "al menos 30% para 1995". Véase: Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, resolución E/RES/1990/15, Recomendación VI, párr. 2.
- 80 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 109.
- 81 Naciones Unidas 2005a, párr. 333.
- 82 Vyasulu, P. y V. Vyasulu. 2000. *Women in the Panchayati Raj: Grassroots Democracy in India*. Cap. 5 en: PNUD. 2000. *Women's Political Participation and Good Governance: 21st Century Challenges*. Nueva York: PNUD.
- 83 Naciones Unidas 2005a, párrs. 333 y 338.
- 84 Unión Interparlamentaria. 2005. *Women in International Parliaments: World Classification*. Situación al 30 de abril de 2005. Sitio Web: www.ipu.org/wmn-e/classif.htm, visitado el 3 de julio de 2005. Los datos se refieren a los escaños en las cámaras bajas de los parlamentos.
- 85 Naciones Unidas. 17 de marzo de 2005. *10 Stories the World Should Hear About: Women as Peacemakers: From Victims to Re-Builders of Society*. Nueva York: Naciones Unidas. Sitio Web: www.un.org/events/tenstories/story.asp?storyID=700, visitado el 29 de junio de 2005.
- 86 Naciones Unidas 2005a, párr 731; y Naciones Unidas. 2002. *Gender Mainstreaming: An Overview*. Nueva York: Oficina de la Asesora Especial sobre cuestiones de género y adelanto de la mujer, Naciones Unidas.
- 87 Waldorf, L. 2004. *Pathway to Equality: CEDAW, Beijing and the MDGs*. Nueva York: UNIFEM. Véase también: Corner, L. Sin fecha. *Gender-sensitive and Pro-poor Indicators of Good Governance*. Informe preparado para *UNDP Governance Indicators Project*, Oslo Governance Centre. Nueva York: PNUD. Sitio Web: www.undp.org/oslocentre/docs05/cross/2/Gender-sensitive%20and%20pro-poor%20indicators%20for%20Democratic%20Governance.pdf, visitado más recientemente el 5 de julio de 2005; y Neimanis, A., y A. Tortisyn. 2003. *Gender Thematic Guidance Note. NHDR Guidance Note on Gender*. No. 2. Nueva York: PNUD.
- 88 Por ejemplo, véanse: Módulo sobre la condición de la mujer, Encuestas Demográficas y de Salud (DHS); Índice de desarrollo relativo al género (PNUD) e Índice de potenciación de género (PNUD); y otras mediciones que están preparando las comisiones regionales, como el Índice de género y desarrollo (CEPA), las acciones para mejorar la disponibilidad de datos (CESPAO), y los indicadores para el seguimiento de la proporción de hombres y de mujeres que viven en la pobreza (CEPAL). Los organismos de las Naciones Unidas, entre ellos el UNIFEM, apoyan a los países en la recopilación y el análisis de datos desagregados por género.
- 89 PNUD 2003. *Millennium Development Goals: National Reports: A Look Through a Gender Lens*. Nueva York: PNUD.
- 90 Valdes, T. 2002. *Index of Fulfilled Commitments 1995-2000: A Social Watch Instrument for Women*. *International Seminar*:

- Latin America and the Caribbean: Challenges before the Millennium Development Goals*, Washington, D.C., 10 y 11 de junio de 2002. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Sitio Web: <http://www.iadb.org/sds/doc/SOCSES4GeneroTeresaValdes1.pdf>, visitado el 22 de junio de 2005. Véase también: FLACSO Chile. "Área de Estudios de Género, Grupo Iniciativa Mujeres". Santiago, Chile: FLACSO. Sitio Web: <http://www.flacso.cl/>, visitado el 22 de junio de 2005.
- 91 Naciones Unidas 2005a, párr. 737. Véase también: Naciones Unidas. 2003. *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals: Definitions, Rationale, Concepts, and Sources* (ST/ESA/STAT/SER.F/95). Naciones Unidas: Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- 92 Naciones Unidas 2002.
- 93 Naciones Unidas 2003.
- 94 Grown, C. y G. R. Gupta. 2004. *An Agenda for Engendering the Millennium Project Task Force on Education and Gender Equality*. En: *Seeking Accountability on Women's Human Rights: Women Debate the Millennium Development Goals*, por Women's International Coalition for Economic Justice. 2004. Nueva York: *Women's International Coalition for Economic Justice*.
- 95 Naciones Unidas 2001. *Aide-Memoire: Regional Meeting to Discuss a Needs Assessment on: National Mechanisms for Gender Equality in African Countries*. Addis Abeba, Etiopía: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 96 Naciones Unidas 2005a, párr. 725. Véase también: Ministerio de Relaciones Exteriores de Noruega. 2002. *Strategies for Gender Equality: Is Mainstreaming a Dead End?* Informe de una Consulta Oficiosa de coordinadores de asuntos de género en organizaciones multilaterales de desarrollo. Oslo, Noruega, noviembre de 2002.
- 97 Naciones Unidas 2005a, párrs. 724, 726, y 736; y PNUD. 2003. *From Recovery to Transition: Women, the Untapped Resource. Essentials*. No. 11. Nueva York: Oficina de Evaluación, PNUD.
- 98 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b.
- 99 Naciones Unidas 2005a, párr. 703.
- 100 *Center of Arab Women, Training and Research*. Sin fecha. Curso de capacitación "Gender Institutionalization through Planning and Budgeting", Túnez, diciembre de 2003. Sitio Web: www.cawtar.org.tn, visitado el 22 de mayo de 2005. Véase también: PNUD, Gobierno de Túnez y AGFUND. 2002. *Support to the Center for Arab Women's Training and Research: CAWTAR (RAB/02/001/A/01/31)*. Documento de proyecto. Nueva York: PNUD.
- 101 Sharp, R. 2003. *Budgeting for Equity: Gender Budget Initiatives within a Framework of Performance Oriented Budgeting*. UNIFEM: Nueva York; y Elson, D. 2005. *Monitoring Government Budgets for Compliance with CEDAW: Report Highlights and Key Conclusions*. Nueva York: UNIFEM. Sitio Web: www.gender-budgets.org/en/ev-72845-2001-1-DO_TOPIC.html, visitado el 22 de mayo de 2005.
- 102 Naciones Unidas 2005d. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer: Aplicación del marco de financiación multianual: 2004 (DP/2005/24). Nueva York: Naciones Unidas.
- 103 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, págs. 25, 149, y 150.
- 104 UNIFEM. 2005. *Gender Responsive Budgets: Program Results (2001-2004)*. Brochure. Nueva York: UNIFEM.
- 105 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 147.
- 106 Naciones Unidas 2005a, párr. 690.
- 107 UNIFEM 2005; y UNIFEM, mayo y junio de 2004. *Gender Budgets: Tracking Gender Equality. Currents. Electronic Newsletter*. Sitio Web: <http://www.unifem.org/news/currents/currents200406.html>, visitado el 3 de julio de 2005.
- 108 Naciones Unidas 2005d; y UNIFEM, mayo y junio de 2004.
- 109 Naciones Unidas 2000. *Resolución aprobada por la Asamblea General: S-23/3 Nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing (A/RES/S-23/3)*. Nueva York: Naciones Unidas.

CAPÍTULO 3

- 1 Hay siete convenciones internacionales de derechos humanos que son básicas: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965); la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979); la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984); y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990). Los años indican la fecha de aprobación de la convención, no la fecha de entrada en vigor.
- 2 De los diversos protocolos pertinentes aprobados, es particularmente pertinente a los derechos de la mujer el Protocolo Opcional a la CEDAW que entró en vigor en 2000. Véase: Naciones Unidas. 1999a. Resolución 54/4 aprobada por la Asamblea General: Protocolo Opcional a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (A/RES/54/4). Nueva York: Naciones Unidas.
- 3 PNUD 2000. Informe sobre Desarrollo Humano 2000: *Derechos Humanos y Desarrollo Humano*. Nueva York: *Oxford University Press*.
- 4 Ibid.
- 5 Naciones Unidas 2005a. Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos: Informe del Secretario General (A/59/2005). Nueva York: Naciones Unidas; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*. Informe al Secretario General de las Naciones Unidas. Londres y Sterling, Virginia: *Earthscan*.
- 6 Naciones Unidas 2002a. *Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies*. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Sitio Web: www.ohchr.org/english/issues/docs/guidelinesfinal-poverty.doc, visitado más recientemente el 30 de junio de 2005.
- 7 Ibid.
- 8 Ibid., págs. 1 y 5.
- 9 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a.
- 10 Naciones Unidas 2002a.
- 11 Ibid.
- 12 Naciones Unidas 2005a.
- 13 Naciones Unidas 2005b. Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Proyecto de resolución: Derechos Humanos y extrema pobreza (E/CN.4/2005/L18). Nueva York: Naciones Unidas.
- 14 Naciones Unidas 2005c. Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Derechos humanos y extrema pobreza. Informe del Experto independiente sobre la cuestión de los derechos humanos y la extrema pobreza: Arjun Sengupta (E/CN.4/2005/49). Nueva York: Naciones Unidas.
- 15 Naciones Unidas 2005d. Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y de los documentos finales del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI" Informe del Secretario General (E/CN.6/2005/2), párrs. 374. Nueva York: Naciones Unidas.
- 16 Ibid., párr. 468.
- 17 Boland, R. 2004. *Legal Progress in Implementing the ICPD Programme of Action*. Declaración ante la Conferencia Internacional de Parlamentarios 2004 sobre la Implementación del Programa de Acción de la CIPD, Estrasburgo, Francia, 18 y 19 de octubre de 2004. Sitio Web: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/boland.doc, visitado más recientemente el 5 de julio de 2005.
- 18 Naciones Unidas 2005d, párrs. 383 y 386.
- 19 Ibid., párr. 382.
- 20 Banco Mundial 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, pág. 4. Nueva York y Washington, D.C.: *Oxford University Press* y Banco Mundial.
- 21 Equality Now 2005. *Words and Deeds. Holding Governments Accountable in the Beijing + 10 Review Process. Women's Action 16.8: Actualización*: mayo de 2005. Nueva York: *Equality Now*. Sitio Web: alitnessnow.org/english/wan/beijing10/beijing10_en.pdf, visitado más recientemente el 5 de julio de 2005.
- 22 Naciones Unidas 2005d, párrs. 231 y 397.
- 23 Ibid., párrs. 394 y 401; y Banco Mundial 2001.
- 24 Naciones Unidas 2005d, párrs. 70 y 232.
- 25 UNIFEM 2003. *Not a Minute More: Ending Violence against Women*. Nueva York: UNIFEM.
- 26 En la CIPD y en la Conferencia de Beijing se expresó el consenso internacional sobre las bases establecidas por anteriores instrumentos internacionales de derechos humanos y normas al respecto. En ninguna de esas conferencias de las Naciones Unidas se establecieron nuevos derechos humanos.
- 27 *Equality Now* 2005.
- 28 Organización de los Estados Americanos 2003. *Third Biennial Report on Fulfillment of Resolution AG/RES. 1456 (XXVII-O/97L "Promotion of the Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence Against Women, "Convention of Belem do Pará" (AG/RES. 1942 [XXXIII-O/03])*. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos.
- 29 Unión Africana 2003. "Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, sobre los derechos humanos de las mujeres en África". Aprobado en el 2º período ordinario de sesiones de la Asamblea de la Unión Africana, Maputo, Mozambique, 11 de julio de 2003. Addis Abeba, Etiopía: Unión Africana. Sitio Web: www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_%20Conventions_%20Protocols/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf, visitado el 5 de julio de 2005.
- 30 *International Center for Research on Women* 2004. *To Have and To Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Documento de información. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 31 UNFPA 2005. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. Nueva York: UNFPA.
- 32 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, pág. 144. Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres. Londres y Sterling, Virginia: *Earthscan*.
- 33 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, Recuadro 1.3, pág. 8.
- 34 Naciones Unidas 1995. Población y Desarrollo, Vol. 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994, Principio 2. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 35 Definición en: Naciones Unidas 1966. "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales": Aprobado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por Resolución 2000A(XXI) de la Asamblea General, de 16 de diciembre, Artículo 12.1. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Sitio Web: www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm, visitado más recientemente el 11 de julio de 2005; y mención en varios otros tratados de derechos humanos.
- 36 OMS 1948. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), Preámbulo. Ginebra: OMS.
- 37 Naciones Unidas. Sin fecha. "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales". Aprobado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por Resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General, de 16 de diciembre de 1966, Artículo 12. Nueva York: Naciones Unidas; y Naciones Unidas. 2005e. Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Sr. Paul Hunt (E/CN.4/2005/51), párr. 46. Nueva York: Naciones Unidas.
- 38 Naciones Unidas, Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y ONUSIDA 1998. El VIH/SIDA y los derechos humanos: Directrices internacionales: Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y derechos humanos. Ginebra, 23 a 25 de septiembre de 1996 (HR/PUB/98/1). Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas. Esas directrices están disponibles en el Sitio Web: http://www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/international_guidelines.asp, visitado el 5 de julio de 2005.
- 39 Naciones Unidas 2005f. Progresos en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA: Informe del Secretario General (A/59/765), párrs. 15 y 54. Nueva York: Naciones Unidas. Párrs. 15 y 54
- 40 Naciones Unidas 2005d, párr. 544.
- 41 Naciones Unidas 1995, párr. 7.3.
- 42 Véanse, por ejemplo, Recomendación General 24 sobre la mujer y la salud,

- CEDAW (1999); Observación General 14 sobre el derecho a la salud, ICESCR (2000); Observación General sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño (2003) y Observación General sobre la salud de los adolescentes y el desarrollo, (2003) CRC. Nótese además que los órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados, como el Comité de la CEDAW, emiten recomendaciones a los Estados Partes en las que se trata con frecuencia de cuestiones de salud reproductiva. Véanse también los informes de los Relatores Especiales sobre el derecho a la salud y sobre la violencia contra la mujer, entre otros. Están disponibles en el Sitio Web de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: www.unhcr.org/, visitado más recientemente el 12 de julio de 2005.
- 43 UNFPA 2004a. *Investing in People: National Progress in Implementing the ICPD Programme of Action: 1994-2004*. Nueva York: UNFPA.
- 44 Boland 2004.
- 45 Ibid.; Boland, R., abril de 2005. Comunicaciones personales; y *Center for Reproductive Rights*. 2005. *Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights*. Documento informativo. Nueva York: *Center for Reproductive Rights*.
- 46 *Center for Reproductive Rights* 2003. *The Slovak Government's Response to Reproductive Rights Violations against Romani Women: Analysis and Recommendations*. Nueva York: *Center for Reproductive Rights*; y República del Perú. 2000. "Perú, Resolución No. 03-DP-2000 de 28 de enero de 2000, Defensoría Pública". Lima, Perú: República del Perú.
- 47 *Center for Reproductive Rights* 2005.
- 48 Conferencia Internacional de Parlamentarios 2002 sobre la Implementación del Programa de Acción de la CIPD (IPCI/CIPD). Ottawa, Canadá, 21 y 22 de noviembre de 2002. Véanse: Informe de la primera Conferencia Internacional de Parlamentarios sobre la Implementación del Programa de Acción de la CIPD. Sitio Web: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/ottawa/documents/ottawareport.pdf; visitado el 5 de julio de 2005; y la Conferencia Internacional de Parlamentarios 2004 sobre la Implementación del Programa de Acción de la CIPD, Estrasburgo, Francia, 18 y 19 de octubre de 2004. Véase "Declaración de Compromiso de Estrasburgo". Sitio Web: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/comm.doc, visitado el 5 de julio de 2005.
- 49 Kols, A. 2003. "A Rights-Based Approach to Reproductive Health." *Outlook* 20(4): 1-8. Seattle, Washington: PATH.
- 50 La Carta de la IPPF sobre los derechos sexuales y reproductivos incluye 12 derechos, cuyo fundamento proviene de los instrumentos internacionales de derechos humanos y derechos adicionales que de ellos dimanán. Véase: Federación Internacional de Planificación de la Familia. 1996. *The IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. Londres: IPPF. Sitio Web: <http://content.ippf.org/output/ORG/files/6385.pdf>, visitado más recientemente el 8 de julio de 2005.
- 51 Véanse: Artículos 2(f,g) y 5(a) de la CEDAW y Artículo 24.3 de la CRC. En: Naciones Unidas. 1999b. *Integración de los Derechos Humanos de la mujer y la perspectiva de género: Violencia contra la mujer: Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy: preparado de conformidad con la resolución 1997/44 de la Comisión: Adición: Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen* (E/CN.4/1999/68/Add.4).
- Nueva York: Naciones Unidas. Véase también: Naciones Unidas. 1993. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (A/RES/48/104), Artículo 4. Nueva York: Naciones Unidas.
- 52 Naciones Unidas. 2003. *Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género: Violencia contra la mujer* (E/CN.4/2003/75). Nueva York: Naciones Unidas.
- 53 UNFPA. 2004b. *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*. Nueva York: UNFPA; y PNUD. 2004. Informe sobre Desarrollo Humano: Libertad cultural en el mundo diverso de hoy. Nueva York: PNUD.
- 54 UNFPA 2004b; y UNFPA. 2004c. *Culture Matters: Working with Communities and Faith-based Organizations: Case Studies From Country Programmes*. Nueva York: UNFPA.
- 55 UNFPA. 24 de junio de 1998. *Reproductive Health Round Table Focus on Violence Against Women, Including FGM*. Boletín de prensa: Nueva York: UNFPA.
- 56 Naciones Unidas 2003a. *United Nations Common Country Assessment for the Islamic Republic of Iran*. Teherán: Equipo de las Naciones Unidas en el Irán, Naciones Unidas, Naciones Unidas. 2003b. *Population and Development: Selected Issues*. (ST/ESCAP/2288). *Asian Population Studies Series*. No. 161. Nueva York: Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico, Naciones Unidas; Naciones Unidas. Sin fecha. *Views and Policies Concerning Population Growth and Fertility Among Governments in Intermediate-Fertility Countries*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas; y Mehryar, A. H., 2001. *Proceedings of the First International Workshop on Integrated Approach to Reproductive Health and Family Planning in the Islamic Republic of Iran*. Teherán: UNFPA e Institute for Research on Planning and Development.
- 57 Dungus, A. 2000. *Iran's Other Revolution*. *Populi* 27(2): págs. 8 a 13.
- 58 UNFPA 2004b.
- 59 Naciones Unidas. Sin fecha. *Disabilities*. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Naciones Unidas. Sitio Web: www.ohchr.org/english/issues/disability/index.htm, visitado más recientemente el 21 de junio de 2005.
- 60 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág.120; y Naciones Unidas. 2002b. *Informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos al Consejo Económico y Social* (E/2002/68). Nueva York: Naciones Unidas; y Shenker, S., y E. Shields. 22 de diciembre de 2004. *Mixed Views on UN Indigenous Decade*. *BBC News Online*, visitado más recientemente el 18 de abril de 2005.
- 61 Naciones Unidas 2005g. *Estudio mundial sobre el papel de la mujer en el desarrollo: La mujer y la migración internacional* (A/59/287/Add.1, ST/ESA/294). Nueva York: División para el Adelanto de la Mujer, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 62 Hall, G. y H. Patrinos (editores). De próxima publicación. *Indigenous People, Poverty, and Human Development in Latin America: 1994-2004*. Washington, D.C.: Banco Mundial y Palgrave/MacMillan; y Naciones Unidas. 2004a. *Report of the Secretary General on the Preliminary Review by the Coordinator of the International Decade of the World's Indigenous People on the Activities of the United Nations System in Relation to the Decade* (E/2004/82). Nueva York: Naciones Unidas.
- 63 Quinn, G. y T. Degener. S., 2002. *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability* (HR/PUB/02/1). Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas. Véase también: CEDAW, Recomendación General No. 18. Sitio Web: www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm#recom18, visitado más recientemente el 1º de julio de 2005.
- 64 UNIFEM 2004. *Securing Indigenous Women's Rights and Participation. At-a-Glance*. Nueva York, UNIFEM. Sitio Web: www.unifem.org/filesconfirmed/2/355_at_a_glance_indigenous_women.pdf, visitado más recientemente el 5 de julio de 2005.
- 65 Véase, entre otros, el párr. 31 de: Naciones Unidas 2004b. *Grupos específicos e individuos, Trabajadores migrantes. Informe de la Relatora Especial, Sra. Gabriela Rodríguez Pizarro, presentado de conformidad con la resolución 2003/46 de la Comisión de Derechos Humanos* (E/CN.4/2004/76). Nueva York: Naciones Unidas.
- 66 Convención Internacional sobre la Protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias (1990), que entró en vigor en 2003. Se está elaborando ahora un proyecto de convención internacional sobre los derechos de las personas discapacitadas. Véanse: Naciones Unidas. Sin fecha. *Draft Article 12: Freedom from Violence and Abuse*. Nueva York: Naciones Unidas. Sitio Web: www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahcvgrport12.htm, visitado más recientemente el 6 de julio de 2005. Convenio relativo a la protección e integración de las poblaciones indígenas y de otras poblaciones tribales y semitribales en los países independientes, que entró en vigor en 1991 (OIT). Sin fecha. "C107 Convenio relativo a las poblaciones indígenas y tribales". Sitio Web: www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C107, visitado más recientemente el 6 de julio de 2005.
- 67 Por ejemplo, el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, 1982, y la Declaración de Mujeres Indígenas en la Conferencia de Beijing, 1995. La Declaración y Programa de Acción de Durban de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (2001) también consideró los derechos de las poblaciones indígenas. Con respecto a estas últimas, véase el Sitio Web: www.un.org/WCAR/durban.pdf, visitado más recientemente el 13 de julio de 2005.
- 68 Véanse los informes de los Relatores Especiales sobre: poblaciones indígenas; trata de personas, especialmente mujeres y niñas; migrantes; y discapacitados; véanse también los informes del Representante del Secretario General sobre los desplazados internos; la Observación No. 5 relativa al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y la Recomendación General No. 18 de la CEDAW sobre mujeres discapacitadas, entre otros.
- 69 Naciones Unidas 2002c. *Principios y Directrices recomendados sobre los derechos humanos y la trata de personas* (E/2002/68/Add.1). Nueva York: Naciones Unidas. Véanse también las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, citadas en: Naciones Unidas. 2003c. *Grupos e individuos específicos: Otros grupos e individuos vulnerables. Informe del Alto Comisionado para Derechos Humanos sobre los progresos alcanzados en la aplicación de las recomendaciones contenidas en el estudio sobre los derechos humanos y la discapacidad* (E/CN.4/2003/88). Nueva York: Naciones Unidas.
- 70 La Convención Interamericana sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad fue aprobada en 1999, y la Organización de los Estados Americanos está preparando una declaración sobre los derechos de los indígenas. La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos estableció un grupo de trabajo sobre poblaciones indígenas. Los órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados internacionales de derechos humanos, así como los Relatores Especiales, han formulado recomendaciones sobre los derechos de las poblaciones indígenas a alimentos, salud, vivienda y propiedad de la tierra, y sobre los derechos de las mujeres y los niños indígenas, así como sobre los derechos de los discapacitados a la no discriminación. (Con respecto a los últimos, véanse los foros regionales sobre los derechos de las poblaciones indígenas citados en: Naciones Unidas 2005d, párr. 579). Véase también: Naciones Unidas. 2004a. *Informe del Secretario General sobre el examen preliminar realizado por el Coordinador del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, de las actividades del sistema de las Naciones Unidas en relación con el Decenio* (E/2004/82). Nueva York: Naciones Unidas; y Naciones Unidas 2003c.
- 71 Naciones Unidas 2005d, párr. 579.
- 72 Ibid., párrs. 580 y 582.
- 73 Ibid., párr. 524.
- 74 UNIFEM. 2005. "Informe al Comité Consultivo en su 45º período de sesiones". Nueva York: UNIFEM; y Naciones Unidas. 2005h. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer: Aplicación del marco de financiación multianual: 2004 (DP/2005/24). Nueva York: Naciones Unidas.
- 75 Naciones Unidas 2004b.
- 76 Naciones Unidas. Sin fecha. "Convenio relativo a las poblaciones indígenas y tribales, 1989 (No. 169): Aprobado el 27 de junio de 1989 por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en su 76a sesión". Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Sitio Web: www.ohchr.org/english/law/indigenous.htm, visitado el 5 de julio de 2005.
- 77 Naciones Unidas 2004a.
- 78 Naciones Unidas. Sin fecha. "Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares: aprobada por la Asamblea General, resolución 45/158 de 18 de diciembre de 1990". Nueva York: Naciones Unidas. Sitio Web: www.ohchr.org/english/law/pdf/cmw.pdf, visitado más recientemente el 8 de julio de 2005.
- 79 Naciones Unidas 2000. *Resolución 55/2 aprobada por la Asamblea General: Declaración del Milenio de las Naciones Unidas* (A/RES/55/2), párr. 25. Nueva York: Naciones Unidas.

CAPÍTULO 4

- 1 Koblinsky, M. A. (editores) 2003. *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe. Human Development Network Health, Nutrition, and Population Series*. Washington, D.C.: Banco Mundial; y UNFPA. 2004a. *Saving Mothers' Lives: The Challenge Continues*. Nueva York: UNFPA. En el decenio de 1990, Zimbabwe también logró adelantos en la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad.
- 2 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a. *Combating AIDS in the Developing World*, págs. 22 y 32. Nueva York: Grupo de

- Trabajo sobre el VIH/SIDA, Equipo de Tareas sobre el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis y el acceso a medicamentos esenciales, Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 3 Naciones Unidas 1995. *Población y Desarrollo*, Vol. 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo 5 a 13 de septiembre de 1994, párr. 7.6. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 4 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, págs. 13 y 20. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 5 UNFPA y University of Aberdeen 2005. *Maternal Mortality Update 2004: Delivering into Good Hands*. Nueva York: UNFPA; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Equipo de Tareas sobre la salud de los niños y de las madres. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 6 La relación exacta entre niveles de morbilidad y de mortalidad derivadas de la maternidad varía en diferentes lugares, y se dispone de pocos datos en general y también de pocos datos desglosados por grupos de edades. Las estimaciones de morbilidad materna anual a escala mundial oscilan desde un nivel moderado de 8 millones, hasta más de 20 millones. Véase, por ejemplo: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005c; y una referencia a 15 millones: UNFPA y University of Aberdeen 2005, pág. 26.
- 7 UNFPA 2004a.
- 8 OMS, UNICEF y UNFPA 2004. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, OMS; y OMS. 2005: *World Health Report 2005. Make Every Mother and Child Count*. Ginebra: OMS.
- 9 UNFPA y University of Aberdeen 2005.
- 10 OMS, UNICEF, y UNFPA 2004. Sobre la base de estimaciones de defunciones 2000. Véase: Caro, D. A., S. F. Murray, y P. Putney. 2004. *Evaluation of the Averting Maternal Death and Disability Program. A Grant from the Bill and Melinda Gates Foundation to the Columbia University Mailman School of Public Health*. Silver Spring, Maryland: Cultural Practice.
- 11 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005d. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, pág. 6. Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 12 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c.
- 13 Ibid.
- 14 Singh, S., y otros 2004. *Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care*. Washington D.C. y Nueva York: The Alan Guttmacher Institute y UNFPA.
- 15 OMS. 2004a. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, 4th Edition. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 16 Ibid.
- 17 OMS 2004a.
- 18 EngenderHealth 2003. *Taking Postabortion Care Services Where They are Needed: An Operations Research Project Testing PAC Expansion in Rural Senegal*. FRONTIERS Final Report. Washington D.C.: Frontiers in Reproductive Health Program, The Population Council.
- 19 Véase: Naciones Unidas, párr. 8.25: "En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local, de conformidad con el proceso legislativo nacional. 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. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos".
- 20 UNFPA y OMS 2000. *From Abortion to Contraception: Family Planning and Reproductive Health in Central and Eastern Europe and the Newly Independent States*, 3a edición. Copenhague, Dinamarca: OMS.
- 21 Popov, A. 1999. *Family Planning and Induced Abortion in Post-Soviet Russia of the Early 1990s: Unmet Needs in Information Supply*. En: *Russia's Demographic "Crisis,"* editado por J. Da Vanzo. 1999. Santa Monica, California: RAND. Citado en: Naciones Unidas. 2004a. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health (ST/ESA/SER)*, División de Población. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Nueva York.
- 22 Naciones Unidas 2004a.
- 23 Roth, D. y M. Mbizvo 2001. *Promoting Safe Motherhood in the Community: The Case for Strategies That Include Men*. *African Journal of Reproductive Health* 5(2): págs. 10 a 21.
- 24 Nuwaha, F. y B. Amooti-Kaguna 1999. *Predictors of Home Deliveries in Rakai District, Uganda*. *African Journal of Reproductive Health* 3(2): págs. 79 a 86.
- 25 Varkey, L. C. y otros 2004. *Involving Men in Maternity Care in India*. *FRONTIERS Final Report*. Washington, D.C.: *Frontiers in Reproductive Health Program, The Population Council*.
- 26 Li, Jianghong 2004. "Gender Inequality, Family Planning, and Maternal and Child Care in a Rural Chinese County." *Social Science and Medicine* 59(4): 695-708.
- 27 Cholil, A., M. B. Iskandar y R. Sciortino 1998. *The Life Saver: The Mother Friendly Movement in Indonesia*. Yakarta, Indonesia: Ministro de Estado para el papel de la Mujer y *The Ford Foundation*.
- 28 Se estima que el índice de mortalidad derivada de la maternidad ha aumentado en algunos países donde van en aumento los casos de VIH/SIDA y paludismo. Véase: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c; y Banco Mundial 2003. *Gender Equality and the Millennium Development Goals*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 29 Caro, Murray y Putney 2004.
- 30 UNFPA 2005. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. Nueva York: UNFPA.
- 31 UNFPA 2004b. *Into Good Hands: Progress Reports from the Field*, pág. 6. Nueva York: UNFPA.
- 32 UNFPA 2004a.
- 33 UNFPA 2004c. *The New Route to Safer Childbirth in Rural Senegal*. Boletín de noticias. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/news/news/news.cfm?ID=389&Language=1, visitado el 17 de enero de 2005; y UNFPA 2004b, pág. 6.
- 34 UNFPA 2004b, pág. 15.
- 35 UNFPA 2005.
- 36 Londres, S. 2004. *Midwife Care is as Safe as Physician-Led Care for Nepalese Women with Low-Risk Pregnancies*. *International Family Planning Perspectives* 30(1): págs. 47 y 48.
- 37 Koblinsky, M. y otros 2000. *Issues in Programming for Safe Motherhood*. Arlington, Virginia: *MotherCare*, John Snow, Inc., pág. 3.
- 38 UNFPA 2004c; y UNFPA 2004b.
- 39 Annan, K., 29 de diciembre de 2002. *In Africa, AIDS has a Woman's Face*. *The New York Times/International Herald Tribune*. Sitio Web: www.un.org/News/Press/docs/2002/stories/sg-29dec-2002.htm, visitado más recientemente el 20 de abril de 2005.
- 40 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a.
- 41 Ibid., pág. 2; y ONUSIDA, UNFPA, y UNIFEM 2004. *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. Nueva York y Ginebra: ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM.
- 42 ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM 2004.
- 43 ONUSIDA 2004a. *Fact Sheet: Women and AIDS: A Growing Challenge*. Ginebra: ONUSIDA.
- 44 Ibid.
- 45 Sobre la base de: *Policy Project del Futures Group* para la USAID y el ONUSIDA. Citado en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005a, pág. 23.
- 46 ONUSIDA 2004b. *A UNAIDS Initiative: The Global Coalition on Women and AIDS*. Ginebra: ONUSIDA. Sitio Web: womenandaids.unaids.org/, visitado el 23 de junio de 2005.
- 47 *International Community of Women Living with HIV/AIDS*. 2004. *Visibility, Voices and Visions: A Call for Action from HIV Positive Women to Policy Makers*. Londres: *International Community of Women Living with HIV/AIDS; y Ogden, J., y L. Nyblade*. 2005. *Common at Its Core: HIV-Related Stigma Across Contexts*. Washington, D.C.: *International Center for Research on Women*.
- 48 *International Community of Women Living with HIV/AIDS* 2004.
- 49 Bianco, M. 2003. *The Balance of 20 Years Fight against HIV/AIDS in Argentina*. *Sexual Health Exchange* 2003/1. Amsterdam: *Royal Tropical Institute*. Sitio Web: www.kit.nl/ils/exchange_content/assets/images/Exchange_2003-1_eng.pdf, visitado más recientemente el 12 de mayo de 2005; e Ipas. 2003. *Bill of Rights Launched to Commemorate International Women's Day*. Chapel Hill, North Carolina: Ipas. Sitio Web: www.ipas.org/english/press_room/2003/releases/03072003.asp, visitado el 12 de mayo de 2005.
- 50 *International Relief Teams*. Sin fecha. *Mothers 2 Mothers 2 Be*. San Diego, California: *International Relief Teams*. Sitio Web: www.irtteams.org/programs/M2M2B.htm,
- 51 USAID, ONUSIDA, OMS, UNICEF POLICY Project 2004. *Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care, and Support in Low and Middle Income Countries in 2003*. Washington, D.C.: POLICY Project, *The Futures Group*.
- 52 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 43.
- 53 La Iniciativa MTCT- Plus de la *Mailman School of Public Health (Columbia University)* apoya la provisión de atención especializada a las mujeres infectadas con el VIH, sus parejas y sus hijos, de conformidad con los programas PMTCT. Anunció el otorgamiento de subsidios por un monto superior a 9 millones de dólares a 12 hospitales, centros de salud y clínicas en ocho países africanos y en Tailandia, para ofrecer tratamiento y servicios de apoyo, entre ellos asesoramiento psicosocial, educación y difusión comunitarias, ARV y medicamentos para complicaciones del SIDA, capacitación y asistencia técnica de otros tipos.
- 54 Naciones Unidas 2005a. *Progreso en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Informe del Secretario General (A/59/765)*, párr. 14. Nueva York: Naciones Unidas.
- 55 OMS y ONUSIDA 2004. *Ensuring Equitable Access to Antiretroviral Treatment for Women: WHO/UNAIDS Policy Statement*, pág. 6. Ginebra: OMS. Sitio Web: <http://www.who.int/gender/violence/en/equitableaccess.pdf>, visitado el 1º de enero de 2005.
- 56 Ogden y Nyblade 2005; e *International Community of Women Living with HIV/AIDS* 2004.
- 57 OMS y ONUSIDA 2004, pág. 5.
- 58 Nieuwboer, I. 2003. *Once you know you can never not know again: The effect of a digital guide in Persuading students to go for VCT*. Tilburg: *Tilburg University Press*, pág. 10.
- 59 Ogden y Nyblade 2005.
- 60 Painter, T. y otros 2004. *Women's Reasons for Not Participating in Follow Up Visits Before Starting Short Course Antiretroviral Prophylaxis for Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: Qualitative Interview Study*. *British Medical Journal* 329(7465): pág. 543.
- 61 UNFPA 2005.
- 62 UNFPA 2004d. *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*. Nueva York: UNFPA.
- 63 UNFPA 2005.
- 64 UNFPA 2004e. *El Estado de la Población Mundial 2004: El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*. Nueva York: UNFPA.
- 65 UNFPA 2004d.
- 66 *Global HIV Prevention Working Group*. 2003. *Access to HIV Prevention: Closing the Gap*. Menlo Park, California: *Kaiser Family Foundation y The Bill & Melinda Gates Foundation*.
- 67 Singh y otros. 2004.
- 68 Hobcraft, J. 2003. *Towards a Conceptual Framework on Population, Reproductive Health, Gender and Poverty Reduction*, pág. 135. Cap. 7 en: *Population and Poverty: Achieving Equity, Equality and Sustainability*, UNFPA. 2003. Serie de Estrategias de Población y Desarrollo. No. 8. Nueva York: UNFPA.
- 69 Naciones Unidas 2005b. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights (ESA/P/WP.193)*. Nueva York: División

- de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 70 Ibid., Cuadro II.1.
- 71 UNFPA 2002. *El Estado de la Población Mundial 2002: Población, pobreza y oportunidades*, págs. 22 y 23. Nueva York: UNFPA; y Bernstein, S. y E. White 2005. *The Relevance of the ICPD Programme of Action for the Achievement of the MDGs and Vice Versa: Shared Visions and Common Goals*. Capítulo 12 en: *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals*. Nueva York: 17 a 19 de noviembre de 2004 (ESA/P/WP.192), Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 72 Naciones Unidas 2004b. *World Fertility Report: 2003* (ESA/P/WP.189). Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas. Sitio Web: www.un.org/esa/population/publications/worldfertility/World_Fertility_Report.htm, visitado más recientemente el 23 de febrero de 2005.
- 73 Véanse: Indicadores seleccionados que figuran en el anexo del presente informe; y Naciones Unidas 2005b.
- 74 En un análisis mundial basado en datos del año 2000 se comprobó que en los países en desarrollo, unos 105 millones de mujeres casadas y unos 8 millones de mujeres solteras expresaron necesidades insatisfechas de planificación de la familia, es decir, querían medios para aplazar o evitar otro alumbramiento. Cuando se agrega a esas cantidades la de mujeres que utilizan métodos tradicionales de planificación de la familia—como abstinencia periódica o retiro—el total llega a 201 millones. Esas mujeres corren riesgo de embarazo no deseado porque los métodos tradicionales son mucho menos eficaces que los métodos modernos, entre ellos anticoncepción quirúrgica, condón (preservativo), dispositivo intrauterino, píldora hormonal y productos inyectables. Véase Singh y otros. 2004. Véase también: Westoff, C. F. 2001. *Unmet Need at the End of the Century*. *DHS Comparative Reports*. No. 1. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- 75 Barnett, B. y J. Stein 1998. *Women's Voices and Women's Lives: The Impact of Family Planning: A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project*, págs. 9, 11, 15 y 83. *Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International*.
- 76 Westoff 2001.
- 77 Becker, S. 1999. *Measuring Unmet Need: Wives, Husbands or Couples? International Family Planning Perspectives* 25(4): págs. 172 a 180.
- 78 Ashford, L. 2001. *Securing Future Supplies for Family Planning and HIV/AIDS Prevention*, págs. 2 y 3. Washington, D.C.: *Population Reference Bureau*.
- 79 Haub, C. 2002. *Family Planning Worldwide 2002*. Hoja de datos. Washington, D.C.: *Population Reference Bureau*.
- 80 Nass, S. J. y J. F. Strauss, editores 2004. *New Frontiers in Contraceptive Research: A Blueprint for Action*, págs. 20 a 23. Washington, D.C.: *National Academy Press*.
- 81 Agha, S. 2001. *Patterns of Use of the Female Condom After One Year of Mass Marketing*. *AIDS Education and Prevention* 13(1): págs. 55 a 64.
- 2 Ibid.
- 3 Naciones Unidas 2005a. *World Population Prospects: The 2004 Revision: File 1: Total Population Both Sexes by Age Group, Major Area, Region and Country, Annually for 1950-2050 (in thousands)* (Pop/DB/WPP/Rev.2004/4/F1)*. Planilla. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 4 Ibid.
- 5 Lloyd, C. B. (editor) 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, D.C.: *The National Academies Press*; UNFPA. 2005a. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. Nueva York: UNFPA.
- 6 Lloyd 2005.
- 7 *BBC News*. 20 de junio de 2002. *Human Smuggling Eclipses Drugs Trade*. Sitio Web: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/2056662.stm>, visitado el 7 de mayo de 2005.
- 8 Lloyd 2005.
- 9 Ibid.
- 10 *The Population Council* 2005. *Population Briefs: Reports on Population Council Research* 11(1). Nueva York: *The Population Council*.
- 11 Bernstein, S. y E. White 2005. *The Relevance of the ICPD Programme of Action for the Achievement of the MDGs and Vice Versa: Shared Visions and Common Goals*. Capítulo 12 en: *Proceedings of the Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals*. Nueva York: 17 a 19 de noviembre de 2004 (ESA/P/WP.192), Naciones Unidas. 2005b. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 12 UNESCO 2004. *EFA Global Monitoring Report 2005: Education for All, the Quality Imperative*. París: UNESCO.
- 13 Lloyd 2005; y Grown, C., G. R. Gupta y R. Pande 2005. *Taking Action to Improve Women's Health through Gender Equality and Women's Empowerment*. *The Lancet* 365(9458): págs. 541 a 543.
- 14 UNFPA 2005a, pág. 59.
- 15 Naciones Unidas 2004, pág. 5.
- 16 Naciones Unidas 2005a. Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y de los documentos finales del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI": informe del Secretario General (E/CN.6/2005/2), párr. 496. Nueva York: Naciones Unidas; y Naciones Unidas 2004, párr. 18.
- 17 UNFPA 2005b. *Policy Development Supporting Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Nine Countries' Experiences and Collaboration with UNFPA*. Nueva York: UNFPA.
- 18 *Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs* 2005. *Youth and the Millennium Development Goals: Challenges and Opportunities for Implementation: Final Report of the Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs: April 2005*. Sitio Web: <http://tig.phpwebhosting.com/themes/mdg/YouthMDG.pdf>, visitado más recientemente el 27 de junio de 2005.
- 19 Federación Internacional de Planificación de la Familia 2003. *Youth Participation: Youth in Decision Making Processes*. IPPF/WHR *Spotlight on Youth*. No. 7. Hoja informativa. Nueva York: *Western Hemisphere Region, International Planned Parenthood Federation*.
- 20 UNFPA 2003a. *UNFPA and Young People: Imagine*. Nueva York: UNFPA; y UNFPA. 2005c. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. Nueva York: UNFPA.
- 21 UNFPA 2005b.
- 22 Ibid.
- 23 Este proyecto forma parte de un programa multinacional que recibe un subsidio de la Unión Europea.
- 24 UNFPA, 2 de mayo de 2005. *Laotian Youth Teach Peers to Protect their Health*. Boletín de noticias. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=609&Language=1, visitado el 6 de Julio de 2005; y UNFPA 2005b.
- 25 UNFPA 2005b.
- 26 Ibid.
- 27 Ibid.
- 28 UNFPA 2005a; y Naciones Unidas 2005a.
- 29 UNFPA 2005a.
- 30 Ibid., pág. 16.
- 31 Naciones Unidas. 2005d. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights* (ESA/P/WP.193), págs. vii y 1. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 32 UNFPA 2005a.
- 33 Ibid., pág. 44.
- 34 Cincotta, R., R. Engelman y D. Anastasion 2003. *The Security Demographic: Population and Civil Conflict after the Cold War*. Washington, D.C.: *Population Action International*. Citado en: UNFPA 2005a, pág. 46. Véase también: Urdal, H. 2004. *The Devil in the Demographics: The Effect of Youth Bulges on Domestic Armed Conflict, 1950-2000*. *Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction*. No. 14. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- 35 UNFPA 2005a.
- 36 Banco Mundial. Sin fecha. *Why Invest in Children and Youth?* Sitio Web: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTCYO,,contentMDK:20243901-menuPK:565261-pagePK:148956-piPK:216618-theSitePK:396445,00.htm>, visitado el 28 de junio de 2005.
- 37 Véase, por ejemplo, Comité sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales; y Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud. Todos esos documentos pueden encontrarse en: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Sin fecha. *Human Rights Bodies: Mechanisms for the protection and the promotion of Human Rights*. Sitio Web: www.ohchr.org/english/bodies/, visitado más recientemente el 7 de julio de 2005.
- 38 *Center for Reproductive Rights* 2005. *Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights*. Documento informativo. Nueva York: *Center for Reproductive Rights*.
- 39 La recientemente promulgada Ley de Derechos Reproductivos de Kirguistán fue la primera de su tipo en los países de la Comunidad de Estados Independientes. Véase: UNFPA. 2003b. *Preventing HIV Infection: Promoting Reproductive Health*. Nueva York: UNFPA. Véase también: OMS. Sin fecha. *Law [of 2001] on Reproductive Rights of the Kyrgyz Republic*. *International Digest of Health Legislation* 54. Ginebra: OMS. Sitio Web: <http://www3.who.int/idhl/001Kyrg.pdf>, visitado el 3 de marzo de 2005.
- 40 *Center for Reproductive Rights* 2005.
- 41 Asamblea Nacional de Panamá. Sin fecha. "Ley que Garantiza la Salud y la Educación de la Adolescente Embarazada." Ley No. 29 del 13 de junio de 2002. Sitio Web: http://www.asamblea.gob.pa/NORMAS/2000/2002/2002_522_1581.PDF, visitado el 3 de marzo de 2005.
- 42 *Center for Reproductive Rights* 2005.
- 43 Naciones Unidas. Sin fecha. "Convención sobre el consentimiento para el matrimonio, la edad mínima para contraer matrimonio y el registro de los matrimonios". Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Naciones Unidas. Sitio Web: www.ohchr.org/english/law/convention.htm, visitado más recientemente el 21 de junio de 2005.
- 44 *Center for Reproductive Rights* 2005.
- 45 UNFPA. Sin fecha. *Intermediate Report to the European Commission, Sexual and Reproductive Health Programme 2003-2006: April 2003-2004* (EC/ACP/UNFPA). Nueva York: UNFPA.
- 46 Para obtener más información sobre la República Democrática Popular Lao y las iniciativas que apoya el UNFPA, véase: UNFPA, 2 de mayo de 2005.
- 47 Lloyd 2005.
- 48 UNFPA 2005b.
- 49 UNFPA 2005d. *Y-Peer at a Glance*. Juego de documentos informativos Nueva York: UNFPA.
- 50 UNFPA. Sin fecha. *Strategic Partnership with the Arab Scout Organization for Youth Reproductive Health*. Sitio Web: http://www.cstamman.org/jo/news/01_news.htm, visitado más recientemente el 21 de junio de 2005.
- 51 Lloyd 2005.
- 52 UNFPA 2004. *El Estado de la Población Mundial 2004: El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones para eliminar la pobreza*, pág. 76. Nueva York: UNFPA.
- 53 UNFPA 2003c. *El Estado de la Población Mundial 2003: Valorizar a 1.000 millones de adolescentes: Inversiones en su salud y sus derechos*. Nueva York: UNFPA. Citado en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a.
- 54 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 58.
- 55 Banco Mundial 2004. *Round II Country Reports on Health, Nutrition, and Population Conditions Among the Poor and the Better-Off in 56 Countries*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Sitio Web: www1.worldbank.org/prem/poverty/health/data/round2.htm, visitado más recientemente el 12 de julio de 2005; y Rani, M. y E. Lule. 2004. *Exploring the Socioeconomic Dimensions of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis*. *International Family Planning Perspectives* 30(3): pág. 112.
- 56 Lloyd, C. B. (editor) 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, D.C.: *The National Academies Press*.
- 57 Naciones Unidas 2001a. *Nosotros, los niños: Examen de final de decenio de los resultados de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia: Informe del Secretario General (A/S-27/3)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- 58 UNICEF 2001. *Early Marriage: Child Spouses, part 11*. *Innocenti Digest*. No. 7. Florencia, Italia: UNICEF. Centro Innocenti de Investigaciones.

CAPÍTULO 5

- 1 Naciones Unidas 2004. *World Youth Report 2005: Report of the Secretary-General* (A/60/61-E/2005/7), pág. 1. Nueva York: Naciones Unidas.

- 59 de Bruyn, M. y S. Packer 2004. *Adolescents, Unwanted Pregnancy and Abortion: Policies, Counseling and Clinical Care*. Chapel Hill, North Carolina: Ipas.
- 60 UNFPA 2003a.
- 61 Holschneider, S. 1998. *Investing in Young Lives: The Role of Reproductive Health: Why Invest in Young People?* Washington, D.C.: Banco Mundial. Citado en: de Bruyn y Packer 2004, pág. 10; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Equipo de Tareas sobre la salud de los niños y de las madres. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 62 Raufu, A. 2002. *Unsafe Abortions Cause 20,000 Deaths a Year in Nigeria*. *British Medical Journal* 325(7371): 988. Citado en: de Bruyn y Packer 2004, pág. 10.
- 63 de Bruyn y Packer 2004, pág. 11.
- 64 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 3.
- 65 ONUSIDA. Equipo de Tareas interinstitucional sobre los jóvenes 2004. *At the Crossroads: Accelerating Youth Access to HIV/AIDS Interventions*. Nueva York: ONUSIDA. Sitio Web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/316_filename_UNFPA_Crossroads.pdf, visitado el 24 de febrero de 2005.
- 66 ONUSIDA 2004. *2004 Report on the Global AIDS Epidemic*. Ginebra: ONUSIDA.
- 67 ONUSIDA. Equipo de Tareas interinstitucional sobre los jóvenes. 2004.
- 68 Ibid., pág. 48.
- 69 UNFPA 2003a.
- 70 Naciones Unidas 2005e. *Progresos en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*. Informe del Secretario General: (A/59/765), párr. 8. Nueva York: Naciones Unidas.
- 71 ONUSIDA Equipo de Tareas interinstitucional sobre los jóvenes. 2004.
- 72 ONUSIDA 2004.
- 73 *The Alan Guttmacher Institute*. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute*. Sobre la base de las Encuestas Demográficas y de Salud en 39 países en desarrollo, realizadas entre 1996 y 2003. Véase también: *The Alan Guttmacher Institute*. 1998. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute*.
- 74 ONUSIDA. Equipo de Tareas interinstitucional sobre los jóvenes. 2004.
- 75 Naciones Unidas 2005e.
- 76 Naciones Unidas 2001b. *Resolución S-26.2 aprobada por la Asamblea General: Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA (A/RES/S-26/2)*, párrs. 47 y 53. Nueva York: Naciones Unidas.
- 77 Véase: Coalición Mundial de la Juventud sobre el VIH/SIDA. Sitio Web: www.youthaidcoalition.org, visitado más recientemente el 11 de mayo de 2005.
- 78 UNFPA 2004. *Global Youth Partners: Preventing HIV*. Brochure. Nueva York: UNFPA; y UNFPA. Sin fecha. *Global Youth Partners: Advocating for Increased Access by Young People to Information, Education and Services in the Area of HIV Prevention*. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/hiv/gyp/index.htm, visitado el 9 de julio de 2005.
- 79 *The Population Council* y UNFPA 2002. *Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming*. Informe sobre un taller realizado por el UNFPA en colaboración con el *Population Council*, Nueva York, 1 a 3 de mayo de 2002. Nueva York: *The Population Council*.
- 80 Fundación Puntos de Encuentro 2002. *We're Different, We're Equal: A Project to Promote Young People's Rights: Results and Notes about Impact 2001-2002*. Managua, Nicaragua: Fundación Puntos de Encuentro.
- 81 UNFPA 2005c.
- 82 UNFPA 2005e. *The Livelihoods Approach to Adolescent Sexual and Reproductive Health: What, Why, How*. Nueva York: UNFPA.
- 83 UNFPA 2005c.
- 84 UNFPA. Sin fecha. *Case Studies: Reaching Out: Reaching the 'Busy Generation' in Mozambique*. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/adolescents/casestudies/reachingout.htm, visitado el 13 de julio de 2005.
- 85 UNESCO. Sin fecha. *Breaking the Poverty Cycle of Women: Empowering Adolescent Girls to Become Agents of Social Transformation in South Asia*. Proyecto relativo a temas intersectoriales. París: UNESCO.
- 86 UNICEF 2001.
- 87 Sobre la base de los datos sobre niñas de entre 10 y 19 años de edad en países en desarrollo, China excluida, que se preveía contraerían matrimonio antes de cumplir 18 años. Véase: Bruce, J., y S. Clark. 2004. *The Implications of Early Marriage for HIV/AIDS Policy*. Documento basado en materiales de antecedentes preparados para la consulta técnica sobre adolescentes casadas que auspiciaron la OMS, el UNFPA y el *Population Council*, Ginebra, 9 a 12 de diciembre de 2003. Nueva York: *The Population Council*.
- 88 Lloyd 2005; y *The Population Council* y UNFPA 2002
- 89 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 57; y Lloyd 2005.
- 90 *The Population Council* y UNFPA 2002; y UNFPA 2003a.
- 91 UNICEF 2001.
- 92 Grown, Gupta y Pande 2005.
- 93 Jejeebhoy, S. 1996. *Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India*. ICRW Working Paper. No. 3. Washington, D.C.: *International Center for Research on Women*. Citado en: Mensch, B., J. Bruce y M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, pág. 46. Nueva York: *The Population Council*.
- 94 Clark, S. 2004. *Early Marriage and HIV Risks in sub-Saharan Africa*. *Studies in Family Planning* 35(3): págs. 149 a 160; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c.
- 95 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 35.
- 96 La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define el "trabajo decoroso" como trabajo realizado en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad. Véase: OIT 1999. *Report of the Director-General: Decent Work*. Informe de la Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra: OIT. Sitio Web: www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm, visitado más recientemente el 12 de mayo de 2005.
- 97 OIT 2004a. *Improving Prospects for Young Women and Men in the World of Work: A Guide to Youth Employment*. Ginebra: OIT; y OIT. 2004b. *Global Employment Trends for Youth*. Ginebra: OIT.
- 98 Lloyd 2005.
- 99 OIT 2004b.
- 100 OIT 2002a. *International Labour Conference: 90th Session 2002: Report VI. Decent Work and the Informal Economy*. Ginebra: OIT. Sitio Web: www.ilo-mirror.cornell.edu/public/english/standards/relm/ilc/ilc90/pdf/rep-vi.pdf, visitado más recientemente el 6 de julio de 2005; y OIT 2004b.
- 101 Ibid.
- 102 OIT 1973. "R146 Recomendación sobre la edad mínima, 1973". Ginebra: OIT. Sitio Web: www.ilo.org/public/english/standards/ipec/publ/law/ilc/r1461973/#0, visitado más recientemente el 13 de mayo de 2005.
- 103 OIT 2003. *Guide Book II: Time-Bound Programmes for Eliminating the Worst Forms of Child Labour: An Introduction*. Ginebra: OIT; y OIT. 2002b. *Every Child Counts: New Global Estimates on Child Labour*. Ginebra: *International Programme on the Elimination of Child Labour (IPEC), Statistical Information and Monitoring Programme on Child Labour (SIMPOC)*. Oficina Internacional del Trabajo, OIT.
- 104 UNFPA 2005e.
- 105 OIT 2002c. *Report of the Director-General: A Future without Child Labour: Global Report under the Follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work: International Labour Conference: 90th Session 2002*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo, OIT.
- 106 OIT 2005. *Report of the Director-General: A Global Alliance Against Forced Labour: Global Report under the Follow-up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work: 2005*. Report 1(B). Conferencia Internacional del Trabajo. 93a Sesión. Ginebra: OIT. Sitio Web: www.ilo.org/dyn/declaris/DECLARATIONWEB.DOWNLOAD_BLOB?Var_DocumentID=5059, visitado más recientemente el 7 de julio de 2005.
- 107 UNICEF 11 de junio de 2004. *Children Used as Domestic Servants One of the Most Hidden Forms of Child Labour*. Sydney, Australia: UNICEF. Sitio Web: www.unicef.org.au/mediaCentre-Detail.asp?ReleaseID=534, visitado el 13 de enero de 2005.
- 108 *Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs* 2005.
- pequeños negocios y venta de objetos. Véase: Quah, S. R. 2003. *Major Trends Affecting Families in East and Southeast Asia: Final Report*, pág. 30. Nueva York: División de Política Social y Desarrollo, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 5 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos 1993. *Survey on Child Health*. Washington, D.C.: *National Center for Health Statistics, United States Department of Health and Human Services*; Centro de Análisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPAL y UNFPA. 2005a. "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica: Caso Nicaragua". Versión preliminar; Naciones Unidas. 2002; y UNICEF 1997. *Role of Men in the Lives of Children: A Study of How Improving Knowledge About Men in Families Helps Strengthen Programming for Children and Women*. Nueva York: UNICEF.
- 6 Naciones Unidas 2002.
- 7 Baker, G. y otros 2003. *Men's Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations*. Versión final. Documento preparado para el Banco Mundial; y Naciones Unidas. 2002.
- 8 UNFPA. Sin fecha. *It Takes 2: Partnering with Men in Reproductive & Sexual Health*, pág. 15. Programme Advisory Note. Nueva York: UNFPA. Véase también un estudio sobre Nicaragua: Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Cooperación Alemana-GTZ, Ministerio de Salud. 2003. "Promoción de la Participación de los Hombres en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva. Versión resumida del Informe Final". Managua, Nicaragua.
- 9 UNFPA 2000. *Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health*. Technical Paper. No. 3. Nueva York: UNFPA; y UNFPA. Sin fecha.
- 10 UNFPA 2000; y Scalway, T. 2001. *Young Men and HIV: Culture, Poverty and Sexual Risk*. Londres: Panos y ONUSIDA.
- 11 UNFPA 2000.
- 12 Banco Mundial 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, págs. 9 y 77. Nueva York y Washington, D.C.: *Oxford University Press* y Banco Mundial.
- 13 Banco Mundial. Sin fecha. *Latin America and the Caribbean: Crime and Violence Prevention*. Washington, D.C.: Grupo del Banco Mundial. Sitio Web: <http://lnweb18.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnit/65A4BF388D10247D85256CFD007A5D62?Opendocument>, visitado más recientemente el 16 de mayo de 2005.
- 14 Ajuwon, A. 2003. *Research in Sexual Coercion among Young Persons: The Experiences and Lessons Learned from Ibadan, Nigeria*. Presentación en la reunión consultiva sobre las experiencias sexuales no consensuales de los jóvenes en los países en desarrollo, Nueva Delhi, India, 22 a 25 de septiembre de 2003; Cáceres, C. *The Complexity of Young People's Experiences of Sexual Coercion: Lessons Learned from Studies in Peru*. Presentación en la reunión consultiva sobre las experiencias sexuales no consensuales de los jóvenes en los países en desarrollo, Nueva Delhi, India, 22 a 25 de septiembre de 2003; Jewkes, R. *Non-consensual Sex among South African Youth: Prevalence of Coerced Sex and Discourses of Control and Desire*. Presentación en la reunión consultiva sobre las experiencias sexuales no consensuales de los jóvenes en los países en desarrollo, Nueva Delhi, India, 22 a 25 de septiembre de 2003; y Wilkinson, J. W., L. S. Bearup, y T. Soprach. *Youth*

- Gang-rape in Phom Penh". Presentación en la reunión consultiva sobre las experiencias sexuales no consensuales de los jóvenes en los países en desarrollo, Nueva Delhi, India, 22 a 25 de septiembre de 2003. Todos citados en: *The Population Council, OMS y YouthNet. 2004. Sexual Coercion: Young Men's Experience as Victims and Perpetrators*. Nueva Delhi: *The Population Council*.
- 15 Greene, M. E. y A. E. Biddlecom 2000. *Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles*. *Population and Development Review* 26(1): págs. 81 a 115; y Jacobson, J. 2000. *Transforming Family Planning Programmes: Towards a Framework for Advancing the Reproductive Rights Agenda*. *Reproductive Health Matters* 8(15): págs. 21 a 32.
- 16 *The Alan Guttmacher Institute*. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute*. Sobre la base de las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas entre 1996 y 2003 en 39 países en desarrollo.
- 17 Los datos no incluyen todos los grupos de todas las regiones, de modo que no figuran algunos grupos importantes, entre ellos adolescentes varones menores de 15 años, hombres solteros, hombres recluidos en cárceles, militares, migrantes y refugiados, muchos de los cuales tienen actividad sexual.
- 18 *The Alan Guttmacher Institute* 2003.
- 19 *The Alan Guttmacher Institute* 2004. *Risk and Protection: Youth and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, p. 34. Nueva York y Washington, D.C.: *The Alan Guttmacher Institute*.
- 20 *The Alan Guttmacher Institute* 2004, Appendix Table 5, pág. 36.
- 21 *The Alan Guttmacher Institute* 2004, Appendix Table 4, pág. 35.
- 22 Naciones Unidas 2005a. Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y de los documentos finales del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI": informe del Secretario General (E/CN.6/2005/2), párr. 658. Nueva York: Naciones Unidas.
- 23 Chattopadhyay, T. 2004. *Role of Men and Boys in Promoting Gender Equality: An Advocacy Brief*. Bangkok: UNESCO; PLANetWIRE Clips. 13 de abril de 2005. *Saudi Clerics Rule Against Forced Marriage*; y Barker, G. 2002. "Instituto PROMUNDO: Engaging Young Men in Gender-Based Violence Prevention and Sexual and Reproductive Health Promotion: Rio de Janeiro, Brazil". Presentación en el Taller de Oxfam, *Gender Is Everyone's Business: Programming with Men to Achieve Gender Equality*, Oxford, Reino Unido, 10 a 12 de junio de 2002. Sitio Web: www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/gender/gem/downloads/Promcase.pdf, visitado más recientemente el 5 de mayo de 2005.
- 24 UNFPA 2005b. *Regional Conference of African Islamic Faith-Based Organizations*, Abuja, Nigeria, 14 a 18 de marzo de 2005. Informe de la Conferencia. Nueva York: UNFPA.
- 25 Greene, M. E. 2002. *Involving Men in Reproductive Health: Implications for Reproductive Health and Rights*. Págs. 129 a 138 en: *Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*, editado por E. Murphy y A. Hendrix-Jenkins. Washington, D.C.: PATH. Sitio Web: www.path.org/publications/pub.php?id=516, visitado más recientemente el 22 de junio de 2005.
- 26 Ndong, I. y otros 1999. *Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services*. *International Family Planning Perspectives* 25 (Supplement): S53-S55; Bergstrom, G. 1999. *Men's Voices, Men's Choices: How Can Men Gain From Improved Gender Equality? A Sweden/Africa Regional Seminar*, Lusaka, Zambia, 11 a 13 de enero de 1999. Estocolmo, Suecia: Ministerio de Relaciones Exteriores; Johansson, A. y otros. 1998. *Husbands' Involvement in Abortion in Vietnam*. *Studies in Family Planning* 29(4): págs. 400 a 413; Basu, A. M. 1996. *Women's Education, Marriage and Fertility: Do Men Really Not Matter? Population and Development Program Working Paper Series*. No. 96.03. Ithaca, Nueva York: *Cornell University*; Laudari, Carlos 1998. *Gender Equity in Reproductive and Sexual Health*. Ponencia presentada en el taller temático FAO/OMS/UNFPA sobre la participación masculina en programas de salud sexual y reproductiva, Roma, 9 a 13 de noviembre de 1998; Hull, T. H. 1999. *Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action?* Ponencia presentada en la Reunión sobre temas psicosociales celebrada antes de la Reunión Anual de la *Population Association of America*, Nueva York, 23 y 24 de marzo de 1999; Hawkes, S. 1998. *Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh*. *Sexual Health Exchange* 3: págs. 14 y 15; y Collumbien, M. y S. Hawkes. 2000. *Missing Men's Messages: Does the Reproductive Health Approach Respond to Men's Sexual Health Needs?* *Culture, Health and Sexuality* 2(2): págs. 135 a 150.
- 27 UNFPA 2000. En un estudio realizado en Nicaragua, el tema de que los hombres "se avergüenzan" (al ir en procura de condones o servicios, al hablar de cuestiones de salud reproductiva, al compartir las responsabilidades del hogar) fue una importante comprobación. Véase: Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Cooperación Alemana-GTZ, Ministerio de Salud 2003.
- 28 Cates, W., Jr. 1996. *The Dual Goals of Reproductive Health*. *Network* 16(3); Loiza, E. 1998. *Male Fertility, Contraceptive Use, and Reproductive Preferences in Latin America: The DHS Experience*. Informe preparado para el seminario "Hombres, formación de la familia y reproducción", del Comité sobre Género y Población, la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (IUSSP) y el Centro de Estudios de Población (CENEP), Buenos Aires, Argentina, 13 a 15 de mayo de 1998. Lieja, Bélgica: Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población; y Lamptey, P. y otros. 1978. *An Evaluation of Male Contraceptive Acceptance in Rural Ghana*. *Studies in Family Planning* 9(8): págs. 222 a 226; Fapohunda, B. M., y N. Rutenberg. 1998. *Enhancing the Role of Men in Family Planning and Reproductive Health*. Informe inédito.
- 29 UNFPA 2000; y Nzioka, C. 2001. *Perspectives of Adolescent Boys on the Risks of Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections: Kenya*. *Reproductive Health Matters* 9(17): págs. 108 a 117.
- 30 UNFPA 2000.
- 31 Scalway 2001.
- 32 Blanc, A. 2001. *The Effect of Power in Sexual Relationships on Sexual and Reproductive Health: an Examination of the Evidence*. *Studies in Family Planning* 32(3): págs. 189 a 213.
- 33 De Keizer, B. 2004. *Masculinities: Resistance and Change*. Págs. 28 a 49 en: *Gender Equality and Men: Learning from Practice*, editado por S. Ruxton. 2004. Oxford: Oxfam GB.
- 34 UNFPA 2004. *Working from Within: Culturally Sensitive Approaches in UNFPA Programming*, pág. 12. Nueva York: UNFPA.
- 35 Sayages, M. 13 de junio de 2003. *Africa's Men Meet Challenge of Fighting HIV/AIDS*. Reuters AlertNet. Sitio Web: www.alertnet.org/thefacts/reliefresources/aidsfeature.htm, visitado más recientemente el 9 de julio de 2005.
- 36 Naciones Unidas 2005a, párr. 388; y *A Role for Men in Gender Equality*. 13 de septiembre de 2004. *IPS UN Journal* 11(165): pág. 6.
- 37 *The Population Council*. 2000. *Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement*. *Quality/Calidad/Qualité* No. 10. Nueva York: *The Population Council*.
- 38 Siegfried, K., 3 de marzo de 2005. *Changing Men's Attitudes to Reduce AIDS in Africa*. *The Christian Science Monitor*.
- 39 Naciones Unidas 2004. "El papel de los hombres y los adolescentes varones en el logro de la igualdad entre hombres y mujeres". Panel II, 48° período de sesiones de la Comisión de la Condición de la Mujer, Nueva York, 2 de marzo de 2004. Nueva York: División para el Adelanto de la Mujer, Naciones Unidas.
- 40 Scalway 2001.
- 41 Raju, S. y A. Leonard (editores) 2000. *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality*, pág. 57. Nueva Delhi: *The Population Council*; Laack, S. 1995. *Thoughts about Male Involvement: Swedish Experiences*. Informe presentado en la Conferencia sobre Sexualidad de los Jóvenes, Arusha, República Unida de Tanzania, 13 a 18 de agosto de 1995; y Laack, S., y otros. 1997. *Report on the RFSU Young Men's Clinic*. Estocolmo, Suecia: Asociación Sueca de Educación Sexual.
- 42 Grant, E. y otros 2003. *Seizing the Day: Right Time, Right Place, Right Message for Adolescent Reproductive and Sexual Health (Kenya)*. Presentación en la Conferencia sobre cómo llegar a los hombres para mejorar la salud reproductiva de todos, Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre Cuestiones de Género, USAID, Washington D.C., septiembre de 2003.
- 43 Organización Panamericana de la Salud 2003. *Improving the Lives of Adolescent Girls and Boys By Involving Adolescent Boys: A New Approach to Health Promotion and Prevention Through Soccer*. *Adolescent project*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 44 *The Population Council* 2003. *My Father Didn't Think This Way: Nigerian Boys Contemplate Gender Equality*. 2003. *Quality/Calidad/Qualite*. No. 14. Nueva York: *The Population Council*.
- 45 Mishra, A. 2003. *Enlightening Adolescent Boys in India on Gender and Reproductive and Sexual Health*. Presentación en la Conferencia sobre cómo llegar a los hombres para mejorar la salud reproductiva de todos, Grupo Interinstitucional de Trabajo sobre Cuestiones de Género, USAID, Washington D.C., septiembre de 2003.
- 46 Barker, G. y otros 2004. *How Do We Know if Men Have Changed: Promoting and Measuring Attitude Change with Young Men: Lessons Learned from Program H in Latin America*, Págs. 147 a 161 en: S. Ruxton. 2004.
- 47 UNFPA 2003a. *Enlisting the Armed Forces to Protect Reproductive Health and Rights: Lessons from Nine Countries*. Technical Report. Nueva York: UNFPA
- 48 Ibid.
- 49 UNFPA 2003b. *Salud Sexual y Reproductiva, Prevención del VIH/SIDA y Equidad de Género en las Fuerzas Armadas en América Latina*, Estudios de Casos de Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Perú. Bogotá, Colombia: UNFPA.
- 50 *Pathfinder International* 1998. "Reaching Young Men with Reproductive Health Programs." Watertown, Massachusetts: *Pathfinder International*. Sitio Web: www.pathfinder.org/pi/pubs/focus/IN%20FOCUS/ReachingYoungMen.doc, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 51 Rob, U. y otros 2004. *Integration of Reproductive Health Services for Men in Health and Family Welfare Centers in Bangladesh*. FRONTIERS Final Report. Washington, D.C.: *The Population Council*.
- 52 Naciones Unidas 2005a, párrs. 193, 239, 406 y 571; y Naciones Unidas 2005b. *Progresos en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA: Informe del Secretario General (A/59/765)*, párr. 63b. Nueva York: Naciones Unidas.

CAPÍTULO 7

- 1 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres. Londres y Sterling, Virginia: *Earthscan*.
- 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 University School of Public Health*.
- 3 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, págs. 15 y 110.
- 4 Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999.
- 5 Krug, E. y otros (editores) 2002. *World Report on Violence and Health*. Ginebra: OMS.
- 6 Ibid.
- 7 Morrison, A. R. y M. B. Orlando 1999. *Social and Economic Costs of Domestic Violence: Chile and Nicaragua*. Cap. 3 en: Morrison, A. y L. Biehl (editores). 1999. *Too Close to Home: Domestic Violence in Latin America*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Citado en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a.
- 8 *International Center for Research on Women* 2000. *A Summary Report for a Multi-Site Household Survey*. *Domestic Violence in India*. No. 3. Washington, D.C. *International Center for Research on Women*. Citado en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 115.
- 9 Gobierno de Australia 2004. *The Cost of Domestic Violence to the Australian Economy: Part I*. Informe preparado por Access Economics Pty. para: *Office of Women, Commonwealth of Australia*; y Phillips, J. y M. Park. 6 de diciembre de 2004. *Measuring Violence against Women: A Review of the Literature and Statistics*. Canberra, Australia: Parlamento de Australia. *Online E-Brief*. Sitio Web: www.aph.gov.au/library/intguide/SP/ViolenceAgainstWomen.htm, visitado más recientemente el 27 de junio de 2005.
- 10 Waters, H. y otros 2004. *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*. Ginebra: Departamento de Prevención de Lesiones y Violencia, OMS.
- 11 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 119.
- 12 Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999. Citado en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 113. Según otra estimación, basada en constataciones de 48 encuestas de población, esta proporción se ubicaría entre 16% y 50%. Véase: Krug y otros. 2002.
- 13 Krug y otros 2002.
- 14 Solano, P. y M. Velzeboer 2003. "Componentes clave para leyes y políticas contra la violencia contra las mujeres," pág. 13. Versión preliminar de documento de debate, Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- 15 Krug y otros 2002.

- 16 BBC News 20 de junio de 2002. *Human Smuggling Eclipses Drugs Trade*. Sitio Web: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/2056662.stm>, visitado el 7 de mayo de 2005.
- 17 Departamento de Estado de los Estados Unidos 2005. *Trafficking in Persons Report: June 2005*. Washington, D.C.: Departamento de Estado de los Estados Unidos.
- 18 Departamento de Estado de los Estados Unidos 2004. *Trafficking in Persons Report: June 2004*. Publication No. 1150. Washington, D.C.: Departamento de Estado de los Estados Unidos.
- 19 Martens, J. 2004. *Seduced, Imported, Sold: Trafficking in Women and Children in Africa*. Informe preparado para la Séptima Conferencia Regional sobre la Mujer (Beijing+10), Addis Abeba, 12 a 14 de octubre de 2004. Addis Abeba, Etiopía: Comisión Económica de las Naciones Unidas para África; y Miko, F. 2004. *Trafficking in Persons: The U.S. and International Response. Congressional Research Service. CRS Report for Congress*. Washington, D.C.: Congressional Research Service, the Library of Congress.
- 20 Naciones Unidas 2002. "Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional: aprobada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por resolución 55/25 de la Asamblea General, de 15 de noviembre de 2000". Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Sitio Web: www.ohchr.org/english/law/protocoltraff.htm, visitado más recientemente el 11 de julio de 2005.
- 21 Consejo de Europa. Sin fecha. *Action against Trafficking in Human Beings: News*. Sitio Web: www.coe.int/T/E/human_rights/trafficking, visitado el 26 de mayo de 2005.
- 22 Boland, R. 2004. "Progresos jurídicos en la implementación del Programa de Acción de la CIPD". Declaración ante la Conferencia Internacional de Parlamentarios 2004 sobre la Implementación del Programa de Acción de la CIPD, Estrasburgo, Francia, 18 y 19 de octubre de 2004. Sitio Web: www.unfpa.org/parliamentarians/ipci/strasbourg/docs/boland.doc, visitado más recientemente el 5 de julio de 2005; y Boland, R., abril de 2005. Comunicaciones personales.
- 23 UNFPA 2003. *UNFPA and Young People: Imagine*. Nueva York: UNFPA
- 24 Krug y otros 2002.
- 25 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005a, pág. 114.
- 26 Jejeebhoy, S. 1996. *Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India*. ICRW Working Paper. No. 3. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Citado en: Mensch, B., J. Bruce y M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, pág. 46. Nueva York: The Population Council.
- 27 UNICEF 2001. *Early Marriage: Child Spouses*, pág. 11. Innocenti Digest. No. 7. Florencia, Italia: UNICEF. Centro Innocenti de Investigaciones.
- 28 Im-em, W., K. Archvanitkul y C. Kanchanachitra 2004. *Sexual Coercion among Women in Thailand: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Life Experiences*. Ponencia presentada en la Reunión Annual de Population Association of America, Boston, Massachusetts, 3 a 5 de agosto de 2004.
- 29 The Population Council 2004a. *The Adverse Health and Social Outcomes of Sexual Coercion: Experiences of Young Women in Developing Countries*. Nueva York: The Population Council; Jejeebhoy, S. J. y S. Bott. 2003. *Non-consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries. South and East Asia Regional Working Paper. No. 16*. Nueva Delhi: The Population Council. Véase también: Im-em, Archvanitkul y Kanchanachitra 2004.
- 30 de Bruyn, M. y S. Packer 2004. *Adolescents, Unwanted Pregnancy and Abortion: Policies, Counseling and Clinical Care*. Chapel Hill, North Carolina: Ipas.
- 31 Amnesty International 2004. *It's in Our Hands: Stop Violence against Women*. Londres: Amnesty International.
- 32 Krug, y otros 2002.
- 33 Amoakohene, M. A. 2004. *Violence Against Women in Ghana: A Look at Women's Perceptions and Review of Policy and Social Responses*. Social Science and Medicine. 59(2004): págs. 2373 a 2385. Manh Loi, V., V. Tuan Huy, N. Huu Minh y C. Clement. 1999. *Gender Based Violence: The Case of Vietnam*. Washington, DC: Banco Mundial; García Moreno, C. 2002. *Violence against Women: Consolidating a Public Health Agenda*. Págs. 111 a 142 en *Engineering International Health: The Challenge of Equity*, editado por G. Sen, A. George y P. Ostlin. 2002. Cambridge, Massachusetts: MIT Press; y Koenig, M. y otros. 2003. *Domestic Violence in Rural Uganda: Evidence From a Community-based Study*. *Bulletin of the World Health Organization* 81(1): págs. 53 a 60.
- 34 The Population Council 2004b. *Sexual Coercion: Young Men's Experiences as Victims and Perpetrators*. Nueva York: The Population Council.
- 35 Solano y Velzeboer 2003.
- 36 Según se reconoce, por ejemplo, en la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer 1993, artículo 4(f), y en la Plataforma de Acción de Beijing, párr. 124(g). Véase: Naciones Unidas. 1993. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (A/RES/48/104), Artículo 4. Nueva York. Naciones Unidas; y 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.
- 37 Luciano, D., S. Esim y N. Duvvury 2003. *How to Make the Law Work: Budgetary Implications of Domestic Violence Laws in Latin America, Central America and the Caribbean*. Ponencia presentada en *Women Working to Make a Difference, Seventh International Women's Policy Research Conference*, Washington, D.C., 22 a 24 de junio de 2003.
- 38 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*, pág. 13. Informe del Secretario General. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 39 OMS. Sin fecha. *Schools and Youth Health: Resources and Tools for Advocacy*. Ginebra: OMS. Sitio Web: www.who.int/school_youth_health/resources/en/, visitado más recientemente el 10 de julio de 2005; UNESCO. 2004. *Making the Case for Violence Prevention through Schools. FRESH Tools for Effective School Health*, 1a Edición. Ginebra: UNESCO; y Larraín, S., J. Vega e I. Delgado. 1997. *Relaciones familiares y maltrato infantil*. Santiago, Chile: UNICEF. Citado en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005a.
- 40 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 119.
- 41 Watts, C. y S. Mayhew 2004. *Reproductive Health Services and Intimate Partner Violence: Shaping a Programmatic Response in Sub-Saharan Africa*. International Family Planning Perspectives 30(4): págs. 207 a 213; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005c. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*. Equipo de Tareas sobre la salud de los niños y de las madres. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.
- 42 de Bruyn y Packer 2004.
- 43 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 111.
- 44 The Global Coalition on Women and AIDS y OMS. Sin fecha. *Violence against Women: Critical Intersections: Intimate Partner Violence and HIV/AIDS*. Information Bulletin Series. No. 1. Ginebra: OMS.
- 45 Human Rights Watch 2002. *The War within the War: Sexual Violence against Women and Girls in the Eastern Congo*. Nueva York: Human Rights Watch.
- 46 OMS 2000. *Female Genital Mutilation*. Hoja de datos. No. 241. Ginebra: OMS. Sitio Web: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en, visitado el 3 de marzo de 2005.
- 47 Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999.
- 48 Ganatra, B. R., K. J. Coyaji y V. N. Rao 1996. *Community cum Hospital Based Case-Control Study on Maternal Mortality: A Final Report*. Pune, India: KEM Hospital Research Centre. Varios estudios realizados en todo el mundo han detectado algunas tendencia en las explicaciones de por qué se infligen actos de violencia durante el embarazo; entre otras razones, figuran: desobedecer al esposo, expresar sospechas de infidelidad, negarse a entablar relaciones sexuales, o no atender suficientemente a los demás hijos o al hogar. Según un informe del *Population Council*, a escala mundial, una de cada cuatro mujeres es objeto de malos tratos físicos o sexuales durante el embarazo, por lo general infligidos por su compañero. Véase: Jejeebhoy, S. J. 1998. *Association 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; Visaria, L. 1999. *Violence Against Women in India: Evidence from Rural Gujarat*. Págs. 14 a 25 en: *Domestic Violence in India: A Summary Report of Three Studies, by the International Center for Research on Women*. 1999. Washington, D.C.: International Center for Research on Women; y Heise, Ellsberg y Gottemoeller 1999.
- 49 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 16.
- 50 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c.
- 51 Leung, T. W. y otros 2002. *A Comparison of the Prevalence of Domestic Violence Between Patients Seeking Termination of Pregnancy and Other Gynecology Patients*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 77(1): págs. 47 a 54. Un estudio de control de casos realizado en 1999 en un hospital de Hong Kong relativo a 501 mujeres (245 habían acudido en procura de abortos y otras 256 por problemas de obstetricia o ginecología) se comprobó que "la tasa de prevalencia a lo largo de toda la vida de malos tratos en el grupo que solicitaba aborto era de 27,3% en comparación con 8,2% en el grupo de pacientes de obstetricia y ginecología". En ese estudio también se comprobó que "entre las mujeres con historias recientes de malos tratos, un 27% (9/33) admitieron que el hecho de haber sido víctimas de abuso había influido sobre su decisión de terminar el embarazo".
- 52 Kaye, D. 2001. *Domestic Violence Among Women Seeking Post-abortion Care*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 75(3): págs. 323 a 325. En un estudio realizado en el año 2000 relativo a 311 mujeres que solicitaron tratamiento posterior al aborto en un hospital nacional
- de remisión de pacientes en Uganda se comprobó que 70 mujeres (23,2%) se habían sometido a abortos inducidos y que, de ellas, 28 (38,9%) "expresaron que la principal razón de solicitar un aborto inducido había sido el problema de la violencia doméstica".
- 53 Watts y Mayhew 2004.
- 54 Naciones Unidas 1996, párr. 106(q).
- 55 Krug, y otros 2002.
- 56 Bott, S. y otros 2004. *Improving the Health Sector Response to Gender-based Violence: A Resource Manual for Health Care Professionals in Developing Countries*. Nueva York: IPPF/Región del Hemisferio Occidental.
- 57 UNFPA y AIDOS 2003. *Addressing Violence against Women: Piloting and Programming: Rome, Italy, 15-19 September 2003*. Nueva York y Roma: UNFPA y AIDOS.
- 58 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 40; y Campaña Mundial en pro de la Educación. 2005. *Girls Can't Wait: Why Girls' Education Matters, and How to Make It Happen Now: Briefing Paper for the UN Beijing + 10 Review and Appraisal*. Bruselas, Bélgica: Campaña Mundial en pro de la Educación.
- 59 UNFPA 2005. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. Nueva York: UNFPA.
- 60 HABITAT (Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos). 2001. *Cities in a Globalizing World: Global Report on Human Settlements 2001*. Londres: Earthscan.
- 61 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 76.
- 62 UNFPA 2005, Área 6.
- 63 El Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres, del Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, indicó que de las siete prioridades estratégicas para lograr la igualdad entre hombres y mujeres, dos son: garantizar los derechos de la mujer a la herencia y la propiedad de bienes; y combatir la violencia contra la mujer.
- 64 Naciones Unidas 2005. Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y de los documentos finales del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI": Informe del Secretario General, (E/CN.6/2005/2), párr. 214. Nueva York: Naciones Unidas.
- 65 Center for Reproductive Rights. 2005. *Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights*. Documento informativo. Nueva York: Center for Reproductive Rights.
- 66 Naciones Unidas 2005, párrs. 207, 208 y 211.
- 67 Bendre, U. y T. Khorakiwala 2004. *Assessment of Family Counselling Centers in Madhya Pradesh*. Informe presentado al UNFPA.
- 68 UNFPA. 13 de marzo de 2003. "El Compromiso Santa María/Sal, por las Ministras y Parlamentarias africanas sobre género y VIH/SIDA: refuerzo de la acción nacional". Boletín de noticias. Nueva York: UNFPA.
- 69 UNFPA 2005, pág. 6.
- 70 Naciones Unidas 2005, párr. 223.
- 71 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005d. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, pág. 68. Informe al Secretario General de las Naciones Unidas. Londres y Sterling, Virginia: Earthscan.

- 72 UNFPA 2005, pág. 6.
- 73 García Moreno, C. 2003. *Responding to Violence against Women: WHO's Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence. Health and Human Rights: An International Journal* 6(2): págs. 112 a 127.
- 74 *The White Ribbon Campaign*. Sin fecha. *Men Working to end Men's Violence Against Women*. Toronto, Canadá: White Ribbon Campaign. Sitio Web: www.whiteribbon.ca/about_us/, visitado más recientemente el 5 de mayo de 2005.
- 75 Crossette, B. 2004. *Priorities Across Borders: For Many Women, Violence Shuts Out Hope*. Media Center, UN Foundation. Sitio Web: www.stopvaw.org/October_2004.html#25Oct200424, visitado el 9 de julio de 2005.
- 76 Ramos Jiménez, P. 1996. *Philippine Strategies to Combat Domestic Violence Against Women. Task Force on Social Science and Reproductive Health*. Manila, Filipinas: *Social Development Research Center y De La Salle University*.
- 77 Real Gobierno de Camboya 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women Issues 1995-2005*, pág. 10. Phnom Penh: Ministerio de Asuntos de la Mujer, Real Gobierno de Camboya; y *A Role for Men in Gender Equality*. 13 de septiembre de 2004. *IPS UN Journal* 11(165): pág. 6.
- 78 Naciones Unidas 2005, párr. 234.
- 79 Sobre la base de un cálculo de costos de intervenciones en asuntos concretamente de género, inclusive campañas de capacitación y creación de conciencia, intervenciones para combatir la violencia contra la mujer y desarrollo de la capacidad de los ministerios de la mujer. Véase: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 36.
- 80 Waters, H. y otros 2004.
- 81 Naciones Unidas 2000. *Resolución 55/2 aprobada por la Asamblea General: Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas (A/RES/55/2)*, párr. 12. Nueva York: Naciones Unidas.
- agua y el saneamiento. Londres y Sterling, Virginia: *Earthscan*.
- 5 Smith, D. 2001. *Trends and Causes of Armed Conflict*. En: *Berghof Handbook for Conflict Transformation: Trends and Causes of Armed Conflicts*, editado por D. Bloomfield, M. Fischer y A. Schmelze. Berlin, Alemania: *Berghof Research Centre for Constructive Conflict Management*; y Dwan, R. y M. Gustavsson. 2004. *Major Armed Conflicts*. Cap. 3 en: *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*, Instituto Internacional de Estocolmo para la Investigación de la Paz. 2004. Oxford: *Oxford University Press*.
- 6 *Women's Commission for Refugee Women and Children* 2004. *Women's Commission Fact Sheet*. Nueva York: *Women's Commission for Refugee Women and Children*. Sitio Web: www.womenscommission.org/pdf/factsheet.pdf, visitado el 25 de mayo de 2005.
- 7 Naciones Unidas 2005a, párr. 114.
- 8 Naciones Unidas 2005c. Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y de los documentos finales del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI". Informe del Secretario General (E/CN.6/2005/2), pág. 76. Nueva York: Naciones Unidas.
- 9 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres. Londres y Sterling, Virginia: *Earthscan*.
- 10 Naciones Unidas 2000. Resolución 1325 (2000) aprobada por el Consejo de Seguridad en su 4213a. reunión, el 31 de octubre de 2000 (S/RES/1325 [2000]). Nueva York: Naciones Unidas.
- 11 Artículo 7.1 del Estatuto de Roma. Citado en: *Reproductive Rights are Human Rights*, Center for Reproductive Rights. 2005. Nueva York: *Center for Reproductive Rights*; y Naciones Unidas. 2003a. Integración de los derechos humanos de las mujeres y las perspectivas de género: Violencia contra la mujer (E/CN.4/2003/75). Nueva York: Naciones Unidas.
- 12 Naciones Unidas 2003a.
- 13 Naciones Unidas 2005c, pág. 248.
- 14 Naciones Unidas 2004a. Un mundo más seguro: Nuestra responsabilidad compartida: Informe del Grupo de Alto Nivel del Secretario General sobre amenazas, retos y cambio (A/59/565), párr. 238. Nueva York: Naciones Unidas.
- 15 Naciones Unidas 2005a, párr. 114.
- 16 Esos compromisos son asumidos en las resoluciones 1261 (1999), 1314 (2000), 1379 (2001) y 1460 (2003) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.
- 17 Naciones Unidas 2005a.
- 18 Naciones Unidas 2004b. *Grupos e individuos específicos: Éxodos en masa y personas desplazadas. Informe del Representante del Secretario General sobre los derechos humanos de las personas internamente desplazadas*, Walter Kälin, *Presentado de conformidad con la resolución 2004/55* de la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2005/84). Nueva York: Naciones Unidas.
- 19 En todo el mundo hay 25 millones de personas internamente desplazadas y además, entre 11 y 12 millones de refugiados. Véase: Naciones Unidas 2005a, pág. 4.
- 20 Véase: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Sin fecha. Procedimientos espe-
- ciales de la Comisión de Derechos Humanos: Representante del Secretario General para las personas internamente desplazadas". Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Sitio Web: www.unhcr.ch/html/menu2/7/b/interndisp/, visitado el 9 de julio de 2005.
- 21 Los Principios orientadores sobre desplazamiento interno reiteran y compilan normas de la legislación humanitaria y de derechos humanos pertinentes a las personas internamente desplazadas. Véase: Naciones Unidas. 1998a. *Informe del Representante del Secretario General, Sr. Francis M. Deng, presentado de conformidad con la resolución 1997/39 de la Comisión: Adición: Principios orientadores sobre desplazamiento interno (E/CN.4/1998/53/Add.2)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- 22 Naciones Unidas 2004b.
- 23 Naciones Unidas 2005a, párrs. 209 y 210.
- 24 Anderlini, S. N. 2004. *Negotiating the Transition to Democracy and Reforming the Security Sector: Vital Contributions of South African Women*. Washington, D.C.: *Hunt Alternatives Fund*.
- 25 UNIFEM 2005a. Informe a la Comisión Consultiva en su 45º período de sesiones. Nueva York: UNIFEM.
- 26 UNFPA 2004a. *Despachos No. 62*.
- 27 Mertus, J. 2004. *Women's Participation in the International Criminal Tribunal for the Former Yugoslavia (ICTY): Transitional Justice for Bosnia and Herzegovina. Policy Commission Case Study*. Washington, D.C.: *Hunt Alternatives Fund*.
- 28 Anderlini, S. N., C. P. Conaway y L. Kays 2004. *Transitional Justice and Reconciliation*. En: *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action*, International Alert y Women Waging Peace. 2004. Washington y Londres: *Hunt Alternatives Fund y International Alert*. Sitio Web: http://www.womenwagingpeace.net/content/toolkit/chapters/Transitional_Justice.pdf, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 29 UNIFEM 2005b. *Women, War, Peace, and Justice*. Nueva York: UNIFEM. Sitio Web: www.womenwarpeace.org/issues/justice/justice.htm, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 30 UNFPA 2004b. *Beijing at Ten: UNFPA's Commitment to the Platform for Action*. Nueva York: UNFPA.
- 31 Naciones Unidas. Sin fecha. *The UN Works for Women: Rescued from Horror*. Nueva York: Naciones Unidas. Sitio Web: www.un.org/works/women/women5.html, visitado el 9 de julio de 2005.
- 32 Las cifras son: 67% en Rwanda y 64% en Camboya. Para Rwanda, véase: UNFPA. 2004c; y para Camboya, véase: Real Gobierno de Camboya. 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women Issues 1995-2005*. Phnom Penh: Ministerio de Asuntos de la Mujer, Real Gobierno de Camboya.
- 33 *Global Information Networks in Education*. Sin fecha. *Child Soldier Projects: The Case of Liberia*. Sitio Web: www.ginie.org/ginie-crises-links/childsoldiers/liberia1.html, visitado el 9 de junio de 2005.
- 34 Mazurana, D. y K. Carlson 2004. *From Combat to Community: Women and Girls of Sierra Leone*. Washington, D.C.: *Hunt Alternatives Fund*.
- 35 *Save the Children* 2005. *Forgotten Casualties of War: Girls in Armed Conflict*. Londres: *Save the Children*.
- 36 Mazurana y Carlson 2004.
- 37 *Save the Children* 2005.
- 38 Verhey, B. 2003. *Going Home: Demobilising and Reintegrating Child Soldiers in the Democratic Republic of Congo*. Londres: *Save the Children; y UNIFEM*. 2004. *Getting It Right, Doing It Right: Gender and Disarmament, Demobilization, and Reintegration*. Nueva York: UNIFEM.
- 39 UNICEF 2005. *Factsheet: Child Soldiers*. Nueva York: UNICEF. Sitio Web: www.unicef.org/protection/childsoldiers.pdf, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 40 Chubb, K. 2001. *Between Anger and Hope: South Africa's Youth and the TRC*. Witwatersrand: *Witwatersrand University Press*.
- 41 Clark, C. 2003. *Juvenile Justice and Child Soldiering: Trends, Challenges, and Dilemmas*. *Child Soldier Newsletter* 7: 6-8. Sitio Web: www.child-soldiers.org/document_get.php?id=681, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 42 República de Sierra Leona 2003. *Sierra Leone National Youth Policy*. Freetown: República de Sierra Leona. Sitio Web: www.statehouse-sl.org/policies/youth.html, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 43 Banco Mundial 2005a. *Youth for Good Governance Distance Learning Program*. Washington, DC: Banco Mundial. Sitio Web: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/35958/overview.pdf>, visitado el 25 de marzo de 2005; y Banco Mundial. 2005b. "Module IX: The Role of Youth: The Significance of Coalition-Building." *Youth for Good Governance Distance Learning Program*. Washington, DC: Banco Mundial. 6. Sitio Web: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/35976/mod09.pdf>, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 44 Congo: *Children's Parliament Launched by Government and UNICEF*. 30 de septiembre de 2005. *IRINnews*. Sitio Web: www.irinnews.org/report.asp?ReportID=36903&SelectRegion=Great_Lake, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 45 *Save the Children* 2005; y UNESCO 2004. *EFA Global Monitoring Report 2003/4*. París: UNESCO.
- 46 *Women's Commission for Refugee Women and Children*. 2002. *Precious Resources: Participatory Research Study with Adolescents and Youth in Sierra Leone: April-July 2002*. Nueva York: *Women's Commission for Refugee Women and Children*. Sitio Web: www.womenscommission.org/reports/sl/index.shtml, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 47 *Inter-Agency Network for Education in Emergencies*. 2004. *Minimum Standards for Education in Emergencies, Chronic Crises, and Early Reconstruction*. París: *Inter-Agency Network for Education in Emergencies*. Sitio Web: www.ineesite.org/standards/MSEE_report.pdf, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 48 Sommers, M. 2002. *Children, Education, and War: Reaching Education for All (EFA) Objectives in Countries Affected by Conflict*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Sitio Web: www.wds.worldbank.org/ser/vlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2002/10/12/000094946_02091704130527/Rendered/PDF/multiPage.pdf, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 49 Mazurana y Carlson 2004.
- 50 UNFPA 2004d. "Salud reproductiva para comunidades en crisis". Cap. 10 en: *El Estado de la Población Mundial 2004: El consenso de El Cairo diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*, UNFPA. 2004e. Nueva York: UNFPA.

- 51 Nuevo Centro del Sudán para Estadísticas y Evaluación y UNICEF 2004. *Towards a Baseline: Best Estimates of Social Indicators for Southern Sudan*. NCSSE Series Paper. No. 1.
- 52 Naciones Unidas 1999. *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-agency Field Manual*. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Sitio Web: www.rhrc.org/resources/general%5Ffieldtools/iafm_menu.htm, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 53 Puede encontrarse información sobre RHRC en el Sitio Web de *Reproductive Health Response in Conflict Consortium*: www.rhrc.org, visitado más recientemente el 13 de julio de 2005. El consorcio está integrado por: *American Refugee Committee*; *CARE*; *Heilbrunn Department of Population and Family Health, Columbia University*; *Mailman School of Public Health, International Rescue Committee*; *JSI Research and Training Institute*; *Marie Stopes International*; y *Women's Commission for Refugee Women and Children*.
- 54 UNFPA 2003. "Las mujeres iraquíes reciben del UNFPA servicios y suministros de emergencia". *Despachos*. No. 57.
- 55 UNFPA 14 de enero de 2005. "El UNFPA envía suministros a países afectados por el maremoto para satisfacer las necesidades de las mujeres y asegurar el parto sin riesgo". Comunicado de prensa. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=546, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 56 UNFPA 2004f. *En buenas manos: Informes desde el terreno sobre la marcha de los trabajos*. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/378_filename_hands_en.pdf, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 57 UNFPA, 3 de mayo de 2002. "El Fondo de Población de las Naciones Unidas trata de obtener 3,6 millones de dólares para asistencia de emergencia en el Territorio Palestino ocupado: La máxima prioridad es proteger a las embarazadas". Comunicado de prensa. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=80&Language=1, visitado el 9 de julio de 2005.
- 58 Naciones Unidas 1998b. *Informe del Relator Especial sobre Violación sistemática, esclavitud sexual y prácticas similares a la esclavitud durante los conflictos armados (E/CN.4/Sub.2/1998/13)*. Nueva York: Naciones Unidas; y *Human Rights Watch*. 2000a. *Federal Republic of Yugoslavia: Kosovo: Rape as a Weapon of Ethnic Cleansing*. Sitio Web: www.hrw.org/reports/2000/fry/index.htm#TopOfPage, visitado el 12 de abril de 2005.
- 59 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005d; Naciones Unidas. 2005d. Integración de los derechos humanos de la mujer y de la perspectiva de género: violencia contra la mujer: intersecciones de la violencia contra la mujer y el VIH/SIDA: Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y sus consecuencias, *Yakin Ertürk (E/CN.4/2005/72)*. Nueva York: Naciones Unidas; y Adrian-Paul, A. 2004. "HIV/AIDS". *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action*. Washington, D.C. y Londres: Hunt Alternatives Fund and International Alert. Sitio Web: www.womenwagingpeace.net/content/toolkit/chapters/HIV_AIDS.pdf, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 60 *Human Rights Watch* 2003. *We'll Kill You If You Cry: Sexual Violence in the Sierra Leone Conflict*, pág. 3. Nueva York: *Human Rights Watch*.
- 61 Adrian-Paul 2004.
- 62 *Human Rights Watch* 2000b. *Tanzania: Violence against Women Refugees*. Nueva York: *Human Rights Watch*. Sitio Web: www.hrw.org/english/docs/2000/09/26/tanzan676.htm, visitado el 12 de abril de 2005.
- 63 UNFPA 2004g. *Forms of Gender-based Violence and Their Consequences. Interactive Population Center*. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/intercenter/violence/index.htm, visitado el 12 de abril de 2005.
- 64 Puri, S. Sin fecha. *Challenging Gender-based Violence Across Borders*. Nueva York: *International Rescue Committee*. Sitio Web: www.theirc.org/index.cfm/wwwID/578, visitado el 2 de marzo de 2005.
- 65 *Reproductive Health Response in Conflict Consortium*. 2005. *Gender-based Violence*. Nueva York: *Reproductive Health Response in Conflict Consortium*. Sitio Web: www.rhrc.org/rhr_basics/gbv/, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 66 UNFPA 2004b.
- 67 Naciones Unidas 2002. *Investigaciones sobre la explotación sexual de los refugiados por trabajadores de asistencia en el África occidental: Nota del Secretario General (A/57/465)*. Véase también: *UN News Centre*. 29 de abril de 2005. *UN Probes Allegations of Sex Exploitation by Peacekeepers in Liberia*. Sitio Web: <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=14131&Cr=Liberia&Cr1=#>, visitado el 14 de junio de 2005.
- 68 Naciones Unidas 2003. *Boletín del Secretario General: Medidas especiales de protección contra la explotación sexual y el abuso sexual (ST/SGB/2003/13)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- 69 Wax, E., 13 de noviembre de 2003. *Cycle of War is Spreading AIDS and Fear in Africa*. *The Washington Post*.
- 70 ONUSIDA 2005a. *HIV/AIDS and Uniformed Services*. Ginebra: ONUSIDA. Sitio Web: www.unaids.org/EN/in+focus/hiv_aids_security+and+humanitarian+response/hiv_aids+and+uniformed+services.asp, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 71 *Reproductive Health Response in Conflict Consortium*. 2004a. *Guidelines for the Care of Sexually Transmitted Infections in Conflict-Affected Settings*. Nueva York: *Reproductive Health in Conflict Consortium*; *Reproductive Health Response in Conflict Consortium*. 2004b. *HIV/AIDS Prevention and Control: A Short Course for Humanitarian Workers: Facilitator's Manual*. Nueva York: *Reproductive Health in Conflict Consortium*; y Naciones Unidas. 2004c. *Guidelines for HIV/AIDS Interventions in Emergency Settings*. Nueva York: *Inter-Agency Standing Committee Task Force on HIV/AIDS in Emergency Settings*, Naciones Unidas.
- 72 UNFPA 2001. *Reproductive Health for Communities in Crisis: UNFPA Emergency Response*. Nueva York: UNFPA.
- 73 UNIFEM. Sin fecha. *Women, War, Peace and HIV/AIDS*. Nueva York: UNIFEM Sitio Web: www.womenwarpeace.org/issues/hiv/hiv.htm, visitado más recientemente el 13 de julio de 2005; ONUSIDA. 2005b. *First Quarterly Report 2005*. Oficina del ONUSIDA sobre el SIDA, la seguridad y la respuesta humanitaria (SHR). Copenhague: ONUSIDA. Sitio Web: www.unaids.org/html/pub/topics/security/shr-2005quarter1_en.pdf, visitado el 13 de julio de 2005.
- 74 Naciones Unidas 2003b. *Fondo de Población de las Naciones Unidas: Informe de la Directora Ejecutiva para 2002: Informe solicitado por la Junta Ejecutiva (DP/FPA/2003/4 [Part III])*. Nueva York: Naciones Unidas.
- 75 ONUSIDA 2004. *On the Front Line: A Review of Policies and Programmes to Address HIV/AIDS Among Peacekeepers and Uniformed Services*. Nueva York: ONUSIDA.
- 76 *Women's Commission for Refugee Women and Children* 2005. *Children and Adolescents Project*. Nueva York: *Women's Commission for Refugee Women and Children*. Sitio Web: www.womenscommission.org/projects/children/index.shtml, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 77 Nyitambe, N., M. Schilperoord y R. Ondeko 2004. *Lessons from a Sexual Reproductive Health Initiative for Tanzanian Adolescents. Forced Migration Review* 19: 9-10. Sitio Web: www.fmreview.org/FMRpdfs/FMR19/FMR19_full.pdf, visitado el 25 de marzo de 2005.
- 78 UNFPA 2004c.
- 79 *The Population Council* y UNFPA 2002. *Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Charting Directions for a Second Generation of Programming*. Informe de un taller realizado por el UNFPA en colaboración con *The Population Council*, Nueva York, 1 a 3 de mayo de 2002. Nueva York: *The Population Council*.

CAPÍTULO 9

- 1 Naciones Unidas 2005a. *World Population Prospects: The 2004 Revision: Highlights (ESA/P/WP.193)*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas.
- 2 Grupo Especial de Trabajo sobre los jóvenes y los ODM 2005. *Youth and the Millennium Development Goals: Challenges and Opportunities for Implementation: Final Report of the Ad Hoc Working Group for Youth and the MDGs: April 2005*. Sitio Web: <http://tig.phpwebhosting.com/themes/mdg/YouthMDG.pdf>, visitado más recientemente el 27 de junio de 2005.
- 3 Desde comienzos del decenio de 1990 se ha establecido el cálculo de eficacia en función de los costos de los servicios de salud reproductiva, inclusive los de planificación de la familia. En 1993, en su informe mundial sobre la salud, "Inversiones en salud", el Banco Mundial estableció un "conjunto de medidas de salud esenciales", basado en los servicios que arrojan mayores beneficios con limitados recursos. El conjunto recomendado incluyó los componentes clave de los servicios de salud reproductiva. En 2001, la Comisión de Macroeconomía y Salud reconoció la importancia de la salud reproductiva, inclusive la planificación de la familia, para el desarrollo económico. Véase: Singh, S. y otros 2004. *Salud sexual y reproductiva: Una inversión que vale la pena*, pág. 12. Nueva York: *The Alan Guttmacher Institute* y UNFPA. El Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, indicó que el mayor acceso a los servicios de salud reproductiva es una de las "soluciones de efecto rápido", es decir, acciones que pueden arrojar beneficios en plazos de hasta tres años.
- 4 Además de las diversas reuniones regionales y mundiales celebradas a partir de 2002 en conmemoración de la CIPD y la Conferencia de Beijing, cabe mencionar otras reuniones y acuerdos de alto nivel celebrados en 2005 que afirman los vínculos entre salud reproductiva y los ODM: resolución 57.12 de la Asamblea Mundial de la Salud; 38º período de sesiones de la Comisión de Población y Desarrollo, Naciones Unidas (resolución E/CN.9/2005/L.5) y "Llamamiento a la acción de Estocolmo: Inversiones en salud reproductiva y derechos reproductivos como prioridad de desarrollo" (Sitio Web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/418_filename_stockholm-call-to-action.pdf, visitado más recientemente el 13 de julio de 2005); Naciones Unidas 2005b. *Proyecto de informe presentado por el Presidente de la Comisión de Desarrollo Social sobre la base de consultas oficiosas: Declaración en el décimo aniversario de la Cumbre Mundial de Desarrollo Social (E/CN.5/2005/L.2)*. Nueva York: Naciones Unidas. Véase también las resoluciones adoptadas en 2005 por la Comisión de Población y Desarrollo relativas a salud reproductiva y ODM, y al VIH/SIDA.
- 5 UNFPA. 24 de febrero de 2005. "Población y salud reproductiva: La clave para el logro de los ODM". Declaración de Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva del UNFPA, ante el Organismo Canadiense para el Desarrollo Internacional. Nueva York: UNFPA.
- 6 La lista completa de componentes de servicios de salud reproductiva figura en: Naciones Unidas 1995. *Población y Desarrollo, vol. 1: Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo: 5 a 13 de septiembre de 1994*, párr. 7.6. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas.
- 7 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a. *Combating AIDS in the Developing World*, pág. 89. Nueva York: Grupo de Trabajo sobre el VIH/SIDA, Equipo de Tareas sobre el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis y sobre el acceso a medicamentos esenciales. Londres y Sterling, Virginia: *Earthscan*.
- 8 Singh y otros 2004, pág. 18. Véase también: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, recuadro 5.5, pág. 82. Informe al Secretario General de las Naciones Unidas. Londres y Sterling, Virginia: *Earthscan*.
- 9 UNFPA 2004a. *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*. Nueva York: UNFPA.
- 10 Sobre la base de proyectos piloto realizados en Côte d'Ivoire y la India. Véase: UNFPA y Oficina Regional del Asia meridional de la Federación Internacional de Planificación de la Familia 2004. *Integrating HIV Voluntary Counselling and Testing Services into Reproductive Health Settings: Stepwise Guidelines for Programme Planners, Managers and Service Providers*. Nueva York y Londres: UNFPA y Federación Internacional de Planificación de la Familia.
- 11 Por ejemplo, el "Llamamiento de Nueva York al Compromiso: Vínculo entre el VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva" (puede consultarse en el Sitio Web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/321_filename_New%20York%20Call%20to%20Commitment.pdf, visitado más recientemente el 11 de julio de 2005); el *Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children* (disponible en el Sitio Web: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/333_filename_glion_call_to_action.pdf, visitado más recientemente el 11 de julio de 2005); y el 38º período de sesiones, 2005, de la Comisión de Población y Desarrollo, Naciones Unidas.
- 12 Véase, por ejemplo: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 89.
- 13 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005b; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 7.
- 14 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c. *¿Quién tiene el poder?: Transformando los sistemas de salud para la mujer y el niño*. Equipo de Tareas sobre la salud de los niños y de las madres. Londres y Sterling, Virginia: *Earthscan*.
- 15 Ibid.
- 16 Estudios realizados en Kenya y Zimbabwe comprobaron que la introducción de cargos

- al usuario redundó en disminuciones de 50% y 30%, respectivamente, en la utilización de los servicios de salud materna. Citado en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, 2005c.
- 17 Varias de las referencias pueden encontrarse en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 109; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, 2005c.
- 18 Naciones Unidas 2003a. *Human Security Now: Protecting and Empowering People*, pág. 17. Nueva York: Comisión sobre la Seguridad Humana, Naciones Unidas.
- 19 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 96.
- 20 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 103.
- 21 Ibid.
- 22 UNFPA y University of Aberdeen 2005. *Maternal Mortality Update 2004: Delivering into Good Hands*, pág. 23. Nueva York: UNFPA; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c.
- 23 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a, pág. 96.
- 24 UNFPA y University of Aberdeen 2005, pág. 23.
- 25 Estimación de Joint Learning Initiative, 2004. Citado en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, 2005b, pág. 101.
- 26 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 96.
- 27 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, págs. 80 y 257.
- 28 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c.
- 29 Freedman, L. P. 2001. *Using Human Rights in Maternal Mortality Programs: From Analysis to Strategy*. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75(1): págs. 51 a 60.
- 30 Naciones Unidas 2002. *Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies*. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Sitio Web: www.ohchr.org/english/issues/docs/guidelinesfinal-poverty.doc, visitado más recientemente el 30 de junio de 2005.
- 31 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 118.
- 32 Whitehead, A. 2003. *Failing Women, Sustaining Poverty: Gender in Poverty Reduction Strategy Papers*. Informe a: UK Gender and Development Network y Christian Aid.
- 33 UNFPA 2004b. Examen de gabinete de los PRSP de 2003. Nueva York: Subdivisión de Población y Desarrollo, División de Apoyo Técnico, UNFPA.
- 34 Whitehead 2003. Véase también: Randriamaro, Z. 2002. *The NEPAD, Gender and the Poverty Trap: The NEPAD and the Challenges of Financing for Development in Africa from a Gender Perspective*. Ponencia presentada en la Conferencia sobre África y los retos de desarrollo en el nuevo milenio, Accra, Ghana, 23 a 26 de abril de 2002. Mowbray, Sudáfrica: *Alternative Information and Development Center*.
- 35 Banco Mundial 2002. *Gender in the PRSPs: A Stocktaking*. Washington, D.C.: Red del Banco Mundial para la Reducción de la Pobreza y la Gestión Económica, Banco Mundial. Citado en: Whitehead 2003.
- 36 Sobre la base de PRSP publicados en 2003. Citados en: UNFPA 2005a. *The Case for Investing in Young People as Part of a National Poverty Reduction Strategy*. Nueva York: UNFPA.
- 37 UNFPA 2003. *Coverage of Population and Development Themes in Poverty Reduction Strategy Papers*. Nueva York: Subdivisión de Población y Desarrollo, División de Apoyo Técnico. UNFPA. Citado en: UNFPA 2005a.
- 38 UNFPA 2004.
- 39 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 118.
- 40 Ibid., pág. 54.
- 41 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005d. *Paso a la acción: Consecución de la igualdad entre hombres y mujeres y potenciación de la mujer*, pág. 149. Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres. Londres y Sterling, Virginia: *Earthscan*.
- 42 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, 2005e. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*. Informe al Secretario General. Londres y Sterling, Virginia: *Earthscan*.
- 43 UNFPA 2005a, pág. 58.
- 44 UNFPA 2005b. *Policy Development Supporting Adolescent and Youth Sexual and Reproductive Health: Nine Countries' Experiences and Collaboration with UNFPA*, pág. 14. Nueva York: UNFPA.
- 45 Real Gobierno de Camboya 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women Issues 1995-2005*. Phnom Penh: Ministerio de Asuntos de la Mujer, Real Gobierno de Camboya.
- 46 En 2003, el total mundial de gastos militares ascendió a 956.000 millones de dólares (véase: Instituto Internacional de Estocolmo para la Investigación sobre la Paz: 2004. *SIPRI Yearbook 2004: Armaments, Disarmament and International Security*. Oxford: Oxford University Press). Un monto de 950.000 millones de dólares figura en: Deen, T. 10 de septiembre de 2004. *Battling Poverty or Wars? IPS News Agency*. Sitio Web: www.ipsnews.net/new_notas.asp?idnews=25433, visitado el 9 de julio de 2005.
- 47 Según el anexo estadístico a los ODM de las Naciones Unidas, en 2003 el total de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) a todos los países en desarrollo ascendió a 69.000 millones de dólares, y en 2002, a 58.000 millones de dólares. Los datos preliminares dados a conocer en abril de 2005 por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos indican que en 2004, el total de la asistencia oficial para el desarrollo ascendió a 78.600 millones de dólares (en dólares actuales), lo cual marcaría un nuevo aumento. Véase: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. 11 de abril de 2005. *Official Development Assistance Increases Further: But 2006 Targets Still a Challenge*. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Sitio Web: www.oecd.org/document/3/0,2340,en_2649_201185_34700611_1_1_1_1,00.html, visitado más recientemente el 5 de julio de 2005.
- 48 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 250.
- 49 El Servicio Financiero Internacional tiene el propósito de desembolsar tempranamente la asistencia al desarrollo para la consecución de los ODM mediante la venta de bonos en mercados de capital. Véase: Suri, S., 23 de mayo de 2005. *Divisions in G-8 May Deepen over Africa*. *IPS UN Journal* 13(93); *Brown and Chirac Propose New Ideas to Finance the Global Fund*. *Global Fund Observer Newsletter*. Sitio Web: www.aidspace.org/gfo/archives/newsletter/GFO-Issue-39.pdf, visitado el 7 de febrero de 2005.
- 50 *EU Debate Adds Fuel to Aid*. 17 de febrero de 2005. *IPS UN Journal* 13(28); y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b pág. 256.
- 51 Los datos corresponden a 2003. Véase: Comisión Económica para África 2005. *Our Common Interest: Report of the Commission for Africa*, pág. 50. Londres: *Commission for Africa*. Véase también el indicador 15 en: Naciones Unidas 2003b. "Anexo: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Metas e indicadores". Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas: Informe del Secretario General (A/58/323). Nueva York: Naciones Unidas.
- 52 Comisión Económica para África 2005. La meta de asignar un 15% del producto interno bruto al sector de salud fue aprobada por la Organización de la Unidad Africana: *Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases*, párr. 26. Cumbre Africana de 2001 sobre el VIH/SIDA, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, Abuja, Nigeria, 26 y 27 de abril de 2001.
- 53 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005e, pág. 17.
- 54 Ibid., Recuadro 1, pág. 5.
- 55 Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 11 de abril de 2005. Véase también: Deen, 10 de septiembre de 2004.
- 56 Bianchi, S. 14 de abril de 2005. *EU Proposes More Aid to Developing Nations*. *Belgium, France, Finland, Ireland, Spain and the United Kingdom have Set Timetables by or before 2015*. *IPS UN Journal* 13(66).
- 57 Los Estados miembros de la Unión Europea prometieron aumentar el gasto y establecieron metas provisionales: 0,51% del ingreso nacional bruto para 2010 en los 15 Estados que se incorporaron inicialmente a la Unión Europea, y 0,17% en los nuevos miembros. Véase: Bianchi, 14 de abril de 2005.
- 58 Dugger, C., 5 de junio de 2005. *U.S. Challenged to Increase Aid to Africa*. *The New York Times*; y Bianchi, S., 24 de mayo de 2005. *EU to Increase Aid*. *InterPress Service New Agency*. Sitio Web: http://ipsnews.net/new_notas.asp?idnews=28801, visitado el 9 de julio de 2005.
- 59 Los informes sobre gastos de países en desarrollo incluyen todos los fondos destinados al VIH/SIDA, además del conjunto de actividades preventivas utilizadas para estimar las necesidades. Una proporción mayor del total corresponde a asignaciones en un pequeño número de países de gran magnitud.
- 60 Naciones Unidas 2005c. *Corriente de recursos financieros para la asistencia a la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (E/CN.9/2005/5)*, pág. 16. Nueva York: Naciones Unidas.
- 61 Ibid.
- 62 Naciones Unidas 2002, págs. 53 y 60.
- 63 PNUD 2003. *Informe sobre Desarrollo Humano 2003: Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza humana*. Nueva York: PNUD.
- 64 Véase también el Pacto Mundial, Naciones Unidas 2000, en que se invita a las empresas internacionales a adoptar y respetar los 10 principios orientadores básicos sobre derechos humanos, derechos de los trabajadores, protección del medio ambiente y lucha contra la corrupción; citado en: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas, 2005b, pág. 142.
- 65 Banco Mundial. Sin fecha. *Governance and Anti-corruption*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Sitio Web: www.worldbank.org/wbi/governance/, visitado más recientemente el 27 de junio de 2005.
- 66 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, págs. 99 y 201; y Stapp, K. 7 de marzo de 2005. *One Step Forward, Two Steps Back? IPS UN Journal* 13(39).
- 67 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005c.
- 68 Naciones Unidas 2005d. *Adelantos logrados en la aplicación de la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA: Informe del Secretario General (A/59/765)*, párr. 41. Nueva York: Naciones Unidas.
- 69 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005a.
- 70 Sachs, J. D. y J. W. McArthur 2005. *The Millennium Project: A Plan for Meeting the Millennium Development Goals*. *The Lancet* 365(9456): págs. 347 a 353; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 133.
- 71 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b.
- 72 OIT 2001. *An ILO Code of Practice on HIV/AIDS and the World of Work*. Ginebra: OIT; y Little Corporate Response Seen in Tackling AIDS Threat. *Population* 2005 7 (1): pág. 4.
- 73 Naciones Unidas. 2005e. *Un concepto más amplio de la libertad: Desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos: Informe del Secretario General (A/59/2005)*, párr. 8. Nueva York: Naciones Unidas.
- 74 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. Sin fecha. *Fast Facts. Faces of Poverty*. Sitio Web: www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm, visitado el 3 de junio de 2005.

Fuentes de las citas

CAPÍTULO 1

pág. 1: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005a. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals: Overview*. Informe al Secretario General. Recuadro 1.1. pág. 59.

CAPÍTULO 2

pág. 9: Mensaje a la Quinta Conferencia de Población de Asia y el Pacífico, Conferencia Regional sobre la CIPD+10, Bangkok, 11 a 17 de diciembre de 2002.

pág. 15: Naciones Unidas 2005a. Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing y de los documentos finales del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado "La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI". Informe del Secretario General (E/CN.6/2005/2), párr.354.

pág. 17: "Declaración sobre la igualdad de género en África. Tercer período ordinario de sesiones, Jefes de Estado y de Gobierno de los Estados miembros de la Unión Africana, Addis Abeba, Etiopía, 6 a 8 de julio de 2004.

CAPÍTULO 3

pág. 21: Naciones Unidas. 28 de febrero de 2005. *Development Tool (SG/SM/9738)*. Comunicado de prensa sobre el discurso pronunciado ante la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer en su período de sesiones de 2005.

pág. 23: Naciones Unidas. 2000. *Resolución de la Asamblea General: Declaración del Milenio*, de las Naciones Unidas (A/RES/55/2), párr. 1.6.

pág. 25: Naciones Unidas 1995. Población y Desarrollo, Vol. 1: Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, párr. 7.3.

pág. 27: "Demografía, VIH/SIDA y salud reproductiva: Implicaciones para la consecución de los ODM". Discurso pronunciado en el *Overseas Development Institute*, Londres, 2 de febrero de 2005.

CAPÍTULO 4

pág. 33: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005b. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Informe al Secretario General. Recuadro 5.5, pág. 82.

pág. 34: Declaración de la Dra. Nafis Sadik, Secretaria General de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, septiembre de 1994.

pág. 37: 14^a. Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona, julio de 2002.

pág. 41: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005c. *Combating AIDS in the Developing World*, pág. 54. Grupo de Trabajo sobre el VIH/SIDA, Equipo de Tareas sobre el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis, y sobre el acceso a medicamentos esenciales.

CAPÍTULO 5

pág. 55: UNFPA 2004. *Too Brief a Child: Voices of Married Adolescents*. Videocinta.

CAPÍTULO 6

pág. 57: Naciones Unidas 1995, párr. 4.24.

pág. 60: Centro de Análisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPAL y UNFPA 2005a. "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica: Caso Nicaragua". Versión preliminar.

pág. 61: *The Population Council* 2003. *My Father Didn't Think This Way: Nigerian Boys Contemplate Gender Equality*. *Quality/Calidad/Qualité*. No. 14.

CAPÍTULO 7

pág. 65: Naciones Unidas 2005b. *Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos*. Informe del Secretario General (A/59/2005), párr. 15.

pág. 66: *Uphold My Reproductive Rights: To be Born, To be Safe and To Choose with Dignity*. Nueva Delhi: Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Gobierno de la India y UNFPA.

pág. 67: UNICEF 2001. *Young People Speaking Out*.

pág. 69: Erulkar, A. S. y otros 2004. *The Experience of Adolescence in Rural Amhara Region, Ethiopia*, pág. 19. Nueva York y Accra, Ghana: *The Population Council*, UNICEF, Ministerio de la Juventud, los Deportes y la Cultura, y UNFPA.

CAPÍTULO 8

pág. 75: *Women, War and Peace: Mobilising for Peace and Security in the 21st Century*. *The 2004 Dag Hammarskjöld Lecture*, Uppsala, Suecia, 22 de septiembre de 2004.

pág. 76: Declaración del Reino Unido sobre la mujer, la paz y la seguridad, Reunión abierta sobre la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad, 28 de octubre de 2004.

pág. 81: Rehn, E. y E. Johnson Sirleaf 2002. *Progress of the World's Women 2002*, vol. 1: *Women War Peace: The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peacekeeping*, pág. 54. Nueva York: UNIFEM.

CAPÍTULO 9

pág. 85: Naciones Unidas 2005b, párr. 40.

pág. 89: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005b, pág. 78.

pág. 91: Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas 2005d. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, pág. 30. Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres.

Fuentes para los recuadros

CAPÍTULO 1

2 UNFPA. 2003. *Achieving the Millennium Development Goals: Population and Reproductive Health as Critical Determinants*. *Population and Development Strategies Series*. No. 10; UNFPA. 2005. "Reducing Poverty and Achieving the Millennium Development Goals: Arguments for Investing in Reproductive Health and Rights". Documento de antecedentes para la Mesa Redonda de Estocolmo; Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005. *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, Recuadro 5.5, pág. 82. Informe al Secretario General de las Naciones Unidas; Banco Mundial. 2003a. *Gender Equality and the Millennium Development Goal*; y Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas. 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*.

CAPÍTULO 2

3 Naciones Unidas. 2003. *Human Security Now: Protecting and Empowering People*; Middleberg, M. I. 2003. *Promoting Reproductive Security in Developing Countries*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. *Fast Facts: Faces of Poverty*. Sitio Web: www.unmillenniumproject.org/facts/index.htm, visitado el 3 de junio de 2005.

5 Bruce, J., C. Lloyd y A. Leonard. 1995. *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*, págs. 13 y 15. Nueva York: *The Population Council*; Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*, págs. 11, 13, y 89. Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres; Díaz Muñoz, A. R. y E. Jelín. 2003. *Major Trends Affecting Families: South America in Perspective*. Preparado para el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Política Social y Desarrollo, Programa de la Familia; UNFPA. Sin fecha. *The Older Years*. Sitio Web: www.unfpa.org/intercenter/cycle/older.htm visitado más recientemente el 9 de mayo de 2005; y Banco Mundial. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*, págs. 25 y 66.

CAPÍTULO 3

6 Jonsson, U. 2003. *Human Rights Approach to Development Programming*. Nairobi: UNICEF.

8 Cruz, V. A. y A. E. Badilla. 2005. VIH/SIDA y Derechos Humanos: de las limitaciones de los desafíos. Análisis comparativo del marco jurídico de los países centroamericanos sobre VIH/SIDA., Instituto Interamericano de Derechos Humanos, ONUSIDA, UNFPA y Organización Internacional del Trabajo.

9 Adaptado de: UNFPA. 2004. *Culture Matters: Working with Communities and Faith-based Organizations: Case Studies From Country Programmes*.

CAPÍTULO 4

12 Starrs, A. y P. Ten Hoop-Bender. 2004. *Dying for Life*. Págs. 78 a 81 en: *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now*, Countdown 2015. 2004. Nueva York, Londres y Washington, D.C.: *Family Care International*, Federación Internacional de Planificación de la Familia y *Population Action International*; Caro, D. A., S. F. Murria y P. Putney. 2004. *Evaluation of*

the Averting Maternal Death and Disability Program. Subsidio de la *Bill and Melinda Gates Foundation*, Columbia University, Mailman School of Public Health. Silver Spring, Maryland: *Cultural Practice*; Bruce, J. y otros. 1995. *Families in Focus: New Perspectives on Mothers, Fathers and Children*. Nueva York: *The Population Council*; Banco Mundial. 2001. *Engendering Development: Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice*; OMS, UNICEF y UNFPA. 2004. *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*; UNFPA. 2004. *Sexually Transmitted Infections: Breaking the Cycle of Transmission*; *Population Services International*. 2004. *Giving Families More Room to Breathe: Voluntary Birth Spacing Provides Health, Economic and Social Benefits*. Washington, D.C.: *Population Services International*; y Rutstein, S. O. 2005. *Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-five Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys*. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 89(Suppl. 1): págs S7 a S24. En junio de 2005, la Organización Mundial de la Salud estaba revisando el intervalo recomendado para espaciar los alumbramientos, sobre la base de recientes investigaciones.

13 ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM. 2004. *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*; ONUSIDA en: UNFPA. 2002. *Addressing Gender Perspectives in HIV Prevention: HIV Prevention Now: Programme Briefs*. No. 4; ONUSIDA. 2004. *Fact Sheet: Women and AIDS: A Growing Challenge*. Ginebra: ONUSIDA; ONUSIDA y OMS. 2004. *AIDS Epidemic Update: December 2004 (UNAIDS/04.45E)*; Luke, N. y K. Kurtz. 2002. *Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of Behavior and Implications for Negotiating Safer Sexual Practices*. Washington, D.C.: *Population Services International and International Center for Research on Women*; *A Mother's Promise Campaign*. 2003. *A Mother's Promise the World Must Keep: The 10th Anniversary of the Cairo Consensus*. Washington, D.C.: *Communications Consortium Media Center*; ONUSIDA. 2001. *UNAIDS Resource Packet on Gender and AIDS*. Citado en: *Addressing Gender Perspectives in HIV Prevention*, by UNFPA. 2002. *HIV Prevention Now: Programme Briefs*. No. 4; ONUSIDA. 1999. *Gender and HIV/AIDS: Taking Stock of Research and Programmes (UNAIDS/99.16E)*. *UNAIDS Best Practice Collection*. *Key Material*; UNIFEM. 2002. *Women's Human Rights: Gender and HIV/AIDS*; Sternberg, S. 23 de febrero de 2005. *In India, Sex Trade Fuels HIV's Spread: Women Trapped as Male-dominated Economy Booms*. *USA Today*; *International Community of Women Living with HIV/AIDS*. 2004. *Visibility, Voices and Visions: A Call for Action from HIV Positive Women to Policy Makers*; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005. *Combating AIDS in the Developing World*, pág. 54. Equipo de Tareas sobre el VIH/SIDA, el paludismo, la tuberculosis, y sobre el acceso a medicamentos esenciales; Comisión de Derechos Humanos. 2005. *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women (E/CN.4/2005/72)*, párr. 33; y Blanc, A. K. y otros. 1996. *Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda*. Calverton, Maryland: *Macro International Inc.* e ISAE Makerere University.

15 Boender, C. y otros. 2004. *The 'So What' Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus into Programs Makes a Difference to Outcomes*. *Interagency Gender Working Group Task Force Report*. Washington, D.C.: *Interagency Gender Working Group*; Yinger, N. 1998. *Unmet Need for Family Planning:*

Reflecting Women's Perceptions, págs. 9, 14 y 17. ICRW Research Report. Washington, D.C.: International Center for Research on Women; The Alan Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*; Zlider, V. M. y otros. 2003. *New Survey Findings: The Reproductive Revolution Continues. Population Reports. Series M. No 17*. Baltimore, Maryland: The INFO Project, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project; y Barnett, B. y J. Stein, 1998. *Women's Voices and Women's Lives: The Impact of Family Planning: A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project*, pág. 101. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International; y Stanback, J. y K. A. Twum-Baah. 2001. *Why do Family Planning Providers Restrict Access to Services: An Examination in Ghana. International Family Planning Perspectives* 27(1): págs. 37 a 41.

CAPÍTULO 5

- 19 Family Care International. 2005. *A Better Future for Rural Girls: Manager's Briefing*. Cit.
- 22 *The Executive Summary of the Lancet Neonatal Survival Series*. Sitio Web: www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NEONATAL/The_Lancet/Executive_Summary.pdf, visitado más recientemente el 18 de julio de 2005; *Countdown 2015*. 2004. *Countdown 2015: Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Special Report: ICPD at Ten: Where are We Now?* Nueva York, Londres y Washington, D.C.: Family Care International, Federación Internacional de Planificación de la Familia y Population Action International; Naciones Unidas. 2001. *We the Children: End-decade Review of the Follow-up to the World Summit for Children: Report of the Secretary-General (A/S-27/3)*; y Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005. *Who's Got the Power: Transforming Health Systems for Women and Children*, pág. 76. Equipo de Tareas sobre la salud de los niños y de las madres; y *Action Canada for Population and Development*. 2004. *Why Invest in Sexual and Reproductive Health and Rights?* Sitio Web: www.acpd.ca/acpd.cfm/en/section/SRResources/articleID/123, visitado más recientemente el 18 de julio de 2005.
- 24 Luke, N. 2005. *Confronting the 'Sugar Daddy' Stereotype: Age and Economic Asymmetries and Risky Sexual Behavior in Urban Kenya*. International Family Planning Perspectives 31(1): págs. 6 a 14; Luke, N., and K. M. Kurtz. 2002. *Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of Behavior and Implications for Negotiating Safer Sexual Practices*. Washington, D.C.: Population Services International and International Center for Research on Women; and Fitzgerald, D. W., et al. 2000. *Economic Hardship and Sexually Transmitted Diseases in Haiti's Rural Artibonite Valley*. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 62(4): págs. 496 a 501.

CAPÍTULO 6

- 26 Centro de Análisis Sociocultural - Universidad Centroamericana, CEPAL y UNFPA. 2005a. "Estudio Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres frente a la paternidad en Centroamérica: Caso Nicaragua". Versión preliminar resumida. También se hace hincapié en la educación, en lo concerniente a la paternidad y la igualdad entre hombres y mujeres, en: CEPAL. 2002. *Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano (LC/MEX/L.475/Rev.1)*.
- 27 Greene, M. E. y otros. De próxima publicación. *Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development. Occasional paper*

prepared for the United Nations Millennium Project; Gobierno de Camboya. 2003. *Policy on Women, the Girl Child, and STI/HIV/AIDS*. Phnom Penh: Ministerio de Asuntos de la Mujer y de los Veteranos; Baker, G. y otros. 2003. *Men's Participation as Fathers in the Latin American and Caribbean Region: A Critical Literature Review with Policy Considerations*. Versión final. Documento preparado para el Banco Mundial; James, B. 2002. *European, Australian and Canadian Policies to Reconcile Paid Work and Family Life*. Versión final. Documento preparado para el Ministerio de Asuntos de la Mujer de Nueva Zelanda; Wellington, Nueva Zelanda; CEPAL. 2002. *Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano*; República Socialista de Viet Nam. 2002. *The Comprehensive Poverty Reduction and Growth Strategy*. Hanoi; Ministerio de Salud; República de Botswana. 1994. *Botswana Family Planning General Policy Guidelines and Services Standards*. Gaborone: Salud Maternoinfantil/Planificación de la Familia, Departamento de Atención Primaria de la Salud, Ministerio de Salud; Deven, F. y P. Moss. 2002. *Leave Arrangements for Parents: Overview and Future Outlook. Community, Work and Family* 5: págs 237 a 255; y O'Brien, M. 2004. *Shared Caring: Bringing Fathers into the Frame. EOC Working Paper Series. No. 18*. Manchester, Reino Unido: *Equal Opportunities Commission*. Acerca de Jamaica, véase el Sitio Web: www.moc.gov.jm/youth/YouthPolicy.pdf, visitado el 28 de abril de 2005. Acerca de Costa Rica, véase el Sitio Web: www.ccp.ucr.ac.cr/observa/CRindicadores/naci.htm, visitado el 18 de septiembre de 2004.

CAPÍTULO 7

- 28 Naciones Unidas. 1993. *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (A/RES/48/104)*; y 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 (DPI/1766/Wom), párrs. 114 a 116.
- 29 UNFPA. 2001. *Workshop Report: Integrating Socio-Cultural Research into Population and Reproductive Health Programmes*. Katmandú, Nepal: Equipo de Servicios Técnicos a los países de Asia meridional y occidental, UNFPA; UNFPA, y Departamento de Desarrollo de la Mujer y el Niño, Gobierno de Haryana, India. 2003. *Jagriti: Rural Women Transforming their Lives*. Nueva Delhi: UNFPA; UNFPA. 2004. *China: Sex Ratio: Facts and Figures*. Folleto; UNFPA, Oficina del Registro Civil General y del Comisionado de Censos, y Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, India. 2003. *Missing: Mapping the Adverse Child Sex Ratio in India*. Folleto; UNFPA. 2003. "Las niñas desaparecidas de la India". *Despachos*. No. 59; UNFPA. 1999. *Violence Against Girls and Women: A Public Health Priority*; UNICEF. Sin fecha. *The Children: Protection*. Sitio Web: www.unicef.org/china/children_1142.html, visitado el 14 de julio de 2005; UNFPA. Sin fecha. *Population Issues: India: Restoring the Sex Ratio Balance*. Sitio Web: www.unfpa.org/culture/case_studies/india_study.htm, visitado el 18 de junio de 2005; y UNFPA. 2003. *UNFPA Global Population Policy Update*. Issue 1.
- 31 La campaña fue coordinada conjuntamente por el PNUD y el UNIFEM, en colaboración con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el UNICEF, el UNFPA, el ONUSIDA y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Véanse los Sitios Web: www.undp.org/rclac/gender y www.paho.org. El Simposio 2001: *Gender Violence, Health and Rights in the Americas*, 4 a 7 de junio de 2001, fue copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud/OMS; el UNIFEM; el UNFPA; el UNDP; el UNICEF; la Comisión

Interamericana de Mujeres de la Organización de los Estados Americanos; la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe; la Red Feminista de América Latina y el Caribe contra la violencia doméstica y sexual (ISIS International); y el Center for Research in Women's Health, un centro del Canadá que colabora con la OMS. Sitio Web: www.paho.org/english/hdp/hdv/Symposium2001FinalReport.pdf, visitado más recientemente el 19 de julio de 2005.

CAPÍTULO 8

- 33 Proyecto del Milenio, de las Naciones Unidas. 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. Equipo de Tareas sobre la educación y la igualdad entre hombres y mujeres; UNIFEM, Banco Mundial, Banco Asiático de Desarrollo, PNUD y Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido. 2004. *A Fair Share for Women: Cambodia Gender Assessment*. Phnom Penh; McGrew, L. 2004. *Good Governance from the Ground Up: Women's Roles in Post-Conflict Cambodia*. Washington, D.C.: *Hunt Alternatives Fund*; Real Gobierno de Camboya. 2004. *Nation Religion King: The Progress Report on Implementation of the Beijing Platform for Action on Women Issues 1995-2005*. Phnom Penh: Ministerio de Asuntos de la Mujer.
- 34 Powley, E. y S. N. Anderlini. 2004. *Democracy and Governance*, pág. 38. Págs. 36 a 47 en: *Inclusive Security, Sustainable Peace: A Toolkit for Advocacy and Action, International Alert and Women Waging Peace*. 2004. Washington, D.C. y Londres: *Hunt Alternatives Fund e International Alert; Inter-Parliamentary Union*. 2005. *Women in National Parliaments: World Classification*. Situación al 30 de abril de 2005. Sitio Web: www.ipu.org/wmm-n-e/classif.htm, visitado el 3 de julio de 2005; y Powley, E. 2003. *Strengthening Governance: The Role of Women in Rwanda's Transition*. Washington, D.C.: *Hunt Alternatives Fund*.

CAPÍTULO 9

- 38 Boender, C. y otros. 2004. *The 'So What' Report: A Look at Whether Integrating a Gender focus into Programs Makes a Difference to Reproductive Health Outcomes?*

Seguimiento 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	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (cifras brutas) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (cifras brutas) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia del VIH (15 a 49 años) M/F	
Total mundial	55	63,7 / 68,2						56	61	54		
Regiones más desarrolladas (*)	8	72,2 / 79,6						26	69	55		
Regiones menos desarrolladas (+)	60	62,3 / 65,8						61	59	54		
Países menos adelantados (‡)	94	50,8 / 52,7						119				
ÁFRICA (1)	91	48,8 / 50,3						109	27	20		
ÁFRICA ORIENTAL	89	46,1 / 47,0						108	22	17		
Burundi	102	43,5 / 45,5	1.000	86 / 69	66 / 70	13 / 9	33 / 48	50	16	10	5,2 / 6,8	
Eritrea	61	52,8 / 56,6	630	70 / 57	90 / 82	34 / 22		93	8	5	2,3 / 3,0	
Etiopía	95	47,1 / 49,0	850	79 / 61	63 / 60	28 / 16	51 / 66	89	8	6	3,8 / 5,0	
Kenya	65	49,5 / 47,8	1.000	95 / 90	61 / 57	34 / 32	22 / 30	96	39	32	4,6 / 8,9	
Madagascar	75	54,5 / 57,0	550	122 / 117	52 / 53	15 / 14	24 / 35	122	27	17	1,4 / 1,9	
Malawi	107	40,6 / 40,1	1.800	143 / 137	50 / 38	38 / 29	25 / 46	157	31	26	12,4 / 16,0	
Mauricio (2)	14	69,2 / 76,0	24	103 / 104	98 / 100	81 / 81	12 / 19	32	75	49		
Mozambique	96	41,3 / 42,3	1.000	114 / 93	53 / 45	19 / 13	38 / 69	102	6	5	10,6 / 13,8	
Rwanda	114	42,5 / 45,7	1.400	122 / 122	45 / 48	18 / 15	30 / 41	47	13	4	4,4 / 5,7	
Somalia	120	46,3 / 48,7	1.100					69				
Tanzania, República Unida de	104	45,9 / 46,6	1.500	99 / 95	86 / 90	6 / 5	23 / 38	108	25	17	7,6 / 9,9	
Uganda	79	48,8 / 50,0	880	142 / 140	63 / 64	22 / 18	21 / 41	207	23	18	3,7 / 4,9	
Zambia	92	38,7 / 37,7	750	85 / 79	83 / 78	31 / 25	24 / 40	128	34	23	14,1 / 18,9	
Zimbabwe	61	37,9 / 36,6	1.100	94 / 92			38 / 35	6 / 14	91	54	50	21,0 / 28,4
ÁFRICA CENTRAL (3)	113	42,9 / 45,0						184	23	5		
Angola	134	39,9 / 42,8	1.700	80 / 69			21 / 17	18 / 46	141	6	5	3,4 / 4,4
Camerún	93	45,4 / 46,6	730	116 / 99	64 / 64	34 / 29	23 / 40	112	19	7	6,0 / 7,9	
Chad	114	42,9 / 45,1	1.100	95 / 61	67 / 51	22 / 7	59 / 87	192	8	2	4,2 / 5,4	
Congo, Rep. Democrática del (4)	115	42,9 / 44,9	990	52 / 47	59 / 50	24 / 13	20 / 48	226	31	4	3,7 / 4,8	
Congo, República del	70	51,4 / 54,0	510	83 / 78	65 / 67	37 / 27	11 / 23	145			4,3 / 5,6	
Gabón	54	53,4 / 54,5	420	133 / 132	68 / 71	49 / 42		105	33	12	7,1 / 9,1	
República Centroafricana	96	38,7 / 40,2	1.100	78 / 53	24 / 22	17 / 7	35 / 67	124	28	7	11,9 / 15,1	
ÁFRICA SEPTENTRIONAL (5)	41	65,8 / 69,7						32	49	43		
Argelia	34	70,3 / 73,0	140	113 / 105	97 / 98	77 / 83	21 / 40	8	64	50	0,1 / <0,1	
Egipto	33	68,2 / 72,7	84	100 / 95	96 / 100	88 / 82	33 / 56	42	60	57	0,1 / <0,1	
Jamahiriya Árabe Libia	18	72,0 / 76,6	97	114 / 114			102 / 108	9 / 29	8	45	26	
Marruecos	35	68,1 / 72,5	220	115 / 104	82 / 80	49 / 41	37 / 62	24	50	42		
Sudán	69	55,2 / 58,0	590	65 / 56	81 / 88	39 / 32	31 / 50	51	10	7	1,9 / 2,6	
Túnez	21	71,6 / 75,8	120	113 / 109	96 / 97	75 / 81	17 / 35	7	63	53	<0,1 / <0,1	
ÁFRICA MERIDIONAL	42	44,6 / 46,0						64	53	51		
Botswana	47	35,5 / 34,9	100	103 / 103	85 / 91	71 / 75	24 / 19	75	40	39	31,7 / 43,1	
Lesotho	63	34,6 / 36,2	550	126 / 127	66 / 81	30 / 39	26 / 10	37	30	30	25,4 / 32,4	
Namibia	40	47,2 / 47,2	300	105 / 106	92 / 93	59 / 66	13 / 17	52	29	26	18,4 / 24,2	
Sudáfrica	41	45,7 / 47,4	230	108 / 104	65 / 64	85 / 91	16 / 19	66	56	55	18,1 / 23,5	
Swazilandia	68	31,6 / 31,3	370	102 / 94	77 / 69	45 / 46	20 / 22	36	28	26	35,7 / 41,7	
ÁFRICA OCCIDENTAL (6)	111	46,4 / 47,3						141	13	8		
Benin	101	54,0 / 55,6	850	127 / 92	70 / 66	38 / 17	54 / 77	128	19	7	1,7 / 2,1	
Burkina Faso	119	47,6 / 49,1	1.000	53 / 39	65 / 68	14 / 9	82 / 92	158	14	9	3,6 / 4,8	
Côte d'Ivoire	116	45,4 / 46,9	690	86 / 69	73 / 65	30 / 16	40 / 62	120	15	7	6,0 / 8,1	
Gambia	72	55,2 / 58,0	540	86 / 84			41 / 28	118	10	9	1,0 / 1,3	

Seguimiento 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	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (cifras brutas) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (cifras brutas) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia del VIH (15 a 49 años) M/F
Ghana	59	56,9 / 57,8	540	87 / 79	62 / 65	47 / 38	37 / 54	63	25	19	2,6 / 3,5
Guinea	101	53,7 / 54,2	740	92 / 71	64 / 48	33 / 15		189	6	4	2,7 / 3,7
Guinea-Bissau	115	43,7 / 46,5	1.100	84 / 56	41 / 34	23 / 13		193	8	4	
Liberia	137	41,6 / 43,3	760	122 / 89		40 / 28	28 / 61	223	6	6	5,1 / 6,7
Malí	130	47,8 / 49,1	1.200	66 / 51	78 / 71	25 / 14	73 / 88	199	8	6	1,6 / 2,2
Mauritania	92	51,9 / 55,1	1.000	89 / 87	61 / 60	25 / 20	41 / 57	98	8	5	0,6 / 0,7
Níger	149	44,8 / 44,9	1.600	51 / 36	71 / 67	8 / 6	80 / 91	258	14	4	1,0 / 1,4
Nigeria	111	43,6 / 43,9	800	132 / 107	64 / 67	40 / 33	26 / 41	140	13	8	4,6 / 6,2
Senegal	80	55,1 / 57,6	690	83 / 77	83 / 77	23 / 16	49 / 71	81	11	8	0,7 / 0,9
Sierra Leona	162	39,9 / 42,7	2.000	93 / 65		31 / 22	60 / 80	176	4	4	
Togo	90	53,2 / 56,8	570	132 / 110	73 / 64	51 / 22	32 / 62	97	26	9	3,6 / 4,7
ASIA	51	66,1 / 70,0						43	64	59	
ASIA ORIENTAL (7)	30	71,1 / 75,4						5	82	81	
China	33	70,3 / 73,9	56	115 / 115	100 / 98	71 / 69	5 / 14	5	84	83	0,2 / 0,1
Corea, Rep. Popular Dem. de	43	60,9 / 66,8	67					2	62	53	
Corea, República de	4	73,8 / 81,2	20	106 / 105	100 / 100	90 / 91		4	81	67	0,1 / <0,1
Hong Kong, R.A.E. de China (8)	4	78,9 / 84,9		107 / 106	100 / 99	79 / 81		5	86	80	0,1 / 0,1
Japón	3	78,7 / 85,8	10 ^a	100 / 101	100 / 100	102 / 102		4	56	51	<0,1 / <0,1
Mongolia	55	62,9 / 66,9	110	100 / 102		78 / 90	2 / 3	53	67	54	<0,1 / <0,1
ASIA SUDORIENTAL	37	65,9 / 70,4						40	60	51	
Camboya	91	53,4 / 60,5	450	130 / 117	60 / 62	31 / 20	15 / 36	47	24	19	3,7 / 1,6
Filipinas	26	68,8 / 73,1	200	113 / 112	72 / 80	80 / 88	8 / 7	36	49	33	<0,1 / <0,1
Indonesia	38	65,8 / 69,5	230	113 / 111	88 / 90	61 / 60	8 / 17	54	60	57	0,2 / <0,1
Lao, Rep. Dem. Popular	84	54,3 / 56,8	650	124 / 108	64 / 65	50 / 37	23 / 39	88	32	29	0,1 / <0,1
Malasia	10	71,4 / 76,0	41	93 / 93	87 / 87	67 / 74	8 / 15	18	55	30	0,7 / 0,1
Myanmar	71	58,1 / 63,9	360	92 / 92	64 / 66	40 / 38	6 / 14	19	37	33	1,6 / 0,7
Singapur	3	77,1 / 80,9	30	106 / 102	100 / 100	71 / 66	3 / 11	6	62	53	0,4 / 0,1
Tailandia	18	67,3 / 74,3	44	99 / 95	92 / 96	77 / 77	5 / 10	48	72	70	2,0 / 1,1
Viet Nam	28	69,1 / 73,1	130	105 / 97	87 / 87	75 / 70	6 / 13	19	79	57	0,7 / 0,3
ASIA CENTROMERIDIONAL	65	62,4 / 65,4						72	48	41	
Afganistán	145	46,6 / 47,1	1.900	120 / 63		24 / -		123	5	4	
Bangladesh	54	62,8 / 64,6	380	94 / 98	49 / 59	45 / 50	50 / 69	120	58	47	
Bhután	52	62,6 / 65,0	420		89 / 93			33	19	19	
India	64	62,4 / 65,7	540	113 / 106	60 / 64	59 / 47	27 / 52	72	48	43	1,2 / 0,6
Irán, Rep. Islámica del	31	69,5 / 72,6	76	93 / 90	94 / 94	80 / 75	17 / 30	20	73	56	0,1 / <0,1
Nepal	60	62,0 / 62,9	740	126 / 112	63 / 67	50 / 39	37 / 65	113	39	35	0,1 / <0,1
Pakistán	75	63,6 / 64,0	500	80 / 57		26 / 19	38 / 65	69	28	20	0,2 / <0,1
Sri Lanka	16	72,0 / 77,3	92	111 / 110	98 / 99	84 / 89	8 / 11	19	70	50	0,0 / <0,1
ASIA OCCIDENTAL	45	66,5 / 70,7						43	47	28	
Arabia Saudita	21	70,5 / 74,4	23	68 / 65	92 / 91	70 / 63	13 / 31	33	32	29	
Emiratos Árabes Unidos	8	76,8 / 81,4	54	98 / 95	93 / 93	78 / 80	24 / 19	20	28	24	
Iraq	88	58,4 / 61,5	250	120 / 100	67 / 63	50 / 35		40	14	10	
Israel	5	78,0 / 82,1	17	112 / 112	86 / 85	94 / 92	2 / 4	15	68	52	
Jordania	21	70,4 / 73,5	41	99 / 100	97 / 98	85 / 87	5 / 15	26	56	41	
Kuwait	10	75,5 / 79,8	5	93 / 94		87 / 92	15 / 19	24	50	41	
Libano	21	70,3 / 74,7	150	106 / 102	90 / 94	76 / 83		26	61	37	0,2 / 0,0

Seguimiento 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	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (cifras brutas) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (cifras brutas) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia del VIH (15 a 49 años) M/F
Omán	15	73,2 / 76,2	87	82 / 80	98 / 98	82 / 79	18 / 35	46	24	18	0,2 / 0,1
República Árabe Siria	17	71,9 / 75,6	160	118 / 112	91 / 92	50 / 46	9 / 26	33	40	28	<0,1 / <0,1
Territorio Palestino Ocupado	19	71,3 / 74,4	100	99 / 99		85 / 91	4 / 13	85			
Turquía (10)	39	66,9 / 71,5	70	95 / 88	98 / 97	90 / 67	4 / 19	41	64	38	
Yemen	64	60,2 / 62,9	570	98 / 68	80 / 71	65 / 29	31 / 72	92	21	10	
ESTADOS ÁRABES (11)	48	65,8 / 69,2	252	99 / 89	87 / 88	67 / 60	25 / 47	42	40	34	0,43 / 0,55
EUROPA	9	69,9 / 78,2						19	67	49	
EUROPA ORIENTAL	14	62,5 / 73,7						27	61	35	
Bulgaria	13	69,3 / 75,9	32	101 / 99	91 / 90	100 / 97	1 / 2	44	42	26	
Eslovaquia	7	70,5 / 78,3	3	102 / 100		91 / 92	0 / 0	20	74	41	
Hungría	8	69,1 / 77,2	16	101 / 100	77 / 98	106 / 106	1 / 1	21	77	68	
Polonia	8	70,7 / 78,7	13	100 / 99	89 / 96	91 / 87		15	49	19	
República Checa	5	72,6 / 79,0	9	103 / 101	97 / 98	96 / 98		12	72	63	0,1 / <0,1
Rumania	17	68,2 / 75,3	49	100 / 98		84 / 85	2 / 4	34	64	30	
EUROPA SEPTENTRIONAL (12)	5	75,6 / 80,8						20	79	75	
Dinamarca	5	75,1 / 79,7	5	104 / 104	100 / 100	126 / 132		7	78	72	0,3 / 0,1
Estonia	9	66,2 / 77,4	63	103 / 99	98 / 99	95 / 98	0 / 0	24	70	56	1,4 / 0,7
Finlandia	4	75,5 / 82,0	6	102 / 102	100 / 100	122 / 135		10	77	75	0,1 / <0,1
Irlanda	5	75,5 / 80,7	5	106 / 106	98 / 100	102 / 112		14			0,2 / 0,1
Letonia	10	66,4 / 77,3	42	95 / 93		95 / 95	0 / 0	18	48	39	0,8 / 0,4
Lituania	9	67,2 / 78,2	13	99 / 98		103 / 102	0 / 0	21	47	31	0,1 / 0,0
Noruega	4	77,3 / 82,2	16	101 / 101	100 / 99	113 / 116		10	74	69	0,1 / 0,0
Reino Unido	5	76,3 / 80,9	13	100 / 100		159 / 199		26	84	81	0,2 / 0,0
Suecia	3	78,2 / 82,7	2	109 / 112	100 / 100	127 / 151		7	78	72	0,1 / 0,0
EUROPA MERIDIONAL (13)	7	75,5 / 81,9						12	68	46	
Albania	24	71,3 / 77,0	55	105 / 102		81 / 81	1 / 2	16	75	8	
Bosnia y Herzegovina	13	71,7 / 77,1	31				2 / 9	23	48	16	
Croacia	7	71,8 / 78,8	8	97 / 96		89 / 91	1 / 3	15			
Eslovenia	5	73,0 / 80,3	17	108 / 107		110 / 109	0 / 0	6	74	59	
España	4	76,2 / 83,5	4	109 / 107		114 / 121		10	81	67	1,0 / 0,3
Grecia	6	75,8 / 81,1	9	101 / 101	100 / 100	98 / 97	6 / 12	9			0,3 / 0,1
Italia	5	77,2 / 83,3	5	102 / 101	96 / 97	100 / 99		7	60	39	0,7 / 0,3
Macedonia, ex. Rep. Yugoslava de	15	71,6 / 76,6	23	96 / 97		86 / 84	2 / 6	24			
Portugal	5	74,2 / 80,8	5	118 / 112		108 / 118		19	66	33	0,7 / 0,2
Serbia y Montenegro	12	71,3 / 76,0	11	98 / 98		88 / 89	1 / 6	24	58	33	0,3 / 0,1
EUROPA OCCIDENTAL (14)	4	76,1 / 82,3						9	74	71	
Alemania	4	76,0 / 81,8	8	100 / 99		101 / 99		10	75	72	0,2 / 0,0
Austria	5	76,4 / 82,1	4	103 / 103		102 / 98		13	51	47	0,4 / 0,1
Bélgica	4	76,1 / 82,3	10	106 / 105	90 / 92	153 / 169		8	78	74	0,3 / 0,1
Francia	4	76,2 / 83,2	17	105 / 104	98 / 98	108 / 110		8	75	69	0,6 / 0,2
Países Bajos	4	75,9 / 81,3	16	109 / 107	100 / 100	123 / 121		5	79	76	0,4 / 0,1
Suiza	4	77,9 / 83,5	7	108 / 107		101 / 95		5	82	78	0,5 / 0,2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	24	69,0 / 75,5						78	71	62	
CARIBE (15)	32	65,8 / 70,4						65	62	58	
Cuba	5	76,1 / 79,7	33	100 / 96	98 / 98	94 / 92	3 / 3	50	73	72	0,1 / <0,1
Haití	59	51,7 / 53,1	680	49 / 46		21 / 20	46 / 50	61	27	21	4,8 / 6,4

Seguimiento 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	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (cifras brutas) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (cifras brutas) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia de VIH (15 a 49 años) M/F
Jamaica	15	69,2 / 72,6	87	100 / 100	88 / 93	83 / 85	16 / 9	78	66	63	1,2 / 1,2
Puerto Rico	10	72,1 / 80,8	25				6 / 6	55	78	68	
República Dominicana	32	64,6 / 71,6	150	123 / 126	56 / 75	53 / 65	12 / 13	91	70	66	2,5 / 0,9
Trinidad y Tabago	13	67,3 / 72,8	160	101 / 99	67 / 76	79 / 86	1 / 2	36	38	33	3,2 / 3,2
CENTROAMÉRICA	22	71,6 / 76,7						77	64	55	
Costa Rica	10	76,1 / 80,9	43	109 / 107	90 / 93	64 / 69	4 / 4	75	80		0,8 / 0,4
El Salvador	24	68,2 / 74,3	150	116 / 109	67 / 71	59 / 59	18 / 23	84	67		0,9 / 0,5
Guatemala	35	64,1 / 71,5	240	110 / 102	67 / 64	44 / 41	25 / 37	111	43	34	1,3 / 1,0
Honduras	30	66,4 / 70,5	110	105 / 107			20 / 20	98	62	51	1,7 / 2,0
México	19	73,1 / 78,0	83	111 / 110	92 / 94	76 / 83	8 / 11	67	68	60	0,3 / 0,2
Nicaragua	28	67,9 / 72,7	230	109 / 108	63 / 67	56 / 66	23 / 23	119	69	66	0,3 / 0,1
Panamá	19	72,6 / 77,8	160	114 / 110	89 / 91	68 / 73	8 / 9	86	58	54	1,1 / 0,8
AMÉRICA DEL SUR (16)	24	68,5 / 75,6						80	75	65	
Argentina	14	71,1 / 78,6	82	120 / 119	91 / 93	97 / 103	3 / 3	59			1,1 / 0,3
Bolivia	51	62,6 / 66,8	420	116 / 115	85 / 84	88 / 85	7 / 20	81	53	27	0,1 / 0,1
Brasil	25	67,3 / 75,1	260	151 / 143		105 / 115	12 / 11	90	77	70	0,8 / 0,5
Chile	8	75,1 / 81,2	31	99 / 97	100 / 98	91 / 92	4 / 4	61			0,4 / 0,2
Colombia	24	69,8 / 75,8	130	111 / 110	66 / 73	67 / 74	6 / 5	77	77	64	1,0 / 0,5
Ecuador	23	71,7 / 77,6	130	117 / 117	74 / 75	59 / 60	8 / 10	84	66	50	0,4 / 0,2
Paraguay	36	69,1 / 73,7	170	112 / 108	68 / 71	64 / 66	7 / 10	64	73	61	0,7 / 0,3
Perú	31	68,0 / 73,2	410	119 / 118	85 / 83	93 / 87	7 / 18	53	69	50	0,7 / 0,4
Uruguay	13	72,1 / 79,4	27	110 / 108	91 / 95	99 / 112	3 / 2	70			0,4 / 0,2
Venezuela	17	70,4 / 76,3	96	105 / 103	82 / 87	65 / 75	7 / 7	91	49	38	0,9 / 0,5
AMÉRICA DEL NORTE (17)	7	75,2 / 80,5						47	76	71	
Canadá	5	77,8 / 82,7	6	101 / 102	95 / 99	106 / 105		14	75	73	0,5 / 0,2
Estados Unidos de América	7	74,9 / 80,3	17	98 / 98		94 / 94		50	76	71	1,0 / 0,3
OCEANÍA	27	72,4 / 76,7						29	62	57	
AUSTRALIA-NUEVA ZELANDIA	5	77,9 / 82,9						17	76	72	
Australia (18)	5	78,0 / 83,1	8	104 / 104	99 / 100	156 / 152		15	76	72	0,2 / <0,1
Melanesia (19)	59	57,9 / 59,6						54			
Nueva Zelanda	5	77,2 / 81,6	7	102 / 101	91 / 93	109 / 116		24	75	72	0,1 / <0,1
Papua Nueva Guinea	67	55,6 / 56,8	300	77 / 69	52 / 50	27 / 21	37 / 49	58	26	20	0,8 / 0,4
PAÍSES DE LA EX URSS CON ECONOMÍAS EN TRANSICIÓN (20)											
Armenia	30	68,2 / 74,9	55	100 / 97		86 / 88	0 / 1	30	61	22	0,1 / 0,1
Azerbaiyán	74	63,5 / 70,8	94	94 / 91		84 / 81	1 / 2	31	55	12	
Belarús	15	62,8 / 74,3	35	103 / 101		90 / 92	0 / 1	27	50	42	
Federación de Rusia	16	58,9 / 72,0	67	118 / 118		91 / 96	0 / 1	29	73	53	1,5 / 0,8
Georgia	40	66,8 / 74,5	32	91 / 90		80 / 80		33	41	20	0,3 / 0,1
Kazajstán	60	58,2 / 69,4	210	102 / 101		92 / 92	0 / 1	29	66	53	0,2 / 0,1
Kirguistán	53	63,1 / 71,5	110	102 / 100		92 / 92	1 / 2	33	60	49	0,1 / <0,1
Moldova, República de	24	64,9 / 72,1	36	86 / 86		72 / 75	3 / 5	31	62	43	
Tayikistán	87	61,3 / 66,7	100	114 / 108		94 / 78	0 / 1	30	34	27	
Turkmenistán	77	58,6 / 67,1	31				1 / 2	17	62	53	
Ucrania	15	60,4 / 72,5	35	93 / 93		97 / 96	0 / 1	29	68	38	1,8 / 0,9
Uzbekistán	57	63,6 / 70,1	24	103 / 102		97 / 94	0 / 1	36	68	63	0,1 / 0,1

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (millones) (2005)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2005) (%)	% población urbana (2003)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2005)	% partos atendidos por personal capacitado	INB per cápita PPAS (2003)	Gastos/alumno prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Total mundial	6.464,7	9.075,9	1,2	48	2,1		2,60	62	8.180			(4.686.000)	83 / 81	1.699	83
Regiones más desarrolladas(*)	1.211,3	1.236,2	0,3	75	0,5		1,57						10 / 9		
Regiones menos desarrolladas (+)	5.253,5	7.839,7	1,4	42	2,8		2,82						91 / 89		
Países menos adelantados (‡)	759,4	1.735,4	2,4	27	4,3		4,86	32	1.330				160 / 149	297	58
ÁFRICA (1)	905,9	1.937,0	2,1	39	3,6		4,83					1.195.052²¹	160 / 148		
ÁFRICA ORIENTAL	287,7	678,7	2,4	26	4,3		5,41						159 / 144		
Burundi	7,5	25,8	3,4	10	6,5	4,4	6,80	25	620	12,5	0,6	2.960	191 / 169		79
Eritrea	4,4	11,2	3,7	20	5,8	6,1	5,29	28	1.110	11,8	3,2	8.183	91 / 84		57
Etiopía	77,4	170,2	2,4	16	4,1	5,3	5,65	6	710		2,6	68.629	172 / 157	297	22
Kenya	34,3	83,1	2,4	39	4,4	4,6	4,98	41	1.020		2,2	70.577	120 / 105	489	62
Madagascar	18,6	43,5	2,7	27	3,6	3,5	5,15	46	800	8,2	1,2	16.043	130 / 119		45
Malawi	12,9	29,5	2,2	16	4,6	3,7	5,89	61	600		4,0	68.418	181 / 171		67
Mauricio (2)	1,2	1,5	0,9	43	1,5	1,2	1,96	99	11.260	9,0	2,2	139	19 / 15		100
Mozambique	19,8	37,6	1,9	36	5,1	3,2	5,31	48	1.070		4,1	68.671	180 / 164	436	42
Rwanda	9,0	18,2	2,3	18	11,6	5,4	5,45	31	1.290	6,9	3,1	24.016	202 / 178		73
Somalia	8,2	21,3	3,1	35	5,7	6,2	6,24	34			1,2	3.240	204 / 194		29
Tanzania, República Unida de	38,3	66,8	1,9	35	4,9	5,5	4,74	36	610		2,7	64.268	170 / 155	408	73
Uganda	28,8	126,9	3,5	12	3,9	2,7	7,10	39	1.440		2,1	61.945	140 / 127		56
Zambia	11,7	22,8	1,7	36	1,9	1,4	5,42	43	850	7,1	3,1	80.514	175 / 159	639	55
Zimbabwe	13,0	15,8	0,6	35	1,8	2,4	3,37	73		16,2	4,4	44.253	122 / 108	751	83
ÁFRICA CENTRAL (3)	109,6	303,3	2,7	37	4,1		6,18						209 / 187		
Angola	15,9	43,5	2,8	36	5,4	2,8	6,59	45	1.890		2,1	18.807	252 / 223	672	50
Camerún	16,3	26,9	1,7	51	3,4	1,1	4,36	60	1.980	8,5	1,2	8.391	167 / 152	417	63
Chad	9,7	31,5	3,0	25	4,6	1,7	6,65	16	1.100	9,7	2,7	4.202	210 / 187		34
Congo, Rep. Democrática del (4)	4,0	177,3	2,9	32	4,4	4,1	6,70	61	640		1,1	22.886	215 / 193	299	46
Congo, República del	57,5	13,7	3,0	54	3,4	5,9	6,29		710	8,1	1,5	2.184	116 / 93	252	46
Gabón	1,4	2,3	1,6	84	2,7	0,9	3,78	86	5.700	4,7	1,8	758	96 / 87	1.209	87
República Centroafricana	4,0	6,7	1,4	43	2,5	1,3	4,77	44	1.080		1,6	5.371	188 / 155		75
ÁFRICA SEPTENTRIONAL (5)	190,9	311,9	1,7	50	2,7		3,04					63.743²²	61 / 51		
Argelia	32,9	49,5	1,5	59	2,6	0,9	2,46	92	5.940	11,1	3,2	1.379	38 / 35	985	87
Egipto	74,0	125,9	1,9	42	2,1	7,4	3,14	69	3.940		1,8	33.417	43 / 35	789	98
Jamahiriyá Árabe Libia	5,9	9,6	1,9	86	2,3	0,1	2,88	94		3,0	1,6		20 / 20	3.433	72
Marruecos	31,5	46,4	1,5	58	2,8	1,1	2,67	40	3.950	18,9	1,5	9.123	49 / 34	363	80
Sudán	36,2	66,7	2,0	39	4,6	1,2	4,20	86	1.880		1,0	11.875	120 / 106	483	69
Túnez	10,1	12,9	1,1	64	1,6	0,5	1,93	90	6.840	15,8	2,9	1.474	25 / 22	846	82
ÁFRICA MERIDIONAL	54,1	56,0	0,4	54	1,5		2,81						82 / 74		
Botswana	1,8	1,7	-0,1	52	1,8	2,1	3,06	94	7.960	6,1	3,7	21.193	107 / 96		95
Lesotho	1,8	1,6	-0,1	18	0,9	2,1	3,46	60	3.120	23,8	5,3	4.802	125 / 111		76
Namibia	2,0	3,1	1,2	32	3,0	1,1	3,71	78	6.620	21,0	4,7	12.092	78 / 71	599	80
Sudáfrica	47,4	48,7	0,5	57	1,4	0,4	2,72	84	10.270	14,3	3,5	96.542	77 / 69	2.502	87
Swazilandia	1,0	1,0	-0,1	24	1,4	1,8	3,72	70	4.850	11,2	3,6	7.069	148 / 130		52
ÁFRICA OCCIDENTAL (6)	263,6	587,0	2,3	42	4,2		5,59						192 / 184		
Benin	8,4	22,1	3,1	45	4,4	1,2	5,64	66	1.110	9,7	2,1	14.760	156 / 152	341	68
Burkina Faso	13,2	39,1	3,0	18	5,0	2,6	6,51	31	1.180		2,0	15.072	196 / 185		51
Côte d'Ivoire	18,2	34,0	1,7	45	2,6	1,1	4,76	63	1.390	14,6	1,4	20.375	196 / 177	397	84
Gambia	1,5	3,1	2,6	26	2,6	4,3	4,46	55	1.820	11,9	3,3	1.634	126 / 114		82

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (millones) (2005)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2005) (%)	% población urbana (2003)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2005)	% partos atendidos por personal capacitado	INB per cápita PPAS (2003)	Gastos/ alumno prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Ghana	22,1	40,6	2,0	45	3,2	1,8	4,11	44	2.190		2,3	34.123	98 / 94	411	79
Guinea	9,4	23,0	2,2	35	3,8	4,5	5,71	35	2.100	9,2	0,9	12.807	155 / 158		51
Guinea-Bissau	1,6	5,3	3,0	34	5,4	2,2	7,08	35	660		3,0	1.506	214 / 191		59
Liberia	3,3	10,7	2,1	47	5,3	3,6	6,79	51			1,4	2.675	225 / 207		62
Malí	13,5	42,0	2,9	32	5,2	2,1	6,75	41	960	15,2	2,3	25.070	216 / 210		48
Mauritania	3,1	7,5	2,9	62	5,1	2,9	5,62	57	2.010	14,0	2,9	3.978	155 / 142		56
Niger	14,0	50,2	3,3	22	6,1	2,2	7,71	16	820	15,5	2,0	6.175	253 / 258		46
Nigeria	131,5	258,1	2,2	47	4,4	1,2	5,58	35	900		1,2	81.796	199 / 191	718	60
Senegal	11,7	23,1	2,3	50	3,9	2,9	4,75	58	1.660	13,6	2,3	26.130	130 / 124	319	72
Sierra Leona	5,5	13,8	3,1	39	5,6	4,9	6,49	42	530	16,8	1,7	6.803	297 / 271		57
Togo	6,1	13,5	2,6	35	4,0	1,1	5,08	49	1.500	5,7	5,1	6.365	141 / 124	324	51
ASIA	3.905,4	5.217,2	1,2	39	2,7		2,41					609.901	68 / 71		
ASIA ORIENTAL (7)	1.524,4	1.586,7	0,6	43	2,6		1,68						31 / 41		
China	1.315,8	1.392,3	0,6	39	3,2	5,5	1,72	97	4.990		2,0	32.141	33 / 44	960	77
Corea, Rep. Popular Dem. de	22,5	24,2	0,5			2,4	1,97	97			3,5		59 / 52	869	100
Corea, República de	47,8	44,6	0,4	80	0,9	2,0	1,22	100	17.930	16,6	2,6		5 / 5	4.272	92
Hong Kong, R.A.E. de China (8)	7,0	9,2	1,1	100	1,1		0,95		28.810	13,5			5 / 4	2.413	
Japón	128,1	112,2	0,1	65	0,3	0,9	1,35	100	28.620	21,5	6,5	(128.068) ²³	5 / 4	4.058	100
Mongolia	2,6	3,6	1,2	57	1,4	0,5	2,33	99	1.800	38,3	4,6	3.881	81 / 77		62
ASIA SUDORIENTAL	555,8	752,3	1,3	42	3,3		2,42						54 / 43		
Camboya	14,1	26,0	2,0	19	5,5	2,5	3,93	32	2.060	5,9	2,1	36.969	138 / 127		34
Filipinas	83,1	127,1	1,7	61	3,1	2,8	3,03	60	4.640	11,6	1,1	36.120	36 / 25	525	85
Indonesia	222,8	284,6	1,2	46	3,9	2,8	2,28	68	3.210	3,7	1,2	48.084	53 / 42	737	78
Lao, Rep. Dem. Popular	5,9	11,6	2,2	21	4,6	4,2	4,55	19	1.730	7,9	1,5	3.351	136 / 130		43
Malasia	25,3	38,9	1,8	64	3,0	0,5	2,78	97	8.940	17,0	2,0	700	14 / 11	2.129	95
Myanmar	50,5	63,7	1,0	29	3,1	3,2	2,27	56			0,4	14.340	114 / 96	258	80
Singapur	4,3	5,2	1,3	100	1,7	3,0	1,33	100	24.180		1,3	1	4 / 4	6.078	
Tailandia	64,2	74,6	0,8	32	1,9	1,5	1,90	99	7.450	16,5	3,1	16.109	28 / 18	1.353	85
Viet Nam	84,2	116,7	1,3	26	3,2	6,0	2,23	85	2.490		1,5	21.441	40 / 30	530	73
ASIA CENTROMERIDIONAL	1.610,9	2.495,0	1,6	30	2,5		3,04						92 / 97		
Afganistán	29,9	97,3	4,1	23	6,0	1,9	7,27	14			3,1	21.652	242 / 247		13
Bangladesh	141,8	242,9	1,8	24	3,5	9,2	3,10	14	1.870	8,9	0,8	85.760	72 / 72	155	75
Bhután	2,2	4,4	2,2	9	6,3	12,4	4,12	24			4,1	870	78 / 75		62
India	1.103,4	1.592,7	1,5	28	2,3	3,3	2,92	43	2.880	12,4	1,3	99.471	90 / 95	513	86
Irán, Rep. Islámica del	69,5	101,9	1,1	67	2,3	1,0	2,08	90	7.190	11,3	2,9	2.472	36 / 35	2.044	93
Nepal	27,1	51,2	2,0	15	5,2	6,9	3,50	11	1.420	12,0	1,4	26.421	78 / 83	353	84
Pakistán	157,9	304,7	2,1	34	3,4	3,4	4,00	23	2.060		1,1	57.075	102 / 112	454	90
Sri Lanka	20,7	23,6	0,8	21	0,7	4,5	1,92	97	3.730		1,8	15.862	22 / 14	430	78
ASIA OCCIDENTAL	214,3	383,2	2,0	65	2,4		3,23					67.968²²	60 / 52		
Arabia Saudita	24,6	49,5	2,5	88	3,4	0,5	3,84	91		32,6	3,3		28 / 20	5.775	
Emiratos Árabes Unidos	4,5	9,1	4,4	85	2,1	0,5	2,45	96		6,9	2,3	4	10 / 9	9.609	
Iraq	28,8	63,7	2,6	67	2,4	0,4	4,54	72			0,3	14.330	119 / 110	1.199	81
Israel	6,7	10,4	1,8	92	2,1	0,4	2,76	99	19.200	21,7	6,0	3	6 / 6	3.191	100
Jordania	5,7	10,2	2,4	79	2,8	1,4	3,33	100	4.290	15,0	4,3	27.202	25 / 23	1.036	91
Kuwait	2,7	5,3	3,1	96	3,5	1,7	2,32	98		16,1	2,9		12 / 12	9.503	
Libano	3,6	4,7	1,0	88	1,9	0,4	2,26	89	4.840	5,4	3,5	1.261	29 / 19	1.209	100

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (millones) (2005)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2005) (%)	% población urbana (2003)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2005)	% partos atendidos por personal capacitado	INB per cápita PPAS (2003)	Gastos/ alumno prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Omán	2,6	5,0	1,6	78	3,6	12,0	3,50	95		17,7	2,8	162	17 / 16	4.265	79
República Árabe Siria	19,0	35,9	2,4	50	2,5	0,9	3,28	76	3.430	13,8	2,3	3.550	22 / 17	1.063	79
Territorio Palestino Ocupado	3,7	10,1	3,2	71	4,1	1,6	5,28	97				12.613	25 / 20		94
Turquía (10)	73,2	101,2	1,3	66	2,2	0,7	2,39	81	6.690	11,6	4,3	1.008	51 / 40	1.083	93
Yemen	21,0	59,5	3,1	26	4,8	5,6	5,93	22	820		1,0	7.816	91 / 83	221	69
ESTADOS ÁRABES (11)	321,1	598,5	2,1	55	2,9	1,5	3,59	70	2.768	21,2	2,7	135.890	61 / 54	1.244	74
EUROPA	728,4	653,3	0,0	73	0,1		1,42						12 / 10		
EUROPA ORIENTAL	297,3	223,5	-0,5	68	-0,4		1,29					114.546^{22,24}	21 / 16		
Bulgaria	7,7	5,1	-0,7	70	-0,3	0,1	1,23		7.610	16,9	4,4	1.646	17 / 14	2.417	100
Eslovaquia	5,4	4,6	0,0	57	0,5	0,3	1,19		13.420	11,4	5,3	47	10 / 9	3.448	100
Hungría	10,1	8,3	-0,3	65	0,1	0,2	1,29		13.780	20,3	5,5	100	11 / 9	2.505	99
Polonia	38,5	31,9	-0,1	62	0,0	0,5	1,25	99	11.450	34,4	4,4	343	11 / 9	2.333	
República Checa	10,2	8,5	-0,1	74	0,0	0,2	1,19	99	15.650	11,8	6,4	38	6 / 6	4.090	
Rumania	21,7	16,8	-0,4	55	-0,2	0,3	1,26	98	7.140		4,2	10.501	24 / 18	1.696	57
EUROPA SEPTENTRIONAL (12)	95,8	105,6	0,3	83	0,4		1,66						7 / 6		
Dinamarca	5,4	5,9	0,3	85	0,3	0,1	1,76	100	31.210	24,4	7,3	(59.527)	6 / 6	3.675	100
Estonia	1,3	1,1	-0,4	69	-1,0	0,2	1,40		12.480	20,1	3,9	1.077	14 / 9	3.324	
Finlandia	5,2	5,3	0,2	61	0,1	0,1	1,72	100	27.100	17,8	5,5	(23.697)	5 / 4	6.852	100
Irlanda	4,1	5,8	1,5	60	1,5	0,3	1,94	100	30.450	12,0	5,5	(26.786)	7 / 7	3.894	
Letonia	2,3	1,7	-0,5	66	-1,2	0,1	1,27	100	10.130	22,0	3,3	113	14 / 12	1.825	
Lituania	3,4	2,6	-0,4	67	-0,7	0,2	1,27		11.090		4,3	163	13 / 9	2.476	
Noruega	4,6	5,4	0,5	79	1,6	0,2	1,79	100	37.300	27,1	8,0	(91.648)	5 / 4	5.843	100
Reino Unido	59,7	67,1	0,3	89	0,4	0,2	1,66	99	27.650	15,1	6,4	(589.650)	7 / 6	3.824	
Suecia	9,0	10,1	0,3	83	0,1	0,1	1,68	100	26.620	22,5	7,8	(80.029)	4 / 4	5.718	100
EUROPA MERIDIONAL (13)	149,4	138,7	0,3	66	0,3		1,37						9 / 8		
Albania	3,1	3,5	0,5	44	2,1	2,1	2,23	94	4.700		2,4	8.261	34 / 30	617	97
Bosnia y Herzegovina	3,9	3,2	0,2	44	2,2	0,2	1,31	100	6.320		4,6	3.307	16 / 13	1.052	98
Croacia	4,6	3,7	0,1	59	0,5	0,2	1,35	100	10.710	48,7	5,9	1.312	8 / 7	1.852	
Eslovenia	2,0	1,6	0,0	51	-0,1	0,2	1,21	100	19.240		6,2	2	7 / 7	3.486	
España	43,1	42,5	0,8	77	0,3	0,1	1,31		22.020	18,9	5,4	(29.949)	6 / 5	3.215	
Grecia	11,1	10,7	0,2	61	0,6	0,4	1,25		19.920	14,5	5,0	(9.293)	8 / 7	2.637	
Italia	58,1	50,9	0,1	67	0,0	0,3	1,33		26.760	24,7	6,4	(27.068)	7 / 6	2.994	
Macedonia, ex. Rep. Yugoslava de	2,0	1,9	0,2	60	0,6	0,4	1,49	98	6.720		5,8	1.074	18 / 16		
Portugal	10,5	10,7	0,5	55	1,1	0,5	1,47	100	17.980	23,3	6,6	(1.119)	7 / 7	2.546	
Serbia y Montenegro	10,5	9,4	-0,1	52	0,2	0,5	1,62	99		38,3	5,1	1.401	16 / 13	1.981	93
EUROPA OCCIDENTAL (14)	185,9	185,5	0,2	81	0,5		1,56						6 / 5		
Alemania	82,7	78,8	0,0	88	0,3	0,2	1,33	100	27.460	16,9	8,6	(132.088) ²⁵	5 / 5	4.198	100
Austria	8,2	8,1	0,2	66	0,0	0,3	1,40	100	29.610	23,8	5,4	(2.727)	6 / 5	3.774	100
Bélgica	10,4	10,3	0,2	97	0,2	0,2	1,66	100	28.930	18,7	6,5	(26.400)	6 / 6	5.505	
Francia	60,5	63,1	0,4	76	0,7	0,1	1,86	99	27.460	17,8	7,4	(56.559)	6 / 5	4.470	
Países Bajos	16,3	17,1	0,4	66	1,3	0,5	1,72	100	28.600	16,6	5,8	(275.434)	7 / 6	4.827	100
Suiza	7,3	7,3	0,2	68	-0,1	1,0	1,41		32.030	23,2	6,5	(31.522)	6 / 5	3.723	100
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	561,3	782,9	1,4	77	1,9		2,47					221.948	36 / 29		
CARIBE (15)	39,1	46,4	0,8	64	1,3		2,42						57 / 48		
Cuba	11,3	9,7	0,2	76	0,5	0,5	1,62	100		32,3	6,5	5.988	7 / 6	1.262	91
Haití	8,5	13,0	1,4	38	3,0	4,6	3,79	24	1.630		3,0	39.388	113 / 98	251	71

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (millones) (2005)	Población, proyección (millones) (2050)	Tasa media crec. dem. (2005) (%)	% población urbana (2003)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob./ha. arable y perm. cult.	Tasa fec. total (2005)	% partos atendidos por personal capacitado	INB per cápita PPAS (2003)	Gastos/alumno prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa pob. (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Jamaica	2,7	2,6	0,4	52	1,0	1,8	2,38	95	3.790	15,1	3,4	4.677	21 / 19	1.493	93
Puerto Rico	4,0	4,4	0,6	97	1,1	1,2	1,89					36	13 / 10		
República Dominicana	8,9	12,7	1,4	59	2,1	0,9	2,64	99	6.210	8,9	2,2	8.524	52 / 42	948	93
Trinidad y Tabago	1,3	1,2	0,3	75	0,9	0,9	1,61	96	9.450	16,1	1,4	849	21 / 16	7.121	91
CENTROAMÉRICA	147,0	209,6	1,5	69	2,0		2,55						31 / 25		
Costa Rica	4,3	6,4	1,7	61	2,8	1,6	2,19	98	9.040	16,2	6,1	660	13 / 10	904	97
El Salvador	6,9	10,8	1,7	60	2,1	2,2	2,78	69	4.890	10,0	3,6	7.626	35 / 29	670	82
Guatemala	12,6	25,6	2,4	46	3,4	3,1	4,38	41	4.060	6,7	2,3	19.757	53 / 41	616	95
Honduras	7,2	12,8	2,2	46	3,3	1,6	3,52	56	2.580		3,2	11.635	51 / 41	504	90
México	107,0	139,0	1,2	76	1,8	0,8	2,27	86	8.950	13,8	2,7	15.646	25 / 20	1.560	91
Nicaragua	5,5	9,4	2,0	57	3,1	0,5	3,12	67	2.400	8,9	3,9	15.823	42 / 33	544	81
Panamá	3,2	5,1	1,7	57	2,4	1,0	2,63	90	6.310	10,4	6,4	594	29 / 22	1.028	91
AMÉRICA DEL SUR (16)	375,2	526,9	1,4	81	2,0		2,44						36 / 28		
Argentina	38,7	51,4	1,0	90	1,4	0,1	2,30	99	10.920	12,4	4,5	3.478	18 / 14	1.543	
Bolivia	9,2	14,9	1,9	63	2,7	1,2	3,73	65	2.450	15,5	4,2	11.248	71 / 62	499	85
Brasil	186,4	253,1	1,3	83	2,0	0,4	2,30	88	7.480	11,3	3,6	11.489	37 / 28	1.093	89
Chile	16,3	20,7	1,1	87	1,6	1,0	1,97	100	9.810	15,8	2,6	4.162	10 / 8	1.585	95
Colombia	45,6	65,7	1,5	77	2,2	2,2	2,54	86	6.520	15,9	6,7	1.692	33 / 28	625	92
Ecuador	13,2	19,2	1,4	62	2,3	1,1	2,70	69	3.440	3,0	1,7	3.492	32 / 24	706	86
Paraguay	6,2	12,1	2,3	57	3,5	0,7	3,71	71	4.740	13,0	3,2	4.167	48 / 38	709	83
Perú	28,0	42,6	1,5	74	2,0	1,8	2,76	59	5.090	7,0	2,2	18.839	54 / 44	450	81
Uruguay	3,5	4,0	0,7	93	0,9	0,3	2,26	100	7.980	11,0	2,9	288	17 / 12	747	98
Venezuela	26,7	42,0	1,7	88	2,1	0,7	2,64	94	4.740		2,3	1.312	30 / 26	2.141	83
AMÉRICA DEL NORTE (17)	330,6	438,0	0,9	80	1,4		1,98						8 / 8		
Canadá	32,3	42,8	0,9	80	1,2	0,0	1,49	98	29.740		6,7	(56.626)	6 / 6	7.973	100
Estados Unidos de América	298,2	395,0	0,9	80	1,4	0,0	2,04	99	37.500	21,2	6,6	(1.807.643)	8 / 8	7.943	100
OCEANÍA	33,1	47,6	1,2	73	1,4		2,27						36 / 38		
AUSTRALIA-NUOVA ZELANDIA	24,2	32,7	1,0	91	1,3		1,78						6 / 6		
Australia (18)	20,2	27,9	1,1	92	1,4	0,0	1,75	100	28.290	16,6	6,5	(38.966)	6 / 6	5.732	100
Melanesia (19)	7,7	13,2	1,9	20	2,5		3,69						78 / 85		
Nueva Zelanda	4,0	4,8	0,9	86	0,8	0,1	1,96	100	21.120	18,9	6,6	(5.917)	7 / 6	4.573	
Papua Nueva Guinea	5,9	10,6	2,0	13	2,3	4,9	3,85	53	2.240	12,4	3,8	11.287	88 / 98		39
PAÍSES DE LA EX URSS CON ECONOMÍAS EN TRANSICIÓN (20)															
Armenia	3,0	2,5	-0,3	64	-0,8	0,7	1,34	97	3.770	9,6	1,3	2.445	37 / 32	632	92
Azerbaiyán	8,4	9,6	0,7	50	0,6	1,1	1,85	84	3.380	7,3	0,8	994	92 / 84	1.435	77
Belarús	9,8	7,0	-0,6	71	0,1	0,2	1,23	100	6.010		4,7	144	20 / 14	2.496	100
Federación de Rusia	143,2	111,8	-0,5	73	-0,6	0,1	1,37	99	8.920		3,5	16.969	24 / 19	4.288	96
Georgia	4,5	3,0	-0,9	52	-1,4	0,9	1,44	96	2.540		1,0	3.554	46 / 38	494	76
Kazajistán	14,8	13,1	-0,2	56	-0,3	0,1	1,90	99	6.170	8,1	1,9	5.265	89 / 61	3.123	86
Kirguistán	5,3	6,7	1,2	34	1,0	0,9	2,59	98	1.660	6,1	2,2	3.395	70 / 58	507	76
Moldova, República de	4,2	3,3	-0,3	46	0,1	0,4	1,22	99	1.750	18,1	4,1	7.187	32 / 27	703	92
Tayikistán	6,5	10,4	1,3	25	-0,4	1,9	3,58	71	1.040	6,8	0,9	3.253	119 / 107	518	58
Turkmenistán	4,8	6,8	1,4	45	2,0	0,8	2,63	97	5.840		3,0	1.322	107 / 87	3.465	71
Ucrania	46,5	26,4	-1,1	67	-0,7	0,2	1,13	100	5.410	11,9	3,3	14.181	20 / 15	2.684	98
Uzbekistán	26,6	38,7	1,4	37	1,0	1,4	2,61	96	1.720		2,5	8.388	74 / 62	2.047	89

Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos

Seguimiento 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	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (cifra brutas) M/F	Matriculación secundaria (cifra brutas) M/F	Alumbramientos/ 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 49 años) M/F
Antillas Neerlandesas	12	73,3 / 79,5	20	104 / 104	67 / 75	26			
Bahamas	13	67,6 / 74,0	60	92 / 93	90 / 93	60	62	60	3,0 / 3,0
Bahrein	13	73,4 / 76,2	28	97 / 97	93 / 99	18	62	31	0,1 / 0,2
Barbados	10	72,1 / 78,8	95	109 / 108	105 / 107	43	55	53	2,0 / 1,0
Belice	30	69,5 / 74,3	140	123 / 121	76 / 80	82	47	42	3,0 / 1,8
Brunei Darussalam	6	74,6 / 79,3	37	106 / 106	88 / 92	29			<0,1 / <0,1
Cabo Verde	27	67,5 / 73,7	150	124 / 118	67 / 73	89	53	46	
Chipre	53	61,9 / 66,3	480	98 / 81	34 / 28	54	26	19	
Comoras	6	76,3 / 81,3	47	97 / 98	98 / 99	9			
Djibouti	88	52,1 / 54,4	730	48 / 37	29 / 20	53			0,3 / 0,3
Fiji	21	66,1 / 70,5	75	109 / 109	78 / 83	36	41	35	0,2 / <0,1
Guadalupe	7	75,4 / 82,1	5			19	44	31	
Guam	9	72,8 / 77,5	12			67			
Guinea Ecuatorial	98	42,1 / 42,9	880	132 / 120	38 / 22	187			
Guyana	46	61,0 / 67,1	170	126 / 123	87 / 89	62	37	36	2,2 / 2,8
Islandia	3	79,1 / 82,9	0	100 / 99	110 / 119	17			0,2 / 0,2
Islas Salomón	33	62,1 / 63,6	130	92 / 79	17 / 11	46			
Luxemburgo	5	75,5 / 81,8	28	99 / 99	93 / 99	9			
Maldivas	38	67,8 / 67,1	110	119 / 117	62 / 71	62	42	33	
Malta	7	76,2 / 81,0	21	105 / 104	95 / 95	16			
Martinica	7	75,9 / 81,9	4			31	51	38	
Micronesia (26)	27	69,2 / 73,6				47			
Nueva Caledonia	6	73,1 / 78,3	10			30			
Polinesia (27)	18	69,9 / 75,1				33			
Polinesia Francesa	8	71,2 / 76,3	20			39			
Qatar	11	71,6 / 76,5	7	107 / 104	92 / 96	19	43	32	
Reunión	7	71,7 / 79,9	41			36	67	62	
Samoa	24	67,8 / 74,2	130	107 / 104	73 / 80	32			
Suriname	24	66,4 / 72,9	110	127 / 125	63 / 85	43	42	41	2,2 / 1,1
Tímor-Leste, Rep. Dem.	87	55,4 / 57,6	660			175	10	9	
Vanuatu	31	67,5 / 71,2	130	113 / 113	27 / 29	48			

Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos

Indicadores demográficos sociales y económicos

	Población, total (miles) (2005)	Población, proyección (miles) (2050)	% población urbana (2003)	Tasa de crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cultivada	Tasa fecundidad total (2005)	% partos atendidos personal capacitado	INB per cápita PPA\$ (2003)	Mortalidad menores 5 años M/F
Antillas Neerlandesas	183	203	69,7	1,1	0,1	2,08			17 / 11
Bahamas	323	466	89,5	1,5	0,8	2,25	99		17 / 13
Bahrain	727	1.155	90,0	2,3	1,2	2,37	98		16 / 16
Barbados	270	255	51,7	1,5	0,6	1,50	91	15.060	12 / 10
Belice	270	442	48,3	2,3	0,7	3,01	83		41 / 39
Brunei Darussalam	374	681	76,2	3,2	0,2	2,40	99		8 / 6
Cabo Verde	507	1.002	55,9	3,5	2,2	3,57	89	5.440	42 / 22
Chipre	835	1.174	69,2	1,0	0,6	1,62	100	19.530	8 / 6
Comoras	798	1.781	35,0	4,6	4,1	4,59	62	1.760	78 / 61
Djibouti	793	1.547	83,7	2,1		4,80	61	2.200	141 / 124
Fiji	848	934	51,7	2,5	1,1	2,81	100	5.410	27 / 25
Guadalupe	448	474	99,7	0,9	0,5	2,02			10 / 8
Guam	170	254	93,7	1,7		2,81			12 / 9
Guinea Ecuatorial	504	1.146	48,1	4,7	1,5	5,89	65		184 / 167
Guyana	751	488	37,6	1,4	0,3	2,20	86	3.950	73 / 54
Islandia	295	370	92,8	0,9	3,1	1,95		30.140	4 / 4
Islas Solomón	478	921	16,5	4,5	4,5	4,06	85	1.630	58 / 52
Luxemburgo	465	721	91,9	1,6	0,1	1,74	100	54.430	7 / 6
Maldivas	329	682	28,8	4,5	6,5	4,06	70		41 / 56
Malta	402	428	91,7	0,7	0,6	1,50	98		8 / 8
Martinica	396	350	95,7	0,8	0,7	1,94			9 / 9
Micronesia (26)	556	849	69,1	2,6		3,31			37 / 30
Nueva Caledonia	237	382	61,2	2,2		2,37			9 / 9
Polinesia (27)	656	763	43,6	1,7		3,10			23 / 21
Polinesia Francesa	257	360	52,1	1,2		2,32			11 / 11
Qatar	813	1.330	92,0	1,7	0,3	2,91	98		14 / 12
Reunión	785	1.092	91,5	2,0	0,6	2,47			11 / 9
Samoa	185	157	22,3	1,3		4,17	100	5.700	30 / 27
Suriname	449	429	76,1	1,6	1,2	2,52	85		35 / 23
Timor-Leste, Rep. Dem.	947	3.265	7,6	4,8	4,4	7,48	24		128 / 120
Vanuatu	211	375	22,8	4,1		3,92	89	2.880	43 / 33

Notas de cuadros de indicadores

- Las designaciones empleadas en esta publicación no entrañan la expresión de opiniones por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con respecto a la situación jurídica o legal de ningún país, territorio o zona, ni con respecto a sus autoridades o a la delimitación de sus fronteras o bordes.
- 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 Zelanda.
- (+) Las regiones menos desarrolladas abarcan todas las regiones de África, América Latina y el Caribe, Asia (excluido el Japón) y 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) Anteriormente Zaire.
- (5) Incluso Sahara Occidental.
- (6) Incluso Santa Elena, Ascensión y Tristán da Cunha.
- (7) Incluso Macao.
- (8) El 1º de julio de 1997, Hong Kong pasó a ser una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
- (9) Este dato se incluye en la agregación de las regiones más desarrolladas, pero no en la estimación para la región geográfica.
- (10) Turquía se incluye en el Asia occidental por razones geográficas. Según otras clasificaciones, este país se incluye en Europa.
- (11) Comprende Arabia Saudita, Argelia, Bahrein, Comoras, Djibouti, Emiratos Árabes Unidos, Egipto, Iraq, Jamahiriya Árabe Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Marruecos, Mauritania, Omán, Qatar, Siria, Somalia, Sudán, Territorio Palestino Ocupado, Túnez y Yemen. La División de Población de las Naciones Unidas proporcionó los agregados regionales de los datos demográficos. Los agregados para otros indicadores son promedios ponderados calculados sobre la base de los países donde se dispone de datos.
- (12) Incluso Islas Anglonormandas, Islas Faeroe e Isla de Man.
- (13) Incluso Andorra, Gibraltar, San Marino y Santa Sede.
- (14) Incluso Liechtenstein y Mónaco.
- (15) Incluso Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Dominica, Granada, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, y San Vicente y las Granadinas.
- (16) Incluso Islas Malvinas (Falkland) y Guyana Francesa.
- (17) Incluso Bermudas, Groenlandia y Saint Pierre y Miquelon.
- (18) Incluso Isla Christmas, Isla Norfolk e Islas Cocos (Keeling).
- (19) Incluso Nueva Caledonia y Vanuatu.
- (20) Los Estados sucesores 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. Kazajstán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán pertenecen al Asia centro-meridional. El total regional, excluida la subregión, se indica por separado.
- (21) El total regional, excluida la subregión, se indica por separado.
- (22) Esas subregiones corresponden a la Región de los Estados Árabes y Europa, establecida por el UNFPA.
- (23) Estimaciones basadas en informes de años anteriores. Se prevé la futura actualización de estos datos.
- (24) El total para Europa oriental incluye algunos Estados balcánicos de Europa meridional y Estados bálticos de Europa septentrional.
- (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, 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 *El 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) y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en materia de reducción de la mortalidad, acceso a la educación, acceso a los servicios de salud reproductiva (incluidos los de planificación de la familia) y prevalencia del VIH/SIDA entre los jóvenes. A continuación se indican las fuentes de los indicadores, por categoría, y las razones por las cuales se los ha escogido.

Seguimiento de las metas de la CIPD INDICADORES DE MORTALIDAD

Mortalidad de menores de un año y esperanza de vida al nacer, masculina y femenina. Fuente: Planillas proporcionadas por la División de Población de las Naciones Unidas. Esos indicadores se refieren a los niveles de mortalidad, respectivamente, en el primer año de vida (en que hay mayor sensibilidad al grado de desarrollo del país) y a lo largo de todo el período de vida. Se promediaron los datos para 2000-20005 y para 2005-2010 a fin de llegar a la estimación para 2005.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad: Fuente: OMS, UNICEF y UNFPA, 2003. *Maternal Mortality in 2003: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Ginebra: OMS. 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 relacionadas con la maternidad difieren de las cifras oficiales presentadas por los gobiernos de los respectivos países. Las estimaciones se basan, en la medida de lo posible, en las cifras publicadas, utilizando fórmulas para mejorar la comparabilidad de los datos de diferentes fuentes. Los detalles sobre el origen de determinadas estimaciones por países se indican con la fuente. Tales estimaciones, así como las metodologías correspondientes, son objeto de constante revisión por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, otros organismos y varias instituciones académicas y se modifican cuando es necesario, como parte del continuo proceso de mejora de los datos sobre la mortalidad derivada de la maternidad. Debido a los cambios en la metodología, es posible que estimaciones de cifras anteriores a 1995 no sean estrictamente comparables a las presentes estimaciones.

INDICADORES DE EDUCACIÓN

Tasas de matriculación en la escuela primaria, varones y niñas (cifras brutas). Tasas de matriculación en la escuela secundaria, varones y niñas (cifras brutas): Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, abril de 2005. Los datos de población provienen de: División de Población de las Naciones Unidas, *World Population*

Prospects: The 2002 Revision. Nueva York: Naciones Unidas. Las tasas de matriculación (cifras brutas) 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. Los datos corresponden al año lectivo 2002; y cuando no se dispone de datos más recientes, al año 2001.

Analfabetismo de adultos, hombres y mujeres: Fuente: con respecto a las tasas de matriculación (cifras brutas) véase *supra* la fuente. Las definiciones de analfabetismo están sujetas a variaciones en diferentes países; hay en uso tres definiciones ampliamente aceptadas. En la medida 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 los niveles educacionales alcanzados en el pasado. Los mencionados indicadores de educación se han actualizado utilizando estimaciones de: División de Población de las Naciones Unidas. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Los datos sobre educación son las estimaciones anuales más recientes para el período 2000-2004.

Porcentaje de alumnos que llegan al quinto grado de la escuela primaria: Fuente: se indica la fuente *supra*, en el párrafo sobre Tasas de matriculación (cifras brutas). Los datos son los más recientes de que se dispone para los años lectivos comenzados en 1999, 2000, 2001 ó 2002.

INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

Alumbramientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad: Fuente: Planillas de la División de Población de las Naciones Unidas. Éste es un indicador de la carga de la fecundidad sobre las mujeres jóvenes. Debido a 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 de entre 15 y 20 años de edad. 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 mortalidad y abortos espontáneos o provocados no se reflejan en el indicador. Se promediaron los datos para 2000-2005 y para 2005-2010 a fin de llegar a la estimación para 2005.

Prevalencia del uso de anticonceptivos: Fuente: Planilla provista por la División de Población de las Naciones Unidas, utilizando la publicación *World Contraceptive Use 2005*, base de datos de la División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Estos datos se han obtenido de encuestas por muestreo y reflejan en forma estimativa la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres en uniones consensuales) que actualmente utilizan o bien cualquier método anticonceptivo, o bien métodos modernos, respectivamente. Los métodos modernos o clínicos suministrados abarcan la anticoncepción quirúrgica masculina y

femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), la píldora, los productos inyectables, los implantes hormonales, los condones (preservativos) y los métodos femeninos de barrera. Estas cifras son, a grandes rasgos, comparables entre distintos países, aunque no completamente, debido a la variación en el momento en que se realizan las encuestas y en los detalles de las preguntas. Todos los datos por países y regionales se refieren a mujeres de entre 15 y 49 años de edad. Se utilizan los datos de las más recientes encuestas disponibles, entre 1980 y 2002.

Tasa de prevalencia del VIH, M/F, 15 a 49 años. Fuente: UNAIDS. 2004. *Estimated Adult (15-49) HIV Prevalence among Men and Women in 2003*. Planilla. Ginebra: ONUSIDA. Los datos se basan en informes de los sistemas de vigilancia y en estimaciones realizadas aplicando modelos. Los datos presentados para varones y mujeres de 15 a 49 años de edad son, respectivamente, estimaciones puntuales para cada país. El año de referencia es 2003. Las diferencias entre varones y mujeres reflejan diferentes grados de vulnerabilidad fisiológica y social a la enfermedad, así como la diferencia de edades en la pareja sexual.

Indicadores demográficos, sociales y económicos

Población total en 2005, Proyecciones de población para 2050, Tasa media anual de crecimiento demográfico en 2005: Fuente: Planillas proporcionadas por la División de Población de las 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. Se promediaron los datos para 2000-2005 y para 2005-2010 a fin de llegar a la estimación para 2005.

Porcentaje de población urbana, tasas de crecimiento urbano: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2004. *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas, disponible en CD-ROM (Pop/DP/WUP/Rev.2003) y División de Población de las Naciones Unidas. *World Urbanization Prospects: The 2003 Revision: Data Tables and Highlights* (documento ESA/P/WP.190). Nueva York: Naciones Unidas. 2004. Estos indicadores reflejan la proporción de la población de los países que reside en zonas urbanas y la tasa de crecimiento en dichas zonas urbanas, según las proyecciones.

Población agrícola por hectárea de tierra cultivable y de tierra cultivada permanentemente: Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), División de Estadística, utilizando datos de población agrícola basados en datos de población total de la División de Población de las Naciones Unidas. 2003. *World Population Prospects: The 2002 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 la fragmentación de las parcelas. Por otra parte, esta medición también refleja distintos niveles de desarrollo y diversas políticas de uso del suelo. Los datos corresponden al año 2002.

Tasa de fecundidad total (2005): Fuente: Planilla de la División de Población de las Naciones Unidas. La tasa indica el número de hijos que tendría una mujer en su etapa de procreación si diera

a luz de conformidad 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. Se promediaron los datos para 2000-20005 y para 2005-2010 a fin de llegar a la estimación para 2005.

Partos atendidos por personal capacitado: Fuente: UNICEF. 2005. *The State of World's Children 2005: Childhood Under Threat*. Nueva York: UNICEF. 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 correspondientes a países más desarrollados reflejan sus más altos niveles de atención del parto por personal capacitado. Debido a la hipótesis de cobertura total, tal vez no se reflejen cabalmente en las estadísticas oficiales los déficit en los datos (y en la cobertura) de las poblaciones marginadas, ni los efectos de las demoras que obedecen a factores aleatorios o a las condiciones del transporte. Los datos son las estimaciones más recientes de que se dispone, posteriores a 1995.

Ingreso nacional bruto per cápita: Fuente: Las cifras más recientes (correspondientes a 2003) fueron proporcionadas por: Banco Mundial. *World Development Indicators Online* Sitio Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline> (sólo accesible a suscriptores). Este indicador (anteriormente, producto nacional bruto [PNB] per cápita) mide el total de bienes y servicios de uso final producidos 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 (PIB) 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 no residentes, y dado que se incorporan diversos ajustes técnicos, incluidos los relativos a la fluctuación de los tipos de cambio a lo largo del tiempo. En esta medición también se tienen en cuenta las diferencias en el poder adquisitivo de las monedas, mediante ajustes de paridades de poder adquisitivo (PPA) para obtener el «PNB real». Algunas cifras de PPA se calcularon utilizando modelos de regresión; otras se extrapolaron de los más recientes datos básicos de referencia del Programa de Comparaciones Internacionales; los detalles figuran en la fuente originaria.

Gastos del gobierno central en educación y salud: Fuente: datos más recientes para los últimos siete años de: Banco Mundial. *World Development Indicators Online* Sitio Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline> (sólo accesible a suscriptores). 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 dentro de un mismo sector, por ejemplo, educación primaria o servicios de salud, en relación con otros niveles, en las 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 estima-

ciones indicadas se presentan como partes proporcionales del PIB per cápita (para educación) o PIB total (para salud). Al mismo tiempo, se sugiere un alto grado de precaución al efectuar comparaciones entre distintos países, debido a las variaciones en los costos de los insumos en diferentes lugares y distintos sectores.

Asistencia externa para actividades de población: Fuente: UNFPA. De próxima publicación. *Financial Resource Flows for Population Activities in 2003*. Nueva York: UNFPA. Estas cifras corresponden al monto de asistencia externa a cada país que se destinó a actividades de población en el año 2003. 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. Los totales regionales indicados abarcan tanto proyectos por países como actividades regionales (cuando éstas no se indican de otro modo en el cuadro). Los datos para 2003 son provisionales.

Mortalidad de niños menores de cinco años: Fuente: Planillas de la División de Población de las Naciones Unidas. Este indicador se refiere a la tasa de mortalidad de menores de un año y de niños de corta edad. Por consiguiente, refleja los efectos de las enfermedades y otras causas de defunción en menores de un año y de 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 expresan 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. Se promediaron los datos para 2000-20005 y para 2005-2010 a fin de llegar a la estimación para 2005.

Consumo de energía per cápita: Fuente: Banco Mundial. 2003. *World Development Indicators Online*. Sitio Web: <http://devdata.worldbank.org/dataonline> (sólo accesible a suscriptores). 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 (inclusive la disminución o el aumento del derroche en el consumo). Los datos corresponden a 2002.

Acceso a fuentes de agua potable: Fuente: UNICEF. 2005. *The State of World's Children 2005: Childhood Under Threat*. Nueva York: UNICEF. Este indicador refleja el porcentaje de la población que posee acceso a una *fente mejorada de agua potable* que proporciona un *suministro suficiente de agua apta para el consumo*, a una *distancia razonable* del domicilio del usuario. Los conceptos en bastardillas corresponden a definiciones a escala de país. Este indicador se relaciona con la exposición a riesgos para la salud, incluidos los derivados de un saneamiento incorrecto. Los datos son estimaciones y corresponden al año 2002.

Equipo editorial

El Estado de la Población Mundial 2005

Coordinadora/Autora/Investigadora: María José Alcalá

Jefa de Redacción: Janet Jensen

Directora de Producción: Patricia Leidl

Auxiliar Editorial: Phyllis Brachman

Auxiliar de Investigación/Pasante: Zeina Boumechal

Auxiliar Editorial y Administrativa: Mirey Chaljub

Contribuyentes:

Delawit Amelga-Aklilu, Lori Ashford, Margaret Bald, Stan Bernstein, Ann Blanc, Camille Conaway, Margaret Greene, Karen Hardee, Don Hinrichsen, Gloria Jacobs, Toshiko Kaneda, Patricia Leidl, Alex Marshall, Karen Newman, Joanne Omang, Erin Sines y Martha Wood.

Agradecimientos:

Se agradecen mucho las contribuciones y los insumos aportados así como la información sobre iniciativas nacionales y regionales que figuran en el presente informe, recibidos de: organizaciones y organismos de las Naciones Unidas copartícipes que se ocupan de cuestiones de igualdad de género y salud reproductiva; varios colegas de Oficinas del UNFPA en los países y en la sede; Asesores sobre Cuestiones de Género en los Equipos de Apoyo Técnico a los Países; y de la Oficina en Ginebra. Se agradece en especial a Lindsay Edouard, Ann Erb-Leoncavallo y Stafford Mousky.

Legendas y autores de fotos

Portada

© Mark Edwards/Still Pictures
Jovencitas celebran el festival de Imaraguen en una pequeña aldea costera de Mauritania.

Capítulo 1

© Mikkel Ostergaard/Panos Pictures
Una niña se tambalea sobre un endeble puente que cruza un callejón inundado y contaminado en uno de los tugurios de Phnom Penh (Camboya).

© Caroline Penn/Panos Pictures

Niñas musulmanas conversan en un portal del barrio de Malay, ciudad de El Cabo (Sudáfrica).

Capítulo 2

© Jacob Silberberg/Panos Pictures
Tres niñas observan a su maestra en un aula de la aldea de Koutagba (Benin meridional).

Capítulo 3

© Chris de Bode/Panos Pictures
Una anciana eleva sus plegarias por la paz en el campamento de Oromo para personas internamente desplazadas en Uganda. Durante 19 años, el Ejército de Resistencia del Señor ha aterrorizado a los habitantes de las provincias septentrionales.

© Gary Knight/VII

Una mendiga en las calles de Srinigar (Cachemira), donde la guerra civil ha devastado la economía local.

Capítulo 4

© Alex Webb/Magnum Photos
Una embarazada en la entrada de una vivienda en Abidján (Côte d'Ivoire).

Capítulo 5

© Tim Dirven/Panos Pictures
Joven madre afgana y su hijo desnutrido esperan en un centro de nutrición dirigido por Médecins sans frontières.

Capítulo 6

© David Alan Haviv/VII
Un hombre muestra orgullosamente su hijo a los visitantes en una aldea de la isla Chacahua (México).

Capítulo 7

© Marie Dorigny/UNFPA
Una aldeana con el rostro cubierto en el poblado de Tigray (Etiopía).

© Wayne Leidenfrost/Province

En la entrada de la Galería de Arte Vancouver, en Vancouver (Canadá) se exhiben 500 pares de zapatos en memoria de mujeres que perdieron la vida a manos de hombres y para crear conciencia sobre la violencia contra la mujer.

Capítulo 8

© James Nachtwey/VII
Una mujer internamente desplazada atiende a su hijo enfermo en el hospital de Mornei, Darfur Occidental (Sudán).

© Jacob Silberberg/Panos Pictures

Una niña, separada de su familia al huir de las hostilidades en Monrovia (Liberia), contempla la insignia de la Cruz Roja en la sede del CICR, isla de Bushrod.

Capítulo 9

© Maria Soderberg/Panos Pictures
Una mujer se quita su burqa en Kandahar (Afganistán).



El UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, es una agencia de cooperación internacional para el desarrollo que promueve el derecho de cada mujer, hombre y niño a disfrutar de una vida sana, con igualdad de oportunidades para todos. El UNFPA apoya a los países en la utilización de datos socio-demográficos para la formulación de políticas y programas de reducción de la pobreza, y para asegurar que todo embarazo sea deseado, todos los partos sean seguros, todos los jóvenes estén libres de VIH/SIDA y todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto.

UNFPA — porque cada persona es importante.



Fondo de Población de las Naciones Unidas
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017
Estados Unidos de América
www.unfpa.org

ISBN 0-89714-752-9
S/8.000/2005 No. de venta S.05.III.H.1

Impreso en papel reciclado.