

Potenciación del papel de la mujer y salud reproductiva:

Vínculos a lo largo del ciclo de la vida

Índice

Introducción	2
El programa relativo a los derechos	2
¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?	2
Definición de conceptos y derechos	3
Salud reproductiva y ciclo de la vida	3
Salud reproductiva y oportunidades al comienzo de la vida	4
La desventaja de tener una madre demasiado joven	4
Breves intervalos entre alumbramientos sucesivos y mortalidad de menores de un año	5
Preferencia por el hijo varón y selección en función del sexo	5
Los efectos de la mortalidad derivada de la maternidad	5
Contagio de la madre al hijo con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual	6
Huérfanos	6
Salud reproductiva y educación: Relación mutua	7
La discrepancia de género	8
La educación aplaza el matrimonio, mejora la salud y reduce la fecundidad	9
Actividad sexual precoz, embarazo y acortamiento del período de educación	9
Educación sobre la sexualidad y la salud reproductiva	9
La adolescencia y la transición hacia la adultez	10
Restricciones para las niñas, comportamiento dominante para los niños	11
Los jóvenes, principales víctimas de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA	11
Abuso sexual, violación y explotación sexual	12
Embarazo y aborto	12
Corte y mutilación genital femenina	13
Necesidad apremiante de contar con información y servicios	14
El matrimonio y la familia	14
Riesgos de salud del matrimonio precoz	14
Las modalidades y normas relativas a la familia están cambiando	15
Planificación de la familia y uso de anticonceptivos	15
Comunicación entre cónyuges	15
Efectos del embarazo no deseado	16
Maternidad sin riesgos	16
Salud sexual, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA	17
Participación en la fuerza laboral y empleo	17
Tareas domésticas y cuidado de los niños de corta edad	17
Empleo de las mujeres y decisiones en materia de reproducción	18
Riesgos en el lugar de trabajo	19
Salud reproductiva y violencia	19
Violencia doméstica	20
Las mujeres como víctimas de guerras y emergencias	21
Costos adicionales	21
La ancianidad	22
Notas	23

Introducción

El programa relativo a los derechos

En el pasado decenio, varios acuerdos internacionales han afirmado que el desarrollo nacional y la salud en todo el mundo dependen de que se fomente plenamente la capacidad de todos los ciudadanos. Un aspecto esencial de ello es la potenciación del papel de la mujer.

En muchas conferencias internacionales, regionales y nacionales se ha reconocido que la potenciación del papel de la mujer es un derecho humano básico, y que también es imprescindible para el desarrollo nacional, la estabilización de la población y el bienestar en todo el mundo. La salud reproductiva y sexual y los derechos reproductivos y sexuales son esenciales para la potenciación del papel de la mujer y para todas las cuestiones relativas a la calidad de la vida, en lo concerniente a la participación social, económica, política y cultural de las mujeres.

La potenciación del papel de la mujer fue una meta central en materia de políticas, tanto en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994, como en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995. En ambas conferencias se reconoció y afirmó que la salud reproductiva es una parte indispensable de la potenciación del papel de la mujer.

Asimismo, se ha destacado **la potenciación del papel de la mujer** en los acuerdos concertados en otras importantes conferencias internacionales, regionales y nacionales celebradas en el pasado decenio, entre ellas la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, en 1990; la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993; la Cumbre Mundial de Desarrollo Social, en 1995, la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, en 1996, Hábitat II en 1996, y el examen al cabo de cinco años de la ejecución del Programa de Acción de la CIPD (CIPD+5) en 1999.

La potenciación del papel de la mujer es el proceso mediante el cual se transforman las relaciones de poder desiguales o las mujeres obtienen un mayor grado de igualdad con los hombres. A escala gubernamental, esto abarca que se hagan extensivos a la mujer todos los derechos fundamentales de índole social, económica y política. En el plano individual, esto abarca procesos en virtud de los cuales las mujeres adquieren un poder

interior para expresar y defender sus derechos y obtienen mayor autoestima y control sobre sus propias vidas y sus relaciones personales y sociales. Para la potenciación del papel de la mujer es imprescindible que los hombres participen y acepten el cambio en los papeles.

Este informe, una contribución al examen de los adelantos logrados en la aplicación de la plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, "Beijing + 5", trata de la salud reproductiva y sexual y de los derechos reproductivos y sexuales como componentes necesarios y de importancia vital de la potenciación del papel de la mujer a lo largo del ciclo de la vida.

¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?

En los últimos años, se ha ampliado considerablemente la comprensión internacional acerca de los derechos sexuales y reproductivos. En el Programa de Acción de la CIPD¹ y en la Plataforma de Acción de Beijing² se reconoce que los derechos sexuales y reproductivos *son partes inalienables, integrales e indivisibles de los derechos humanos universales*.

Los derechos sexuales y reproductivos también son la piedra angular del desarrollo. Para conquistar las metas de un desarrollo sostenible y equitativo es preciso que las personas estén en condiciones de controlar sus vidas sexuales y reproductivas. Entre los más importantes derechos sexuales y reproductivos figuran los siguientes³:

- *Salud reproductiva y sexual* como componente de la salud en general, a lo largo de todo el ciclo de la vida, tanto de los hombres como de las mujeres;
- *Adopción de decisiones reproductivas*, inclusive la opción voluntaria en lo relativo al matrimonio, la formación de la familia y la determinación del número y espaciamiento de los hijos y del momento de tenerlos; y el derecho de disponer de acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria;
- *Igualdad y equidad para hombres y mujeres*, a fin de posibilitar que los individuos efectúen opciones libres y bien fundamentadas en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por razones de género;
- *Seguridad sexual y reproductiva*, inclusive la protección contra la violencia y la coacción sexuales, y derecho a la vida privada.

La falta de atención a la salud sexual y reproductiva y a los derechos sexuales y reproductivos es la causa fundamental de muchos problemas que, a juicio de la comunidad internacional, requieren la adopción de medidas urgentes. Tales problemas son la violencia por motivos de género, el VIH/SIDA, la mortalidad derivada de la maternidad, el embarazo en la adolescencia, el abandono de niños y el acelerado crecimiento de la población. Esta denegación masiva de los derechos humanos causa cada año la muerte de millones de personas; muchas más quedan permanentemente lesionadas o infectadas. La mayoría de esas personas residen en países en desarrollo y son predominantemente mujeres. Los derechos sexuales y la salud sexual no son meras cuestiones de índole individual, sino que pueden tener efectos directos sobre la economía de un país, como se puso claramente de manifiesto en los países africanos más gravemente afectados por la pandemia del SIDA.

Definición de conceptos y derechos

En las conferencias de las Naciones Unidas celebradas en el decenio de 1990 se llegó a acuerdos acerca de los siguientes conceptos y definiciones fundamentales:

- La **salud reproductiva** es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. (Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, párr. 94; Programa de Acción de la CIPD, párr. 7.2)
- La **salud sexual** significa que las personas deberían estar en condiciones de tener vidas sexuales seguras y satisfactorias. Las relaciones de género deberían entablarse en condiciones de igualdad, responsabilidad y respeto mutuo. La salud sexual abarca comportamientos imprescindibles para contrarrestar las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. La salud sexual tiene como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales; y los servicios de salud sexual no deberían consistir meramente en el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (Plataforma de Acción de la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, párr. 94; Programa de Acción de la CIPD, párr. 7.2)
- Los **derechos reproductivos** abarcan "el 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. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos" (Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, párr. 95)

- Los **derechos sexuales** abarcan "los derechos humanos de la mujer ... a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coacción, la discriminación y la violencia". (Plataforma de Acción de la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, párr. 96)

Salud reproductiva y ciclo de la vida

La salud reproductiva no es una cuestión limitada a la llamada "etapa de procreación" de la mujer, que se define habitualmente como la comprendida entre los 15 y los 45 años de edad. Por el contrario, la salud reproductiva es tema de preocupación para mujeres y hombres, desde la más temprana edad hasta la ancianidad.

En muchas culturas, la discriminación contra las niñas y las mujeres comienza poco después de nacer y determina el curso de sus vidas. Los problemas de la educación y la atención apropiada de la salud se plantean en la infancia y la adolescencia y siguen siendo temas de preocupación en la etapa de procreación, junto con la planificación de la familia, las enfermedades de transmisión sexual e infecciones del aparato reproductor, la nutrición y atención adecuadas durante el embarazo y la condición social de la mujer. En la ancianidad, los problemas abarcan las infecciones crónicas y las mayores preocupaciones acerca del cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama.

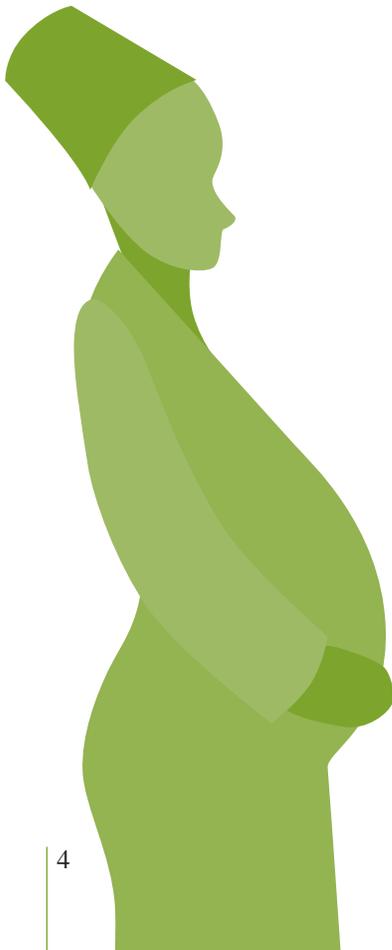
Las actitudes masculinas respecto de las relaciones de género y las relaciones sexuales se originan en la infancia, y con frecuencia quedan fijadas para el resto de la vida. Es preciso que los varones reciban una socialización temprana en conceptos de responsabilidad sexual y que se les brinde educación y apoyo continuos para lograr un saludable comportamiento sexual y en la formación de la familia.

Tanto las mujeres como los hombres necesitan una atención de la salud reproductiva apropiada a su situación en el ciclo de la vida⁴.

Salud reproductiva y oportunidades al comienzo de la vida

Ha nacido un niño. ¿Es un niño deseado? ¿Quién es la madre? ¿Está casada? ¿Tiene un compañero o una familia que puedan apoyarla y apoyar a su recién nacido? ¿Qué edad tiene la madre? ¿Ha recibido educación? ¿Está alfabetizada? ¿Está preparada emocionalmente y dispone en otros aspectos de una madurez suficiente para atender al niño y darle las bases que necesita para un buen comienzo en la vida, en un mundo cada vez más complejo?

Las circunstancias en que nace un niño determinan en gran medida no sólo si sobrevive o no, sino también el curso de toda su vida. Las opciones reproductivas de las mujeres afectan sustancialmente tanto sus perspectivas en la vida como las de sus hijos. La edad de la madre, el espaciamiento de los alumbramientos y la atención durante el embarazo y el parto son importantes factores determinantes de la supervivencia del niño y de su desarrollo en la infancia.



Los niños nacidos fuera de una unión oficializada y los nacidos después de que sus progenitores ya tienen el número de hijos a que aspiran, corren riesgo de ser insuficientemente atendidos y recibir apoyo inadecuado de sus progenitores.

La desventaja de tener una madre demasiado joven⁵

Los efectos de la salud reproductiva sobre el recién nacido son inmediatos y pueden ser espectaculares. Los hijos de madres adolescentes por lo general están en situación desventajosa, dada la inmadurez física y emocional de la madre y el hecho de que al tener un hijo por lo general se interrumpe su escolarización. Los riesgos son especialmente grandes para el niño si la madre acaba de entrar en la adolescencia (12 a 16 años de edad), si es soltera, si es pobre o si el niño no es deseado. La desventaja de tener una madre adolescente llega a su máximo cuando se dan esas tres condiciones.

Casi la mitad de todas las defunciones de niños menores de 5 años se producen en su primer mes de vida. En países en desarrollo, el riesgo de que un recién nacido muera durante su primer año cuando la madre es demasiado joven es un 30% superior al riesgo que corre cuando la madre es una mujer adulta⁶. Aun cuando sobrevivan, los recién nacidos cuya madre es una adolescente tienen mayores posibilidades de ser prematuros y tener bajo peso al nacer. Esos riesgos para la supervivencia son mucho mayores en los países en desarrollo, dadas las condiciones de pobreza, deficiente nutrición y escasa disponibilidad de atención médica.

Los recién nacidos de madres adolescentes también corren riesgos debido a las condiciones socioeconómicas negativas, que suelen ser peores cuando la madre es una adolescente. En general, las madres adolescentes están en peores condiciones de proporcionar los cuidados compensatorios que necesita un recién nacido prematuro o de bajo peso. En las familias pobres, es poco probable que otros adultos estén disponibles en condiciones de proporcionar el apoyo necesario.

- Los datos procedentes de Nigeria indican un llamativo contraste en la mortalidad de menores de un año cuando se compara a los hijos de adolescentes con los de madres de edad algo mayor. Cuando las madres son menores de 20 años, la mortalidad de niños menores de un año es de 121 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, en comparación con 79 defunciones para las madres de 20 a 29 años de edad.

- En muchos países africanos, las niñas que quedan embarazadas son obligadas a abandonar la escuela y también tienen probabilidades de ser objeto de persecución moral. Los datos de Rwanda, por ejemplo, indican que un 10% de las escolares embarazadas son repudiadas por sus familias. Esto, a su vez, puede causar el abandono del niño (deshacerse de él) y la incorporación de la joven madre en el mundo de la prostitución.

Sea cual fuere la razón por la cual un niño es no deseado, las probabilidades son de que inicie su vida en condiciones desventajosas. El abandono es común y es la causa de las crecientes cantidades de "niños de la calle" en las grandes ciudades, desde Manila hasta Río de Janeiro. Aun cuando se mantenga al niño en la familia, no obstante la madre tal vez no esté psicológicamente preparada para asumir la responsabilidad de la crianza del niño o tal vez los recursos de la familia no basten para satisfacer las necesidades del pequeño. Asimismo, hay mayores probabilidades de que el niño sea objeto de malos tratos.

Breves intervalos entre alumbramientos sucesivos y mortalidad de menores de un año

El espaciamiento entre los alumbramientos ofrece importantes beneficios, tanto para los recién nacidos como para las madres. Los niños nacidos menos de un año después de que termine el último embarazo de su madre tienen probabilidades mucho mayores de estar malnutridos y de morir que los nacidos al cabo de intervalos más largos. El riesgo de muerte dimanado del breve intervalo entre alumbramientos sigue existiendo, incluso después del primer año de vida.

Además, cuando dos hijos nacen separados por un intervalo muy breve, la salud del mayor también puede correr riesgos. La palabra "kwashiorkor" se utiliza en Ghana para describir el tipo de desnutrición que se ve a menudo cuando un niño es destetado demasiado precozmente debido a que la madre ha quedado nuevamente embarazada. Los niños destetados demasiado temprano son mucho más susceptibles a la desnutrición y las infecciones.

Las altas tasas de mortalidad de los niños de corta edad muy próximos entre sí puede deberse en parte a la falta de tiempo para que el cuerpo de la madre se recupere plenamente después del último embarazo, que a veces se denomina "síndrome de agotamiento materno". Éste puede ser especialmente el caso de

mujeres que amamantan a sus hijos durante largos períodos y mujeres desnutridas que realizan trabajos físicos pesados.

Preferencia por el hijo varón y selección en función del sexo

En muchos países, las niñas sufren debido a preferencias culturales muy arraigadas por el hijo varón. En muchas comunidades pobres, se suele descuidar a las niñas y denegarles educación y atención médica. En todos los continentes, hay mayores probabilidades de que los progenitores envíen a la escuela a sus hijos varones y los mantengan en ella por períodos mayores que a sus hijas.

En algunos países, la decidida preferencia por el hijo varón ha conducido al aborto selectivo de fetos femeninos e incluso al infanticidio femenino. La disponibilidad cada vez mayor de tecnología reproductiva, inclusive la amniocentesis y el ultrasonido, ha posibilitado esta particular modalidad de discriminación por motivos de género, la cual ha redundado en proporciones entre varones y mujeres superiores a las normales, como ocurre en China, la República de Corea y la India. Actualmente, en la India y en China, las leyes prohíben las pruebas para determinar el sexo del feto; no obstante, a causa de este fenómeno hay en Asia solamente, 60 millones de niñas que faltan⁷.

Los efectos de la mortalidad derivada de la maternidad

Lamentablemente, la mortalidad derivada de la maternidad sigue siendo demasiado frecuente en los países en desarrollo, donde cada año más de medio millón de mujeres pierden la vida por causas relativas al embarazo, entre ellas el aborto realizado en malas condiciones. Esto equivale a aproximadamente la muerte de una de cada 50 mujeres de países en desarrollo debido a complicaciones del embarazo y el aborto realizado en malas condiciones, proporción unas 35 veces superior a la existente en países desarrollados.

La muerte de la madre tiene consecuencias extremadamente graves, especialmente para un recién nacido o un niño de corta edad. En países en desarrollo, cuando la madre muere hay un alto riesgo de que también mueran sus hijos menores de cinco años; esa probabilidad llega hasta un 50% en algunos lugares⁸. Muchas familias pueden atender adecuadamente a los niños cuya madre ha muerto, pero también son muchas las que no pueden.

Contagio de la madre al hijo con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual⁹

Para los niños cuyas madres se han contagiado con el VIH, las probabilidades al comienzo de su vida son aún más sombrías. La transmisión de la madre al hijo es, con mucho, la mayor causa de contagio con el VIH de niños menores de 15 años. En una cantidad cada vez mayor de países, el SIDA es ahora la mayor causa de defunción de niños. En centros urbanos del África meridional, es común encontrar tasas de reacción serológica positiva al VIH del 20% al 30% entre las embarazadas para las que se efectúan análisis de laboratorio en clínicas de atención prenatal¹⁰.

En 1998, el 10% de todas las personas que se contagiaron fueron niños y la enorme mayoría de ellos habían recibido el virus de sus madres infectadas. (Es posible que el virus se transmita durante el embarazo, el parto o el amamantamiento). En África reside el 90% de todos los niños del mundo contagiados con el VIH, debido en gran medida a las muy altas proporciones de contagio con el VIH entre las mujeres, sumadas a las altas tasas de fecundidad. Por otra parte, parece estar aumentando rápidamente el número de niños contagiados con el VIH en la India y el Asia sudoriental.

- Cuando no se adoptan medidas preventivas, el riesgo de que un niño de corta edad reciba el virus de una madre infectada oscila del 15% al 25% en los países industrializados y del 25% al 45% en los países en desarrollo.
- Casi 4,5 millones de niños menores de 15 años se han contagiado con el VIH y de ellos, más de 3 millones ya han muerto a causa del SIDA.
- El SIDA amenaza con desbaratar los años de sostenidos adelantos en materia de supervivencia del niño, logrados debido a medidas como la promoción del amamantamiento, la inmunización y la rehidratación oral. Según las proyecciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el

VIH/SIDA (ONUSIDA), hacia el año 2010 es posible que debido al SIDA, haya aumentado en más del 100% la mortalidad de niños menores de cinco años en las regiones más afectadas por el virus¹¹.

- También hay graves consecuencias a largo plazo de las infecciones de transmisión sexual congénitas y perinatales. Por ejemplo, la sífilis contribuye a la ceguera, la sordera, la parálisis y las enfermedades óseas, y la gonorrea, a la ceguera.

Una nueva droga llamada nevirapine (Viramune) ofrece esperanza a los países de escasos recursos. Se ha informado de que la nevirapine, antirretrovirus que frena la reproducción del VIH, reduce los contagios a la mitad, y es mucho menos costosa que otras drogas. La nevirapine, utilizada para el tratamiento de embarazadas con reacción serológica positiva al VIH en Uganda (ahora, país líder en las acciones de lucha contra el VIH/SIDA), también ha sido autorizada por la Administración de Bromatología y Medicamentos (*Food and Drug Administration*) de los Estados Unidos para el tratamiento del VIH/SIDA pediátrico¹².

Huérfanos

Las guerras, los disturbios civiles y el SIDA están dejando tras de sí enormes cantidades de huérfanos, muchos de ellos gravemente traumatizados. Los efectos han sido de mayores proporciones en África. Las matanzas perpetradas en 1994 en Rwanda, por ejemplo, dejaron, según se estima, a unos 200.000 niños huérfanos o separados de sus progenitores.

Bernadette Nakayima, de 70 años de edad, vive en el distrito de Masaka (Uganda), donde un tercio de todos los niños son huérfanos. Nakayima perdió a sus 11 hijos debido al SIDA. Dice: "todos ellos me dejaron 35 nietos para que los cuide". Según un grupo local de mujeres, una de cada cuatro familias ugandesas se está haciendo cargo ahora de un huérfano del SIDA¹³.

Pero nada puede compararse con la devastación infligida por el SIDA. Más de 10 millones de niños africanos menores de 15 años han perdido a su madre o a ambos progenitores a causa del SIDA. Según las proyecciones, el número de "huérfanos del SIDA" en los 23 países más afectados llegará a 40 millones hacia el año 2010. Se prevén enormes aumentos en la mortalidad de menores de un año y de niños en general debi-



do al SIDA, y según las proyecciones, dicho aumento reducirá la esperanza de vida hasta 40 años o menos en nueve países hacia 2010.

En países donde el SIDA se ha cobrado las vidas de muchos adultos, más del 10% de los niños pierden uno o ambos progenitores durante su infancia. Los niños que quedan huérfanos a causa del SIDA tienen mayores probabilidades de dejar de asistir a la escuela que los demás niños de su edad. Tienen mayores probabilidades de verse obligados a mantenerse a sí mismos y a asumir responsabilidades de adultos y tienen mayores probabilidades de marcharse de su hogar o perder su hogar y sumarse a las crecientes filas de "niños de la calle".

Las niñas huérfanas tal vez experimenten mayores presiones para contraer matrimonio, recurrir a "gavilanes" (hombres de mayor edad que ofrecen dinero a cambio de favores sexuales), o recurrir a la prostitución para sobrevivir, aunque, para muchas, la supervivencia será de corta duración. Muchos abuelos u otros miembros de familias ampliadas deben asumir el enorme peso de hacerse cargo de los huérfanos del SIDA. En los países donde hay altas tasas de prevalencia, las familias están experimentando enormes tensiones.

Los mensajes fundamentales

- *Impartir información y facultar a las niñas para que aplacen el embarazo hasta que estén en condiciones de madurez física y emocional.*
- *Inspira y motiva a los niños varones y los hombres para que sean compañeros sexuales responsables y valoren a las hijas en un plano de igualdad con los hijos varones.*
- *Educar al público para que comprenda que, si una mujer que está infectada con el VIH o padece de SIDA queda embarazada, hay muchas probabilidades de que su hijito se contagie con el VIH de ella, y también pierda la vida.*
- *Es preciso que los gobiernos asuman la responsabilidad por la catástrofe humana de los huérfanos y otros niños que viven en las calles, creando programas de rehabilitación de esos niños para que lleguen a ser seres humanos capaces de contribuir a la sociedad, e intensifiquen los esfuerzos por prevenir los embarazos no deseados, que redundan en mayores cantidades de "niños de la calle".*

Salud reproductiva y educación: Relación mutua

La niña cumple 5 años ¿Asistirá a la escuela, al igual que su hermano? O ¿permanecerá en el hogar para ayudar a su madre a acarrear agua y atender al recién nacido? Si comienza a asistir a la escuela, ¿la retirará de la escuela su padre cuando necesite mano de obra adicional en los campos? ¿Permanecerá su hermano en la escuela? Cuando sea mayor, ¿sabrá cómo resistir los requerimientos sexuales de los muchachos que la encuentran atractiva? ¿Qué pasa si queda embarazada? ¿Se verá obligada a dejar de asistir a la escuela?

En todo el mundo, se valora más la educación de los niños varones que la de las niñas⁴. No cabe duda de los beneficios de la educación de las niñas, pero no todos los progenitores los perciben. Hay tremendas discrepancias en la matriculación escolar de niños varones y niñas y en el tiempo que unos y otras permanecen en la escuela. Si bien casi todos los niños varones ingresan a la escuela primaria, sólo tres de cada cuatro niñas hacen lo propio. En muchos países en desarrollo, menos de la mitad de todos los niños continúan sus estudios en escuelas secundarias y las probabilidades de que así lo hagan las niñas son muy inferiores a las de los varones. En Bangladesh, por ejemplo, la matriculación secundaria es del 25% para los niños varones, pero sólo del 13% para las niñas. Este abandono tiene consecuencias de importancia crítica para la potenciación del papel de la mujer, así como para sus decisiones en cuestiones reproductivas.

El vínculo entre educación y salud reproductiva es bidireccional. La educación de las niñas se correlaciona estrechamente con las mejoras en la salud de la familia y las menores tasas de fecundidad. A su vez, las niñas nacidas en familias más pequeñas tienen mayores probabilidades de ser enviadas a la escuela y de finalizar mayor cantidad de años de estudios.

Al educar a las mujeres se beneficia a toda la sociedad. La educación de las mujeres tiene efectos mucho más notables sobre la pobreza y el desarrollo que la educación de los varones. Asimismo, es el factor que más influye en la mejor salud infantil y la reducción de la mortalidad de menores de un año.

En la CIPD y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer se afirmó el derecho de todos a la educación y se prestó especial atención a la mujer y la niña, al reconocer que la educación es un elemento fundamental de la potenciación del papel de la mujer debido a que posibilita que ésta responda a las oportunidades, cuestione sus papeles tradicionales y cambie su vida. En el párrafo 4.2 del Programa de Acción de la CIPD se estipula: "La educación es uno de los medios más importantes para habilitar a la mujer con los conocimientos, aptitudes y confianza en sí misma que necesita para participar plenamente en el proceso de desarrollo".

En las dos conferencias también se destacó que la erradicación del analfabetismo es un requisito previo para lograr el desarrollo humano. Actualmente, hay en todo el mundo casi 600 millones de mujeres que siguen siendo analfabetas, en comparación con 320 millones de hombres.

La discrepancia de género

En todo el mundo hay muchas barreras sociales, culturales y económicas que se oponen a la escolarización de las niñas, tanto en lo concerniente a la matriculación como a la permanencia en la escuela. Entre las barreras figuran las siguientes:

- *En muchas sociedades, los progenitores consideran que la educación de las niñas conlleva limitados beneficios económicos.* Las hijas que asisten a la escuela no están muy disponibles para ayudar en las tareas domésticas y el cuidado de sus hermanitos más pequeños. Las normas culturales establecen que los hijos varones son quienes mantienen a sus progenitores ancianos, mientras que las niñas contraen matrimonio y dejan a sus progenitores.
- *La pobreza es un estorbo de grandes proporciones.* Por lo general, la escolarización de los niños requiere sumas sustanciales para sufragar los derechos de matrícula, libros, uniformes y transporte. Cuando la familia posee recursos limitados, los progenitores suelen dar mayor prioridad a los hijos varones.
- *Con frecuencia, las decisiones acerca de la escolarización de las niñas reciben la influencia de las normas sociales relativas a la sexualidad y al matrimonio.* En sociedades tradicionales, en donde se valora en gran medida la castidad, tal vez los progenitores titubeen en permitir que las niñas viajen hasta la escuela, reciban enseñanza de maestros masculinos y tengan estrecho contacto con los

niños varones. A menudo, los progenitores esperan que las niñas contraigan matrimonio a una edad temprana y consideran que ellas no necesitan educación.

Las disparidades iniciales en las tasas de matriculación de las niñas y los niños varones son mucho mayores que las diferencias en las tasas de abandono escolar. Esto sugiere que el problema principal es lograr que las niñas ingresen a la escuela¹⁵.

Los progenitores reconocen cada vez más la necesidad de la educación para mejorar las oportunidades de sus hijos en la vida, pero esta toma de conciencia se efectúa más lentamente cuando se trata de las niñas. Además, va en aumento el número de progenitores que comprenden que se atenderá mejor a las necesidades económicas a largo plazo de la familia proporcionando mejor atención de la salud y mejor educación a un menor número de hijos, en lugar de depender de las grandes cantidades. Los progenitores que abrigan la esperanza de lograr una mejor educación para sus hijas tienden a aspirar a familias más pequeñas, tal vez para poder atender en mejores condiciones a los hijos que tienen.

La educación aplaza el matrimonio, mejora la salud y reduce la fecundidad

En casi todos los países — sean cuales fueren la religión, la cultura o el nivel de desarrollo — es más probable que las mujeres mejor educadas:

- Contraigan matrimonio más tarde, utilicen anti-conceptivos, tengan menor cantidad de hijos y críen niños más saludables;
- Adopten mejores decisiones para sí mismas y para sus hijos;
- Efectúen mayores contribuciones económicas al hogar.

En los países en desarrollo, una de las correlaciones estadísticas más inalterables es la existente entre la educación de las madres y la mortalidad de menores de un año: los hijos de mujeres con más años de educación tienen muchas mayores probabilidades de sobrevivir después del primer año de vida. Asimismo, las mujeres mejor educadas suelen tener una mayor voz en las decisiones, por ejemplo, cuándo y con quién se han de casar, y tienden a utilizar métodos de planificación de la familia para tener sólo la cantidad de hijos que pueden atender.

Actividad sexual precoz, embarazo y acortamiento del período de educación

Si bien la escolarización evidentemente aplaza el matrimonio, queda mucho menos claro si la escolarización aplaza o no la iniciación de la actividad sexual. Las normas culturales, en su mayoría, estipulan que las niñas no deben tener actividad sexual antes del matrimonio, pero el hecho es que muchas la inician, en todo el mundo. La mayor asistencia a la escuela en los países en desarrollo a menudo intensifica los contactos entre niños varones y niñas, aun cuando las escuelas para un único sexo sean la norma. Esas tendencias, sumadas a la disminución de la edad de la menarca, significan que va en aumento el número de niñas expuestas a oportunidades de tener actividad sexual antes del matrimonio¹⁶. Si no tienen acceso a la educación sobre la sexualidad y a servicios anticonceptivos e información al respecto, muchas niñas quedan embarazadas.

Para numerosas niñas, quedar embarazada significa el fin de la educación escolar. En muchos países, las niñas embarazadas se ven obligadas a abandonar la escuela; solamente en Kenya, se estima que abandonan la escuela unas 10.000 niñas cada año. Muchas otras abandonan la escuela para atender a sus hijos recién nacidos y, si contraen matrimonio, para satisfacer las exigencias de sus flamantes esposos.

Educación sobre la sexualidad y la salud reproductiva

Los niños de corta edad y los adolescentes aprenden acerca de las cuestiones sexuales y la reproducción al observar el comportamiento de los adultos, o al reci-

bir información de niños de la misma edad, de hermanos o hermanos mayores, también y cada vez más, de los medios de difusión y, en algunas familias, de sus progenitores. Sin embargo, en los casos típicos esa información es limitada, con frecuencia errónea y, en el caso de los medios de difusión, a menudo indebidamente idealizada¹⁷.

En los últimos tres decenios, el FNUAP ha financiado la formulación de programas de educación sobre vida en familia y la inclusión de estos programas en los currículos escolares de 79 países, con la asistencia técnica de la UNESCO. En contraste con anteriores currículos que se centraban en el vínculo entre población y desarrollo, los currículos actuales tienen más probabilidades de agregar conceptos de salud reproductiva y fisiología de la reproducción, información sobre planificación de la familia y capacitación para la procreación responsable (inclusive aptitudes para la planificación y la adopción de decisiones), aliento a la abstinencia sexual, prevención del contagio con enfermedades de transmisión sexual y con el VIH, y capacitación en cuestiones de igualdad de género.

Por consiguiente, la instrucción escolar es una importante fuente de información fidedigna. En los países en desarrollo, los currículos oficiales de educación sobre la sexualidad son mucho menos comunes que en los países desarrollados y suelen no aplicarse a escala nacional. En muchos casos, el lapso medio de asistencia a la escuela es tan breve que se elimina la posibilidad de recibir educación al respecto. Incluso en países donde la educación secundaria es casi universal, muchos de los adolescentes en situación más desventajosa abandonan la escuela prematuramente. Por consiguiente, si bien los programas impartidos por las escuelas pueden ser importantes, es preciso que sean suplementados por diversos programas educativos de base comunitaria.

Con frecuencia hay una intensa oposición religiosa y política contra la educación sobre la sexualidad, por temor a que propicie la actividad sexual. No obstante, los datos indican que la educación sobre la sexualidad no alienta a los jóvenes a tener relaciones sexuales. Los estudios indican que, en la mayoría de los casos, la educación acerca de la salud reproductiva y la salud sexual contribuye a aplazar la iniciación de la actividad sexual y a estimular el uso de anticonceptivos entre adolescentes que ya tienen actividad sexual¹⁸.



Especialmente en la actualidad, cuando los adolescentes están en situación de riesgo cada vez mayor de contagiarse con enfermedades de transmisión sexual y con el SIDA, reviste importancia crucial que los gobiernos, los educadores, los progenitores y los líderes comunitarios reconozcan esos riesgos y la realidad de la actividad sexual prematrimonial de los jóvenes. Es imprescindible colaborar para impartir a los jóvenes la educación sobre la sexualidad que necesitan para protegerse a sí mismos. La educación abarca, además de conocimientos sobre los hechos biológicos, información acerca de salir con otros adolescentes, entablar relaciones, contraer matrimonio y utilizar anticonceptivos. Es menester que los programas ayuden a los jóvenes — varones y niñas — a reconocer los méritos de la abstinencia, a desarrollar las aptitudes necesarias para resistir la presión de otros jóvenes de la misma edad y las proposiciones sexuales inapropiadas, e impartirles la confianza necesaria para negociar el uso de anticonceptivos con el compañero sexual.

Los mensajes fundamentales

Los gobiernos y los programas deberían:

- *Adoptar las políticas y todas las medidas necesarias para proporcionar acceso a la educación en condiciones de igualdad para las niñas. Proporcionar educación primaria universal para niñas y varones antes de 2015.*
- *Alentar a los progenitores a que tengan menor cantidad de hijos y envíen a todos sus hijos a la escuela.*
- *Impartir, fortalecer y reorientar educación sobre la salud para alentar a los jóvenes a que aplacen la actividad sexual, pero reconocer también que es inevitable que muchos inicien la actividad sexual y proporcionarles la información que necesitan para prevenir el embarazo y el contagio con las enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA.*
- *Ofrecer a los niños varones un modelo diferente de masculinidad, basado en la responsabilidad compartida y no en la dominación.*

Los progenitores:

- *Los padres y madres deberían asegurar que sus hijas vayan a la escuela, permanezcan en ella y adquieran los conocimientos prácticos que necesitan para la vida.*

La adolescencia y la transición hacia la adultez

La niña tiene ahora 14 años. Algunas de sus amigas, que no asistieron a la escuela, ya están casadas. Ella es afortunada: sigue asistiendo a la escuela. Los varones la encuentran muy atractiva. Algunos hombres mayores, que tienen dinero, ofrecen regalarle algunas lindas cosas que sus progenitores no pueden costear, pero también están interesados en tener relaciones sexuales; y lo propio ocurre con su tío, que ha tratado de cometer estupro. ¿Con quién puede ella hablar, además de conversar con sus amigas que están en situaciones similares?

Casi la mitad de la población del mundo es menor de 20 años¹⁹. Los adolescentes corren los más altos riesgos de padecer problemas de salud sexual y salud reproductiva. Cada año, más de 15 millones de niñas de entre 15 y 19 años de edad dan a luz. Muchos embarazos de adolescentes son no deseados y pueden terminar en aborto; no obstante, sólo un 17% de los adolescentes sexualmente activos utilizan alguna forma de anticoncepción.

Según las estimaciones, cada año uno de cada 20 adolescentes se contagian con una enfermedad de transmisión sexual. En muchos países en desarrollo, más de la mitad de todos los nuevos contagios con el VIH se producen entre jóvenes de 15 a 24 años de edad; las tasas de contagio de niñas de entre 15 y 19 años de edad son cinco o seis veces superiores a las correspondientes a los varones de la misma edad. Cada año, unos cinco millones de niñas de 15 a 19 años de edad tienen abortos, de los cuales un 40% son practicados en malas condiciones y causan altas tasas de mortalidad. Cada año, dos millones de niñas padecen mutilación genital femenina, también con altas tasas de mortalidad. Las niñas y las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables a la violación, el abuso sexual, el acoso sexual y la explotación sexual²⁰.

La adolescencia — período comprendido entre la madurez sexual y la asunción de papeles y responsabilidades propios de la adultez — es una innovación reciente. En las sociedades preindustriales, el matrimonio y la procreación precoces eran la norma. En los casos típicos, las niñas se casaban poco después de la menarca o incluso antes. Los esposos solían ser mayo-

res que sus novias, más experimentados con el mundo exterior a su familia inmediata y socializados de forma tal que exigían y esperaban la sumisión de sus compañeras. Las niñas eran preparadas muy temprano para su futuro papel como madres.

En la actualidad, en todo el mundo, la madurez sexual más temprana, la mayor edad al contraer matrimonio y el hincapié que se hace en la educación han contribuido a aceptar que la adolescencia es una etapa definida de la vida. Esos mismos tres factores también redundan en un lapso mucho más prolongado entre el comienzo de la madurez sexual y el matrimonio. Cuanto más prolongado sea este período — medido no sólo en meses, sino en años — tanto más probable es que los adolescentes solteros inicien las actividades sexuales y que las niñas solteras queden embarazadas.

Restricciones para las niñas, comportamiento dominante para los niños

Cuando los niños llegan a la pubertad, las diferencias de género se hacen cada vez más importantes. En todo el mundo, la sociedad sigue teniendo expectativas diferentes en cuanto a los papeles sexuales y las relaciones entre los varones y las niñas. Las niñas enfrentan dobles normas, que no pesan sobre los niños. Unas y otros corren riesgos, pero para las niñas dichos riesgos son mayores.

Una vez que la muchacha es capaz de procrear, es posible que se restrinjan su movilidad y sus oportunidades, dado que la familia teme que sea víctima de ataques sexuales o tenga relaciones sexuales que deshonren a la familia. En algunas culturas se cree que las mujeres poseen poderes sexuales para seducir a los hombres y descarriarlos. Esas culturas imponen limitaciones sociales a las niñas y las jóvenes mujeres, recluyéndolas o limitándolas de otra manera. Aun cuando casi todas las sociedades sojuzgan a las mujeres de alguna manera, la mutilación genital femenina es la medida más drástica adoptada por cualquier sociedad para controlar la sexualidad de las mujeres y la reproducción.

El matrimonio precoz es, en parte, una respuesta a la responsabilidad que se asigna a padres y madres de proteger a las jóvenes que han llegado a la madurez sexual o bien contra los demás, o bien contra ellas mismas. "Si una niña ya no está casada cuando es muy joven, se acostará con muchos hombres y después nadie querrá casarse con ella" dijo un padre en la Côte

d'Ivoire, para defender la idea del matrimonio forzado cuando las niñas llegan a la pubertad²¹.

La mayoría de los varones son socializados de modo de pensar que el comportamiento dominante para con las niñas y las mujeres es un atributo de la masculinidad. Con frecuencia, no sólo el comportamiento dominante, sino también la asunción de riesgos y el comportamiento sexual agresivo de los jóvenes varones es elogiado por los demás jóvenes de la misma edad y tolerado por la sociedad.

Los jóvenes, principales víctimas de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA

En los países en desarrollo, el contagio con el VIH/SIDA se produce principalmente por conducto de las relaciones heterosexuales. Las principales víctimas son las mujeres jóvenes.

Las enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA, son más comunes en el grupo de 15 a 24 años de edad. En todos los países, las jóvenes enfrentan un mayor riesgo de contagio con el VIH a raíz del contacto heterosexual. Las mujeres son biológicamente más susceptibles al contagio que los hombres; y las niñas adolescentes son más susceptibles que las mujeres adultas.

En Kenya occidental, casi una de cada cuatro niñas de 15 a 19 años de edad tiene reacción serológica positiva al VIH, en comparación con uno de cada 25 varones de la misma edad. En Zambia, en el mismo grupo de edades, hay una cantidad de niñas contagiadas 16 veces superior a la de los varones. En las zonas rurales de Uganda, en los grupos de 20 a 24 años de edad, por cada varón contagiado hay seis muchachas que tienen reacción serológica positiva al VIH²².

El riesgo de infección aumenta debido a la baja condición social de las jóvenes, que pueden verse obligadas a entablar relaciones sexuales o tienen poco poder para negociar el uso de condones (preservativos) con sus compañeros sexuales. Las enfermedades sexualmente transmitidas pueden causar infertilidad y tener efectos devastadores sobre la vida de una adolescente.

El riesgo de contagio con las enfermedades de transmisión sexual y con el VIH/SIDA es especialmente grande en los siguientes casos:

- Jóvenes que comienzan a tener actividades sexuales precozmente y, en consecuencia, tienen mayores probabilidades de cambiar de compañeros sexuales;
- Los millones de adolescentes que viven o trabajan en las calles, muchos de los cuales recurren a vender relaciones sexuales para ganarse la vida;
- Mujeres casadas cuyos esposos tienen relaciones extraconyugales.

Tanto en África como en Asia y América Latina, los millones de "niños de la calle" en ciudades en rápido crecimiento corren grandes riesgos de contagio con las enfermedades de transmisión sexual y el VIH; en el Brasil, donde hay unos 7 millones de "niños de la calle", hay niñas de corta edad, de 9 ó 10 años, que se ven obligadas a prostituirse para sobrevivir y muchas de ellas ya se han contagiado con enfermedades de transmisión sexual y con el VIH²³.

Abuso sexual, violación y explotación sexual

Para algunas mujeres jóvenes, las relaciones sexuales no son voluntarias sino que se les imponen mediante el uso de la fuerza y la coacción o el abuso, inclusive el incesto. Aun cuando es posible que jóvenes inermes de cualquier sexo sean víctimas, hay mayores probabilidades de que las jóvenes sean víctimas de explotación sexual y, con ello, corran el riesgo de contagio y embarazo no deseado. El riesgo y la explotación pueden asumir muchas formas:

- La pobreza, la migración, la guerra y otras dislocaciones causadas por situaciones de emergencia aumentan el riesgo de verse expuestos a relaciones de explotación, inclusive el abuso sexual;
- La rápida urbanización, a raíz de la cual quedan marginados económicamente grandes cantidades

de jóvenes carentes de un oficio y conectados sólo débilmente con sus familias, en circunstancias en que hay un activo mercado para las relaciones sexuales, ha redundado en que grandes cantidades de adolescentes se dediquen a la prostitución.

- El fenómeno de los "gavilanes" en África es una variación de la prostitución, aun cuando las adolescentes no necesariamente lo consideren así. Las niñas pobres son particularmente vulnerables a los intereses y señuelos de hombres mayores que piden relaciones sexuales a cambio de favores económicos y sociales. Según se informa, en Kenya y Nigeria, por ejemplo, muchas muchachas estudiantes consideran que los favores sexuales son la única moneda de que disponen para trocar por las pequeñas sumas que necesitan a fin de sufragar el costo de libros, uniformes escolares y billetes de autobús.
- El temor al SIDA motiva que muchos hombres abusen de niñas jóvenes, o bien por creer que así no se contagiarán o bien, algo más peligroso, por abrigar la esperanza de que así se curará su propia enfermedad.
- En Bangladesh, el Brasil, Filipinas, Nepal y Tailandia, las niñas son atraídas hacia la prostitución con añagazas por parte de reclutadores que les prometen empleos en restaurantes o como empleadas domésticas. En cambio, las niñas son vendidas a propietarios de prostíbulos y tratadas como virtuales esclavas. En Nepal y Tailandia, algunos progenitores pobres venden a sus hijas para que se dediquen a la prostitución y obtener así una fuente de ingresos para la familia.
- Las niñas y las jóvenes son especialmente vulnerables a la violación. Al examinar datos provenientes de diversos países se comprobó que entre el 40% y el 47% de las violaciones denunciadas se habían perpetrado contra niñas de 15 o menos años de edad y que un 18% había afectado a niñas de 9 o menos años de edad. Una organización que ayuda a jóvenes madres en Costa Rica informó de que un 95% de las niñas menores de 16 años embarazadas habían sido víctimas de incesto²⁴.

Embarazo y aborto

La adolescente soltera que queda embarazada dispone de tres alternativas: una es que puede casarse con el padre de la criatura; si asiste a la escuela, muy probablemente la abandonará. Tanto el matrimonio como el embarazo pueden ser no deseados y conducir pronto al divorcio o al abandono. Una segunda alternativa, cada vez más común, es que se transforme en madre soltera

y sufra con frecuencia la desaprobación social y dificultades económicas. O puede someterse a un aborto que suele ser ilegal y realizarse en malas condiciones.

Si continúa el embarazo, los riesgos de complicaciones del parto o de perder la vida en él son mucho mayores que si hubiera aplazado el alumbramiento hasta llegar a la madurez física. Las probabilidades de que las niñas de 15 a 19 años de edad mueran a raíz del embarazo o el parto es cinco veces superior al mismo tipo de probabilidad para las mujeres de 20 a 24 años de edad; cuando las niñas son más jóvenes, el riesgo es incluso mayor. Si la niña se casa o no con el padre de la criatura, en ambos casos sus opciones en la vida quedarán gravemente reducidas.

Los estudios indican que en Chile, en México y el Caribe las madres adolescentes tendrán mayor cantidad de hijos que quienes comienzan a procrear más tarde y con mayor frecuencia seguirán viviendo con sus progenitores u otros miembros de la familia, por períodos más prolongados. Son muy escasos los padres de las criaturas que asumirán las funciones de jefe de hogar o aportarán apoyo financiero o de otra índole²⁵.

En la República Dominicana, el embarazo ha pasado a ser la principal causa de defunción de niñas de 15 a 19 años de edad. En este grupo de edades, casi una de cada cuatro niñas, o bien está embarazada o ya ha dado a luz. Un proyecto aprobado por el FNUAP emplea la educación y el asesoramiento de niñas por otras niñas de la misma edad para reducir las tasas de embarazo en la adolescencia y de contagio con las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA, al propiciar que los jóvenes tomen conciencia de los riesgos de salud que corren al tener relaciones sexuales sin protección. Se exhorta a los adolescentes a aplazar su primera relación sexual o a ser fieles a una pareja²⁶.

Muchas niñas recurren al aborto. Éste suele ser clandestino y realizarse en malas condiciones, debido a que en la mayoría de los países el aborto es ilegal, salvo ciertas circunstancias. Aun cuando el aborto sea legal, muchas jóvenes recurren a abortos realizados en malas condiciones, debido al estigma social y a la inaccesibilidad de los servicios de salud. Si bien son escasos los datos fidedignos, se estima que cada año ocurren 70.000 defunciones como resultado de unos 20 millones de abortos en malas condiciones. Muchas de esas defunciones ocurren entre niñas adolescentes y jóvenes mujeres²⁷.

Corte y mutilación genital femenina

Los esfuerzos por controlar la sexualidad de las jóvenes pueden imponer daños físicos. En particular, el corte o mutilación genital femenina puede causar graves daños físicos y psicológicos. En los lugares donde se practica el corte genital femenino, éste está fuertemente enraizado y perpetuado por firmes imposiciones culturales que puedan prohibir que las mujeres "no circuncidadas" contraigan matrimonio, preparen alimentos o sean aceptadas en la sociedad. Por temor al ostracismo, con frecuencia las madres — e incluso las propias niñas — solicitan el procedimiento. En algunos países (por ejemplo, el Yemen), la mutilación se practica en niñas menores de un año. Por otra parte, en la mayoría de las culturas el corte genital es un ritual practicado entre los 4 y los 12 años de edad, en momentos en que las niñas puedan tomar conciencia del papel social que se espera de ellas, en su condición de mujeres²⁸.

Se estima que cada año hay dos millones de niñas que corren riesgo de corte o mutilación genitales. El procedimiento suele practicarse con instrumentos primitivos y no esterilizados, mientras se sujeta a la niña por la fuerza. Hay muchas complicaciones inmediatas, entre ellas dolores violentos, choque, hemorragia, lesión de órganos adyacentes, infección y muerte. Los problemas que se presentan más tarde son la formación de tejido cicatricial, la menstruación dolorosa y prolongada, las infecciones reiteradas del aparato urinario, las complicaciones sexuales, el trauma psicológico y las dificultades en el parto (prolongación del trabajo de parto, laceraciones, fístulas entre la vejiga y la vagina y fístulas entre el recto y la vagina). Las complicaciones son más graves cuando las niñas también son objeto de infibulación (ablación del clítoris y los labios y sutura de las superficies que quedan en carne viva).

- En una mujer que ha sido objeto de infibulación, las relaciones sexuales suelen provocar desgarramientos y sangrado, especialmente cuando son jóvenes, dado que la abertura siempre debe ser forzada. Por esta razón, las infecciones son frecuentes.
- El corte genital femenino y la infibulación pueden contribuir a la propagación del VIH, debido al desgarramiento y las cicatrices del tejido vaginal. En los casos de infibulación, cuando tropiezan con dificultades para la penetración vaginal, algunos esposos pueden recurrir a las relaciones anales o ir en busca de otras compañeras sexuales.

Necesidad apremiante de contar con información y servicios

Pese a que tienen gran necesidad de recibir información fidedigna, en todo el mundo los adolescentes tienen un acceso extremadamente limitado a los servicios de salud reproductiva. Incluso cuando dichos servicios están disponibles, los adolescentes tienen dificultades para utilizarlos. En Zimbabwe, los jóvenes mencionan, entre las razones para no utilizar los servicios, el costo de éstos, el desconocimiento de dónde están ubicados y la percepción de que acudir a una clínica suscita reprobación²⁹. La carencia generalizada de conocimientos acerca de las enfermedades de transmisión sexual por parte de los jóvenes impide a muchos utilizar protección o solicitar la ayuda de los servicios de salud.

En el Programa de Acción de la CIPD se exhortó a los países a que, con el apoyo de la comunidad internacional, protejan y promuevan los derechos de los adolescentes a la educación sobre salud reproductiva, la información y los servicios al respecto, y a que traten de reducir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo de adolescentes. En el Programa de Acción también se reconoció la necesidad de educar a los jóvenes para que respeten a las mujeres y las opciones reproductivas de éstas, y compartan con ellas la responsabilidad en cuestiones de sexualidad, uso de anticonceptivos y reproducción.

Los mensajes fundamentales:

- *Reorientar los servicios de salud y la educación al respecto, de modo de satisfacer las necesidades de los adolescentes. Los servicios integrados de salud sexual y educación al respecto para los jóvenes deberían incluir información sobre planificación de la familia y asesoramiento sobre las relaciones de género, las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, el abuso sexual y la salud reproductiva.*
- *Velar por que los programas de atención de la salud y las actitudes de los encargados de los servicios no restrinjan el acceso de los adolescentes a dichos servicios ni a la información que necesitan.*
- *Apoyar las acciones encaminadas a erradicar el corte genital femenino, el abuso sexual y la explotación de los adolescentes.*
- *Socializar y motivar a los niños varones y los jóvenes varones para que demuestren respeto y responsabilidad en las relaciones sexuales.*

El matrimonio y la familia

*E*lla tiene 21 años de edad y ha estado casada durante tres años con un joven a quien conoció cuando terminaba la escuela secundaria. Su esposo la trata bien. Ella casi murió de parto cuando nació su primera hija, un año después de su matrimonio. La segunda hija nació 18 meses después. En los últimos tiempos, él y su esposo se pelean con frecuencia. Ella quiere utilizar anticonceptivos — e ir a una escuela de enseñanza de oficios para adquirir conocimientos prácticos que posibiliten complementar el ingreso del hogar — pero la madre de él insiste en que quiere nietos varones.

Riesgos de salud del matrimonio precoz

El matrimonio precoz sigue siendo la norma en muchas partes del mundo. El matrimonio precoz por lo general redundará en la maternidad precoz. En muchos países en desarrollo, al menos un 20% de las mujeres — y en algunos de ellos, la mitad de todas las mujeres — han dado a luz a su primer hijo antes de cumplir 18 años. Las expectativas de los progenitores, los parientes políticos y la sociedad son que nazca un niño tan pronto como sea posible después del matrimonio. Muchas jóvenes esposas se sienten presionadas para tener hijos varones. Esto suele redundar en embarazos demasiado próximos entre sí, además de producirse en una etapa demasiado temprana de la vida de la joven madre.

En países en desarrollo, cada año más de medio millón de mujeres pierden la vida por causas relacionadas con el embarazo. Esas defunciones obedecen a cuatro razones importantes: los alumbramientos son "demasiado precoces, demasiado próximos entre sí, demasiado numerosos o demasiado tardíos". Las estadísticas indican que quienes mueren con más frecuencia durante el embarazo son las mujeres más jóvenes.

Las mujeres que contraen matrimonio o entran en una unión cuando son muy jóvenes probablemente tendrán esposos mucho mayores que ellas; en algunos países, hasta 15 años mayores. Esta diferencia de edades reduce la posibilidad de que la mujer pueda participar en decisiones acerca de la procreación o estar en condiciones de negociar la utilización de anticonceptivos.

Las modalidades y normas relativas a la familia están cambiando

En todos los países del mundo, la familia está en transición³⁰. Los matrimonios y las uniones cada vez tienen modalidades más diversas:

- En muchos países, las expectativas de que el matrimonio conduzca de inmediato a la procreación están perdiendo vigencia y se están haciendo comunes nuevos tipos de relaciones.
- En la región de América Latina y el Caribe, muchas parejas viven en uniones consensuales, sin contraer matrimonio legalmente.
- En los países en desarrollo, sigue aumentando la proporción de jóvenes que siguen solteros después de los 30 años de edad³¹.
- En todos los países del mundo va en aumento la proporción de hogares cuya jefa es una mujer³².

Sea cual fuere la forma que adopta una familia en particular, el reto sigue siendo que cuando nacen niños, éstos tengan las mejores posibilidades de tener un buen futuro.

Planificación de la familia y uso de anticonceptivos

Una de las opciones más importantes que puede hacer una mujer o una pareja es la de utilizar anticonceptivos. Incluso cuando una pareja quiere tener un hijo tan pronto como sea posible después del matrimonio, el uso de anticonceptivos posteriormente — para el "espaciamento" de los nacimientos — es una decisión racional. Los datos indican que el espaciamento óptimo entre hijos sucesivos es de al menos tres a cuatro años. La planificación de la familia posibilita que los

progenitores den al niño la mejor oportunidad posible de recibir la atención y el cuidado que necesita, antes de que nazca otro niño. El espaciamento también es importante para la salud de la madre y del niño y para la armonía y la salud financiera de la unidad familiar. Del mismo modo, utilizar anticonceptivos para limitar el número de hijos a sólo los que la pareja puede realmente atender y criar es también una sabia decisión. Para muchas parejas, el uso de anticonceptivos también contribuye a una relación sexual más satisfactoria, al reducir o eliminar el temor de un embarazo accidental no deseado.

Tiene importancia crucial para el bienestar de los niños, las familias y las comunidades que se disponga de servicios de planificación de la familia e información al respecto, para ayudar a las mujeres y los hombres a conocer y utilizar eficazmente los métodos anticonceptivos.

Comunicación entre cónyuges

La situación ideal ocurre cuando hay buena comunicación entre el esposo y la esposa acerca del espaciamento y la cantidad de los hijos que tendrán. Algunas mujeres son afortunadas y pueden adoptar decisiones acerca de la planificación de la familia y el número de hijos en colaboración con sus esposos. Otras, en particular las recién casadas y las mujeres más jóvenes, tienen escaso o ningún poder de decisión en el hogar y son los esposos, los progenitores o las suegras quienes deciden por ellas. En otros casos, las mujeres utilizan anticonceptivos clandestinamente, pues temen la reprobación de los esposos o parientes.

Las mujeres tal vez temen hablar con sus esposos acerca de la planificación de la familia, por razones de pudor o vergüenza. Algunas dicen que son demasiado tímidas para iniciar ese tipo de conversaciones con sus esposos; otras temen la respuesta de éstos o se preocupan porque su conocimiento de las cuestiones sexuales podría interpretarse como propensión a la promiscuidad o la infidelidad. Surgen conflictos acerca de cuándo tener relaciones sexuales, si utilizar o no anticonceptivos, qué método utilizar, cuál ha de ser el espaciamento entre los hijos y cuándo ya es suficiente el número de hijos. Muchos hombres dicen que su papel como fuente financiera para mantener al hogar les da facultades para decidir cuántos hijos puede costear la familia. No obstante, por lo general se considera que el uso de anticonceptivos es responsabilidad de la mujer.



En muchas culturas se cree que los hombres tienen el derecho a controlar la procreación por parte de sus esposas. Por consiguiente, en muchos países la ley estipula el requisito de contar con el consentimiento del esposo cuando la mujer quiere someterse a una operación de esterilización.

A medida que van elevándose los niveles de educación, es más probable que las parejas se comuniquen eficazmente sobre la planificación de la familia y la utilización de anticonceptivos para espaciar a sus hijos y mantener pequeña la cantidad de éstos. Y los hombres están adoptando cada vez más nuevos modelos de masculinidad de conformidad con los cuales han de ser esposos y padres responsables y que se ocupan de sus familias.

Efectos del embarazo no deseado

Muchas mujeres de todos los países — en algunos países, más de la mitad — dicen que su más reciente embarazo con su último hijo fue no deseado o inoportuno. Los embarazos y alumbramientos no deseados pueden tener muchas consecuencias negativas, para los propios niños, para sus hermanos, para los progenitores y para la sociedad en su conjunto. Las mujeres de más edad y las que ya han tenido varios hijos, enfrentan un riesgo mayor de complicaciones y defunción en el parto, especialmente cuando son pobres y los servicios de salud están ubicados en lugares distantes.

Cada año, más de uno de cada cuatro embarazos en todo el mundo termina en aborto, en muchos casos practicado clandestinamente y en malas condiciones. El aborto realizado en malas condiciones es una de las principales causas de defunción derivada de la maternidad en todo el mundo y tiene efectos devastadores sobre la salud pública, que se reflejan en el número de defunciones, enfermedades y lesiones y en el costo de la atención de emergencia. Más de la mitad de las mujeres que tratan de someterse a un aborto están casadas y tienen hijos, aun cuando en muchos países va en aumento la proporción de jóvenes solteras que se someten a abortos.

Al ampliar los servicios de planificación de la familia se reduce el número de abortos, así como el número de mujeres que pierden la vida como consecuencias de abortos realizados en malas condiciones. Esto es especialmente cierto cuando el mayor acceso a los anticonceptivos se combina con una educación eficaz sobre la sexualidad³³.

Maternidad sin riesgos

Cada año, medio millón de mujeres pierden la vida debido a las complicaciones del embarazo y el parto; de esas defunciones, un 99% ocurren en los países en desarrollo. El mayor acceso a la planificación de la familia puede reducir la tasa de mortalidad derivada de la maternidad, al reducir el número de embarazos entre las mujeres en edad de procrear.

El principal medio de prevenir las defunciones derivadas de la maternidad es ofrecer un rápido acceso a la atención obstétrica de emergencia, inclusive el tratamiento de hemorragias, infecciones, hipertensión y obstrucción del obstuido. También es importante velar por que en cada parto haya una persona capacitada para atenderlo; en los países en desarrollo, sólo un 51% de todos los alumbramientos cuentan con atención profesional³⁴. Las acciones encaminadas a salvar la vida, como el transporte a centros médicos, la administración de antibióticos y las operaciones quirúrgicas, no están a disposición de muchas mujeres, especialmente en las zonas rurales. Tal vez esas mujeres no tengan el dinero necesario para pagar por la atención médica o el transporte, o simplemente carezcan del permiso de sus esposos para marcharse de la aldea e ir en procura de atención de la salud.

Salud sexual, enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA

La salud sexual y una saludable relación sexual son importantes en el matrimonio y para mantener a la familia unida. Lamentablemente, las enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA, representan amenazas cada vez más comunes para un matrimonio saludable. Actualmente, si un esposo entabla relaciones extraconyugales, esto suscita riesgos no sólo de contagiarse él mismo, sino de traer a su hogar un contagio que también podría costar la vida de su esposa. Lo recíproco también es cierto, aun cuando mucho menos frecuente.

En la actualidad se estima que hay 33,6 millones de personas que se han contagiado con el VIH/SIDA. Aproximadamente 5,6 millones de personas se contagiaron en 1999³⁵. De ellos, más del 90% viven en países en desarrollo, donde lo común es que el VIH se propague mediante transmisión heterosexual³⁶. El VIH/SIDA se ha transformado en una pandemia mundial que no reconoce fronteras nacionales y plantea amenazas que muchos países aún no han recono-

cido. La pandemia es una fuerza profundamente destabilizadora que destruye familias y comunidades, siembra por doquier padecimientos y tragedia en gran escala y retrasa las perspectivas de desarrollo de países enteros.

Hay probabilidades dos veces mayores de que los hombres contagien a sus compañeras. Las mujeres son biológicamente más vulnerables al contagio. Además, muchas mujeres no comprenden la naturaleza del contagio con las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, y muchas no quieren rendirse a la evidencia de que sus esposos tienen actividad sexual extraconyugal. Por último, las mujeres, en su mayoría, no tienen poder para denegar relaciones sexuales a sus esposos o compañeros o para insistir en que utilicen el condón.

El contagio con el VIH se facilita cuando hay otras enfermedades de transmisión sexual, especialmente las ulcerosas. Cada año hay 12 millones de nuevos casos de sífilis, 89 millones de casos de clamidia, 62 millones

de nuevos casos de gonorrea y 170 millones de nuevos casos de tricomoniasis. También con respecto a esas enfermedades, las mujeres corren mayores riesgos³⁷.

Participación en la fuerza laboral y empleo

*L*a joven no pudo asistir a una escuela de enseñanza de oficios, sino que tuvo que ir a trabajar en una fábrica de ropa. Las condiciones eran malas: largas horas, mala iluminación, ruido ensordecedor, partículas de fibras suspendidas en el aire, supervisores que prometían largos descansos a cambio de relaciones sexuales. Dado que no pudo persuadir a su esposo acerca de utilizar anticonceptivos, quedó embarazada nuevamente y fue despedida. Eso fue, en realidad, un alivio. Después del nacimiento de su tercera hija, su esposo finalmente consintió a someterse a una vasectomía. El esposo trajo a una prima del campo para que cuidara los niños y ella pudo ir a una escuela de enseñanza de oficios donde aprendió contabilidad, gracias a lo cual pudo conseguir un empleo en un banco.

Los mensajes fundamentales:

- *Mejorar la comunicación entre hombres y mujeres sobre cuestiones de sexualidad y salud reproductiva y la comprensión de sus responsabilidades compartidas, de modo que sean aliados en un pie de igualdad, en la vida tanto pública como privada.*
- *Posibilitar que las mujeres ejerzan su derecho a controlar su propia fecundidad y su derecho a adoptar decisiones en lo concerniente a la reproducción, libres de coacción, discriminación y violencia.*
- *Mejorar la calidad y la disponibilidad de servicios de salud reproductiva y eliminar las barreras que se oponen al acceso a dichos servicios. Dar cumplimiento a los compromisos de reducir la tragedia de la mortalidad derivada de la maternidad.*
- *Alentar la responsabilidad masculina por el comportamiento sexual y reproductivo e intensificar la participación de los hombres en la planificación de la familia.*
- *Reconocer que el aborto realizado en malas condiciones es un importante problema de salud pública y formular políticas y programas sobre la base del compromiso en pro de la salud de la mujer.*

En todas las sociedades y en todos los hogares, las mujeres aportan un apoyo económico de importancia crítica a sus familias, ya sea en la agricultura u obteniendo ingresos en el mercado laboral de la economía estructurada o de la economía paralela. Las decisiones en cuestiones reproductivas y la salud sexual tienen grandes efectos sobre la capacidad de la mujer para realizar tareas productivas y contribuir al bienestar de la familia y del país³⁸.

Tareas domésticas y cuidado de los niños de corta edad

En todo el mundo, las mujeres siguen teniendo la responsabilidad primordial de atender a los niños y realizar las tareas domésticas. Esta labor no remunerada sigue siendo económicamente invisible, pero crea las bases para todos los demás aspectos de la vida económica, política y social.

Al mismo tiempo, el embarazo y el cuidado de los niños a corta edad obstaculizan las oportunidades de empleo de la mujer. Actualmente, las mujeres carecen cada vez más del apoyo tradicional de la familia ampliada, cuando otros miembros de la familia colaboraban en el cuidado de los niños y los niños

ayudaban en las tareas agrícolas y domésticas. Con frecuencia, la atención de los niños es una pesada carga para las mujeres que trabajan fuera del hogar a fin de mantener a la familia. La pobreza exacerba en gran medida este problema.

En una encuesta realizada en el Japón se comprobó que las mujeres casadas que ocupan empleos remunerados dedican diariamente un promedio de 2 horas y 26 minutos a las tareas del hogar, mientras que los hombres casados dedican en promedio sólo 7 minutos. El Japón no es una excepción al respecto³⁹.

Empleo de las mujeres y decisiones en materia de reproducción

En los países en desarrollo, una gran mayoría de mujeres siguen trabajando en la agricultura, pero, en su mayoría, no son propietarias de la tierra que trabajan. Por ejemplo, en el Asia sudoriental y el subcontinente de la India, al menos un 70% de la mano de obra femenina trabaja en la agricultura. No obstante, menos de un 10% de las agricultoras en la India, Nepal y Tailandia son propietarias de tierras.

Tradicionalmente, las normas del matrimonio, las leyes relativas a la herencia y las costumbres sociales otorgan a los hombres control sobre el acceso de las mujeres a las oportunidades económicas. En muchos países de África y de otros continentes, no se permite que las mujeres hereden tierras; si no tienen tierras para ofrecer como garantía, no pueden tener acceso al crédito. Permitir que las mujeres hereden tierras y tengan acceso al crédito posibilita que sean empresarias y cambia sus metas y su condición, además de contribuir a que tengan menor número de hijos.

En todo el mundo, cuando las mujeres realizan trabajo remunerado, trabajan más y reciben menos dinero que los hombres.

- En muchos países en desarrollo, la discriminación en materia de salarios es grave. En promedio, las mujeres ganan sólo de un 60% a un 70% de lo que ganan los hombres por un trabajo similar y en algunas partes de África y Asia, sólo el 50%⁴⁰.
- Cuando se toma en cuenta la totalidad del trabajo de la mujer, remunerado y no remunerado, en general su contribución económica es mayor que la de los hombres.

- Las mujeres trabajan más horas diarias que los hombres. Se estima que en los países en desarrollo, las horas de trabajo de las mujeres son superiores a las de los hombres en un 30%⁴¹.

Va en aumento el empleo remunerado de la mujer en los sectores estructurados de la economía. En los países en desarrollo, las mujeres representan ahora más de un tercio — en algunos países asiáticos, casi la mitad — de la mano de obra en las industrias manufactureras⁴².

Para las mujeres jóvenes, en particular, el trabajo remunerado puede ofrecer no sólo oportunidades económicas, sino también la posibilidad de adquirir nuevas aptitudes, tener contactos sociales más amplios y más experiencias de la variedad de la vida.

En Indonesia, Singapur, Corea del Sur, Taiwán (Provincia de China) y Tailandia — donde han sido ampliamente aceptados los anticonceptivos modernos, hay muchas niñas educadas y han disminuido espectacularmente los tamaños de las familias — en los últimos decenios aumentó sustancialmente la cantidad de mujeres que han pasado a ocupar puestos profesionales, técnicos y administrativos.

Lo mismo ocurre también en muchas partes de América Latina y África, pero en general sigue siendo baja la proporción de mujeres que han pasado a ocupar puestos más atractivos. Para las mujeres en situación de mayor pobreza que trabajan en empleos de baja remuneración, especialmente en el sector manufacturero, con frecuencia las condiciones son deficientes y en algunos casos horribles.



Los mensajes fundamentales:

Los gobiernos deberían llevar a la práctica los compromisos asumidos en El Cairo, Beijing y Copenhague, en cuanto a:

- *Aumentar la igualdad de género y la igualdad de oportunidades para las mujeres en todas las esferas del empleo.*
- *Impartir educación y capacitación que posibiliten que las mujeres se mantengan al día y se adapten a las cambiantes condiciones económicas y a las nuevas tecnologías.*
- *Formular políticas de armonización del empleo con las responsabilidades familiares para mujeres y hombres y promover una distribución igualitaria de las responsabilidades domésticas y comunitarias.*
- *Eliminar las prácticas discriminatorias de los empleadores y adoptar medidas apropiadas, tomando en cuenta los papeles y funciones de la mujer en la reproducción.*
- *Formular leyes e introducir reformas para dar a las mujeres acceso en condiciones de igualdad a los recursos económicos, inclusive la propiedad y el control de tierras y de otros bienes, así como acceso al crédito y a la herencia.*

La utilización de métodos de planificación de la familia aumenta las perspectivas de empleo de la mujer, que puedan redundar en beneficios económicos y una mayor autoestima. También se posibilita que las mujeres procuren recibir más capacitación y educación, lo cual posibilita que tengan mejores empleos. La obtención de un ingreso mejora las perspectivas de muchas mujeres solteras en cuanto a contraer matrimonio y les da una mayor voz en la familia cuando contraen matrimonio.

El mayor ingreso de la familia puede reducir las tensiones causadas por la pobreza y aminorar la violencia doméstica. Muchas mujeres manifiestan que al obtener un empleo remunerado han ganado un sentimiento de igualdad, han aumentado sus posibilidades de comunicarse eficazmente con sus compañeros y se sienten menos vulnerables a los malos tratos⁴³.

Los grupos de mujeres y las organizaciones no gubernamentales desempeñan importantes papeles en cuanto a proporcionar oportunidades para que las mujeres obtengan conocimientos, confianza en sí mismas y aptitudes

que posibiliten encontrar un mejor empleo, promoviendo al mismo tiempo la salud sexual y la salud reproductiva, inclusive la utilización de anticonceptivos⁴⁴.

Riesgos en el lugar de trabajo

Para las crecientes cantidades de mujeres que ocupan empleos industriales en economías en rápido desarrollo hay muchos riesgos laborales que afectan la salud. Muchas mujeres se ven obligadas a trabajar durante muchas horas con una baja remuneración, en condiciones riesgosas y en ámbitos insalubres. Son frecuentes la discriminación por motivos de géneros y el acoso sexual, que en muchos lugares coincide con las crecientes tasas de delincuencia y violencia contra la mujer. Cada vez se ponen más de manifiesto los riesgos en cuanto a la reproducción; los datos indican que aumenta la incidencia del aborto espontáneo, el cáncer, los defectos congénitos y los graves efectos teratogénicos del contacto con productos químicos tóxicos⁴⁵. Con frecuencia, las mujeres que quedan embarazadas son despedidas sin indemnización.

Salud reproductiva y violencia

Debido a la triste situación de una de sus hijas, ella colabora ahora con un grupo local de mujeres para "quebrar el silencio" relativo a la violencia doméstica. Su hija está casada con un hombre que la apalea; ella teme que su marido la contagie con el VIH y quiere marcharse de su casa, pero no puede porque carece de los medios económicos para mantenerse a sí misma y a sus dos hijitos y teme que él la mate.

La violencia por motivos de género es un fenómeno universal, que difiere sólo en magnitud de una sociedad a otra⁴⁶. Los efectos negativos y los horrores de la violencia infligida a las mujeres — en las guerras, en las calles y en el hogar — abarcan violación, embarazo no deseado, lesiones físicas, daños a un embarazo deseado, contagio con el VIH/SIDA, desfiguración, sufrimientos psicológicos y muerte. Se estima que en los países en desarrollo, la violación y la violencia doméstica consumen un 5% de los años de vida saludable que pierden las mujeres en edad de procrear.

- En Bangladesh y en algunas partes de América Latina, los ataques con ácido, una forma de sevicia perpetrada cada vez con mayor frecuencia por novios deseosos de vengarse, causa desfiguramiento permanente⁴⁷.
- En los Estados Unidos, los ataques físicos constituyen la mayor causa de lesión a las mujeres, y representa una proporción más grande de las lesiones que los accidentes automovilísticos, los robos a mano armada y la violación, combinados⁴⁸.
- En las sociedades donde se hace hincapié en la virginidad, a veces se utiliza la violación como arma para vengarse, deshonrando a una joven o a su familia.
- Un estudio de homicidios de mujeres en Alejandría (Egipto) puso de manifiesto que casi la mitad de las mujeres y niñas habían sido asesinadas por parientes que trataban de "remediar el deshonor" resultante de la violación por terceros de una mujer de su familia⁴⁹.

Las lesiones causadas por malos tratos van desde tajos hasta fracturas de huesos y pérdida de la vida.

Además, las mujeres apaleadas suelen padecer migrañas crónicas, dolores abdominales, frecuentes infecciones vaginales y trastornos del sueño y alimentación. Las mujeres zurradas tienen probabilidades cuatro a cinco veces superiores de necesitar tratamiento psiquiátrico y probabilidades cinco veces mayores de intentar suicidarse que las demás mujeres. Un tercio de las mujeres apaleadas padece de depresión grave, y algunas caen en el alcoholismo o la toxicomanía⁵⁰.

Violencia doméstica

En todo el mundo, gran parte de la violencia por motivos de género es infligida a niños y mujeres por esposos, padres u otros parientes masculinos.

Σ En estudios sobre países tan diferentes como Egipto, los Estados Unidos y partes de Nicaragua y Zimbabue, entre un 20% y un 50% de las mujeres que alguna vez han estado casadas informan de que sus compañeros las han apaleado o maltratado físicamente de otra forma⁵¹.

- En Bangladesh, la mitad de todos los asesinatos de esposas son perpetrados por sus esposos. En el Canadá, el 62% de las mujeres asesinadas en 1987 perdieron la vida como resultado de la violencia doméstica. Y en Papua Nueva Guinea, casi tres

cuartas partes de las mujeres asesinadas murieron a manos de sus esposos.

- En las zonas urbanas de Maharashtra y en la zona metropolitana de Mumbai, una de cada cinco defunciones de mujeres de entre 15 y 45 años de edad se debe a quemaduras "accidentales".
- En las familias de origen indio residentes en Fiji, el 41% afirman que la violencia conyugal fue causa del suicidio de un miembro de su familia.

Las embarazadas son particularmente vulnerables. Algunos esposos se hacen más violentos durante el embarazo de su mujer y en algunos casos las patean o golpean en el abdomen. Esas mujeres corren un riesgo dos veces superior de aborto espontáneo y cuatro veces superior de tener un niño con bajo peso al nacer. Otras complicaciones causadas por los malos tratos son la preeclampsia y el parto prematuro⁵².

- En una encuesta entre 342 mujeres cerca de la Ciudad de México, un 20% de las apaleadas manifestaron que habían recibido golpes en el abdomen durante el embarazo.

Gran parte de la violencia doméstica dimana del deseo sexual del hombre y de sus celos y sus deseos de ejercer autoridad sobre la mujer. En todos los países, las mujeres que viven con compañeros violentos o alcohólicos corren gran riesgo de ser obligadas a tener relaciones sexuales bajo coacción.

- En los Estados Unidos, del 10% al 14% del mujeres casadas informan de que fueron obligadas físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad; entre las mujeres apaleadas, la prevalencia de relaciones sexuales bajo coacción es de al menos un 40%.
- Varios estudios realizados en Guatemala, Filipinas, el Perú y Sri Lanka ponen de manifiesto la existencia de relaciones sexuales forzadas en el matrimonio, especialmente cuando el hombre llega a su casa en estado de ebriedad.

Las mujeres como víctimas de guerras y emergencias

Durante la guerra, la violación de mujeres y niñas — a menudo, frente a miembros de su familia — puede entrañar un ataque tanto contra la persona como contra su familia y su comunidad. En situaciones de conflicto étnico, la violación puede ser a la vez una estrategia militar y una política nacionalista. La violación

durante la guerra puede realizarse con la intención de quebrantar al enemigo, al destruir los lazos de la familia y la sociedad.

Las mujeres que han sido violadas durante una guerra no sólo soportan los horrores físicos y emocionales de la violación sexual y la posibilidad de concebir un hijo del enemigo, sino que además están expuestas al contagio con enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA. Es frecuente que las mujeres que han sido violadas traten de mantenerlo en secreto, por sentirse avergonzadas y temer el rechazo de sus esposos o compañeros, de sus familias y de la comunidad.

De los 18 millones de refugiados que hay en el mundo, aproximadamente un 75% son mujeres y niñas. Las violaciones reiteradas y a menudo brutales son aspectos demasiado comunes de la experiencia de mujeres refugiadas, quienes están sujetas a violencia sexual y secuestro en todas las etapas de su escape, desde su huida hasta el cruce de las fronteras y la vida en campamentos de refugiados⁵³.

- Los datos relativos a los refugiados del mar vietnamitas indican que un 39% de las mujeres habían sido secuestradas y/o violadas por bandidos mientras se encontraban en el mar.
- Los agentes que trabajan en campamentos de refugiados han comprobado un vínculo común entre la violación y la posterior violencia doméstica, especialmente por parte de hombres cuyas esposas o hijas han sido violadas en su presencia.

Los hombres refugiados a menudo se sienten lesionados por su experiencia y creen que han fallado en el cumplimiento de su obligación de proteger a sus familias. Esta vulnerabilidad, agravada por la frustración del reasentamiento, a menudo conduce a los hombres refugiados a recurrir a la violencia doméstica para recuperar su poder y su control⁵⁴.

Costos adicionales

Además de los costos personales, la violencia contra las mujeres y las niñas sobrecarga los limitados recursos de la mayoría de los sistemas nacionales de atención de la salud pública. La cultura de silencio acerca de las causas de las lesiones y el dolor que sufren demasiadas mujeres y niñas redundan en una utilización ineficiente de los servicios disponibles, dado que el tratamiento sólo proporciona un alivio transitorio

cuando no se abordan directamente las causas profundas.

Los niños que son testigos de actos de violencia experimentan muchos de los mismos problemas emocionales y de comportamiento que los niños víctimas de malos tratos. Dichos problemas abarcan depresión, agresión, desobediencia, pesadillas, deficiente desempeño escolar y trastornos somáticos de la salud. Los niños que son testigos o víctimas de actos de violencia tienen mayores probabilidades de cometerla cuando llegan a la adultez.

Los mensajes fundamentales:

Los gobiernos deberían:

- *Desarrollar o fortalecer los planes nacionales de acción existentes, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, para promover la protección de mujeres, jóvenes y niños contra toda forma de violencia.*
- *Proporcionar programas de rehabilitación y apoyo a las víctimas de la violencia, incluido asesoramiento confidencial y servicios de salud mental para las niñas y las mujeres de todas las edades que han padecido cualquier forma de violencia, inclusive el abuso sexual, la explotación sexual, la prostitución y la trata de personas.*
- *Formular programas para educar y crear conciencia sobre los actos de violencia contra la mujer y prevenirlos, inclusive mediante el apoyo a organizaciones no gubernamentales y a grupos de mujeres con ese propósito.*
- *Reprobar la violencia contra las mujeres y las niñas y abstenerse de invocar costumbres, tradiciones o consideraciones religiosas para evitar el cumplimiento de las obligaciones con respecto a la eliminación de la violencia.*
- *La comunidad internacional debería asumir el liderazgo en cuanto a quebrar la norma de tolerancia de la violación de niñas y mujeres durante la guerra. Es preciso condenar y castigar los crímenes de guerra como la violación y la violencia contra niñas y mujeres refugiadas.*

La ancianidad

Ella se cuenta entre las afortunadas. Aun cuando ha enviudado, su salud es mejor que la de la mayoría de las mujeres, gracias al ingreso adicional que llevó al hogar, a la buena nutrición y al apoyo que le dispensó su esposo. Ella despliega actividades en la comunidad y en un grupo local de mujeres, alienta a los progenitores jóvenes a utilizar métodos de planificación de la familia y a enviar a todos sus hijos a la escuela. Sus hermanas no han tenido tanta suerte. Su hermana menor tiene ahora reacción serológica positiva al VIH, a consecuencia de la infidelidad de su esposo. Su hermana mayor murió al dar a luz a su séptimo hijo.

Se prevé que hacia el año 2030, la población mundial de mujeres posmenopáusicas habrá aumentado hasta un total de 1.200 millones; de ellas, un 75% vivirán en países en desarrollo.

La salud y las circunstancias de las mujeres en su ancianidad son en gran medida el resultado acumulativo de su salud reproductiva y su salud sexual en etapas anteriores de la vida. Las mujeres viven más tiempo que los hombres y tienen, en promedio, más años de mala salud cuando llegan a una edad avanzada⁵⁵. Hay dos situaciones que se ponen de manifiesto:

De las mujeres que disfrutaron de buena salud en la ancianidad, mayormente residentes en los países industrializados, la mayoría han finalizado al menos su educación básica, han tenido pocos hijos, han dispuesto de acceso a servicios de salud reproductiva y salud preventiva, de buena nutrición, de una mínima exposición al estrés y las lesiones relacionadas con el trabajo y han tenido un esposo o compañero que las ha apoyado. Sus problemas de salud al llegar una edad avanzada son predominantemente cuestiones como el reemplazo hormonal y trastornos degenerativos como la artritis y la osteoporosis.

En países en desarrollo, muchas mujeres mayores padecen crónicos problemas de salud a consecuencia de años de descuido, discriminación y vida ardua. Su salud refleja el insuficiente acceso a los servicios básicos, a los alimentos y a la nutrición a lo largo de todas sus vidas, además de las dificultades en su etapa de procreación, entre ellas los alumbramientos demasiado precoces y demasiados próximos entre sí, la nutrición deficiente y la anemia, así como el trabajo físico pesado. La exposición durante toda la vida a la huma-

Los mensajes fundamentales:

- Reorientar y fortalecer los servicios de atención de la salud para satisfacer mejor las necesidades de las ancianas.
- Apoyar las actividades de difusión que realizan las organizaciones no gubernamentales de mujeres para ayudar a las mujeres mayores de la comunidad a comprender mejor la importancia de la educación de las niñas, la salud reproductiva, la salud sexual y los derechos reproductivos y sexuales, de modo que puedan transmitir eficazmente estos conocimientos.
- Formular estrategias para responder mejor a las necesidades de las ancianas en materia de provisión de alimentos, abastecimiento de agua, vivienda, servicios sociales y jurídicos y atención de la salud.

reda en las cocinas, el agua contaminada y los plaguicidas también puede haber dañado su salud.

La calidad de la atención que las mujeres reciben cuando son más jóvenes tiene una sustancial influencia sobre los problemas de salud reproductiva que padecen después de la menopausia. El prolapso uterino, la incontinencia urinaria y los debilitantes resultados de vivir con fistulas entre la vejiga y la vagina son ejemplos de problemas de salud posmenopáusicos que tienen su origen en haber recibido atención obstétrica deficiente o no haberla recibido, en etapas anteriores de la vida.

Al dejar atrás la etapa de procreación se produce un importante cambio en la condición social de la mujer. En la mayoría de las sociedades tradicionales, las mujeres ejercen más poder en el hogar como suegras y abuelas que el que tenían cuando eran más jóvenes. En su carácter de mujeres mayores, tienen autoridad para perpetuar normas culturales dañinas, como el matrimonio precoz y la preferencia por hijo varón, o de promover nuevas normas que propicien la igualdad de género y la potenciación del papel de la mujer.

En la región noroccidental del Camerún, el grupo de Bamilikes y otros grupos piensan que cuando cesa la menstruación, la mujer se torna tan sabia como el hombre y que, en consecuencia, puede elevarse su condición social hasta el nivel de liderazgo.

1. Naciones Unidas. 1994. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994)* (A/CONF.171/13). Nueva York: Naciones Unidas.
2. Naciones Unidas. 1995. *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 4 a 15 septiembre de 1995)* (A/CONF.177/20). Nueva York: Naciones Unidas.
3. Adaptado de FNUAP. 1997a. *El Estado de la Población Mundial, 1997: El derecho a elegir: derechos reproductivos y salud reproductiva*. Nueva York, FNUAP.
4. *Ibid.*
5. Esta sección se basa en : Senderowitz, Judith. 1995. *Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood*, págs. 18 y 19. Paper No. 272. Washington, D.C.: Banco Mundial; y Koblinsky, Marge, Judith Timyan, y Jill Gay, editores, 1993. *The Health of Women: A Global Perspective*, págs. 153 a 155. Boulder, Colorado: Westview Press; y Banco Mundial. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Nueva York: Oxford University Press.
6. Alan Guttmacher Institute. 1998. *Into A New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. Nueva York: The Alan Guttmacher Institute.
7. FNUAP 1997a.
8. Banco Mundial 1993.
9. Fuente para esta sección: UNAIDS. 1999. *Questions and Answers: Mother-to-Child Transmission (MTCT) of HIV: Background Briefing*. Ginebra: ONUSIDA.
10. *Ibid.*
11. *Ibid.*
12. UNAIDS. 1999. *Technical Working Group Meeting to Review New Research Findings for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV*. Ginebra, 10 y 11 de agosto de 1999.
13. *Newsweek*, 17 de enero de 2000, pág. 43.
14. Fuentes para esta sección: FNUAP. 1999. *Estado de la Población Mundial 1999: Es hora de optar*. Nueva York: FNUAP; Tsui, Amy O., Judith N. Wasserheit, y John G. Haaga. 1997. *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, pág. 28. Washington, D.C.: National Academy Press; Jejeebhoy, Shireen. 1995. *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour*. Oxford: Clarendon Press; FNUAP. 1998a. *Estado de la Población Mundial 1998: Las nuevas generaciones*. Nueva York: FNUAP; FNUAP 1997a; y Mensch, Barbara S., Judith Bruce, y Margaret E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, págs. 46 y 47. Nueva York: The Population Council.
15. Population Action International. 1998. *1998 Report on Progress Towards World Population Stabilization*. Washington, D.C.: Population Action International.
16. Mensch, Bruce, y Greene, 1998, págs. 46 y 47.
17. Grunseit, A., y S. Kippax, 1993. *Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behavior*, pág. 30. Ginebra: Programa Mundial sobre el SIDA, Organización Mundial de la Salud; y Alan Guttmacher Institute 1998, pág.42.
18. Grunseit y Kippax 1993, pág.30.
19. Fuentes para esta sección: FNUAP 1998a; FNUAP, 1999a. *A Time Between: Health, Sexuality and Reproductive Rights of Young People*. Nueva York: FNUAP; Senderowitz 1995; y Alcalá, María José. 1995. *Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Framework for Action*. Nueva York: Family Care International.
20. Alcalá 1995, pág. 39.
21. FNUAP 1998a, pág. 24.
22. ONUSIDA, 5 de agosto de 1999, págs. 2 y 3.
23. Panos Institute. 1989. *AIDS and Children: A Family Disease*. Londres: Panos Institute.
24. Heise, Lori. 1993. "Violence Against Women: The Missing Agenda." En: Koblinsky, Timyan y Gay 1993, págs. 171 a 196.
25. FNUAP 1998a, pág. 29.
26. *Ibid.*, pág. 42.
- 27 Tsui, Wasserheit y Haaga 1997, págs. 96 a 99.
28. Toubia, Nahid. 1995. *Female Genital Mutilation: A Call for Global Action*. Nueva York: RAINBO.
29. Boohene, E., J. Tsodzai, K. Hardee-Cleveland, S. Weir, y B. Janowitz. 1991. "Fertility and Contraceptive Use among Young Adults in Harare, Zimbabwe," *Studies in Family Planning* 22(4): págs. 264 a 271. Citado en Senderowitz 1995.
30. Fuentes para esta sección: Alcalá 1995, pág. 52; and Barnett, Barbara. 1998. "Family Planning Use Often a Family Decision." *Network: Family Planning and Women's Lives* 18(4): págs. 10 a 14. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International.
31. FNUAP 1998a, págs. 25 y 26.
32. FNUAP. 1997b. *Hopes and Realities: Closing the Gap between Women's Aspirations and their Reproductive Experiences*. Nueva York: FNUAP.
33. Population Action International. 1993. *Expanding Access to Safe Abortion: Key Policy Issues*, pág. 1. Washington, D.C.: Population Action International.
34. John Ross, John Stover y Amy Willard. 1999. *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs in 116 Countries*. Glastonbury, CT: The Futures Group International.
35. ONUSIDA. 1999. *AIDS Epidemic Update: December 1999*. Ginebra: UNAIDS.

36. The Population Council. 1999. "Sexually Transmitted Infections." *Reproductive Tract Infections: A Set of Factsheets*. Nueva York: The Population Council.
37. *Ibid.*
38. Fuentes: Buvinic, Mayra, Catherine Gwin y Lisa Bates. 1996. *Investing in Women: Progress and Prospects for the World Bank*. Washington, D.C.: Overseas Development Council; Koblinsky 1993, págs.11 y 12; y FNUAP 1998a.
39. Best, Kim. 1998. "Contraception Improves Employment Prospects." *Network: Family Planning and Women's Lives* 18(4): págs. 19 a 22. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International.
40. Koblinsky, Timyan y Gay 1993, pág. 14; y Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Internacionales. 1991. *The World's Women: Trends and Statistics 1970-1990*. Nueva York: Naciones Unidas.
41. FNUAP. 1997b. *A New Role for Men: Partners in Women's Empowerment*, pág.12. Nueva York: FNUAP.
42. Mehra, Rekha, y Sarah Gammage. 1997. *Employment and Poor Women: A Policy Brief on Trends and Strategies*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
43. Khan, Mahmuda Rahman. 1996. *Empowering Women Through Wage Employment: The Impact on Gender Relations in Bangladesh*, ICRW Report-in-Brief, pág.4; y Andina, Michèle. Y Barbara Pillsbury. 1997. *Women's Empowerment and Family Planning: Lessons Learned from Evaluation with Women's NGOs*. Los Angeles, California: Pacific Institute for Women's Health.
44. Andina y Pillsbury 1997.
45. Koblinsky 1993, pág. 14. Los motivos de preocupación por las maquiladoras son: brutales asesinatos de más de 180 jóvenes mujeres en Ciudad Juárez; aumento de la incidencia de hepatitis A en ciudades fronterizas en 78% a 400% debido a la contaminación del abastecimiento de agua y a la alta incidencia de anomalías en el tubo neural y de anencefalia (niños nacidos sin cerebro). Corporate Watch. 2000. "Maquiladoras at a Glance: La Línea: Gender, Labor, and Environmental Justice on the US-Mexico Border." Sitio en la Web: <http://www.corpwatch.org/trac/feature/border/factsheet.html#map>; y Diebel, Linda. 23 de mayo de 1999. "Murder Most Foul." *Toronto Star*.
46. Fuentes: FNUAP1997a, FNUAP 1998b, págs. 9 y 10; Blaney, Carol Lynn. 1998. "Abused Women Have Special Needs." *Network: Family Planning & Women's Lives* 18(4): págs. 15 a 18. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International; Friedman, Amy. 1991. *Rape and Domestic Violence: The Experience of Refugee Women*. Washington, D.C.: Refugee Women in Development; Heise, Lori, Jacqueline Pitanguy, y Adrienne Germain. 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*, pág. 18. Paper Number 255. Washington, D.C.: Banco Mundial; Heise 1993, pág. 178; Heise, Lori, Mary Ellsberg, y Megan Gottemoeller. 1999. "Ending Violence Against Women." *Population Reports* 27(4); Koblinsky, Timyan y Gay 1993, Cap. 8, pág. 172; y Organización Mundial de la Salud. *WHO Information Kit on Violence and Health (Violence and Injury Prevention, Violence and Health, Violence Against Women: Priority Health Issue)*.
47. Heise, Pitanguy y Germain 1994, pág.18.
48. Koblinsky, Timyan, y Gay 1993, Cap. 8, pág. 172; y FNUAP 1998b, pág. 9.
49. FNUAP 1998b, pág. 11.
50. Koblinsky, Timyan, y Gay 1993, Cap. 8, pág. 172.
51. Blaney 1998.
52. FNUAP 1998b, pág.10.
53. Heise 1993, pág.178.
54. Friedman 1991.
55. Fuentes: FNUAP 1998a; Segal, Sheldon. 1997. "Women's Health: Issues Beyond the Reproductive Years." *South-to-South Newsletter* 7: págs. 4 y 5; y Shaaban, Mamdouh. 1997. "Menopause in the Context of Developing Countries." *South-to-South Newsletter* 7: págs. 6 a 8.