

2.06.01.11  
A/38101

Cuadernos

Salud y derechos  
sexuales y reproductivos

Nº 1

# Las mujeres en los países en desarrollo

**UNFPA**  
Fondo de Población  
de Naciones Unidas



Federación de  
Planificación Familiar  
de España

c/ Almagro 28 - 28010 Madrid - España  
Tel.: 34-91 319 92 76 / 34- 91 308 22 86  
Fax: 34- 91 308 15 89  
e-mail: fpf@adv.es

500 pts.  
3 euros



Federación de Planificación Familiar de España (FPFE)

Cuadernos

Salud y derechos  
sexuales y reproductivos

Nº 1

# Las mujeres en los países en desarrollo



# P RESENTACIÓN DE LA COLECCIÓN

**Cuadernos: Salud y derechos sexuales y reproductivos  
Nº 1. Las mujeres en los países en desarrollo**

Edita: Federación de Planificación Familiar de España  
Madrid, Febrero 2000

En este número han colaborado: Pilar Jaime  
Justa Montero  
M<sup>a</sup> José Montero  
Viviana Waisman

Diseña y maqueta: PardeDÓS  
Imprime: Conigraf

I.S.B.N.: 84-607-0087-9  
Deposito Legal: M - 5454 - 2000

P.V.P.: 500 pesetas / 3 euros

La Federación de Planificación Familiar de España inicia con esta publicación una colección que, con el título "Salud y derechos sexuales y reproductivos", quiere abordar todos los aspectos de interés relacionados con estas materias.

En el enfoque que vamos a utilizar, partimos de un concepto amplio de salud, no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un estado de pleno bienestar físico, mental y social. Esto conlleva el reconocimiento de la salud como un derecho básico para todas las personas, sin ningún tipo de discriminación.

El ejercicio de los derechos básicos con relación a la salud representa especial dificultad para muchas mujeres en todo el mundo, lo que hace necesario aplicar la perspectiva de género.

Sabemos que al abordar los conceptos de salud sexual, salud reproductiva, derechos sexuales y derechos reproductivos, enseguida van a surgir muchas otras cuestiones que están relacionadas con el contexto social, político y económico en el que viven las personas. Todos estos aspectos también queremos que queden reflejados en esta colección.

Es evidente que en los últimos años se han producido avances significativos en cuanto a la información, la legislación y el acceso a los servicios, sin embargo todavía quedan muchos objetivos por cumplir incluso en los países más desarrollados, por lo que desde la Federación seguimos impulsando a nivel nacional e internacional medidas concretas para que mujeres,

hombres, niñas y niños puedan disfrutar de su salud y de todo lo que ello conlleva.

No cabe duda que para que la situación mejore es necesario un cambio de actitudes. Para ello, la sociedad en su conjunto, las ONG, los medios de comunicación, los partidos políticos, las instituciones y los gobiernos tienen que asumir sus responsabilidades si queremos que mujeres y hombres puedan disfrutar de su sexualidad sin riesgos.

Espero que esta colección contribuya a un conocimiento más amplio sobre todos estos aspectos y que cada documento sea un instrumento para la reflexión y la sensibilización y despierte el interés por estos temas.

Mercedes Oliveira Malvar

*Presidenta Federación de Planificación  
Familiar de España*

# I NTRODUCCIÓN

Los derechos reproductivos se reconocen internacionalmente como derechos fundamentales, tanto para el avance de los derechos humanos como para el propio desarrollo de los pueblos. Durante la última década, los gobiernos se han comprometido a fomentar el avance de estos derechos en conferencias internacionales como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijing, 1995). En estas conferencias también se han establecido las bases fundamentales de los derechos sexuales y reproductivos.

Esta publicación presenta una visión general de la situación de las mujeres en temas relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los países en vías de desarrollo. Es imposible recoger en tan pocas pá-

ginas todas las realidades. Somos conscientes de las diferencias que existen entre las distintas zonas geográficas, entre las distintas comunidades y entre cada mujer. El tono del documento es de denuncia, queremos poner en evidencia aspectos de la vida de las mujeres que no son muy conocidos por la sociedad española.

Nos gustaría que este documento sirva para sensibilizar e interesar a diferentes personas sobre estos temas tan esenciales para el desarrollo humano. Como se demuestra en esta publicación, a pesar de los importantes avances logrados en estos campos durante los últimos años, todavía queda mucho camino por recorrer si se quiere pasar de la palabras a los hechos en el campo de los derechos humanos de las mujeres y, específicamente, en temas relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Otro objetivo que pretendemos es que se incremente la ayuda internacional al desarrollo y que se cumplan los compromisos internacionales en materia de salud sexual y reproductiva, elementos fundamentales para un desarrollo sostenible.

Este documento es el número uno de la colección y se enmarca dentro de la Campaña Internacional Cara a Cara sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, de la que la Federación de Planificación Familiar es responsable en el Estado Español, y en la que participan otras 19 ONG de países europeos, y se presenta este año en que se cumplen 5 de la Conferencia de Beijing.

Quiero agradecer desde aquí a todas las personas que han hecho posible este documento, pues ha sido un trabajo colectivo con el que hemos aprendido muchas cosas y del que nos sentimos contentas.

María José Montero

*Directora de Programa Desarrollo Sostenible  
y Salud Reproductiva  
Federación de Planificación Familiar de España*

# I NDICE

# Las mujeres en los países en desarrollo

<b>1. SIN LAS MUJERES LOS DERECHOS NO SON HUMANOS</b>	<b>9</b>
Acuerdos internacionales .....	11
Cooperación internacional para el desarrollo .....	13
<b>2. PRINCIPALES CONDICIONANTES DE LA SALUD DE LAS MUJERES</b>	<b>17</b>
Los recursos .....	18
El trabajo .....	19
La educación .....	21
<b>3. LAS Y LOS JÓVENES</b>	<b>23</b>
<b>4. ALGUNOS INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA</b>	<b>27</b>
El derecho a decidir .....	28
La anticoncepción .....	28
La interrupción voluntaria del embarazo .....	30
Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/SIDA .....	33
<b>5. EL ACCESO A SERVICIOS DE CALIDAD</b>	<b>37</b>
<b>6. LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES</b>	<b>41</b>
La violencia doméstica .....	43
La violencia sexual .....	43
El comercio sexual de niñas y mujeres .....	44
La mutilación genital femenina (MGF) .....	46
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>49</b>
<b>FUENTES CONSULTADAS Y BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>51</b>

Sin las mujeres los derechos no son humanos

Acuerdos internacionales

Cooperación internacional para el desarrollo

# M

## EJORAR las condiciones de

*vida y salud de las mujeres pasa por garantizar el disfrute y ejercicio de sus derechos elementales y por identificar la naturaleza de las discriminaciones que padecen por el hecho de ser mujeres.*

La salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres forman parte de los derechos humanos fundamentales. Su cumplimiento es garantía del respeto a los derechos individuales, a la libertad de elegir y a disfrutar de una vida digna. Son por tanto, elementos básicos para un desarrollo humano. Sin embar-

go todavía muchas mujeres se encuentran muy lejos de tener acceso a estos derechos básicos y disfrutar de sus beneficios.

Analizar estos derechos requiere identificar los determinantes que inciden en la vida de las mujeres, en su posibilidad de decisión, sus condiciones de salud y la disponibilidad y acceso a los recursos. Existe una íntima relación entre las posibilidades de disfrute de la salud, el acceso a los servicios y el reconocimiento de los derechos; de poco sirve el reconocimiento de estos si no se logra que sean efectivos en la práctica por falta de servicios; o que por el contrario, la atención en salud no se base en el respeto de los derechos individuales. Por eso es de particular importancia contemplar el contexto económico, social, cultural y político en el que se desarrolla la vida de las mujeres.

Cuando las mujeres carecen del derecho a elegir sobre aspectos básicos de su vida y cuando no se les garantiza la educación, la alimentación y el trabajo remunerado, condicionantes fundamentales de la salud, se están vulnerando sus derechos y se amenaza su integridad, y por tanto, la de la comunidad. Es fundamental que una mujer pueda decidir sobre

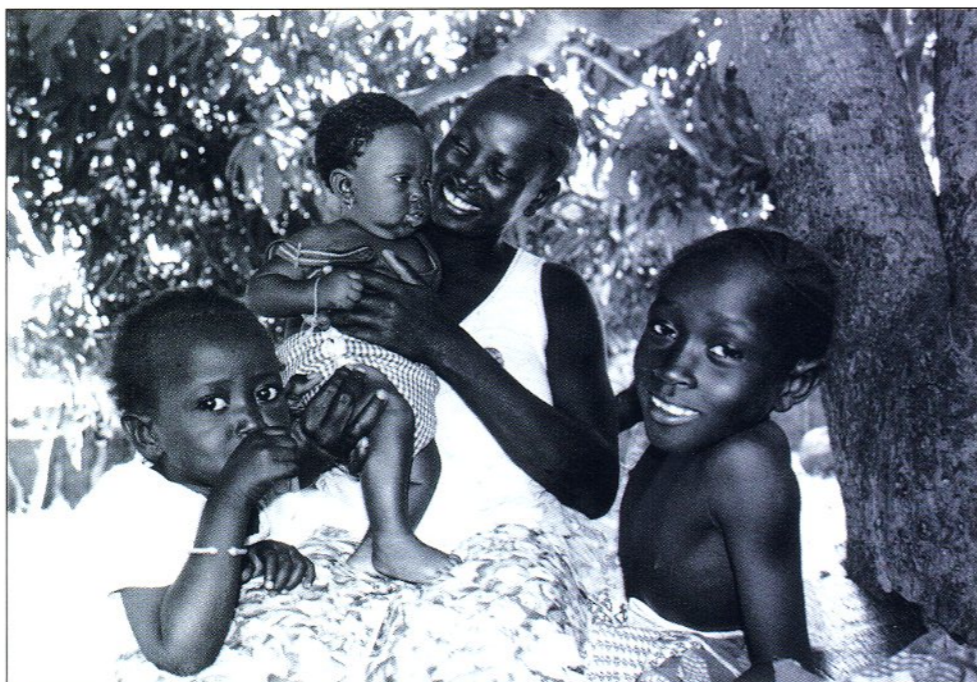


Foto cedida por: IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar).

su maternidad, viva sin temor a ser agredida, y no tenga que requerir el tutelaje del padre o del marido para acceder a un servicio o a un crédito. Estos son importantes indicadores del desarrollo de una sociedad.

En este proceso de reformulación de los derechos, han jugado y juegan un papel fundamental los grupos organizados de mujeres, al haber logrado desvelar la realidad y las necesidades de las mujeres. Así, han planteado la pertinencia de abordar los derechos sexuales y reproductivos en relación con otros derechos fundamentales. De este modo, la libre determinación y la autonomía, el derecho a disfrutar, controlar y decidir sobre su propia vida sexual y reproductiva, suponen una aspiración elemental de libertad y seguridad para las mujeres.

Esta aspiración se concreta en un conjunto de derechos que van desde la capacidad para decidir acerca del matrimonio, tener hijos o no, su frecuencia y momento, a poder manifestar su sexualidad sin violencia ni coacción. Significa por lo tanto, garantizar su ejercicio, rechazar las distintas manifestaciones de violencia sexual, las prácticas coactivas de su libertad, la imposición de pautas de comportamiento, y las violaciones de los derechos individuales, a la libertad y a la seguridad.

La posibilidad que ha brindado la anticoncepción para desvincular la sexualidad de la maternidad, permite hablar de los derechos sexuales como el reconocimiento del ejercicio de la sexualidad sin interferencias ni riesgos. Se incluye además, el derecho de las personas a elegir pareja de su mismo sexo y a ser social y legalmente respetadas; a ejercer la sexualidad de acuerdo a las preferencias personales, independientemente de la edad, tipo de relación o estado civil.

Por otro lado, para disfrutar del más alto nivel de salud es necesario garantizar el acceso a servicios de calidad, a la atención y la información, así como la protección frente a prác-

ticas que pueden resultar dañinas para la salud.

**Las mujeres deben ser sujetos de promoción de la salud en sí mismas.**

La tradicional concepción sobre la salud de las mujeres consideraba a éstas como un medio para asegurar la salud y bienestar de sus hijos e hijas y de su familia, o como instrumento para la reducción de la fertilidad, y se centraba en los aspectos biológicos y muy particularmente en la reproducción. En la actualidad, esta idea afortunadamente ha pasado por una profunda transformación.

Hoy en día se reconoce que las mujeres son sujetos de promoción de la salud en sí mismas. El concepto de salud sexual y reproductiva se inscribe en una idea de salud integral, y se entiende como un proceso dinámico en el que intervienen aspectos biológicos, psicológicos, factores socioeconómicos y culturales; incluyendo el conjunto de procesos que afectan al ciclo vital en su totalidad, y no sólo los de la edad reproductiva.

De esta forma han tomado entidad los problemas de salud sexual, salud mental y salud ocupacional, que responden a las distintas circunstancias que afectan a la salud de las mujeres a lo largo de su vida. Estos problemas quedaban antes ocultos, especialmente aquellos que tenían que ver con el aparato reproductivo y con la sexualidad pero que ocurrían en etapas previas o posteriores a la edad reproductiva.

### Acuerdos internacionales

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, y la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Beijing en 1995, han supuesto un importante avance en el panorama internacional al recoger en sus "Plataformas para la Acción" los nuevos postulados sobre salud y derechos sexuales y reproducti-

vos. Por primera vez se llega a un consenso internacional en el que se reconocen y definen estos derechos; se sitúa en el centro de las preocupaciones la necesidad del empoderamiento de las mujeres, y se recaba el compromiso internacional para desarrollar políticas acordes con las prioridades marcadas.

Por otra parte, en virtud de la ratificación de los Tratados Internacionales de los derechos humanos y los derivados de Convenciones, Cumbres y Conferencias,<sup>1</sup> y muy particularmente la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las mujeres (CEDAW), los Estados firmantes están obligados a garantizar las libertades y derechos individuales y deben adoptar medidas activas para promover el ejercicio de todos los derechos que esos documentos amparan. Esto significa que los gobiernos deben promover, proteger y defender los derechos de las personas, asegurar la desaparición de prácticas discriminatorias y adaptar su propio marco legal para que responda a los nuevos compromisos adquiridos.

### A nivel nacional

El proceso para incorporar los mandatos y postulados internacionales a los ordenamientos jurídicos y políticos locales, está llevando en algunos casos a reformar los códigos de familia y normativas sanitarias, y a promover leyes contra la violencia y la discriminación hacia las mujeres. En muchos países como Indonesia, Jamaica, Kenia o Zambia se están incorporando compromisos adquiridos sobre todo en materia de igualdad de género y de promoción de los derechos de las mujeres, y se trabaja para fortalecer los sistemas de atención a la salud de las mujeres. Algunos gobiernos de África han desarrollado medidas en relación a la edad del primer matrimonio, la obligatoriedad de acceso a los niveles secundarios de enseñanza, o contra la mutila-

ción genital. En países de América Latina se han llevado a cabo, entre otros, cambios legislativos y administrativos en relación a la violencia contra las mujeres.

El desarrollo de estos derechos requiere del concurso público y una legislación adecuada que los garanticen, que no discriminen a sectores de la población como las jóvenes, las mujeres solteras, las mujeres indígenas, o las mujeres que ejercen la prostitución.

Además es imprescindible el impulso decidido a los cambios de ideas, actitudes y comportamientos que legitiman relaciones desiguales entre hombres y mujeres, y que recorren desde las relaciones familiares hasta la administración de justicia. Ello requiere la participación de los hombres y su responsabilización, especialmente en relación a la sexualidad y la reproducción.

También es necesario entender que las leyes o prácticas discriminatorias contra las mujeres, o que las colocan en situación de subordinación con respecto a sus parejas, son una barrera para el derecho a la autodeterminación reproductiva.

### Desafíos

A pesar de los avances que se han producido tanto a nivel internacional como a nivel nacional, los derechos sexuales y reproductivos se abren camino aún con mucha dificultad. En algunos casos las propuestas de cambio encuentran enormes resistencias.

Las políticas de ajuste económico que se vienen desarrollando han tenido efectos muy negativos para las mujeres, ahondando en la precarización de sus condiciones de vida. La reducción del gasto público en salud y educación y la privatización de los servicios están representando, por tanto un fuerte handicap.

**SALUD SEXUAL:** "Su objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual". (Programa de Acción de El Cairo. 7.2)

**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. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia". (Programa de Acción de El Cairo. Punto 7.2)

**DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:** "Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia" y se reconoce que "la capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos". (Plataforma para la Acción de Beijing. Párrafos 96 y 97).

Determinadas fuerzas políticas y religiosas ejercen una fuerte presión y tratan de imponer criterios morales que, aunque en general puedan representar valores exclusivos de esos grupos, por su posición e incidencia en el poder, llegan a obstaculizar las reformas o medidas tomadas en consonancia con los derechos universales, y que recorren todos los aspectos relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

En algunos casos persisten leyes discriminatorias contra las mujeres; hay otras que se aplican de forma coercitiva, que limitan el uso de la anticoncepción, penalizan la homosexualidad o prohíben el aborto seguro.

Se dan también fuertes discrepancias entre el marco jurídico y la realidad de cada país, dado que, en casi todas las sociedades, la protec-

ción y el acceso a la justicia es desigual y la variable de clase, género, etnia o nivel educativo pueden ser causa de flagrantes discriminaciones.

### Cooperación internacional para el desarrollo

La cooperación internacional es básica para garantizar el desarrollo de los pueblos. En los últimos años se han establecido unos criterios mínimos para cifrar la ayuda, entre los que se cuentan la propuesta, impulsada por Naciones Unidas y la OCDE, de destinar el 0,7% del Producto Interior Bruto (PIB) para la ayuda oficial al desarrollo, medida muy conocida en España que ha sido objeto de una importante movilización social.

Otra de las iniciativas internacionales es la denominada: "Iniciativa 20/20" que consiste en destinar el 20% de la ayuda al desarrollo para servicios sociales básicos y al mismo tiempo compromete a los países receptores a dedicar el 20% de su presupuesto a estos mismos fines. Esta propuesta fue adoptada en la Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995).

A partir de estas propuestas generales la comunidad internacional, en la Conferencia sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), asumió unos compromisos financieros para hacer posible que en el año 2015 todas las personas tengan acceso a servicios integrados de salud reproductiva. Por primera vez se contabilizó este derecho: para el año 2000 es necesario destinar 17.000 millones de dólares; las 2/3 partes de esta cantidad corresponde a los países en desarrollo y 1/3 lo tienen que aportar los países desarrollados.

Estas estimaciones suponen que los países donantes entre los que se encuentra España, deben aportar el 4% de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) a programas de salud reproductiva.

<sup>1</sup> Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993); Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994); Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995); y Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), entre otros.



La valoración que se ha hecho en el Foro convocado por el Fondo de Población de Naciones Unidas, celebrado en La Haya en febrero de 1999, indica que el total de la Ayuda Oficial al Desarrollo ha disminuido pasando de 56.500 millones de dólares en 1993 a 47.600 millones en 1997, lo que supone sólo el 0,22% del PIB de los países ricos, según los datos del PNUD. Dentro de este grupo, los siete países más ricos, el llamado G-7, sólo aportan el 0,19%. Respecto a los compromisos de El Cairo adquiridos en el Programa de Acción, los países donantes sólo han cumplido 1/3 de lo acordado, mientras que los países en desarrollo han cumplido 2/3 de lo previsto.

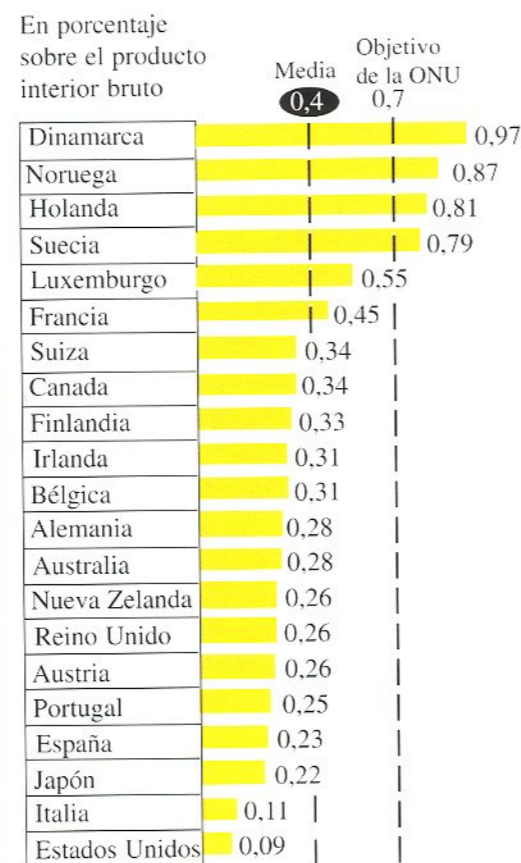
En el gráfico adjunto se puede apreciar que solamente 4 países destinan más del 0,7% de su PIB a la ayuda al desarrollo.

Según declara el gobierno, España ha dedicado en 1998 el 0,23% de su PIB a la Ayuda Oficial al Desarrollo, es decir 207.677 millones de pesetas, muy lejos del 0,7% deseado. Para el cumplimiento de los compromisos de El Cairo, España ha destinado en 1998 sólo el 0,37% del total de la AOD, muy por debajo del 5% de lo que le correspondería aportar.

Es de esperar que el desarrollo de la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo aprobada el 23 de abril de 1998, suponga un

impulso para alcanzar los compromisos adquiridos.

#### Ayuda Oficial al Desarrollo en 1997



Fuente: Informe de la OCDE, 1999.

## CARTA DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (IPPF)\*

Los 12 derechos postulados en la Carta son:

- 1 El Derecho a la vida.
- 2 El Derecho a la libertad y la seguridad de la persona.
- 3 El Derecho a la igualdad, y a estar libres de todas las formas de discriminación.
- 4 El Derecho a la privacidad.
- 5 El Derecho a la libertad de pensamiento.
- 6 El Derecho a la información y la educación.
- 7 El Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planificar una familia.
- 8 El Derecho a decidir tener hijos o no tenerlos, o cuándo tenerlos.
- 9 El Derecho a la atención de la salud y a la protección de la salud.
- 10 El Derecho a los beneficios del progreso científico.
- 11 El Derecho a la libertad de reunión y a la participación política.
- 12 El Derecho a no ser sometida a torturas y maltrato.

\* El desarrollo de estos derechos y su aplicación están publicados por IPPF.

# Principales condicionantes de la salud de las mujeres

---

Los recursos

El trabajo

La educación

2

**L** a salud y los derechos reproductivos de las mujeres no se pueden abordar sin tener en cuenta la situación social, económica y jurídica en la que viven.

### Los recursos

Actualmente los países ricos de Europa Occidental, Norteamérica, Nueva Zelanda, Australia y Japón, y las poblaciones más ricas de los países en desarrollo han logrado altos índices de bienestar y también desmedidos niveles de consumo. Al mismo tiempo los países pobres, que son mayoría a nivel mundial, están alcanzando niveles de pobreza desconocidos hasta

ahora. En 1960 el 20% de la población mundial que vivía en los países más ricos tenía 30 veces el ingreso del 20% más pobre; en 1995 aquella misma población tenía 85 veces ese ingreso. Así el 80% de la población sólo obtiene el 15% de los ingresos totales, y de éste, las mujeres perciben menos de la mitad, constituyendo el 70% de los 1.300 millones de personas que viven en situación de pobreza.

Las poblaciones pobres, que son la inmensa mayoría en los países en desarrollo y que están aumentando en los países industrializados constituyendo el llamado cuarto mundo, sufren fuertes reducciones en sus niveles de vida. Las mujeres en los países del Sur soportan el mayor peso de la pobreza debido a su situación de marginalidad social y dependencia.

El desigual acceso a los alimentos, a la escolarización, a un trabajo remunerado, al crédito y a la propiedad de la tierra, así como la distribución desigual de las actividades para la supervivencia, están deteriorando las condiciones de vida de las mujeres y aumentando los riesgos en relación con su salud. Un ejemplo de ello es que en los últimos 20 años el



Foto: Jóvenes egipcias lavando en el Nilo. Mark Edwards/ Still Pictures. Cedida por: IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar).

### Diferencias de género en la carga de trabajo y la distribución del tiempo

Año	Carga de trabajo			Total del tiempo de trabajo		
	Tiempo de trabajo (minutos por día)		Mujeres en % de los hombre	Actividades relacionadas con el mercado	Actividades relacionadas con el mercado	
Mujeres	Hombre					
<b>Algunos países en desarrollo</b>						
<b>Urbanos</b>						
Colombia	1983	399	356	112	49	51
Indonesia	1992	398	366	109	60	40
Kenya	1986	590	572	103	46	54
Nepal	1978	579	554	105	58	42
Venezuela	1983	440	416	106	59	41
Promedio		481	453	106	54	46
<b>Rurales</b>						
Bangladesh	1990	545	496	110	52	48
Guatemala	1977	678	579	117	59	41
Kenya	1988	676	500	135	56	44
Nepal	1978	641	547	117	56	44
Sierras	1978	692	586	118	59	41
Montañas	1978	649	534	122	56	44
Colonias rurales	1978	583	520	112	52	48
Filipinas	1975-1977	546	452	121	73	27
Promedio		617	515	120	59	41

Fuente: Informe sobre desarrollo humano 1999. PNUD.

número de campesinas que están viviendo en la pobreza absoluta ha aumentado en un 50% pasando de 370 a 565 millones.

**El rol subordinado hace que las mujeres prioricen la atención a los otros y releguen sus propias necesidades y cuidados, lo que aumenta sus riesgos de salud.**

Una cuarta parte de todos los hogares del mundo están encabezados por mujeres (35% en la zona del Caribe), y muchos otros dependen de sus ingresos aún cuando el hombre está presente en el hogar.

En los hogares que están dirigidos por mujeres o en los que ellas tienen el control de los ingresos, se destinan más recursos a la salud, la educación y la nutrición de niñas y niños. Esto es debido a que, generalmente, las mujeres invierten una mayor parte de sus ingresos

y su tiempo a la familia, aún en detrimento de sus propias necesidades. La cuestión fundamental es que, el no poder optar al reparto de las responsabilidades del hogar entre ambos miembros de la pareja, supone una sobrecarga de trabajo para las mujeres.

### El trabajo

**La mayor participación de las mujeres en el mercado laboral formal no se traduce necesariamente en un aumento de la seguridad y mejora de sus condiciones de vida.**

En términos generales se ha producido un aumento de la tasa de actividad económica de las mujeres. La mayor participación en el mercado formal se ha producido en el sector servicios. En América Latina, entre el 60% y 70% de las mujeres activas trabajan en él y ocupan

más de la mitad de los puestos de trabajo en este sector, el 15% en la industria y el 9% en la agricultura; y realizan un promedio de 55 a 60 horas semanales de trabajo doméstico no remunerado. En África las mujeres representan el 80% de las personas productoras de alimentos, sin embargo en muchos países existen leyes y derechos consuetudinarios que les niegan derechos sobre la tierra que cultivan. Asimismo, el acceso al crédito es muy difícil para las mujeres en casi todos los países de África.

Esta mayor participación en el trabajo formal, pese a suponer en términos globales un aumento de ingresos, no se ha traducido necesariamente en un aumento de la seguridad y

mejora de sus condiciones de vida. El trabajo precario en el que mayoritariamente participan las mujeres, supone condiciones de trabajo y salario también precarias.

Por un lado, la mayor incorporación de mujeres al mercado laboral no ha venido acompañada de un reordenamiento de las responsabilidades en el ámbito doméstico y, por otro, este trabajo se ha visto incrementado por la disminución de muchas de las responsabilidades del Estado en materia de salud, alimentación y educación. Todo ello ha supuesto una sobrecarga de trabajo para las mujeres y por tanto una precarización de sus condiciones de vida y de salud.

### El uso del tiempo se distribuye de manera desigual entre hombres y mujeres.

Las desigualdades en cuanto a distribución de tareas y acceso a medios y recursos, determinan la disponibilidad y el uso del tiempo, y ésta es una de las grandes limitaciones que enfrentan las mujeres para satisfacer las necesidades y atender su salud. Las mujeres asumen mayor proporción de trabajo que los hombres; esta sobrecarga es especialmente grande en las áreas rurales donde el trabajo de las mujeres es significativamente mayor que el de los hombres.

Esta responsabilidad la realizan las mujeres desde posiciones sociales marginales, como mujeres y campesinas, con mínimos recursos y conocimientos. Por lo que sólo tienen acceso a las parcelas más pequeñas y empobrecidas. El abandono en materia de igualdad, derechos, formación y recursos que padecen estas mujeres en las áreas rurales, ya sean agricultoras, pescadoras, comerciantas o artesanas, ha contribuido a su empobrecimiento. En estas condiciones de subempleo y sobretrabajo, más de 1.500 millones de mujeres de todas las edades, se afanan por producir alimentos básicos para una dieta mínima y deficitaria.

Lo que subyace en todo esto es la pobreza y, en el caso de las mujeres y niñas, la desigualdad como otro importante factor de riesgo. Ninguno de estos factores se dan de forma aislada sino que coinciden en las mismas capas y grupos de personas, que padecen además deficientes condiciones habitacionales y escaso (y a veces nulo) acceso a servicios y recursos.

### La educación

El acceso a la educación es fundamental para la autonomía de las mujeres, para ampliar su autoestima y su capacidad de participación y decisión, para abrir el marco de sus oportunidades y el acceso a espacios de desarrollo. Los datos globales señalan un aumento del número

de niñas y mujeres que acceden a los niveles básicos de educación en los países en desarrollo. Sin embargo las cifras también señalan grandes diferencias por regiones y países y también entre mujeres y hombres.

Con carácter general, se constata que a mayor disparidad en el desarrollo económico -entre regiones, países, y personas- mayor es la desigualdad de las mujeres respecto a los hombres, en el acceso a la educación.

Así, por ejemplo, mientras que la tasa de matrícula femenina en Asia Oriental y en América Latina y Caribe está entre el 83% y 87% respectivamente, en Asia Meridional y en África Subsahariana sólo alcanza el 43%.

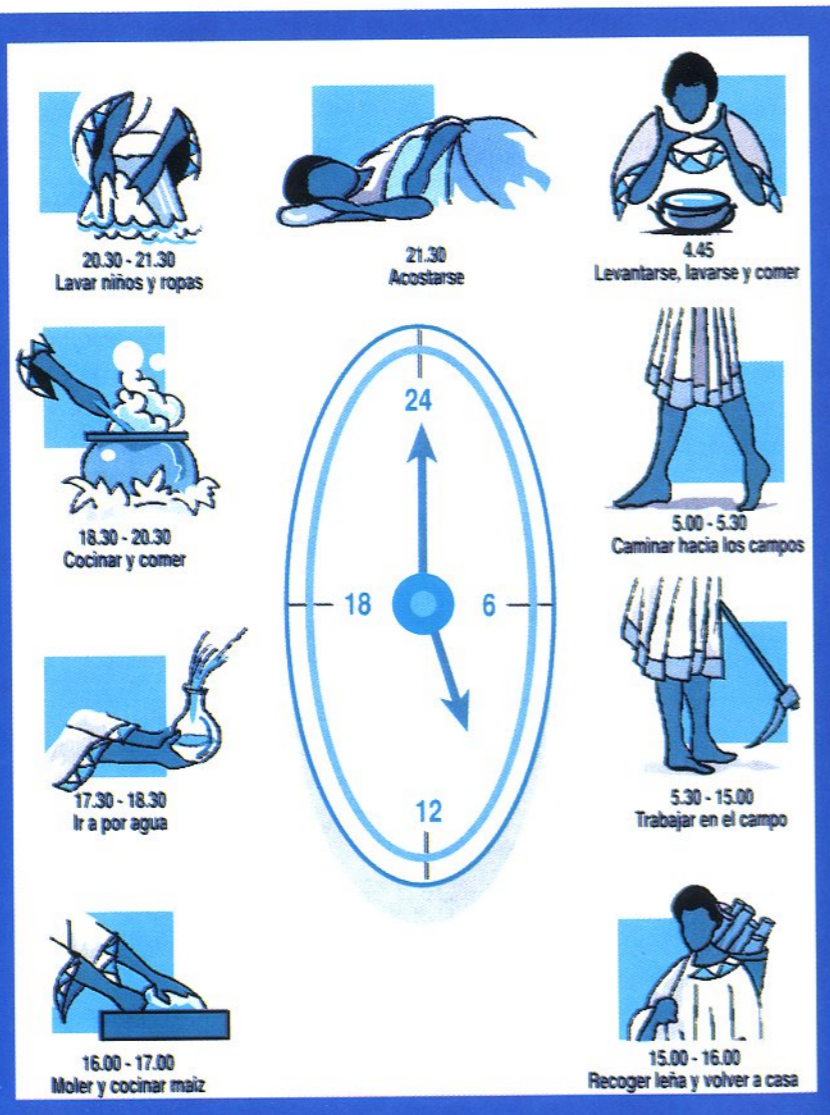
En muchos países todavía hay un porcentaje importante de niños y niñas sin escolarizar, hecho que se da en mayor medida en el caso de las niñas. En 1998, de los 130 millones de niños y niñas que no tuvieron acceso a la educación, 73 millones (es decir el 56%) fueron niñas.

Esta discriminación en el acceso de las niñas a la educación, se debe a la creencia generalizada en todas las culturas de que las niñas se deben preparar para asumir los roles tradicionales. Las niñas y las jóvenes abandonan pronto la escuela y con mucha mayor frecuencia que los chicos, debido a que comienzan a realizar tareas domésticas desde edades muy tempranas. A esto hay que añadir los embarazos y matrimonios precoces, muchas veces forzados.

Estas disparidades entre niños y niñas en relación con la escolarización en parte explica la existencia de 600 millones de mujeres en el mundo que siguen siendo analfabetas. Por ejemplo en Haití, el 59% de mujeres (y el 53% de hombres) mayores de 15 años son analfabetos. En Guatemala el 43% de las mujeres (y el 27% de los hombres) también lo son.

Existe una relación inversamente proporcional entre el nivel educativo de las mujeres y el

## un día en la vida de una mujer africana



Fuente: «Mirando al Sur». Médicos del Mundo

número de hijas e hijos. Aunque el análisis de este vínculo es complejo, se debe fundamentalmente a la relación que existe entre una mayor educación y un mayor número de oportunidades en la vida de las mujeres, dándoles la opción a elegir libre y responsablemente el número de hijos e hijas. Sin embargo, no es únicamente el acceso educativo y tampoco un nivel suficiente de formación lo que va a permitir cambios en su situación. La alfabetización o los primeros años de la primaria -niveles que la mayoría de mujeres pobres en los países en desarrollo no suelen sobrepasar- no son grados suficientes para desarrollar autonomía y capacidad para tomar decisiones en relación con sus derechos sexuales y reproductivos y con su vida en general.

Está demostrado, que para que la educación tenga una repercusión en la inserción laboral

y social de las mujeres, son precisos al menos ocho años de escolarización continuada.

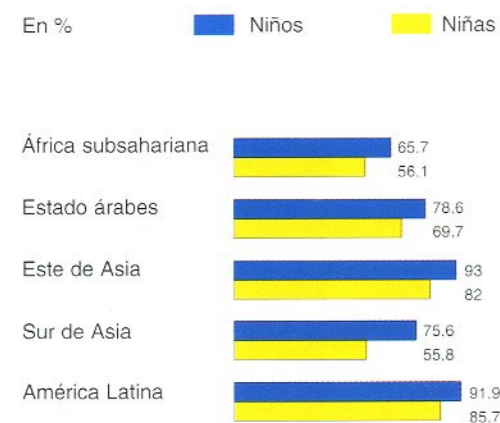
A la importancia del acceso de las niñas y mujeres a todos los niveles educativos y de forma continuada, hay que añadir la necesidad de incorporar la educación sexual a los currículos educativos, por las profundas repercusiones que tiene para la vida de hombres y mujeres.

Cuando las mujeres acceden a mayores niveles de formación se encuentran en mejores condiciones para cuidar de sí mismas y participar en el mundo laboral, social y político y tomar decisiones. La formación de las niñas y las mujeres es un avance estratégico, pero será el nivel de formación suficiente y el desarrollo de su autonomía lo que propicie otros procesos de transformación en sus vidas.

## Las y los jóvenes

### La educación en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo

#### Asistencia a la escuela primaria



Fuente: Red Internacional de OXFAM, 1999.

# 3

**E**NTRE la mayoría de las mujeres de los países del Sur la adolescencia es una realidad inexistente; el concepto es moderno, occidental y urbano.

Muchas niñas y mujeres jóvenes se ven privadas de esta fase de la vida por muy diversas circunstancias, entre las que cabe destacar:

- trabajan desde la infancia en condiciones particularmente duras para aportar un ingreso a su familia;
- tienen hijas e hijos desde muy temprana edad;
- son niñas de la calle y ejercen la prostitución;
- muchas han sufrido abusos sexuales y maltrato.

Esta situación constituye una de las violaciones más flagrantes de la libertad y seguridad de las personas.

La precariedad, la desigualdad y el fuerte peso de muchas tradiciones consolidan la permanencia de ideas y necesidades ligadas a los roles tradicionales asignados a mujeres y hombres. Estas circunstancias obligan a las niñas y las jóvenes a asumir responsabilidades domésticas y papeles maternos desde edades muy tempranas lo cual no sólo limita su proceso de formación, sino que limita en gran medida su futuro, su acceso a la educación, su desarrollo personal, cierra sus oportunidades y además las expone a embarazos tempranos,

lo que indudablemente tendrá repercusiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Cada año, aproximadamente 14 millones de mujeres jóvenes de 15-19 años tienen hijos o hijas. Entre la cuarta parte y la mitad de las mujeres que dan a luz en los países en desarrollo lo hacen antes de cumplir los 18 años (ver gráfico página 23).

El porcentaje de madres adolescentes que no han planificado sus embarazos varía entre regiones y dentro de cada región. Un estudio reciente encontró que en América Latina y el Caribe el 25-50% de las madres jóvenes indican que su embarazo no fue planificado; en África del Norte y Oriente Medio, el porcentaje varía entre, aproximadamente, el 15 y el 30%.

Un parto supone riesgos potenciales para la salud de todas las mujeres, pero para una mujer menor de 17 años, que no ha alcanzado su

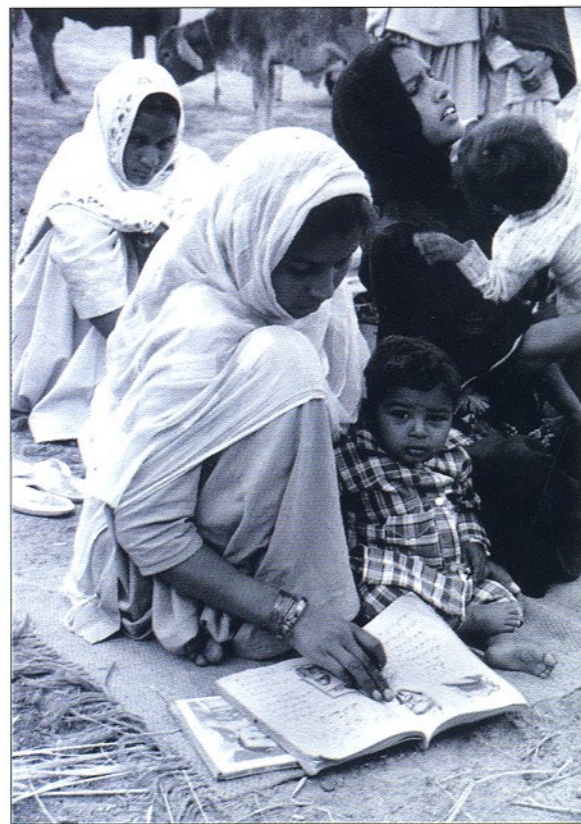


Foto: Mujeres, niños y niñas en clase de alfabetización. Punjab. Sean Sprague photo, 1978. Cedita por: IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar).

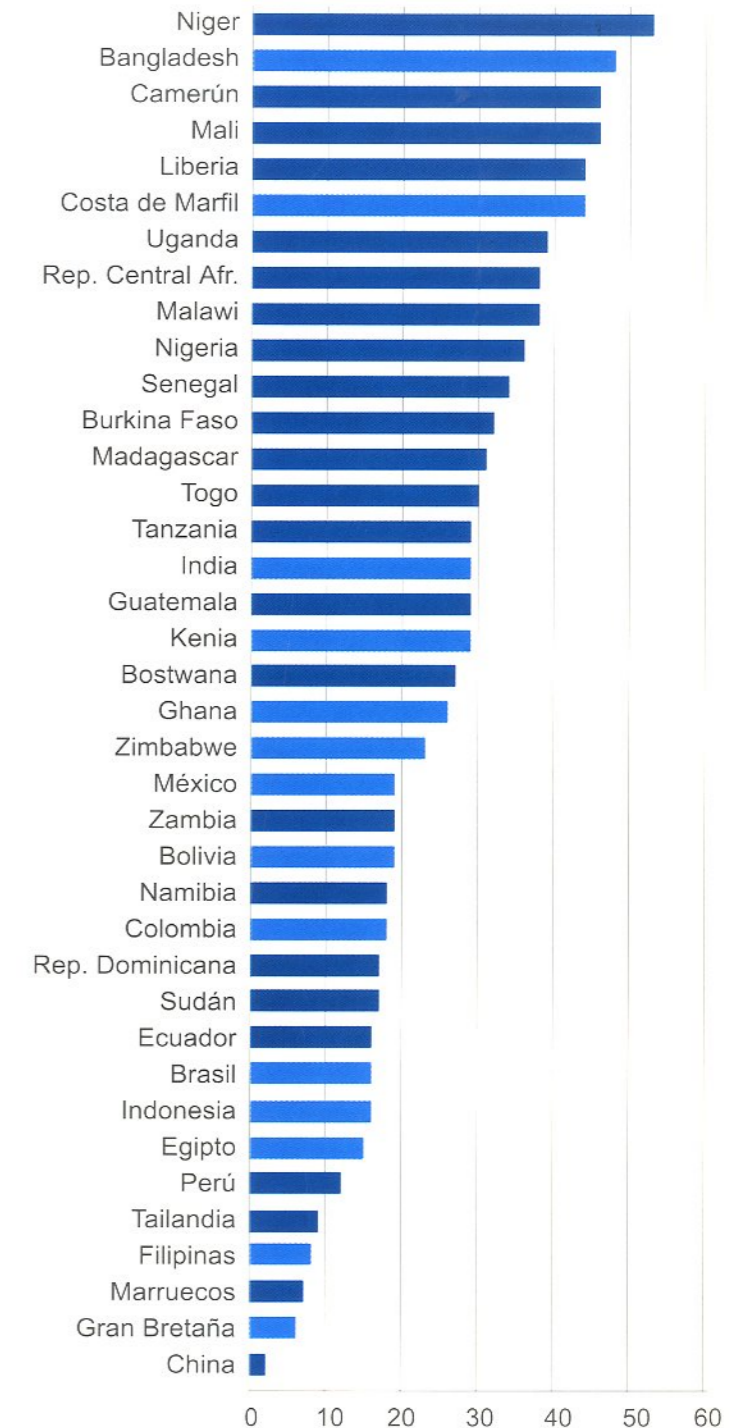
madurez física, los riesgos son aun mayores. Por ejemplo, las jóvenes adolescentes (especialmente las menores de 15 años) corren un riesgo de muerte, debido a consecuencias relacionadas con el embarazo, cuatro veces más alto que mujeres mayores de 20 años. Otra amenaza importante para la salud reproductiva de las mujeres jóvenes que tienen embarazos no deseados, es una posible decisión de interrumpir el embarazo en países donde el aborto es ilegal o de difícil acceso, con el consecuente riesgo para su salud y a veces sus vidas.

Actualmente, la actividad sexual de las y los jóvenes se inicia a edades más tempranas y muchas veces independientemente de su estado civil. Existen diferencias de unas regiones a otras, puesto que los aspectos culturales específicos de cada región marcan fuertemente la sexualidad. Muchos y muchas jóvenes que inician relaciones sexuales tempranas, se exponen a los problemas derivados de la falta de información sobre el cuerpo y la sexualidad, sobre la anticoncepción, así como la "clandestinidad" en la que tienen las relaciones.

Las jóvenes, más que cualquier otro grupo de edad, están expuestas a riesgos para su salud reproductiva. Todos los años un importante porcentaje de mujeres y hombres de 15-49 años contraen una ETS. Las mujeres jóvenes son especialmente susceptibles a contraer una ETS debido a que tienen menos anticuerpos que las mujeres mayores y a que la falta de madurez del cuello uterino incrementa la posibilidad de que al exponerse a un agente infeccioso, se transmita la enfermedad. Además la mitad de las infecciones del VIH ocurren en personas menores de 25 años.

Las necesidades de las y los jóvenes son a menudo ignoradas o desatendidas. Para empezar, no se quiere reconocer la existencia de actividad sexual entre ellas y ellos. Esta actitud, extendida entre padres y madres, profesores, religiosos, asumida desde los poderes

Porcentaje de mujeres que tuvieron su primer hijo/a antes de los 18 años



Fuente: The Alan Guttmacher Institute.

públicos y desde la sociedad en general, constituye la primera y fundamental barrera que impide su acceso a la información. Y esto está en la base de muchos problemas de salud sexual y reproductiva entre los y las jóvenes, como son los embarazos tempranos y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual.

En muy contadas ocasiones se desarrollan políticas específicas que garanticen sus derechos y que contemplen su realidad, necesidades y decisiones. Los discursos sobre la sexualidad de las jóvenes, cuando se dan, se concentran exclusivamente en la prevención del embarazo. La educación sexual no está incorporada, en términos generales en la enseñanza reglada, y cuando figura se reproducen los estereotipos y modelos tradicionales y conservadores.

Para que estas medidas fueran efectivas tendrían que incluir servicios específicos donde se garantice la confidencialidad, la información y la atención como individuos de pleno derecho. Sin embargo en muchos países, bien por ley o bien por la práctica de quienes prestan los servicios de salud, se limita el acceso a las y los jóvenes. En Guatemala, por ejemplo, el Código Deontológico del Colegio Médico exige la presencia de los padres o tutores en los casos de exámenes ginecológicos a mujeres menores de edad, excepto por emergencia gineco-obstétrica o por mandato judicial.

Lo que se requiere es bien distinto. Se trata de servicios de información sexual y de atención

y acceso a anticonceptivos que les permitan disfrutar de una sexualidad libremente elegida, segura y sin prejuicios.

La puesta en marcha de programas de información y acceso a anticonceptivos queda, en muchas ocasiones, en manos de grupos y ONGs con excelentes propósitos, pero con limitados recursos y cobertura, y con permanentes amenazas contra sus actividades.

Aún con estas dificultades, la juventud -como periodo vital de transición a la madurez- para los hombres y mujeres jóvenes, es una buena oportunidad para introducir cambios en actitudes y comportamientos que les permitan mantener unas relaciones sexuales y personales más seguras y equitativas. Es importante impulsar y fortalecer las campañas para eliminar los embarazos tempranos, la sexualidad con riesgo, la falta de información, y la desigualdad en las relaciones personales.

**Actualmente hay más de 1.000 millones de jóvenes en edades entre 15 y 24 años. De éstos el 95% viven en los países en desarrollo, lo que supone que en los primeros años de este siglo constituirán el 80-90% de la población de esos países. Además en 71 de esos países, más del 40% de la población tendrá menos de 15 años. En los últimos 35 años en el África subsahariana las y los jóvenes entre 10 y 19 años aumentaron de 80 a 200 millones.**

## Algunos indicadores de salud reproductiva

El derecho a decidir

La anticoncepción

La interrupción voluntaria del embarazo

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/ SIDA

# E

## L derecho a decidir

El derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas y el intervalo entre los nacimientos, así como el tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos, es un derecho humano fundamental.

Se estima que en el mundo se producen alrededor de 175 millones de embarazos cada año. La mitad de estos son no deseados o inoportunos.

Las altas cifras de embarazos no planificados se iguala en países en desarrollo o industrializados. Estos embarazos no deseados se deben en gran parte a la falta de acceso a los anticonceptivos, ausencia de información o falta de apoyo de sus familias y comunidades.

Los motivos que pueden llevar a desear o no un embarazo, responden a muy diversas situaciones: falta de recursos económicos, la perspectiva de un matrimonio no deseado, la amenaza del posible abandono de la escuela, o porque limita sus oportunidades de aprendizaje y empleo. Se pueden dar en distintas etapas de la vida de una mujer.

El mayor porcentaje de madres jóvenes se da en África subsahariana, donde más de la mitad de las mujeres de 20 a 24 años tuvieron un hijo antes de los 20 (y muchas antes de los 18 años). En América Latina entre el 12 y el 28% de las mujeres tienen su primer hijo entre los 15 y 17 años. Y no hay que olvidar que en la inmensa mayoría de los casos, después de un embarazo temprano las mujeres suelen tener varios hijos e hijas más.

Resulta relevante la constatación de que, a medida que ha ido aumentando el acceso a la educación, ha ido disminuyendo el embarazo en mujeres jóvenes. También, la demografía demuestra que existe una fuerte relación entre el nivel educacional de las madres y las tasas de mortalidad de menores de un año: los hijos de mujeres con más años de escolarización tienen muchas más probabilidades de sobrevivir su primer año de vida. Las madres más educadas tienen mejor atención de la salud, contraen matrimonio más tarde y tienen mayores probabilidades de utilizar anticonceptivos para espaciar los nacimientos de sus hijos e hijas.

### La anticoncepción

Las encuestas periódicas indican que en la mayoría de los países ha aumentado el uso y el acceso a los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, en más del 75% de los países de América Latina y el Caribe, más de la mitad de las personas que deseaban utilizar anticonceptivos han tenido acceso al menos a un método moderno. (Los métodos modernos son: la píldora anticonceptiva, las inyecciones, el dispositivo intrauterino, las tabletas vaginales, los espermicidas, los diafragmas y las esterilizaciones masculinas y femeninas.) Sin embargo se considera que hay en el mundo 350 millones de mujeres (casi 1/3 de todas las mujeres en edad fértil en los países en desarrollo) que siguen careciendo de métodos modernos de planificación familiar.

Son muchos los motivos por los que no se utilizan métodos anticonceptivos: la falta de información y de acceso a los servicios, la baja calidad de los mismos, la oposición y control familiar, los prejuicios sociales, o las creencias.

La tasa actual de uso de métodos anticonceptivos se está acercando, a nivel mundial, al 60%. El 87% de estas personas utilizan métodos modernos, aunque esta cifra varía por re-

giones: en África subsahariana se da la más baja prevalencia del uso de anticonceptivos con un 15%, y también la más baja utilización de métodos modernos; sin embargo en otros países en desarrollo la utilización de anticonceptivos llega a alcanzar el 67%. En el Caribe el 53% de las mujeres que viven con su pareja usa algún método, mientras que en América Latina ese promedio es del 56%.

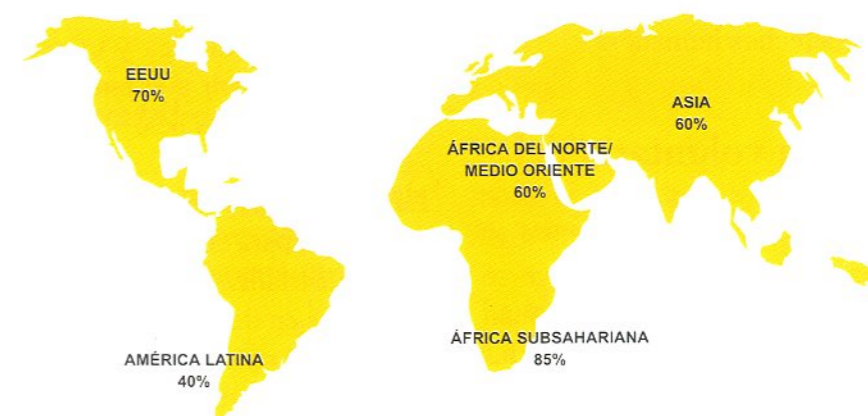
Las mujeres siguen siendo las mayores usuarias de métodos anticonceptivos. La píldora y el dispositivo intrauterino (DIU) son los métodos modernos más utilizados en los países más avanzados de Asia, África y América Latina.

La responsabilización de los hombres en la prevención de embarazos no deseados sigue siendo muy reducida. Sólo el 6% de los usuarios de métodos anticonceptivos utiliza el condón, en términos globales, aunque en los últimos años ha experimentado un ligero aumento debido fundamentalmente a su utilización para la prevención de la transmisión del VIH.

La esterilización, tanto masculina como femenina, representa el 40% de los métodos utilizados en el mundo. Del total de esterilizaciones, 30 millones corresponde a hombres, frente a 141 millones de mujeres; y en los países del Sur, son Asia y América Latina las regiones donde más se han practicado.

Así mismo, la esterilización es el método cuya utilización ha aumentado más en los últimos años. Dado el carácter irreversible de este método, es fundamental examinar las circunstancias bajo las cuales se practican las esterilizaciones. En varios países de diferentes regiones se han encontrado casos de esterilizaciones de mujeres de forma coactiva, sin su conocimiento ni consentimiento. Por ejemplo, grupos de derechos humanos y de mujeres han encontrado que en Perú, en los últimos años se han esterilizado a muchas mujeres pobres de forma coactiva. Se ha demostrado que las autoridades de salud impusieron cuotas de esterilizaciones y presionaron a los proveedores de salud a llegar a estas cuotas. Datos recientes han revelado que en los últimos tres

### Porcentaje de la demanda insatisfecha de anticonceptivos en mujeres sexualmente activas durante su vida reproductiva



Fuente: «Hechos: anticoncepción de emergencia: un componente importante de los derechos de la mujer». Centro legal para los derechos reproductivos y los políticos (CRLP), citando a Alan Guttmacher Institute.



años, 250.000 mujeres indígenas han sido esterilizadas en ese país.

Lo más significativo de esta información es que en los países más pobres hay una mayor proporción de esterilizaciones y un menor uso de métodos reversibles (al contrario de lo que sucede en países del Norte); y que el uso del preservativo es semejante y un poco más alto en África y Asia que en América Latina.

Los estudios indican que la mayoría de las personas que utilizan métodos anticonceptivos no ha recibido información suficiente ni sobre su uso, ni sobre el método que más se ajusta a sus necesidades y características personales, ni sobre posibles efectos secundarios de algunos métodos. También se ha evidenciado que el sistema de seguimiento y vigilancia es aún muy limitado.

Esto puede ser de extrema gravedad si se considera que en los países en desarrollo existe una inducción (presupuestaria y de acceso) a la esterilización por encima de los métodos reversibles y que la inmensa mayoría de usuarias de centros de salud son mujeres, gran parte jóvenes, mayoritariamente pobres y con falta de información. Todo ello representa serios obstáculos en sus posibilidades de decidir consciente y libremente y puede suponer una violación de sus derechos humanos.

## La interrupción voluntaria del embarazo

Las condiciones de ilegalidad en las que se practica gran número de los abortos dificultan el conocimiento de los datos reales, pero las estimaciones realizadas por diversos organismos internacionales señalan que en 1995 hubo 139 millones de nacimientos y 52 millones de abortos inducidos. En el caso de América Latina un 28% de las gestaciones concluyeron en aborto inducido, lo que significa que anual-

mente se practican en esta región más de 4.500.000 de abortos.

Cada año millones de mujeres ponen en riesgo su vida para interrumpir un embarazo no deseado. Anualmente se realizan 20 millones de abortos en malas condiciones (insalubridad, falta de atención). De éstos, el 95% se realizan en países en desarrollo. Los abortos inseguros suponen la muerte de 200 mujeres cada día.

### Cada año mueren aproximadamente 70.000 mujeres debido al aborto en malas condiciones.

Muchas otras sufren complicaciones como: abortos incompletos, perforación o desgarramiento del útero, sepsis, así como otras complicaciones que generan problemas de salud a largo plazo. La ausencia de atención médica, la falta de centros o de servicios que atiendan los abortos, la deficiente atención médica debida a la falta de personal, la ausencia de formación del mismo y las actitudes negligentes y de falta de respeto a la decisión de las mujeres, son las principales causas de ello.

Existe un gran número de países donde el aborto no es una práctica médica legal bajo ninguna circunstancia, otro grupo de países permite la intervención bajo determinadas circunstancias de índole médica y en otros países está permitido recurrir a él también bajo consideraciones psicosociales.

La salud de las mujeres constituye fundamento jurídico para el aborto en el 89% de los países industrializados pero solo en el 52% de los países en desarrollo. Por ejemplo, en Chile, que es el país con una de las tasas más altas de aborto (se realizan anualmente 160.000 abortos clandestinos), se prohíbe salvar la vida de las mujeres mediante un aborto terapéutico.

Como se ha demostrado reiteradamente, penalizar la interrupción voluntaria del embara-

zo no conlleva una reducción del número de abortos, sino un aumento del riesgo para las mujeres por la falta de servicios y atención, y por las condiciones de clandestinidad en las que se tiene que realizar. Las tasas más elevadas de abortos en condiciones de riesgo se dan en los países con legislaciones más restrictivas.

Estudios especializados han demostrado que el aborto legal tiene una tasa de mortalidad de menos de 1 por 100.000 intervenciones mien-

tras que el aborto clandestino puede causar la muerte de 50 a 100 mujeres por cada 100.000 intervenciones en América Latina.

La práctica legal del aborto permite a las mujeres hacer uso del derecho a decidir libremente tener hijos o no, su número y el momento. Pero, sobre todo, su legalidad se fundamenta en el derecho a la seguridad y a verse libre del riesgo de enfermar y de morir.

### Muertes causadas por abortos en malas condiciones



Fuente: OMS, Programa de Salud Materna y Maternidad sin Riesgos. Ginebra.

### Mortalidad y morbilidad materna

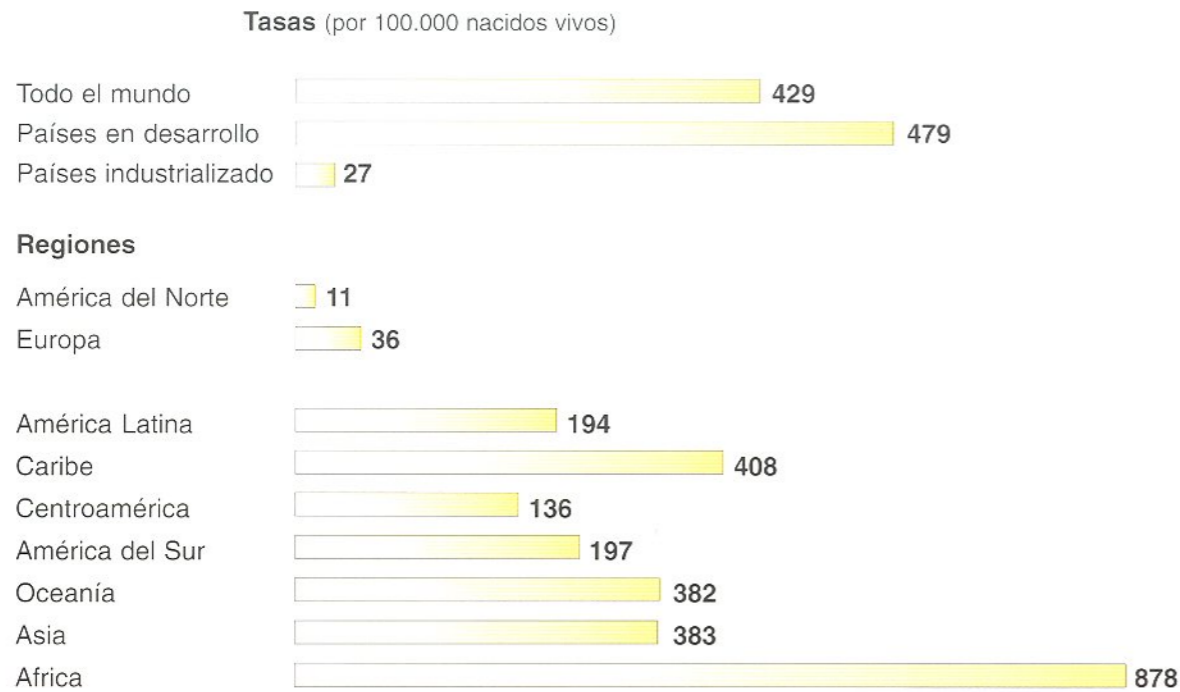
**Una mujer africana tiene 500 veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con su embarazo, que una mujer escandinava.**

En los países en desarrollo, cada año 585.000 mujeres pierden la vida como resultado del embarazo, y por cada una que muere hay 13 que tienen enfermedades por la misma causa. Las complicaciones post-parto son una de las causas más importantes de la mortalidad mater-

na, y el 35% de ésta se debe a enfermedades de transmisión sexual.

La tasa de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 479 por cada 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, esta tasa en los países industrializados es de 27 de cada 100.000. Esto significa, de manera global, que por cada mujer que muere por problemas relacionados con la maternidad en un país industrializado, mueren 17 en los países en desarrollo.

## Tasas de mortalidad de mujeres debidas a la maternidad



Fuente: Elaborado a partir de datos de la OMS. Citado en el informe FNUAP, 1997.

La mortalidad materna sigue estando entre las cinco primeras causas de muerte entre las mujeres de 15 a 40 años, y aunque ha experimentado una reducción en algunos países, en otros se encuentra estancada.

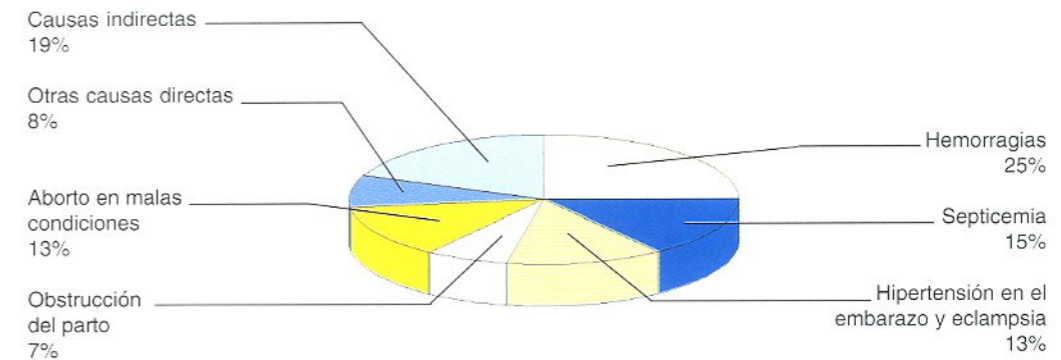
Las causas más importantes de defunciones maternas son las obstrucciones durante el parto, hemorragias e infecciones; en los países en desarrollo estos tres elementos de riesgo llegan a significar el 6% de las defunciones generales y suelen ser consecuencia de embarazos en mujeres muy jóvenes con problemas de malnutrición que han producido un deficiente desarrollo en la madre.

En las mujeres de 15 a 19 años las complicaciones relacionadas con el embarazo constituyen la principal causa de muerte debido a la sucesión de embarazos tempranos y en cortos intervalos de tiempo, y los consiguientes ries-

gos (pre-eclampsia, parto obstruido, fístula obstétrica).

Complicaciones en el embarazo y en el parto son frecuentes debido a la carencia de servicios, el deficiente nivel de calidad en la atención, la dificultad de acceso y las limitaciones en las salas de emergencias. Todo esto vinculado a las deficientes condiciones de salud de las mujeres, incrementan los riesgos. En los países en desarrollo, solamente el 52% de los nacimientos se producen con asistencia de personal capacitado. Esta cifra varía según la región, en África aproximadamente el 42% de los partos son atendidos por personal capacitado, mientras que en América Latina y el Caribe la cifra es del 80%. En muchos centros de salud u hospitales de los países en desarrollo tampoco existen servicios accesibles de atención obstétrica de urgencia, para tratar los partos con complicaciones.

## Causas de mortalidad relacionada con la maternidad



Fuente: OMS, «Safe Motherhood», 1998.

## Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/SIDA

Se estima que cada año hay en el mundo 333 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual y que las mujeres padecen estas enfermedades en cantidad cinco veces superior a los hombres.

Tras la morbilidad relacionada con la maternidad, las enfermedades de transmisión sexual ocupan el segundo lugar, por orden de importancia, de la morbilidad general de las mujeres entre 15 y 44 años.

La incidencia de ETS aumenta principalmente entre mujeres y jóvenes. Se estima que la mitad de los nuevos casos de ETS se dan en personas de 15 a 24 años.

En las mujeres, estas enfermedades que se transmiten sexualmente tienen repercusiones adicionales a las de los hombres, ya que pueden producir un aumento de los riesgos en los embarazos, por ejemplo, la septicemia, los abortos espontáneos, los partos prematuros, los fetos muertos o los embarazos ectópicos (un

embarazo que se produce fuera del útero). Estas complicaciones causan entre el 1% y el 5% de las muertes maternas y el 35% de las defunciones post-parto.

La presencia de una ETS en una mujer aumenta hasta 4 veces la posibilidad de infectarse con el VIH.

### VIH/SIDA

En 1998 el Programa Mundial de VIH/SIDA de Naciones Unidas (ONUSIDA) estimó que había 33,4 millones de personas infectadas por el VIH/SIDA en el mundo. Las nuevas estimaciones del UNFPA de 1999 indican que la epidemia es más grave de lo que se suponía entonces; sólo en 1998 se estima que 5,8 millones de personas se contagiaron con el virus que causa el SIDA. El SIDA es la primera causa de muerte en África y la cuarta del mundo, según la Organización Mundial de la Salud. En 1998, 2,2 millones de personas murieron por el SIDA en el mundo, de éstas 1,8 mi-

lones vivían en África, 298.000 en la región del Sureste asiático, 99.000 en América, 26.000 en el Pacífico Occidental, 16.000 en Europa y 16.000 en Oriente Medio. Adicionalmente, el 30% de las muertes por tuberculosis son causadas por VIH/SIDA.

Como demuestran las cifras, el impacto de la epidemia afecta de forma desproporcionada a los países en vía de desarrollo, donde vive más del 90% de personas portadoras. El mayor número de nuevos casos se están produciendo en países donde anteriormente la incidencia era baja como el sur de Asia, concretamente en la India, y los países de la antigua Unión Soviética. La fuerte incidencia de VIH/SIDA en África está comprometiendo las nuevas generaciones y produciendo cambios en su estructura demográfica. En los 29 países africanos, actualmente la esperanza media de vida al nacer es inferior en siete años a lo que ha-

bría sido en ausencia del SIDA. En Botswana, (país que tiene una de las tasas más altas de prevalencia del VIH/SIDA), una de cada cuatro personas adultas está infectada. Este país tenía una esperanza de vida en 1990 de 61 años, que ahora se ha reducido a 47 años.

La relaciones heterosexuales sin protección son la causa de más del 70% de todos los contagios de VIH entre adultos. El contagio de las enfermedades de transmisión sexual y sobre todo del SIDA se produce más fácilmente del hombre hacia la mujer que al contrario. Esta mayor vulnerabilidad tiene que ver, por un lado, con factores biológicos (el espermatozoide presenta una mayor concentración de VIH que el fluido vaginal, el semen permanece más tiempo en contacto con las paredes vaginales). Por otro lado, con las pautas culturales y condicionantes de género que dificultan la negociación de la utilización del preservativo en

**Porcentaje de personas entre 15 y 49 años que contraen una enfermedad de transmisión sexual cada año**

África subsahariana	25
África septentrional y Oriente Medio	6
Asia oriental y Pacífico	3
Asia del sur y sureste	16
Europa oriental y Asia Central	11
Europa occidental	8
América Latina y Caribe	15
Norteamérica	9
Oceanía y Australasia	9

**Nota:** Los datos incluyen tricomonas, clamidia, gonorrea y sífilis.

Fuente: OMS. Programa Global sobre VIH/SIDA 1995.



Foto cedida por: IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar).

las relaciones sexuales. Igual que con las ETS, la mitad de los nuevos contagios de VIH ocurren en jóvenes entre 15 y 24 años de edad.

Muchas mujeres y hombres, y particularmente las mujeres jóvenes desconocen los medios para protegerse de este riesgo; otras no tienen recursos y la gran mayoría no cuentan con autoridad para imponer medidas protectoras que tendrían que ser usadas por los hombres. Varios países han introducido el condón femenino, único método de barrera controlado por la mujer que puede proteger contra el VIH. Esto fue el resultado de la exigencia de gru-

pos de mujeres y del reconocimiento de la importancia de que la mujer tenga la posibilidad del control en esta cuestión.

También es importante destacar que actualmente hay 27 millones de personas que no saben que tienen reacción serológica positiva al VIH. Esto pone de manifiesto la necesidad de contar con métodos simples de diagnóstico. La discriminación y rechazo social a quienes tienen la enfermedad, supone un problema adicional para su salud integral y una restricción de derechos elementales, puesto que en ocasiones se llega incluso a perder el trabajo.

**El acceso a  
servicios de  
calidad**

**5**

# D

*E los cuatro mil cuatrocientos millones de personas que viven en los países del Sur, una quinta parte no tiene acceso a ningún servicio moderno de salud.*

La ausencia de servicios y muchas veces la mala calidad de los que existen, representa un grave obstáculo para la salud y supone un atentado a un derecho humano básico.

La situación varía de unos países a otros e incluso dentro de un mismo país, pues uno de los rasgos de la atención sanitaria es la pro-

funda desigualdad en cuanto a la posibilidad de acceso a los servicios. No existen servicios en todas las zonas, en algunos casos para poder acudir a una consulta ginecológica las mujeres tienen que andar durante horas, lo que representa un factor de disuasión. En zonas rurales las mujeres embarazadas en ocasiones tienen que ser trasladadas con enormes dificultades, en precarios medios de transporte, ante complicaciones del embarazo y el parto. Muchas mujeres mueren por falta de atención adecuada.

En los países donde los servicios de salud y emergencia son más accesibles y la cobertura sanitaria y de atención es más amplia, gran parte de estas complicaciones pueden ser atendidas y controladas, lo que permite disminuir la morbilidad de las mujeres y por supuesto el número de defunciones.

Pero la desigualdad va más allá, no sólo depende del lugar geográfico en que se viva. En ocasiones los servicios resultan inaccesibles por motivos culturales, problemas de idioma, de lenguaje, de respeto a los conocimientos y

pautas de medicina tradicional que practican pueblos enteros.

Muchas mujeres sufren discriminación al acceder a servicios de salud, especialmente sectores de la población estigmatizados como son las mujeres solteras con una vida sexual activa, trabajadoras del sexo, o mujeres lesbianas. Por ejemplo, en Perú se han dado casos de violencia física, psicológica y sexual y además hay atentados contra el derecho a la información sobre salud y contra el derecho a una decisión libre e informada acerca de la salud reproductiva, a mujeres usuarias de los servicios públicos de salud. La mayor incidencia de casos de violencia y discriminación se dan contra mujeres pertenecientes a sectores sociales con mayores riesgos y desventajas en el plano de la salud sexual y reproductiva: mujeres jóvenes, mujeres en situación de pobreza, mujeres rurales o pertenecientes a zonas urbanas marginales.

El carácter público o privado de los centros es otro problema para garantizar el acceso y la calidad de los servicios. Las actuales políticas económicas y los programas de ajuste auspiciados por los organismos financieros internacionales, suponen una drástica reducción del gasto público particularmente en prestaciones sociales como la atención sanitaria y la educación. Esto está suponiendo limitación de personal, recursos e infraestructura y de prestaciones en los centros públicos existentes, el cierre de servicios y centros y la progresiva privatización de los ya precarios sistemas de salud. Por ejemplo, en Argentina, el sector privado se ha convertido en el principal proveedor de servicios de anticoncepción y en Colombia el Estado solo cubría al 20% de la población.

El movimiento internacional de salud de las mujeres ha destacado no sólo el acceso a los servicios de salud como un derecho básico,



Foto cedida por: IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar).

## Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado

<b>África</b>	<b>42%</b>
Africa oriental	34%
África central	42%
África septentrional	64%
África meridional	79%
África occidental	35%
<b>Asia</b>	<b>54%</b>
Asia oriental	86%
Asia sudoriental	54%
Asia centromeridional	34%
Asia occidental	74%
<b>Europa</b>	<b>99%</b>
Europa oriental	99%
Europa septentrional	99%
Europa meridional	98%
Europa occidental	100%
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>80%</b>
Caribe	72%
Centroamérica	70%
América del Sur	86%
<b>América del Norte</b>	<b>90%</b>
<b>Oceanía</b>	<b>65%</b>

Fuente: Estado de la población mundial, 1999. FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas).

sino que ha abundado en la necesidad de indicadores precisos sobre lo que significa una atención de calidad. Supone, en primer lugar, poner en el centro de la discusión la preocupación por satisfacer las necesidades de las usuarias de los servicios, respetar sus necesidades y su subjetividad. La eficiencia de los servicios debe medirse según estas pautas y no en términos cuantitativos y de productividad.

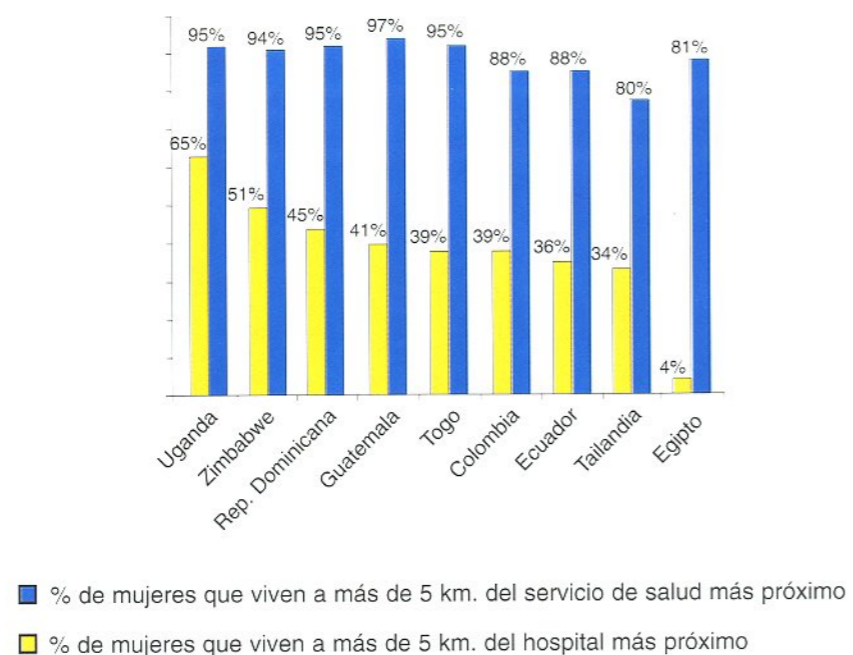
Una mejor calidad en los servicios de salud permitiría detectar los embarazos de riesgo (10% del total de embarazos en los países en desarrollo) a través de un adecuado control y seguimiento prenatal. En la mayoría de países de América Latina y el Caribe, y sobre todo

en las áreas rurales, la atención materno-infantil en las instituciones de salud no alcanza al 55% de los partos; en algunos países del África Subsahariana esta cifra llega a estar por debajo del 10% de los partos.

Significa también que la información sobre métodos anticonceptivos ofrezca las distintas posibilidades, no sea coactiva, e informe de ventajas y desventajas de cada método.

Así mismo la conducta y actitud de las y los trabajadores de la salud afecta a la calidad de la atención ofrecida. A menudo depende del grado de formación de los y las profesionales de los recursos disponibles.

**Distancia media a los servicios de salud en áreas rurales en algunos países en desarrollo (1990-1996)**



Fuente: «Día Mundial de la Salud», OMS, 7 Abril 1998.

# La violencia contra las mujeres

La violencia doméstica

La violencia sexual

El comercio sexual de niñas y mujeres

La mutilación genital femenina (MGF)

6

**L** *A violencia que en todo el mundo se ejerce contra las mujeres atenta contra los derechos humanos y tiene consecuencias importantes para su salud.*

Ante estas situaciones de privación de derechos, los recursos legales son difíciles para las mujeres y existen obstáculos culturales, sociales y políticos que dificultan las denuncias de las mujeres, y en los casos que se realizan, su tramitación y resolución.

Por todo ello se carece de procedimientos fiables para la recopilación de información. No obstante se han desarrollado indicadores y se tienen estadísticas que reflejan la gravedad y la frecuencia del problema.

### La violencia doméstica

A nivel mundial se estima que, al menos:

- Una de cada cuatro mujeres sufre violencia doméstica.
- Una de cada cuatro mujeres sufre una violación o intento de violación.
- Una de cada cuatro niñas es objeto de algún tipo de intromisión en su intimidad durante la niñez.
- Una de cada cuatro mujeres es acosada sexualmente en el trabajo o en espacios públicos.
- En la mayoría de las culturas se dan formas de violencia de género, pero algunas tienen más arraigo cultural.
- La violencia de género no tiene barreras de clase, casta, educación, sexualidad, cultura, raza, ni edad.
- La gran mayoría de los actos violentos, particularmente de agresiones sexuales, son perpetrados por hombres.
- Existe mayor riesgo de que las mujeres y niñas sufran abusos por parte de hombres a los que conocen y, en estos casos, es más probable que el abuso sea repetido.
- La violencia de género se comete dentro de una amplia gama de relaciones, entre las que figuran la familia, las relaciones sexuales, de parentesco y amistad; los vínculos profesionales y con autoridades (compañeros de trabajo, clientes, jefes, médicos, terapeutas, cuidadores, líderes religiosos, educadores, la policía, las fuerzas armadas, funcionarios); y extraños.
- Las mujeres y niñas son más vulnerables a ciertos tipos de violencia en las distintas etapas de su vida.

Fuente: «La violencia contra las mujeres. Documento informativo sobre cuestiones y respuestas internacionales». British Council, 1999.

### La violencia doméstica

El espacio doméstico representa para las mujeres el lugar de mayor riesgo. Es en el hogar donde las mujeres son víctimas de la mayor violencia por parte de sus compañeros o esposos, lo cual tiene graves consecuencias directas para su salud física, mental y emocional.

#### Porcentaje de mujeres que han sufrido violencia doméstica alguna vez

País	Porcentaje
Antigua	30%
Chile	60%
Costa Rica	54%
India	22%
Japón	59%
Kenia	42%
Países Bajos	21%
Noruega	25%
Papúa - Nueva Guinea	61%
Tanzania	60%
EE UU	39%
Zambia	40%

Fuente: «La violencia contra las mujeres. Documento informativo sobre cuestiones y respuestas internacionales». British Council, 1999.

Estudios realizados en Chile, México, Papua Nueva Guinea y República de Corea, indican que dos terceras partes o más de las mujeres casadas han sufrido actos de violencia en el hogar. Otros estudios comparativos entre países han podido mostrar la recurrencia de la violencia doméstica como causa de suicidios femeninos. Por ejemplo, en Fiji un estudio sobre familias indias mostró que el 41% de la

causa de los suicidios había sido la violencia conyugal.

La violencia doméstica también llega a producir la muerte de las mujeres. En Bangladesh el 50% de los asesinatos son actos de violencia de hombres hacia mujeres, y En Papua Nueva Guinea casi las tres cuartas partes de las mujeres asesinadas habían perdido la vida a manos de sus compañeros.

### La violencia sexual

Se produce violencia sexual cuando se realizan prácticas sexuales forzadas, bajo coacción o violencia, es decir sin el libre consentimiento de las mujeres, con independencia del tipo de relación que pudiera existir. Este tipo de violencia incluye las violaciones y los abusos sexuales (tanto en el ámbito privado como público), el acoso sexual en el trabajo, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada.

En relación con esto, cabe destacar que en la Conferencia de Beijing, por primera vez en una conferencia internacional se consideró "la violación por el marido" una forma de violencia. Sin embargo muchas legislaciones vigentes no contemplan la violación dentro del matrimonio.

La violencia contra las mujeres, y especialmente la violencia sexual, transgrede el derecho de las mujeres a ejercer control sobre su sexualidad y su reproducción y tiene consecuencias para su salud. Además, dada su incidencia, constituye un problema de salud pública.

Entre las consecuencias más importantes para la salud de las mujeres están: embarazos no deseados, pérdida de la autoestima, dificultades para establecer relaciones afectivas y sexuales, abortos espontáneos, enfermedades de transmisión sexual, incluido VIH/SIDA. Además estas situaciones suelen disuadir a las mujeres de utilizar los servicios de salud.

A pesar de la tipificación de estos delitos en el Derecho Privado y de Familia, muchos jueces valoran desproporcionado el encarcelamiento de un violador al subvalorar el daño real y permanente causado a la mujer. Pese a esto, el número de denuncias por violencia sexual está aumentando en todo el mundo.

En un estudio en Perú se comprobó que el 90% de las niñas-madres de entre 12 y 16 años habían sido víctimas de violación por parte de un miembro de su familia. En un hospital de Costa Rica también se comprobó que las embarazadas adolescentes de entre 15 y 19 años de edad eran en su mayoría víctimas de incesto.

Las mujeres que se encuentran detenidas, presas, trabajadoras carentes de documentación o de seguridad en el empleo, en el ejército, refugiadas, en situación de guerra, están en particular situación de riesgo a ser violadas. Ofrecer documentación, permisos de residencia o de trabajo o mejores condiciones laborales a cambio de trato sexual son formas de coacción y violencia que se ejerce sobre las mujeres al forzar una relación sexual sin consentimiento.

En tiempos de guerra, en los desplazamientos de población, la violación sistemática de mujeres se ha convertido en un arma de tortura o de dominación étnica.

### El comercio sexual de niñas y mujeres

La explotación sexual y la trata de niñas se ha convertido en un grave problema mundial. Cada año dos millones de niñas de entre 5 y 15 años son incorporadas al comercio sexual. Este tipo de actividad delictiva y mafiosa va en aumento en Asia, sobre todo en los países más pobres debido a las altas tasas de desempleo y la pobreza rural y a los compromisos y deudas familiares que obliga a los padres a vender a las niñas. Se estima que 300.000 mujeres de Nepal han sido vendidas para ejercer la prostitución en la India. Esta misma pobreza es la que mueve el comercio sexual en América Latina y África.

Paralelamente, está aumentando el número de mujeres que salen de sus países con promesas

de contratos laborales en los países del Norte, y suelen estar indocumentadas y coaccionadas, por lo que quedan sujetas a las condiciones de trabajo, remuneración y legalidad determinadas por los mafiosos. En muchos casos estas mujeres están sujetas a extorsión, problemas legales, crecientes riesgos de salud (por enfermedades de transmisión sexual, embarazos clandestinos y abortos insalubres), inse-

guridad ciudadana, desarraigo y marginalidad social.

Por otro lado carecen del reconocimiento de los derechos más elementales, como es el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria, al respeto a su dignidad personal, y son objeto de rechazo y discriminación social así como objeto de violencia física y sexual.

#### Prostitución y tráfico sexual de mujeres y niñas

Bangladesh	Un número aproximado de 200.000 mujeres y niñas han sido víctimas del tráfico sexual hacia Pakistán en los últimos diez años.
Birmania	Aproximadamente entre 20.000 y 30.000 mujeres y niñas birmanas han sido víctimas del tráfico sexual hacia Tailandia; 10.000 anualmente.
China	Resurgimiento de la prostitución, tráfico sexual de mujeres y venta de esposas.
Nepal	En torno a 5.000 mujeres y niñas son víctimas del tráfico sexual hacia la India anualmente.
Filipinas	Un número aproximado de 300.000 mujeres y 75.000 niñas ejercen la prostitución.
India	Alrededor de 2,3 millones de mujeres ejercen la prostitución, una cuarta parte son menores; existen más de 1.000 zonas de tolerancia sexual.
Tailandia	Los cálculos aproximados sobre el número de mujeres y niñas que ejercen la prostitución van desde 300.000 a 2,8 millones; una tercera parte de ellas son menores.
Japón	El mercado más grande de la industria sexual en Asia emplea a más de 150.000 mujeres no japonesas; una pequeña «zona de sexo» en Tokio tiene 3.500 establecimientos.

Fuente: «La violencia contra las mujeres. Documento informativo sobre cuestiones y respuestas internacionales». British Council, 1999.



Foto cedida por: IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar).



**La OMS clasifica la MGF en tres grados de acuerdo a las características y al tipo de intervención:**

- ✓ Ablación o remoción de los tejidos circundantes (prepucio o capuchón del clítoris), y a veces en toda parte del clítoris.
- ✓ Remoción o ablación del clítoris, de los labios menores, en todo o en parte.
- ✓ Infibulación o ablación del clítoris, de los labios menores, en todo o en parte, e incisión de los labios mayores.

## La mutilación genital femenina (MGF)

Es una práctica tradicional que se realiza en algunos países con fuerte influencia religiosa musulmana, y que supone un mecanismo coercitivo de control sobre la sexualidad de la mujer desde su edad más temprana.

**La OMS estima que 130 millones de mujeres y niñas (la mayoría de ellas en 28 países de África) han sido objeto de mutilación y que hay 2 millones en situación de riesgo.**

A consecuencia de la MGF cada año, miles pierden la vida debido a infecciones y hemorragias o en el parto. Cada país, cultura o grupo realiza la intervención a diferentes edades, pero lo más frecuente es que se practique en niñas de entre cuatro a diez años, aunque también puede realizarse en la adolescencia, al momento del matrimonio o durante el primer embarazo.

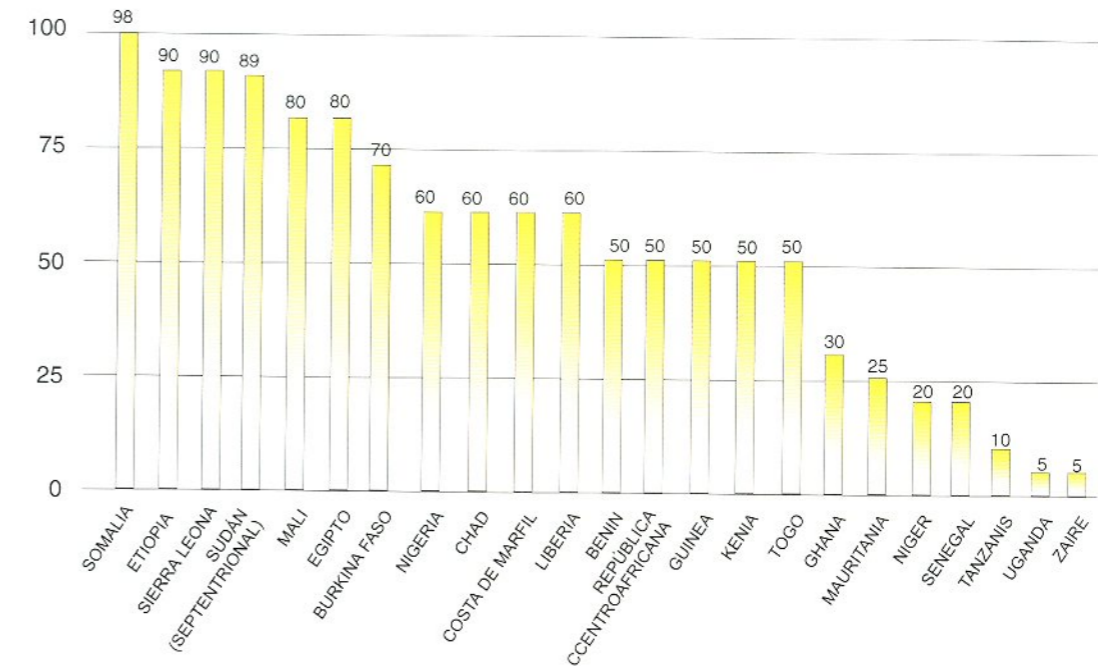
Los efectos de estas prácticas son traumáticos para las mujeres tanto física como emocionalmente. Entre los efectos a corto plazo figuran, entre otros, el dolor, las lesiones a tejidos adyacentes, el fuerte sangrado (con riesgo de muerte por hemorragia) y la conmoción.

Entre las complicaciones a largo plazo están las dificultades para orinar, las infecciones del sistema urinario y pélvicas, que pueden llegar a producir infertilidad, dificultades durante la menstruación, dolor durante las relaciones sexuales, fístulas, disfunción sexual y problemas en el embarazo y el parto.

Una investigación en Sudán mostró que el 90% de las mujeres habían sido objeto de la intervención y casi tres cuartas partes habían sido sometidas a infibulación; además el 90% de estas mujeres o bien habían ya sometido a sus hijas a la mutilación genital o preveían que todas ellas iban a ser objeto de esa intervención. Solo una de cada cinco se manifestó a favor de procedimientos menos severos. Sin embargo cuando se trata de mujeres con mayor nivel de educación, hay más probabilidades de que se opongan a que sus hijas sean sometidas a la mutilación genital.

Muchas mujeres y grupos de estos países promueven campañas dirigidas a líderes comunales, personal médico y parteras tradicionales, divulgando las consecuencias de la mutilación genital para la salud y la integridad de las mujeres. Estas campañas difunden el respeto y la sensibilidad hacia factores culturales y demuestran que la eliminación de prácticas nocivas no tienen por qué afectar los valores culturales que son beneficiosos.

## Porcentaje de mujeres sometidas a mutilación genital



Fuente: Elaborado en base a datos de Estado de la Población Mundial 1997 (Fondo de Población de las Naciones Unidas).

# C ONCLUSIÓN

Las mujeres han entrado en escena reclamando sus derechos individuales, culturales, económicos, políticos y sociales. El proceso está abierto, se han logrado algunos cambios, pero aún queda un inmenso camino por recorrer.



Foto: «María». Santa Cruz de la Sierra (Bolivia) 1999.  
Autor: Alberto Stolzenburg.

Cualquier estrategia que se proponga abordar las condiciones de salud de las mujeres en los países en desarrollo, debe partir de la aplicación de los derechos humanos que incluyen los derechos sexuales y reproductivos. Esto significa fortalecer la capacidad de decisión de las mujeres y promover la igualdad de género, e implica la erradicación de toda forma de violencia, coacción, exclusión y discriminación de las mujeres. Las condiciones de salud de las mujeres pasan por respetar su derecho a decidir libremente y por tener acceso a la educación, el trabajo y el control de sus ingresos. Requiere también fortalecer y reconocer en los hombres las actitudes vinculadas al cuidado de otras personas, la responsabilidad familiar y la expresión de los afectos.

En los países del Sur y entre las poblaciones de menores recursos, los derechos en general y los sexuales y reproductivos en particular están estrechamente vinculados. Sin embargo las condiciones de extrema pobreza restringen el uso de los derechos y en la mayoría de los casos las poblaciones no los perciben como tales.

La inoperancia de los derechos de las mujeres son generadores de altos niveles de desigualdad y violencia. Esto convierte la salud de las mujeres en un problema político que debe ser atendido no solo desde áreas de salud sino también desde los ámbitos de la justicia y el desarrollo.

# FUENTES CONSULTADAS Y BIBLIOGRAFÍA

## Libros

- *Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana.* The Alan Guttmacher Institute. Nueva York 1994.
- *Cooperación en salud con perspectiva de género.* Luisa Antolín y Lucía Mazarrasa. Departamento de Salud Internacional. Escuela Nacional de Sanidad (Ministerio de Sanidad y Consumo) España 1997.
- *Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile. Un análisis desde los derechos humanos.* Centro Legal para los Derechos Reproductivos y las Políticas Públicas (CRLP) y Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Nueva York 1998.
- *Mujeres del mundo. Leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe.* Centro Legal para los Derechos Reproductivos y las Políticas Públicas (CRLP) y DEMUS, Estudio Para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Nueva York 1997.
- *Mujeres en cifras* (Colección). Instituto de la Mujer 1995.
- *Reproductive Health in Refugee Situations: an inter-agency field manual.* OMS, UNFPA y UNHCR 1999.

- *Salud Sexual y Reproductiva. Un nuevo enfoque comunitario.* (IPPF) Federación Internacional de Planificación Familiar 1997.
- *Silencio y Complicidad. Violencia Contra las Mujeres en los Servicios de Salud en Perú.* Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) y Centro Legal para los Derechos Reproductivos y las Políticas Públicas (CRLP). Nueva York 1998.
- *Silencios Públicos Muertes Privadas. La regulación jurídica del aborto en América Latina y el Caribe.* Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) 1998.
- *Women of the World. Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives. Anglophone Africa.* Center for Reproductive Law and Policy (CRLP) and International Federation of Women Lawyers (Kenya Chapter) F.I.D.A. - Kenya. New York 1997.
- *Carta de la IPPF sobre derechos sexuales y reproductivos.* IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar) 1996.
- *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.* Convención de Belem do Pará, OEA (Organización de Estados Americanos) 1994.
- *Cooperación en salud con perspectiva de género.* ENS (Escuela Nacional de Sanidad) 1997.
- *Creando espacios comunes en América Latina. Perspectiva de las mujeres en materia de salud reproductiva.* OMS (Organización Mundial de la Salud).
- *Declaración sobre los Derechos de Investigación, Desarrollo y Uso de Anticonceptivos.* Comité Canadiense de Mujeres para Población y Desarrollo. Ottawa, Ontario, Canadá.
- *Declaración y Plataforma para la Acción de la IV Conferencia Mundial sobre las mujeres.* Beijing. Versión Castellana. Instituto de la Mujer, Ministro de Asuntos Sociales 1995.
- *El derecho a elegir: derechos reproductivos y salud reproductiva.* UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas).
- *El derecho humano a la planificación familiar y a la salud sexual y reproductiva.* IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar).
- *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1998.* ONUSIDA.
- *Estado de la población mundial.* UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas). 1997, 1998 y 1999.

## Documentos

- *Alimentos para el futuro: la mujer, la población y la seguridad alimentaria.* UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas).
- *Avances y obstáculos de las mujeres en el mundo.* Llum Quiñonero y Justa Montero. Madrid 1996.
- *La ayuda oficial al desarrollo de España en materia de población y salud reproductiva 1995-1998. Un informe de El Cairo + 5.* CIDOB 1999.
- *Boletín: Avances Internacionales nº I y II.* FPFE (Federación de Planificación Familiar de España) 1997 y 1998.

- *A focus on population and human rights.* UNFPA (United Nations Population Fund) 1998.
- *Hopes and Realities: Closing the Gap between Women's Aspirations and their Reproductive Experiences.* The Alan Guttmacher Institute. New York 1995.
- *Informe anual sobre el Estado de la Infancia.* UNICEF (Programa de Naciones Unidas para la infancia) 1998.
- *Informe de Cuenca. Reunión de Evaluación de América Latina y el Caribe.* Campaña contra la Morbimortalidad Materna. Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos (WGNRR) Cuenca, Ecuador 1996.
- *Informe sobre el desarrollo humano.* PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo). Ediciones Mundi-Prensa, Madrid 1995, 1998 y 1999.
- *Informe Bianual OMS (Organización Mundial de la Salud) 1996-1997.*
- *Into a New World. Young Women's Sexual and Reproductive Lives.* The Alan Guttmacher Institute. New York 1995.
- *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir).* FEIM (Fundación para estudio e investigación de la Mujer). Buenos Aires 1998.
- *Mujeres y VIH/SIDA: Un enfoque desde el género.* Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago de Chile 1998.
- *Población y desarrollo sostenible. Cinco años después de Río.* UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas).
- *Pobreza y salud reproductiva.* IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar) 1998.
- *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD).* Naciones Unidas, El Cairo 1994.
- *Que deben saber padres y docentes sobre sexualidad y SIDA.* FEIM (Fundación para estudio e investigación de la mujer). Buenos Aires 1997.
- *Reproductive health research: the new directions.* OMS (Organización Mundial de la Salud) 1998.
- *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade.* Safe motherhood initiative. October 1997.
- *Safe Motherhood matters.* Marie Stopes International 1998.
- *Salud sexual: los desafíos. Pobreza y salud reproductiva.* IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar).
- *Un acto común por construir. Calidad de atención en los servicios de salud reproductiva.* Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe. Perú 1998.
- *La Violencia Contra las Mujeres. Un documento informativo sobre cuestiones y respuestas internacionales.* The British Council 1999.
- *Visión año 2000. Después de El Cairo y Beijing: impulso para avanzar.* IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar) 1996.
- *Visión año 2000: Plan estratégico.* (Federación Internacional de Planificación Familiar) 1992.

## Revistas

- *Choices*. Sexual health and family planning in Europe.
- *Diálogos*. Artículos sobre salud sexual y reproductiva y cooperación al desarrollo. FPFE (Federación de Planificación Familiar de España).
- *IPPF y Cairo+5*. Boletines periódicos. IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar).
- *Mujer Salud*. Red de salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe.
- *Todos los derechos (humanos) para todas y todos*. Emakume Internazionalistak.

## Páginas Web de interes

- Alan Guttmacher Institute  
[www.agi-usa.org](http://www.agi-usa.org)
- Amnesty International On-Line  
[www.amnesty.org](http://www.amnesty.org)
- Association of Reproductive Health Professionals  
[www.arhp.org/index.html](http://www.arhp.org/index.html)
- AVSC International  
[www.avsc.org/index.html](http://www.avsc.org/index.html)
- Boston Women's Health Book Collective  
[www.ourbodiesourselves.org](http://www.ourbodiesourselves.org)
- Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad de Madrid  
[www.arrakis.es/-cjas](http://www.arrakis.es/-cjas)
- IV Conferencia Mundial Sobre las Mujeres (Beijing)  
[www.undp.org/fwcw](http://www.undp.org/fwcw)
- Congreso Mundial contra el Tráfico para la Explotación Sexual  
[www.childhub.ch/webpub/csechome](http://www.childhub.ch/webpub/csechome)
- The Center for Reproductive Law and Policy  
[www.crlp.org/index.html](http://www.crlp.org/index.html)  
[www.crlp.org/searchworld.html](http://www.crlp.org/searchworld.html)
- European NGOs for Sexual and Reproductive Health and Rights, Population and Development  
[www.eurongos.org](http://www.eurongos.org)
- Family Care International  
[www.familycareint.org/homej.htm](http://www.familycareint.org/homej.htm)
- Federación de Planificación Familiar de España  
[www.eurongos.org/FPF.htm](http://www.eurongos.org/FPF.htm)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)
- Foro de ONGs Cairo + 5  
[www.ngoforum.org](http://www.ngoforum.org)
- Global Health Council  
[www.globalhealthcouncil.org](http://www.globalhealthcouncil.org)
- Global Reproductive Health Forum  
[www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet](http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet)
- Health, Empowerment, Rights and Accountability (HERA)  
[www.iwhc.org/hera/index.htm](http://www.iwhc.org/hera/index.htm)
- International Center for Research on Women (ICRW)  
[www.igc.org/igc](http://www.igc.org/igc)
- International Women's Health Coalition (IWHC)  
[www.iwhc.org](http://www.iwhc.org)

- IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar)  
[www.ippf.org](http://www.ippf.org)
- Organización Mundial de la Salud (OMS)  
[www.who.int](http://www.who.int)
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)  
[www.undp.org](http://www.undp.org)
- Reproductive Health Online - Reproline  
[www.reproline.jhu.edu](http://www.reproline.jhu.edu)
- Reproductive Health Outlook  
[www.rho.org](http://www.rho.org)
- RSMLAC (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe)  
[www.reddesalud.web.cl](http://www.reddesalud.web.cl)
- The Henry J. Kaiser Family Foundation (VIH/SIDA)  
[www.kff.org/homepage](http://www.kff.org/homepage)
- University of Toronto Bora Laskin Law Library, University of Toronto Faculty of Law  
[www.law-lib.utoronto.ca/diana/index.htm](http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/index.htm)
- Women's Environment and Development Organization (WEDO)  
[www.wedo.org](http://www.wedo.org)
- Women Watch  
[www.un.org/womenwatch](http://www.un.org/womenwatch)

## ASOCIACIONES FEDERADAS

### ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PLANIFICACIÓN DE FAMILIAR

Alberto Lista, 16  
41003 Sevilla

### ASOCIACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE CASTILLA Y LEÓN

Miguel Iscar, 5 – 3º Izq.  
47001 Valladolid  
Tel.: 983 34 33 89

### ASOCIACIÓN EXTREMEÑA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y SEXUALIDAD

Juan de la Cierva, 12  
06800 Mérida  
Tel.: 924 37 16 05

### ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Hernán Cortés, 99 bajo  
46460 Silla – Valencia  
Tel.: 963 74 33 52  
Fax: 963 73 23 69

### ASOCIACIÓ DE PLANIFICACIÓ FAMILIAR DE CATALUNYA i BALEARS

Pere Vergés, 1 (Hotel d'Entitats), planta 10, dcho. 1  
08020 Barcelona  
Tel. y Fax: 93 305 53 22

### ASOCIACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE MADRID

Almagro, 28 – bjo. 2º  
28010 Madrid  
Tel.: 91 531 03 00 – 91 319 92 76  
Fax: 91 531 14 66

### ASOCIACIÓN GALEGA DE PLANEAMIENTO E ORIENTACIÓN FAMILIAR

Hórreo, 39 bajo  
15702 Santiago de Compostela  
Tel.: 981 58 04 66