



Consejo Económico y Social

Distr. general
31 de diciembre de 1999
Español
Original: inglés

Comisión de Población y Desarrollo

33 período de sesiones

27 a 31 de marzo de 2000

Tema 3 del programa provisional*

**Medidas complementarias de las recomendaciones
de la Conferencia Internacional sobre la Población
y el Desarrollo**

Supervisión de los programas en materia de población: género, población y desarrollo

Informe del Secretario General

Resumen

El presente informe se ha preparado con arreglo al mandato de la Comisión de Población y Desarrollo y a su programa de trabajo plurianual orientado temáticamente y con indicación de prioridades, que hizo suyo el Consejo Económico y Social en su resolución 1995/55. Uno de los temas que se tratarán en 1999 es el de género, población y desarrollo.

El informe tiene por objeto presentar las distintas actividades que se han iniciado para aplicar los resultados de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en materia de género, población y desarrollo. En él se reseñan las estrategias y los métodos adoptados por los países para aplicar las recomendaciones en materia de género, población y desarrollo del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y figura también un examen de los problemas y dificultades que han encontrado los países en la ejecución de los programas y las cuestiones relacionadas con la movilización de recursos en el ámbito del género, la población y el desarrollo.

* E/CN.9/2000/1.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
Introducción.	1–6	4
I. Metodología.	7–8	5
II. Género, población y desarrollo en las conferencias de las Naciones Unidas	9–11	5
III. Promoción de la igualdad entre los géneros y potenciación del papel de la mujer.	12–67	6
A. Protección de los derechos y promoción de la potenciación del papel de la mujer	13–20	6
B. Promoción de la participación de la mujer en la adopción de decisiones . . .	21–22	8
C. La mundialización y sus consecuencias para la salud de la mujer.	23–26	9
D. Mejora del acceso a los servicios de salud reproductiva y su disponibilidad.	27–33	10
E. Reducción de la mortalidad materna.	34–37	12
F. La pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).	38–43	13
G. Satisfacción de las necesidades de los adolescentes	44–46	14
H. Eliminación de la violencia contra la mujer.	47–49	16
I. Adopción de medidas contra las prácticas perjudiciales	50–54	17
J. Promoción de la educación de las niñas	55–58	18
K. Aumento de la participación del hombre en la familia y en la salud reproductiva.	59–62	18
L. Responder a las situaciones de emergencia	63–67	20
IV. Cuestiones de género en los programas de población y desarrollo: desafíos y dificultades	68–85	20
A. Trata de mujeres y niñas	68–69	20
B. Selección del sexo	70–71	21
C. Feminización de la pobreza.	72–75	21
D. Obstáculos en la ejecución	76–85	22
1. Persistencia de prácticas y actitudes culturales negativas	78–79	23
2. Falta de sólidos mecanismos institucionales	80	23
3. Escasas capacidades técnicas	81–83	23
4. Movilización y asignación de recursos insuficientes.	84–85	24
V. Conclusiones.	86–88	24
A. Fortalecer la incorporación de una perspectiva de género en las políticas, los programas y las actividades.	86–87	24
B. Medidas recomendadas sobre género, población y desarrollo.	88	25

Cuadros

1.	Medidas adoptadas por los países para incluir nuevos componentes de salud reproductiva	11
2.	Medidas adoptadas por los países para mejorar el acceso universal a la salud reproductiva	12
3.	Medidas adoptadas por los países para satisfacer las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva.	15
4.	Medidas adoptadas por algunos países para promover la participación del varón	19

Introducción

1. El presente informe sobre la supervisión de los programas en materia de población se ha preparado con arreglo al nuevo mandato de la Comisión de Población y Desarrollo y a su programa de trabajo plurianual orientado temáticamente y con indicación de prioridades, que hizo suyo el Consejo Económico y Social en su resolución 1995/55. Uno de los temas que se tratarán en 1999 es el de género, población y desarrollo.

2. En el informe se examinan los progresos realizados respecto de los programas de población y las actividades de desarrollo conexas que se llevan a cabo en el plano nacional. El informe se centra en las experiencias de los programas y estrategias en materia de género, población y desarrollo iniciados para aplicar los resultados de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Se ocupa ante todo de las actividades prácticas destinadas a promover la igualdad y equidad de género y la potenciación del papel de la mujer en los programas de población y desarrollo.

3. En el curso del decenio pasado se han dado en todo el mundo profundos cambios sociales, políticos y económicos. Los nuevos objetivos y metas que se han fijado en materia de género, población y desarrollo están vinculados con la potenciación, la igualdad y equidad, los derechos humanos, la responsabilidad y participación del varón, la pobreza, la salud, la educación, el empleo, la violencia, la migración, el medio ambiente y los medios de comunicación.

4. Estos objetivos han llevado a modificar las estrategias empleadas para alcanzar las metas de igualdad y equidad. Se han traducido en un proceso político que alienta la participación de la sociedad civil y refleja la manifestación de nuevas colaboraciones. Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y, en muchos casos, el sector privado, se preocupan cada vez más por la promoción de la igualdad y equidad entre los géneros y la potenciación del papel de la mujer.

5. Esta particular atención a la cuestión de género, población y desarrollo ha cobrado importancia desde que se comprendió que los hombres y las mujeres experimentan de manera distinta todos los aspectos del desarrollo. Tener en cuenta esta realidad aumenta la eficacia de la planificación, la formulación de políticas y la ejecución de programas en todos los planos. La finalidad de un planteamiento en que las cuestiones de población y desarrollo se aborden teniendo en cuenta las cuestiones de género es asegurar que hombres y mujeres aprovechen en la misma medida la labor de desarrollo, tengan el mismo acceso a las oportunidades y los recursos, y puedan controlarlos en pie de igualdad. Esto a su vez fomenta la responsabilidad y la participación en los procesos que afectan la vida humana.

6. La perspectiva de género en la labor de desarrollo reconoce y responde a los distintos papeles, intereses, necesidades y relaciones de los hombres y las mujeres, que tienen su origen en sus diferentes responsabilidades en la sociedad. Estos papeles e intereses se cruzan con los que se basan en la clase, el origen étnico o la edad, para invalidar una hipotética homogeneidad, que se deriva por lo general del hecho de que se considera a hombres y mujeres como un grupo. La idea de centrarse en el género, en vez de en hombres o mujeres, se apoya también en las numerosas pruebas que demuestran cómo los beneficios del desarrollo han ido recayendo de manera completamente distinta en hombres y mujeres, y cómo las mujeres sólo han tenido acceso a una pequeña parte de ellos. Por consiguiente, la perspectiva de género aspira a corregir estos desequilibrios.

I. Metodología

7. Para preparar el presente informe, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP) estudió los exámenes de las distintas conferencias de las Naciones Unidas realizados por las organizaciones de las Naciones Unidas y otras pruebas documentarias, así como la información obtenida con la *Field Inquiry on Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action (POA)* de 1998 (Encuesta sobre el terreno: progresos en la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo). Se recibieron respuestas de 114 países en desarrollo y países de economía en transición¹.

8. El informe se centra en las actividades realizadas para integrar efectivamente una perspectiva de género en los programas de población y desarrollo mediante estrategias e iniciativas destinadas a asegurar el acceso a la atención y los servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, la promoción de la potenciación del papel de la mujer y la protección de los derechos reproductivos, la reducción de la mortalidad materna, la protección de los derechos de la niña, el aumento de la participación de las mujeres en la adopción de decisiones, y la participación de los hombres en la protección de su propia salud sexual y reproductiva, así como la de sus parejas. Además, en el informe se examinan los problemas y las dificultades que se plantean hoy día.

II. Género, población y desarrollo en las conferencias de las Naciones Unidas

9. En los dos últimos decenios, varias conferencias internacionales de las Naciones Unidas han contribuido a que las actividades para el desarrollo dejen de centrarse en el hombre o la mujer para preocuparse más por las relaciones entre los géneros, que pueden dificultar o facilitar esas actividades. En la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer, celebrada en 1985 en Nairobi², se analizaron las actividades de desarrollo desde el punto de vista de los derechos humanos y, específicamente, de los derechos de la mujer. En esa conferencia se demostró que los problemas que impiden la promoción de la mujer tienen sus raíces en la sociedad y la economía, y que las medidas para superarlos deben basarse en los conceptos de igualdad, integración, participación y cooperación. Las recomendaciones de Nairobi tuvieron mucha influencia en las conferencias mundiales celebradas con posterioridad, incluida la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo³, celebrada en 1992 en Río de Janeiro, y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos⁴, celebrada en 1993 en Viena.

10. La Conferencia de Viena contribuyó a promover la integración de un planteamiento de derechos humanos en la población y el desarrollo, al propugnar el firme respeto de los derechos de la mujer, la maternidad sin riesgos, el derecho a la salud, y la posibilidad de obtener servicios de planificación familiar económicos y de calidad así como el oportuno acceso a la información. Estos elementos se convirtieron en los vínculos clave entre las conferencias de Viena y El Cairo. La adopción del Programa de Acción de la Conferencia Internacional⁵ celebrada en El Cairo en 1994, estableció el vínculo esencial que existe entre las cuestiones de género, por una

parte, y la población y el desarrollo sostenible por otra. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se hizo hincapié, además, en que la potenciación de la mujer es un objetivo fundamental en sí mismo; este concepto fue reafirmado enérgicamente en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer⁶, celebrada en 1995 en Beijing.

11. Los resultados de estas conferencias y el consenso que lograron, introdujeron un nuevo criterio para la formulación y aplicación de políticas y programas en materia de población y desarrollo. Las cuestiones de población se consideran hoy día en el marco más amplio de la salud reproductiva, los derechos humanos y el desarrollo sostenible, para el que el logro de la igualdad y equidad entre los géneros y la potenciación de la mujer son esenciales. Estos objetivos, de índole mundial y universal, requieren un cambio de actitud y la adhesión a las normas aceptadas a nivel mundial en el ámbito de la igualdad de géneros, incluso la protección y la promoción de los derechos humanos de niñas y mujeres.

III. Promoción de la igualdad entre los géneros y potenciación del papel de la mujer

12. De varios exámenes se desprende que se han realizado grandes progresos, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, en la promoción de la igualdad entre los géneros, con arreglo a los objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. La encuesta sobre el terreno realizada con miras al examen al cabo de cinco años del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, ha mostrado que, en la mayor parte de los países, las cuestiones de género se han integrado a las estrategias de población y desarrollo estableciendo y fortaleciendo los mecanismos institucionales nacionales que se encargan de las cuestiones de población y de género. De los 114 países que respondieron a la encuesta, 79 habían revisado sus políticas en materia de población y habían adoptado claras medidas normativas que tienen en cuenta las cuestiones de género en la estrategia de desarrollo global.

A. Protección de los derechos y promoción de la potenciación del papel de la mujer

13. La noción de que hace falta promover y proteger el derecho de la mujer a la salud reproductiva y sexual se ha extendido cada vez más. Los órganos creados en virtud de tratados sobre derechos humanos han redoblado sus esfuerzos en pro de la aplicación de las normas de derechos humanos para asegurar la salud de la mujer, incluida la salud reproductiva y sexual. En enero y febrero de 1999 el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 24º período de sesiones adoptó la recomendación general 24, sobre el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer⁷, que amplía considerablemente lo dispuesto en el artículo 12 de la Convención, sobre la mujer y la salud⁸. Por esa época, la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, en su 53º período de sesiones, recomendó al Consejo Económico y Social que aprobara un proyecto de resolución en que figuraba el Protocolo Facultativo de la Convención⁹, que permitiría que los demandantes tuvieran el juicio al que tienen derecho, para que lo aprobara la Asamblea General. El Consejo aprobó el proyecto de

resolución (resolución del Consejo 1993/13) y la Asamblea, en su quincuagésimo cuarto período de sesiones, tomó nota de la adopción de la recomendación general 24 (resolución 54/137 de la Asamblea General, de fecha 17 de diciembre de 1999) y aprobó el Protocolo Facultativo (resolución 54/4 de la Asamblea General, de fecha 6 de octubre de 1999). Ambos instrumentos son fundamentales para proteger los derechos humanos de la mujer, incluso el derecho a no ser víctima de violencia ni coacción, y para protegerla de la discriminación basada en el género, así como para promover su derecho a decidir libremente las cuestiones relacionadas con su propia sexualidad.

14. Impulsados por la necesidad de armonizar los planteamientos basados en los derechos en el sistema de las Naciones Unidas y entre los donantes bilaterales, el Comité Interinstitucional sobre la Mujer y la Igualdad de Género, creado por el Comité Administrativo de Coordinación (CAC), conjuntamente con la División para el Adelanto de la Mujer de la Secretaría de las Naciones Unidas, organizaron en 1998 un curso práctico sobre un planteamiento basado en los derechos para el adelanto de la mujer, su emancipación y la igualdad entre los sexos. En 1999 se organizó otro curso práctico para el mismo grupo sobre las cuestiones de seguridad económica de la mujer. En ambos cursos se estudiaron diversas estrategias para agilizar el logro de la igualdad entre los géneros en distintos contextos, y se evaluaron las consecuencias normativas y prácticas, así como los planteamientos colaborativos.

15. Los países han adoptado distintas estrategias nacionales para promover la igualdad y equidad de los géneros con reformas normativas y medidas legislativas, entre las que cabe destacar: el establecimiento de normas para proteger los derechos de la mujer; la modificación del derecho de la familia; la promulgación de leyes más firmes la violencia contra la mujer; y la creación de oficinas que se ocupan de las cuestiones de la mujer para proteger sus derechos y promover su emancipación. Los tribunales de distintas jurisdicciones han recurrido a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer para interpretar las disposiciones jurídicas nacionales. Varios países han intensificado también los debates sobre políticas y han abierto el diálogo en nuevas esferas.

16. Casi la mitad de todos los países encuestados han examinado sus políticas a la luz de la nueva percepción del papel de la población en el desarrollo. Más de un tercio de ellos han actualizado recientemente sus políticas en materia de población o han integrado en los planes de desarrollo a largo plazo elementos relacionados con la calidad de la atención de salud, la igualdad y equidad de los géneros, y el mejoramiento de los sistemas de información. Además, dos tercios de todos los países han adoptado medidas normativas o legislativas relacionadas con la herencia, los derechos de propiedad, el empleo, y la protección contra la violencia basada en el género.

17. Algunas de las medidas más importantes tomadas por los gobiernos entrañan el afianzamiento de las leyes, las políticas y los mecanismos nacionales que promueven los derechos humanos, incluso los derechos reproductivos. Esto ha supuesto la formulación de políticas globales para la salud de la mujer, que permiten a los países pasar de un planteamiento de la planificación familiar basado en los objetivos a un planteamiento centrado en los clientes, en virtud del cual se ofrece un conjunto de servicios, incluso distintas opciones de métodos contraceptivos. Los países también están eliminando normas y políticas, por ejemplo, las relacionadas con el

estado civil o la autorización del cónyuge, que limitan el acceso generalizado a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

18. También los países desarrollados han tenido que introducir modificaciones. Los sistemas de seguridad social, por ejemplo, se han basado en el concepto tradicional de la mujer como cónyuge a cargo. Sin embargo, varios países han adoptado medidas para adaptar sus leyes en materia de seguridad social a la nueva realidad creada por la participación de la mujer en el empleo remunerado¹⁰. Estas medidas reconocen que la mujer con empleo remunerado tiene derecho a la seguridad social de manera independiente.

19. Uno de los principales obstáculos a la realización de los derechos de la mujer es que no puede ser propietaria de tierras ni controlar el acceso a ellas. Pese a que el derecho de la mujer a la tierra es un factor crítico para la producción de alimentos, las normas y prácticas socioculturales en gran medida siguen prohibiendo que la mujer posea tierra o controle su acceso. Esto perjudica su acceso a otros recursos naturales como el agua, la leña, los productos forestales y pesqueros, que son fundamentales para la seguridad alimentaria, los ingresos y, en definitiva, la salud.

20. Aunque en muchos planes nacionales se destacan los esfuerzos por lograr la igualdad de facto de la mujer, también se hace hincapié en la necesidad de seguir adoptando reformas legislativas y administrativas para eliminar las desigualdades y la discriminación que aún existen.

B. Promoción de la participación de la mujer en la adopción de decisiones

21. Tanto en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo como en la Plataforma de Acción de Beijing¹¹ se hizo hincapié en que la emancipación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su situación política, social, económica y de salud constituyen fines importantes en sí mismos. Para lograr estos fines, la promoción de la participación de la mujer en la adopción de decisiones es una estrategia importante. A este respecto, muchos países han creado mecanismos para que las mujeres participen en pie de igualdad y estén representadas de manera equitativa en todos los niveles del proceso político y la vida pública, por ejemplo, las cuotas mínimas para las mujeres en los órganos electorales y las instituciones públicas. Los gobiernos están adoptando medidas para que las instituciones relacionadas con la mujer, sobre todo las organizaciones no gubernamentales, participen en la política oficial y en grupos de supervisión.

22. No obstante lo anterior, el número de mujeres sigue siendo inquietantemente bajo en los cargos de poder y directivos, debido a problemas como la pobreza, el analfabetismo, el acceso limitado a la educación, los pocos recursos financieros, la mentalidad patriarcal y la doble carga de las tareas domésticas y las obligaciones profesionales.

C. La mundialización y sus consecuencias para la salud de la mujer

23. Las políticas de desarrollo y las estrategias económicas adoptadas hasta ahora han contribuido a mejorar la situación de salud de hombres y mujeres, especialmente cuando se ha hecho hincapié simultáneamente en las políticas sociales. Estas políticas se han traducido siempre en el mejoramiento de los indicadores de la calidad de vida, incluso el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad infantil y en la niñez y la disminución de la mortalidad materna. En la mayoría de los países se ha dado una evolución progresiva de la infraestructura sanitaria, incluida la atención secundaria y terciaria, y se ha creado un extenso sistema de salud primaria orientado a ofrecer servicios de salud a nivel de la comunidad.

24. Sin embargo, ciertos acontecimientos más recientes han minado algunos de estos logros. Las consecuencias de algunas tendencias de la economía mundial y las economías nacionales representan amenazas considerables al logro y el mantenimiento de la salud en general, y de la salud de la mujer en particular. Entre las tendencias más importantes cabe mencionar los fenómenos de la privatización y el aumento de la intervención de los mecanismos de mercado; la recesión mundial; las políticas de reajuste estructural y el comercio mundial¹². Estos fenómenos repercuten negativamente en la salud de la mujer porque las diferencias entre el papel del hombre y el de la mujer limitan el acceso de ésta a los ingresos y no le permiten, en las nuevas circunstancias, ejercer influencia para tener acceso a los servicios de salud.

25. En muchos países en desarrollo la privatización del sector de la salud ha llevado aparejada la disminución del acceso a esos servicios, puesto que su costo ha aumentado. Además, en algunos casos, la privatización ha ido unida a una disminución de la calidad de los servicios de salud, porque se ha socavado el papel del Estado en el establecimiento de leyes y normas, y el funcionamiento de los mecanismos de supervisión. En muchos casos, se ha sobrestimado la capacidad del sector privado para prestar servicios de salud de manera equitativa, lo que ha tenido repercusiones muy distintas para las mujeres y para los hombres. En muchos países de Asia y de África, los hospitales y otros centros sanitarios han dejado de ocuparse de los servicios de salud, sobre todo los relacionados con la salud reproductiva, de los que se encargan ahora las mujeres y, cada vez más, las jóvenes. Esto ocurre especialmente en el caso de los cuidados a largo plazo que las familias ya no pueden pagar.

26. La recesión mundial ha tenido un profundo impacto en algunas partes del mundo. En África, por ejemplo, muchos países han quedado con una carga de la deuda pesada y en constante aumento. Para pagar el servicio de la deuda se utilizan los recursos financieros que podrían invertirse en servicios e infraestructuras de salud. Los resultados son evidentes. En el plano de la comunidad, la pobreza va en aumento, al igual que el número de familias que no pueden satisfacer sus necesidades básicas. En el sector de la salud, los hospitales y las clínicas están atestados y faltan los medicamentos básicos. El personal sanitario trabaja en exceso, gana poco y no tiene la formación y las calificaciones necesarias. Muchos buscan otros empleos, lo que empeora la falta de personal del sector. En consecuencia, los indicadores de la salud, como las tasas de mortalidad materna, se han estancado y, en unos pocos casos, han empezado a empeorar.

D. Mejora del acceso a los servicios de salud reproductiva y su disponibilidad

27. La integración de la planificación familiar y la salud maternoinfantil en un marco institucional común ha sido el cambio más generalizado en lo que respecta a la prestación de unos servicios eficaces de asistencia médica. En la reforma del sector sanitario y las estrategias seguidas en el conjunto del sector, se ha dado prioridad a unos servicios de salud reproductiva que tengan en cuenta las diferencias entre los sexos y garanticen un acceso universal a una asistencia médica de calidad.

28. Muchos países están poniendo a prueba modalidades de integración de los servicios de salud reproductiva, mientras que otros están estableciendo vínculos entre los componentes de la salud reproductiva, en particular los servicios de planificación familiar, salud maternoinfantil y enfermedades de transmisión sexual/virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ETS/VIH/SIDA), mediante la creación de sistemas de remisión. Esto ha contribuido a mejorar tanto el acceso a los servicios como la formación de sus proveedores, y en consecuencia, se están generalizando progresivamente los paquetes de servicios básicos de salud en los puntos de asistencia y la consolidación de los sistemas de remisión permite un mayor acceso, entre otras cosas, al tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y a una atención obstétrica de emergencia.

29. Los ministerios de salud y los organismos de planificación familiar de los países en desarrollo prestan cada vez más atención a la calidad de los servicios que prestan. Muchos de ellos estudian nuevas estrategias para mejorar las actividades de asesoramiento a fin de dar respuesta a las necesidades de los clientes. Los programas ofrecen una creciente variedad de métodos para tener en cuenta la gran diversidad de opciones reproductivas, estado de salud, edad y circunstancias vitales de los usuarios. Las estrategias de publicidad de carácter social o subvencionadas han logrado aumentar el acceso a los anticonceptivos, en particular los preservativos masculinos y femeninos. Las campañas de promoción dirigidas a los hombres han sido especialmente útiles para potenciar el uso de preservativos y la vasectomía.

30. De los 114 países que respondieron a la encuesta sobre el terreno, 36 declararon que ofrecían todos los componentes de salud reproductiva que se determinan en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En los cinco últimos años, 54 países han tomado algunas medidas para incluir nuevos componentes en sus programas de salud reproductiva. Los progresos fueron más evidentes en Asia, donde el 45% de los países han adoptado alguna medida, seguida de África, donde el 44% de los países han hecho otro tanto.

31. Las medidas más comunes adoptadas por los países en la inclusión de nuevos componentes en los programas de salud reproductiva, abarcan la prestación de servicios para la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Cuarenta y cinco países dieron cuenta de la inclusión de servicios para la prevención y el tratamiento de la infertilidad y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, así como de la prestación de puericultura prenatal y posnatal, incluido el parto sin riesgo (cuadro 1).

Cuadro 1

Medidas adoptadas por los países para incluir nuevos componentes de salud reproductiva

<i>Medidas</i>	<i>Países</i>
Prevención y tratamiento de ETS/VIH/SIDA	Burundi, Kenya, Letonia, Lesotho, Islas Marshall, México, Micronesia, Níger, Pakistán, Paraguay, Polonia, República Dominicana, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Tayikistán, Tuvalu, Uruguay
Prevención y tratamiento de la infertilidad	Argelia, Bangladesh, Bhután, Bolivia, China, El Salvador, Filipinas, Honduras, Irán (República Islámica del), Kenya, Madagascar, Malí, Mongolia, Níger, Nigeria, Senegal, Yemen
Parto sin riesgo y puericultura posnatal	Azerbaiyán, Botswana, Burundi, Costa Rica, Ecuador, Gambia, Guinea-Bissau, India, Irán (República Islámica del), Jordania, Nigeria, Letonia, Maldivas, Islas Marshall, México, Micronesia, Nepal, Pakistán, Polonia, Paraguay, República Dominicana, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Tayikistán, Tuvalu, Uruguay, Uzbekistán, Vanuatu
Puericultura prenatal	Botswana, Burundi, Costa Rica, Ecuador, Gambia, Guinea-Bissau, India, Irán (República Islámica del), Islas Marshall, Jordania, Letonia, Maldivas, México, Micronesia, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, Paraguay, Polonia, República Dominicana, República Unida de Tanzania, Tayikistán, Tuvalu, Uruguay, Vanuatu

32. Los resultados de la encuesta sobre el terreno también indicaron que se habían realizado más progresos en la mejora del acceso universal que en la expansión de los servicios de salud reproductiva. Entre los países en desarrollo, un total de 59 países (76%) están tomando medidas para mejorar el acceso universal. Más de la mitad de los países de África, Asia y América Latina y el Caribe dieron cuenta de progresos en la mejora del acceso universal a los servicios de salud reproductiva.

33. Las medidas más comunes tomadas por los países para mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva eran: a) la formación más intensiva de los proveedores de servicios; b) la creación o ampliación de los puntos de prestación de servicios de salud y c) la asignación de más recursos o aumento del suministro de equipo (cuadro 2).

Cuadro 2

Medidas adoptadas por los países para mejorar el acceso universal a la salud reproductiva

<i>Medidas</i>	<i>Países</i>
Formación de proveedores de servicios	Azerbaiyán, Bhután, Camboya, El Salvador, Ghana, Honduras, Irán (República Islámica del), Islas Cook, Islas Marshall, Jordania, Kenya, Micronesia, Papua Nueva Guinea, República Centroafricana, Samoa, Swazilandia, Turquía, Uganda, Uzbekistán
Ampliación/construcción de centros sanitarios	Albania, Bangladesh, Belice, Burundi, Camboya, Cuba, El Salvador, Etiopía, Filipinas, Ghana, Guinea, Honduras, India, Irán (República Islámica del), Islas Marshall, Jordania, Kenya, Letonia, Lesotho, Madagascar, Marruecos, Micronesia, Mongolia, Nepal, Pakistán, Papua Nueva Guinea, República Centroafricana, República Dominicana, Samoa, Túnez, Turquía, Ucrania, Uganda, Zambia, Zimbabwe
Asignación de más recursos o aumento del suministro de equipo	Azerbaiyán, Bolivia, Egipto, Ghana, Madagascar, Malí, Micronesia, Nigeria, Papua Nueva Guinea, Perú, República Árabe Siria, República Centroafricana, República Dominicana, Sudáfrica

E. Reducción de la mortalidad materna

34. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo propugna reducir el nivel de mortalidad materna de 1990 a la mitad para el año 2000 y reducir a su vez este nivel a la mitad para 2015 (párr. 8.21). Son ya patentes ciertos progresos en la consecución de esta meta. La salud materna ha mejorado en una serie de países en desarrollo como consecuencia de la ampliación de las competencias obstétricas, la existencia de una infraestructura sanitaria general y la accesibilidad de la asistencia médica. La maternidad sin riesgos se ha considerado tanto un tema de desarrollo como un imperativo en materia de derechos humanos, lo que ha traído aparejada una mayor conciencia de las cuestiones de mortalidad y morbilidad maternas. La mayoría de los países están redoblando los esfuerzos para prevenir los embarazos no deseados, mientras que otros trabajan de manera más sistemática para reducir las repercusiones para la salud del aborto practicado en condiciones de riesgo.

35. Muchos países permiten ahora el aborto con el fin de salvar la vida de las mujeres embarazadas. Con todo, sólo unos pocos han realizado progresos a la hora de dotarse, en todas las circunstancias en que no se infrinja la ley, de las instalaciones y del personal suficientemente capacitado para garantizar la seguridad y accesibilidad de la intervención. No suelen disponer de servicios para tratar a las

mujeres que sufren complicaciones graves tras someterse a un aborto practicado en condiciones de riesgo.

36. En los últimos años, se ha registrado un descenso considerable del nivel de abortos practicados en Europa central y oriental/nuevos Estados independientes y en las repúblicas del Asia central, a causa de un incremento en la disponibilidad y el uso de métodos anticonceptivos modernos. Se han realizado algunos progresos en la capacitación de los dispensadores de asistencia sanitaria y en el equipamiento de hospitales con miras al tratamiento de las complicaciones derivadas del aborto, y varios países en desarrollo han elaborado estrategias específicas para mejorar los servicios y la atención prestados tras una intervención de aborto.

37. Pese a estos logros, el avance general en la reducción de la mortalidad materna ha sido lento. Persisten aún los factores principales que contribuyen a los elevados niveles de mortalidad y morbilidad maternas en los países en desarrollo, entre otros, la situación de inferioridad de la mujer, las carencias en materia de nutrición y los elevados índices de anemia que padece. La reducción de la mortalidad materna está condicionada no tanto por la ausencia de tecnología cuanto por la insuficiencia del compromiso y los recursos políticos, a lo que se suma el hecho de que no se dé prioridad a las intervenciones eficaces.

F. La pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

38. Según el último informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA/Organización Mundial de la Salud (OMS)), de diciembre de 1998, más del 95% de todas las personas seropositivas viven en países en desarrollo. A nivel mundial, 33,4 millones de personas son seropositivas o están enfermas de SIDA, y de ellas, 32,2 millones son adultos y 1,2 millones, niños menores de 15 años. Casi 3 millones de jóvenes entre 15 y 24 años eran seropositivos en 1998. El mayor incremento proporcional de los nuevos casos de infección corresponde a las mujeres, ya que éstas representaron el 43% de los nuevos casos de adultos infectados en 1998, frente al 41% sólo un año antes. Las tasas de infección entre las mujeres casadas que sólo tienen relaciones con su pareja son también muy elevadas en los países en desarrollo.

39. El África subsahariana se ha visto afectada con especial virulencia. Aunque sólo representa el 10% de la población mundial, en esta región se ha registrado el 70% del total de nuevos casos de infección desde 1998 y en ella viven actualmente más de las dos terceras partes del total de enfermos de SIDA en el mundo. De las 2,5 millones de muertes causadas por el SIDA en 1998, 2 millones se produjeron en el África subsahariana, y el 95% de todos los huérfanos de la región han perdido a su madre o a ambos padres a causa del SIDA. En África, el número de mujeres seropositivas excede en 2 millones al de hombres infectados¹³.

40. Las consideraciones de género del VIH/SIDA, que constituyen la base de estas tendencias, entrañan un riesgo especial para las mujeres. El informe UNUSIDA/OMS señala que las mujeres corren por lo general mayores riesgos de infección por el VIH que los hombres. Las mujeres tienen una mayor susceptibilidad biológica a las enfermedades de transmisión sexual y al VIH. Los papeles que les vienen impuestos por la tradición cultural no les permiten sino un escaso control de su propia sexualidad y, en el mejor de los casos, una baja capacidad de negociación en lo que respecta a las prácticas sexuales. Nuevos estudios indican asimismo la existencia de

un claro vínculo entre la transmisión del VIH y los actos de violencia sexual, que afectan en particular a las mujeres de la industria del sexo comercial¹⁴.

41. Otro aspecto de la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA está ligado a la situación económica y la edad. El SIDA es más frecuente entre las mujeres jóvenes y pobres, grupo social que suele carecer de educación básica, vivienda digna, alimentación adecuada y acceso a una atención médica de calidad. Si bien los medicamentos utilizados para tratar el VIH/SIDA no están al alcance de la mayoría de la gente, aún son más inasequibles para las mujeres, que suelen carecer de los medios para recibir asistencia médica o no pueden hacerlo porque su condición de desempleadas las excluye de los planes de seguro médico por medio de los cuales se presta generalmente dicha asistencia. Las adolescentes son especialmente vulnerables, y los estudios efectuados en varios países han confirmado que la probabilidad de que las muchachas africanas entre 15 y 19 años sean seropositivas es cinco o seis veces superior a la de los muchachos de su mismo grupo de edad¹⁵.

42. Habida cuenta de las actuales tasas de infección, se estima que las defunciones maternas debidas al SIDA en África, Asia y América Latina dejarán huérfanos a casi 42 millones de niños en 2010. La transmisión del VIH de la madre al niño afecta aproximadamente a 300.000 recién nacidos cada año, la mayoría de ellos en los países en desarrollo.

43. La magnitud de la pandemia y sus dimensiones de género requieren la formulación de múltiples estrategias para abordar sus complejidades, entre otras, el análisis de los efectos de las reformas del sector sanitario llevadas a cabo en muchos países en desarrollo en un momento en que están creciendo las necesidades de inversión pública en la salud. Esta situación ha impedido a los sistemas sanitarios dar una respuesta eficaz a la pandemia del SIDA, especialmente en los países africanos más gravemente afectados. Por ello, son numerosos los sistemas sanitarios que están al borde de la quiebra, dándose así al traste con los significativos avances logrados en la reducción de la mortalidad materna e infantil.

G. Satisfacción de las necesidades de los adolescentes

44. La salud reproductiva de los adolescentes ya forma parte de los programas de salud pública de la mayor parte de los países. Muchos de ellos han adoptado políticas, normas y mecanismos con miras a satisfacer las necesidades de los adolescentes. Han incorporado los componentes de salud reproductiva en la adolescencia a sus programas para la juventud y los planes nacionales de salud, o han creado oficinas para la juventud en el seno de los ministerios. Se han realizado progresos en el suministro de información y la prestación de servicios a los adolescentes. Se asiste a una regresión de los matrimonios a edad temprana y de algunas prácticas perjudiciales para las niñas. La necesidad de escuchar y consultar a la propia juventud se considera cada vez más una aportación fundamental al diseño, la planificación y la puesta en práctica de programas que ofrecen información y servicios a los adolescentes.

45. Un total de 91 países que respondieron a la encuesta sobre el terreno tomaron medidas para mejorar la salud reproductiva de los adolescentes. Los mayores progresos en la satisfacción de las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva se realizaron en los países de la región de América Latina y el Caribe, seguidos de los de África. Entre los países que han adoptado medidas para atender

estas necesidades, varios han previsto actividades de divulgación/promoción y programas de base escolar, han formulado políticas en relación con la juventud y han creado nuevas instituciones para prestar servicios de salud reproductiva a los adolescentes (cuadro 3).

Cuadro 3

Medidas adoptadas por los países para satisfacer las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva

<i>Medidas</i>	<i>Países</i>
Actividades de divulgación/promoción	Albania, Azerbaiyán, Barbados, Bhután, Bolivia, Camerún, Cabo Verde, Comoras, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Etiopía, Haití, Kenya, Madagascar, Malawi, Maldivas, Marruecos, Mauricio, México, Micronesia, Mongolia, Mozambique, Namibia, Nepal, Papua Nueva Guinea, República Árabe Siria, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Seychelles, Sierra Leona, Sri Lanka, Santa Lucía, Trinidad y Tabago, Turquía, Uruguay, Uzbekistán, Venezuela, Viet Nam, Zambia
Programas de base escolar	Azerbaiyán, Bhután, Cabo Verde, Comoras, Côte d'Ivoire, Ecuador, Egipto, Estonia, Federación de Rusia, Fiji, Gambia, Haití, Jordania, Kiribati, Lesotho, Madagascar, Malí, Marruecos, Micronesia, Mongolia, Panamá, Papua Nueva Guinea, Perú, Polonia, República Centroafricana, República Popular Democrática de Corea, Rumania, Sudáfrica, Turquía, Turkmenistán, Uzbekistán, Viet Nam
Políticas relacionadas con la juventud	Bangladesh, Bolivia, Botswana, Camerún, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Ecuador, El Salvador, Estonia, Honduras, Lesotho, Malawi, Malí, Marruecos, México, Nepal, Níger, Nigeria, Panamá, Paraguay, Perú, Polonia, República Unida de Tanzania, Rumania, Sierra Leona, Sudáfrica, Uganda, Viet Nam, Zambia
Nuevas instituciones	Albania, Bhután, Burkina Faso, Cabo Verde, Costa Rica, Ecuador, Fiji, Ghana, Kazajstán, Mongolia, Mozambique, Nicaragua, República Dominicana, Sri Lanka, Turkmenistán
Asesoramiento para la juventud	Angola, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Cuba, Egipto, Estonia, Gambia, Honduras, Islas Cook, Madagascar, Malí, Marruecos, México, Micronesia, Mongolia, Nicaragua, Tonga, Uruguay

<i>Medidas</i>	<i>Países</i>
Participación de organizaciones no gubernamentales	Azerbaiyán, Barbados, Bolivia, Botswana, Cabo Verde, Comoras, Costa Rica, Ecuador, Egipto, Estonia, Etiopía, Fiji, Gambia, Ghana, India, Islas Marshall, Jamaica, Kenya, Maldivas, Malí, Nepal, Nicaragua, Panamá, República Árabe Siria, Rumania, Senegal, Sierra Leona, Tonga, Turquía, Tuvalu, Uzbekistán, Vanuatu, Venezuela, Zambia

46. A pesar de los considerables progresos realizados en la colaboración entre las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y los gobiernos, particularmente en África, los adolescentes siguen siendo uno de los grupos más desatendidos, máxime si se considera su elevado número. Como consecuencia de ello, la paternidad no programada, tanto para los varones como las hembras, suele restringir sus posibilidades en una fase muy temprana de sus vidas, y la adopción de decisiones no razonadas en materia de comportamiento sexual los expone a enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Por consiguiente, existe una necesidad urgente de un mayor compromiso político que demuestre una disposición a concebir estrategias aceptables y efectivas.

H. Eliminación de la violencia contra la mujer

47. La violencia contra la mujer constituye un obstáculo considerable al logro de los derechos humanos de las mujeres. Los gobiernos, en colaboración con el sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales internacionales y locales, han pasado a participar activamente en la promoción de una intolerancia total ante las prácticas violentas contra la mujer. Las estrategias adoptadas han sido extremadamente diversas. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se utiliza cada vez más como instrumento de supervisión entre otras cosas, de la violencia por razones de género. Otros mecanismos institucionales conexos de las Naciones Unidas en el ámbito de la protección de los derechos humanos brindan un poderoso apoyo a las medidas jurídicas, políticas y sociales encaminadas a proteger a las mujeres contra la violencia, y los países están comenzando a utilizarlos eficazmente a nivel nacional.

48. Por ello, la violencia sexista, otrora tabú, es ahora objeto de un reconocimiento manifiesto. Se han promulgado leyes en una serie de países para proteger a la mujer contra la violencia y se han revisado códigos del Derecho de la Familia para incluir en ellos las cuestiones de violencia doméstica. Otras estrategias adoptadas incluyen el establecimiento de centros de apoyo y asesoramiento a la familia, líneas telefónicas directas para dar parte de incidentes de violencia doméstica, programas para formar a la policía en la gestión de este tipo de violencia, capacitación en materia de acoso sexual, especialmente en el lugar de trabajo, y elaboración de planes financieros para potenciar las opciones económicas de la mujer rural.

49. Para garantizar el éxito de estas estrategias, se están estableciendo vínculos entre los organismos gubernamentales, los órganos encargados de hacer cumplir la ley, las organizaciones no gubernamentales y los grupos de mujeres. Las organizaciones no gubernamentales, por ejemplo, han sido eficaces a la hora de crear centros

para las víctimas de violación, incesto y otras formas de violencia, mientras que los gobiernos están fortaleciendo sus sistemas de recopilación de datos sobre matrimonios y divorcios y formando a los jueces y dirigentes religiosos para que elaboren y utilicen mecanismos de seguimiento de la violencia contra la mujer. No obstante, dada la omnipresencia de la violencia contra la mujer, estos esfuerzos deben reforzarse considerablemente.

I. Adopción de medidas contra las prácticas perjudiciales

50. La supresión de las prácticas perjudiciales requiere un compromiso a largo plazo. Las intervenciones han de ser específicas, tener metas bien definidas y basarse en una clara interpretación del entorno cultural. Las prácticas perjudiciales constituyen una forma de violencia sexista y se tratan explícitamente en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

51. Se han realizado progresos en la prohibición de las prácticas perjudiciales que suponen un peligro para el bienestar de mujeres y niñas. Nueve países africanos (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Djibouti, Ghana, Guinea, Senegal, Togo, la República Centroafricana y la República Unida de Tanzania) han tomado medidas destinadas a tipificar como delito la práctica de la mutilación genital femenina. Las penas oscilan entre un mínimo de seis meses de prisión y un máximo de cadena perpetua. En Egipto, el Ministerio de Salud promulgó un decreto que declaraba ilegal la mutilación genital femenina.

52. Los países han demostrado de esta forma que se pueden llevar a cabo iniciativas acertadas para eliminar las prácticas perjudiciales sin comprometer por ello los valores culturales. Se está haciendo uso de diversas estrategias adecuadas a cada país, entre otras, el suministro de nuevos datos y conocimientos favorables a la salud de la mujer destinados a los partidarios de las prácticas perjudiciales; la realización de campañas sobre los derechos de la mujer a fin de concienciar a los legisladores y al público en general de los peligros para la salud y las violaciones de los derechos humanos que entrañan ciertas prácticas culturales; la creación de mecanismos de supervisión, que impliquen actividades de investigación y promoción, para documentar y difundir información sobre la incidencia y la naturaleza de las prácticas perjudiciales; y el recurso a planteamientos intersectoriales que involucren a los dirigentes de las comunidades, las organizaciones religiosas, las asociaciones de padres y profesores y el gobierno con objeto de erradicar tales prácticas.

53. Los países han reconocido la necesidad de adoptar planteamientos integrados que tengan en cuenta el contexto social, cultural y económico que propicia las prácticas perjudiciales. Por consiguiente, los gobiernos están apoyando el papel que los miembros de la familia, sobre todo los padres y tutores legales, pueden desempeñar para reforzar la imagen que tienen las niñas de sí mismas, su autoestima y su condición jurídica y social, y para proteger su salud y bienestar.

54. Con todo, las prácticas perjudiciales siguen existiendo y poniendo en peligro la salud y la vida de un gran número de niñas y mujeres. Los asesinatos por motivos de honor, los ritos de sacrificio de viudas, los matrimonios forzados y la quema de novias son aún prácticas comunes. Entre las razones que explican su persistencia, cabe citar la ausencia de leyes que las combatan, prejuicios sexistas en la aplicación de la legislación vigente y la falta de autonomía de las mujeres.

J. Promoción de la educación de las niñas

55. La educación de las niñas es un factor clave para fomentar su autoestima y la seguridad en sí mismas. Además, hay pruebas más que sobradas de la existencia de una estrecha correlación entre la educación de las niñas y la salud reproductiva de la mujer. Numerosos estudios demuestran que la educación de las niñas se traduce en un menor número de hijos más sanos, un estilo de vida saludable en el seno familiar y un recurso oportuno a la asistencia médica.

56. Los resultados de la encuesta sobre el terreno muestran que 57 países (50%) consideraban ya adecuado su nivel de acceso a la educación primaria de la niña. El 61% y el 59% de los países africanos y asiáticos, respectivamente, declararon estar tomando medidas para mejorar el acceso a la educación primaria, especialmente de las niñas.

57. Los gobiernos están cada vez más cerca de lograr un acceso universal a la educación primaria. Los países en desarrollo están haciendo mayor hincapié en la educación gratuita o las becas, el aumento del número y emplazamiento de las escuelas y la revisión de los planes de estudios para que sean más respetuosos de las particularidades sexuales. Algunos han introducido medidas jurídicas en apoyo del derecho de las niñas a la educación. Estas iniciativas han contribuido a incrementar la escolarización primaria de las niñas en numerosos países. En la mayoría de las regiones del mundo, la relación de la escolarización primaria femenina como proporción de la masculina es actualmente superior al 80%.

58. Sin embargo, el acceso universal a la educación básica y la eliminación de las desigualdades por razón de sexo en la educación son aún metas pendientes, especialmente en el África subsahariana y el Asia meridional. Los niños que viven en condiciones de pobreza, especialmente las niñas, presentan los niveles de instrucción más bajos. Las tasas de deserción escolar son elevadas en todos los niveles, sobre todo durante la transición entre la escuela primaria y la secundaria. Las familias de bajos ingresos no suelen estar en condiciones de costear los uniformes escolares, la matrícula, los libros y el transporte. Las tasas de permanencia, sobre todo entre las niñas, suelen ser bajas. Por otra parte, el elevado número de alumnos por profesor, los planes de estudios deficientes o incorrectos en el tratamiento de las cuestiones de género, la insuficiente formación de los profesores y el escaso equipamiento de las escuelas contribuyen a rebajar la calidad de la educación en estas regiones. Constituye asimismo un factor coadyuvante la disminución de las inversiones en infraestructura educativa como consecuencia de los pobres resultados económicos.

K. Aumento de la participación del hombre en la familia y en la salud reproductiva

59. En los últimos años se ha prestado más atención a la participación del hombre en la salud sexual y la salud reproductiva, mediante la educación sexual, el asesoramiento y los servicios de salud periféricos. Ello se debe a que la participación del varón permite obtener mejores productos de salud reproductiva para él mismo y para la mujer. Un gran número de los países que respondieron a la encuesta realizada sobre el terreno han procurado aumentar la responsabilidad del hombre respecto de su comportamiento sexual y reproductivo y sus funciones sociales y familiares, formulando leyes sobre el empleo y la pensión alimenticia.

60. En los países en que se realizan actividades especiales de salud reproductiva, para hombres, las más comunes han sido las campañas de promoción. Se han utilizado criterios en los que se abordan los efectos de las actitudes y las prácticas socio-culturales, incluida la violencia por razones de género, los derechos de salud sexual y los derechos de procreación de la mujer y la niña. Asimismo, los países cada vez más amplían el alcance de las leyes de la familia para dar respuesta a las necesidades del varón con respecto a la paternidad en los casos de padres solteros, tutela y adopción del niño y cuestiones conexas.

61. Según los resultados de la encuesta realizada sobre el terreno, 37 países han adoptado medidas para promover la participación del varón en la salud sexual y reproductiva (cuadro 4).

Cuadro 4

Medidas adoptadas por algunos países para promover la participación del varón

<i>Medidas adoptadas</i>	<i>Países</i>
Actividades relacionadas con la educación; la información, la educación y la comunicación; y la promoción, incluidas las campañas en diversos medios de difusión	Angola, Barbados, Belice, Botswana, Brasil, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Comoras, Egipto, Etiopía, Fiji, Filipinas, Irán (República Islámica del), Islas Marshall, Jamaica, Jordania, Malawi, Maldivas, Malí, Mauritania, México, Micronesia, Mozambique, Nepal, Pakistán, Papua Nueva Guinea, Paraguay, Perú, República Árabe Siria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Dominicana, República Popular Democrática Lao, República Popular Democrática de Corea, República Unida de Tanzania, Samoa, Santa Lucía, Seychelles, Swazilandia, Tailandia, Trinidad y Tabago, Túnez, Turquía, Uruguay, Vanuatu, Venezuela, Viet Nam, Yemen, Zambia, Zimbabwe
Modificación del derecho de familia, incluida la revisión y ampliación de las leyes sobre pensión alimenticia y paternidad	Belice, Bhután, Botswana, Brasil, Cabo Verde, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Ghana, Guinea, Islas Marshall, Jamaica, Jordania, Mongolia, Mozambique, Nicaragua, Níger, Perú, Polonia, República Dominicana, Rumania, Santa Lucía, Sudáfrica, Viet Nam, Zambia
Promoción de métodos anticonceptivos para el varón, incluida la distribución de preservativos y la vasectomía	Bhután, Botswana, China, Fiji, India, Kiribati, Perú, República Popular Democrática de Corea, Samoa, Viet Nam

62. En algunos países se están realizando investigaciones y estudios para comprender las necesidades y los obstáculos relacionados con la participación del varón en la salud reproductiva¹⁷. Entre las iniciativas se incluyen la formulación de políticas y planes nacionales para promover la participación del hombre, por ejemplo,

en la distribución de preservativos a nivel de la comunidad y la promoción de su utilización; y seminarios de promoción en los planos central y provincial.

L. Responder a las situaciones de emergencia

63. Sin lugar a dudas, se ha reconocido la creciente necesidad de prestar servicios de salud reproductiva en situaciones de emergencia y, en la actualidad, varias organizaciones de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales internacionales procuran satisfacer esa necesidad. En los casos de conflicto o desastres naturales, velar por la salud reproductiva de los refugiados y las personas desplazadas y proteger a las refugiadas de la violencia sexual son cuestiones prioritarias.

64. En la región de los Grandes Lagos de África hay programas para capacitar al personal y proporcionar equipo y suministros a la mujer en situaciones de emergencia con el fin de abordar sus necesidades en materia de planificación de la familia, incluido el control de la natalidad; los partos atendidos; las complicaciones de abortos practicados en condiciones de riesgo; la violencia sexual y la violación, y los métodos anticonceptivos de emergencia posteriores al coito; y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA.

65. Las organizaciones de las Naciones Unidas, en asociación con organizaciones no gubernamentales internacionales, han prestado asistencia de emergencia en materia de salud reproductiva a miles de personas que huían del conflicto en Kosovo, así como a los campamentos en Albania y Timor Oriental. En una investigación sobre la violencia sexual contra las mujeres de Kosovo, se obtuvo información sobre secuestros, violaciones y tortura. Las Naciones Unidas y sus asociados están brindando capacitación a los asesores para prestar apoyo a los refugiados que han sido objeto de violencia sexual. También se ha prestado asistencia de emergencia a las víctimas de los terremotos en diversos países en desarrollo.

66. En Asia, las organizaciones de las Naciones Unidas en colaboración con los gobiernos nacionales han proporcionado, entre otras cosas, suplementos alimentarios, como medida de emergencia, a las poblaciones de mayor riesgo. Las instituciones internacionales están fortaleciendo la capacidad de las oficinas gubernamentales locales y de la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, para responder a las situaciones de emergencia. Esta forma de fomento de la capacidad puede llegar a ser estratégica para muchos otros países.

67. Aunque se prestan servicios de salud reproductiva en situaciones de emergencia, a menudo estos esfuerzos se ven obstaculizados por la falta de personal capacitado en materia de salud reproductiva o en la gestión de esos servicios.

IV. Cuestiones de género en los programas de población y desarrollo: desafíos y dificultades

A. Trata de mujeres y niñas

68. En la actualidad, la explotación sexual y la trata de niños son cada vez más un problema a nivel mundial. Se estima que, cada año, más de 2 millones de niñas de 5 a 15 años son introducidas al mercado del comercio del sexo¹⁸. En los países en desarrollo, la comercialización del sexo está estrechamente vinculada a la pobreza.

La pobreza de las zonas rurales, las altas tasas de desempleo y las crecientes desigualdades entre los ricos y los pobres son factores que sustentan ese comercio. En algunos países en desarrollo, los jóvenes de las familias pobres de las zonas rurales son llevadas a las ciudades donde una próspera industria del sexo ofrece servicios a clientes locales y turistas ricos. El comercio del sexo, incluida la pornografía, también ha pasado a ser un comercio de alta tecnología apoyado por, entre otras cosas, la Internet y vinculado con más frecuencia a la delincuencia organizada.

69. Las mujeres que trabajan en la industria del sexo están mucho más expuestas que las demás mujeres a contraer enfermedades de transmisión sexual y el VIH, y de hecho contraen en forma desproporcionada infecciones de las vías reproductivas. Según algunos estudios, hasta el 80% de las mujeres entrevistadas son portadoras del VIH. En los estudios realizados sobre las características de la infección del VIH en algunos países, se observa un claro vínculo entre el comercio del sexo y la transmisión del virus. Asimismo, la infección del VIH se propaga más rápidamente en las rutas donde circulan camiones, donde los camioneros tienen acceso frecuente al sexo comercial y de riesgo.

B. Selección del sexo

70. Según la publicación del FNUAP, *Estado de la Población Mundial de 1997*, al menos 60 millones de niñas que deberían estar vivas, han “desaparecido” de diversas poblaciones como resultado de los abortos determinados por el sexo del feto o por negligencia¹⁹. Mediante la utilización de la tecnología moderna, los padres pueden conocer el sexo del feto y decidir abortar cuando se trata de una niña: más del 90% de los fetos abortados son de niñas.

71. Las medidas jurídicas son sólo un aspecto para superar la discriminación por razones de género. La educación pública, las medidas para promover la condición jurídica de la mujer y la niña, los marcos legislativos pertinentes y la supervisión y aplicación permanentes de las prohibiciones son otras medidas importantes para poner fin a esas prácticas y realzar el valor de la niña²⁰.

C. Feminización de la pobreza

72. A pesar del progreso alcanzado en el mejoramiento de la condición jurídica y social de la mujer en muchos países, en la actualidad, un porcentaje mayor de mujeres vive en la pobreza. Si bien en los países desarrollados la mujer ha logrado progresos considerables, como se puede observar por la mayor esperanza de vida, las tasas de alfabetización, el logro educacional y la participación política, la situación en los países en desarrollo es diferente. El número absoluto de mujeres que viven en la pobreza ha aumentado y algunos indicadores de desarrollo humano señalan que la pobreza es cada vez más un problema de la mujer²¹.

73. Esta situación se debe a la convergencia de factores macroeconómicos, como la persistencia de la deuda, el comercio y la recesión mundiales, que tienen consecuencias particulares para la mujer, y las crisis microeconómicas, en el seno familiar. En la actualidad, debido a la muerte de esposos generalmente mayores de edad, la migración del cónyuge trabajador y las altas tasas de abandono y divorcio, muchas mujeres mantienen los hogares prácticamente solas. Como resultado de ello en algunos lugares de África, uno de cada tres hogares está encabezado por una mujer.

En la actualidad, hay un porcentaje desproporcionado de mujeres pobres en todo el mundo que deben hacer frente a una carga desigual al tratar de superar la pobreza en el hogar²². Estos dos factores interrelacionados aumentan la vulnerabilidad de la mujer, incluida su incapacidad de ejercer su derecho a la salud y al desarrollo en general.

74. La lucha contra la pobreza, mediante oportunidades económicas, mejorará la salud reproductiva, y la realización de los derechos sexual y reproductivo ayudará a poner fin a la pobreza. Al respecto, los pobres tienen desventajas múltiples; sin influencia política ni visibilidad social, no reciben suficientes servicios públicos y no pueden tener acceso a servicios privados para satisfacer sus necesidades fundamentales. A menudo, sus días se ven signados por una lucha para sobrevivir. Carecen de información y conocimientos respecto de sus derechos sociales y económicos básicos, incluido el derecho a la salud reproductiva y sexual, que a menudo son restringidos.

75. En las sociedades en que la tradición exige el aislamiento social de la mujer, los programas de empleo por cuenta propia pueden tener una repercusión importante, simplemente al permitir que la mujer interactúe con otras mujeres en situaciones sociales no estructuradas, incluso las que practican la planificación de la familia. El resultado puede ser, conjuntamente con una mayor disponibilidad de información y acceso al crédito, un cambio en las normas sociales relativas a la fecundidad y el control de la natalidad. Las experiencias de este tipo obtenidas hasta la fecha confirman que los beneficios del control personal con respecto a la vida reproductiva y a la vida económica se refuerzan mutuamente²³. El mejoramiento de la subsistencia y el mayor acceso a los servicios de salud reproductiva y a la información, realzan la autoestima de la mujer, su confianza, su participación en la vida política y comunitaria, su poder de adopción de decisiones y su posición en la familia. La mujer se beneficia, su familia se beneficia y su comunidad prospera.

D. Obstáculos en la ejecución

76. Según la encuesta realizada sobre el terreno por el FNUAP, las dificultades más frecuentes que afectan la ejecución de las políticas en materia de población y desarrollo son las siguientes: a) un insuficiente compromiso institucional; b) la falta de recursos financieros; y c) la falta de capacidad institucional, incluso de personal capacitado e idóneo, de conocimientos y comprensión de las cuestiones, de datos, y una coordinación insuficiente entre las instituciones y los ministerios.

77. En muchos países hay obstáculos importantes que se oponen a la formulación de políticas sobre salud sexual y reproductiva, y de la legislación conexas. Las condiciones económicas adversas pueden limitar el acceso a los servicios de salud reproductiva, salud sexual y planificación de la familia. Muchas actitudes y creencias sociales, culturales y religiosas aún anteponen la función de procreación de la mujer a cualquier otra y limitan su capacidad de adoptar decisiones en la esfera privada y pública. Las actitudes restrictivas también limitan la participación de la mujer en la esfera política y económica, así como su acceso a la información y al conocimiento, y no toman en cuenta su opinión como partes interesadas importantes en la formulación, planificación y ejecución de políticas.

1. Persistencia de prácticas y actitudes culturales negativas

78. Las prácticas tradicionales que son peligrosas para la salud de la mujer y la niña han sido denunciadas en varias conferencias mundiales, incluida la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Con frecuencia se insta a los gobiernos a adoptar medidas para luchar contra las prácticas tradicionales o consuetudinarias perjudiciales. Esas prácticas se mantienen debido a las actitudes hacia la mujer, y perpetúan las diferencias por razones de género, dificultan los esfuerzos para habilitar a la mujer, coartan las estrategias para integrar una perspectiva de derechos humanos y anulan las intervenciones jurídicas y conexas encaminadas a promover la igualdad de género.

79. Para cumplir con los compromisos contraídos en diversos foros internacionales y nacionales, muchos países consideran que es imperativo formular leyes y adoptar medidas normativas. En forma similar, hacen hincapié en la necesidad de aumentar las campañas de promoción y de información, educación y comunicación para luchar contra las prácticas perjudiciales. Si bien un gran número de países han aprobado leyes, hecho cambios institucionales y formulado políticas que promueven la igualdad de género, los desafíos más importantes son la aplicación de esas medidas y la seguridad de que se apliquen plenamente.

2. Falta de sólidos mecanismos institucionales

80. Los gobiernos deben adoptar medidas afirmativas para elaborar políticas y desarrollar instituciones que apoyen los intereses de la mujer. Se debe promover aún más la colaboración entre los sectores comunes de la sociedad, en particular los grupos de mujeres, las organizaciones comunitarias, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales. Muchos gobiernos han reconocido sus límites y están alentando a las organizaciones no gubernamentales, al sector privado y los grupos de la comunidad a participar más en los programas de población, género y desarrollo.

3. Escasas capacidades técnicas

81. Menos de la mitad de las mujeres en los países en desarrollo dan a luz bajo la supervisión de una partera capacitada o un profesional de la salud, factor fundamental para la supervivencia del niño y la madre. En los países con las tasas más bajas de partos atendidos por un profesional también se observan las tasas más altas de mortalidad materna en el mundo.

82. Los programas de fomento de la capacidad deben diseñarse para hombres y mujeres. Deben concentrarse no sólo en las cuestiones de la mujer sino también en temas más amplios que incluyan las cuestiones de género y los derechos humanos. Los programas de estudio de los médicos y los enfermeros deben elaborarse cuidadosamente para que las cuestiones de género se definan en forma pertinente en la planificación y la prestación futura de los servicios de salud.

83. A menudo, la actitud de muchos médicos y enfermeros constituye un obstáculo, en particular para la mujer que desea tomar una decisión fundamentada sobre su propia salud. Es esencial que todos los trabajadores de la salud respeten la dignidad y los derechos humanos de todos sus pacientes, incluso el derecho a estar plenamente informado acerca de su estado de salud y los diferentes tratamientos que puede recibir. Para ello es necesario elaborar una estrategia para educar a

los trabajadores de la salud en todos los niveles a fin de que comprendan el significado y las consecuencias de la aplicación de una perspectiva de género en su propio trabajo.

4. Movilización y asignación de recursos insuficientes

84. Si bien varios países desarrollados han movilizado recursos y contribuido significativamente a la corriente de asistencia internacional para los programas de población y desarrollo, existen dificultades que impiden a los países movilizar recursos adicionales necesarios para la plena aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Entre las dificultades que tienen los países donantes figuran las siguientes: a) disminución de la asistencia oficial para el desarrollo; b) debilitamiento de la economía y reducciones presupuestarias; c) falta de interés para apoyar los proyectos internacionales sobre población de parte de muchas fundaciones y filántropos; d) falta de comprensión de la interdependencia de las cuestiones de población y desarrollo y de la importancia de integrar las cuestiones de población en la planificación para el desarrollo; y e) la noción de que no es necesario movilizar recursos para las actividades de población habida cuenta de que las cuestiones de población son tratadas debidamente por el sector de la salud y el sector social.

85. Sin embargo, al mismo tiempo los países donantes reconocen la necesidad de intensificar los esfuerzos para movilizar recursos a fin de aplicar en forma continua el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y sugieren la necesidad de hacer lo siguiente: a) examinar la posibilidad de utilizar nuevas modalidades, tales como una mayor participación del sector privado, incluidas las fundaciones privadas, en la financiación de los servicios de salud reproductiva, incluso la planificación de la familia; b) aumentar el apoyo de los donantes a los insumos que son esenciales para realizar las actividades básicas de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, como los productos básicos, la capacitación especializada y la recopilación de datos para la supervisión y evaluación, en los países que no pueden por sí mismos proporcionar esos insumos; c) aumentar la asistencia internacional a las cuestiones de población y salud reproductiva en el contexto de la reforma y la descentralización del sector de la salud; y d) alentar a los países en desarrollo a aumentar la asignación local para los programas nacionales de población y, en particular, promover los programas del sector social en el marco de la iniciativa 20/20 examinada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y que la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social hizo suya en la reunión celebrada en 1995 en Copenhague.

V. Conclusiones

A. Fortalecer la incorporación de una perspectiva de género en las políticas, los programas y las actividades

86. En los últimos cinco años, muchos países han aplicado con éxito diversos elementos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo para promover el adelanto de la mujer. Se han aprendido lecciones importantes y se han registrado buenas prácticas. Se utiliza la igualdad de género cada vez más como principio rector fundamental para elaborar los programas sobre

población y desarrollo, a pesar de los diferentes contextos sociales, culturales, económicos y políticos. Sin embargo, es necesario fortalecer las medidas en diversas esferas, como se señaló durante la celebración del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General dedicado al examen y la evaluación generales de la ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD + 5), celebrado en junio y julio de 1999.

87. A continuación figuran algunas de las medidas necesarias para incorporar una perspectiva de género en las políticas, los programas y las actividades:

1. Es necesario seguir desarrollando y fortaleciendo el planteamiento basado en los derechos para las políticas y programas sobre población y desarrollo, y se debe incorporar la educación sobre derechos humanos en los procesos educativos estructurados y no estructurados.
2. Se deberían adoptar medidas para eliminar las prácticas y actitudes negativas tradicionales, religiosas y culturales existentes que subyugan a la mujer y refuerzan las desigualdades por motivos de género.
3. Se deberían fortalecer una perspectiva de género en los procesos de formulación de políticas y ejecución de programas y en la prestación de servicios.
4. Se deberían adoptar medidas de alivio para luchar contra las consecuencias diferentes en función del sexo de la mundialización de la economía y la privatización de los sectores social y de salud, especialmente para los pobres.
5. Se debería velar por que en todos los sistemas de datos e información figuren datos desglosados por sexo para traducir las políticas en estrategias que aborden las cuestiones de género y elaborar indicadores pertinentes de las repercusiones en función del género para supervisar los progresos.
6. Se deberían abordar las necesidades de salud reproductiva de las personas de edad mediante la elaboración de programas especiales, servicios y mecanismos institucionales que atiendan las necesidades de los hombres y las mujeres en pie de igualdad. Asimismo, deben considerarse las necesidades de otros grupos, como los discapacitados, las comunidades inmigrantes, los refugiados y los desplazados.
7. Los gobiernos y el sector privado deberían adoptar todas las medidas necesarias para eliminar completamente las diferencias por razones de género y las desigualdades relacionadas con la participación de la mujer en el mercado de trabajo. Se deben elaborar y poner en vigor políticas y leyes para lograr la igualdad de remuneración por trabajo de igual valor.

B. Medidas recomendadas sobre género, población y desarrollo

88. A continuación se señalan las medidas recomendadas para promover la igualdad de género en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General para examinar la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo al cabo de cinco años (CIPD+5).

1. Se debería fortalecer la capacidad institucional y los conocimientos técnicos de los funcionarios gubernamentales y de la sociedad civil,

especialmente de las organizaciones no gubernamentales para promover la incorporación de las cuestiones de género.

2. Se debería promover en los niños la toma de conciencia sobre las cuestiones de género como medida crucial para eliminar la discriminación contra la mujer. Se debe hacer cumplir la escolarización de las niñas para asegurar la habilitación de la mujer en las generaciones futuras.

3. Se debería acelerar la participación de la mujer en los planos políticos y en todos los niveles de adopción de políticas y decisiones, incluidos los de reforma financiera y prevención y solución de los conflictos.

4. La familia es una fuerza poderosa para moldear la vida de la mujer. Se deben elaborar estrategias para promover la igualdad de género en el plano familiar. También es importante considerar a la familia como una unidad de análisis para supervisar el progreso.

5. Todos los países deben ratificar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como su Protocolo Facultativo y eliminar las reservas que aún existan. Es necesario establecer marcos jurídicos para proteger los derechos humanos de la mujer.

6. Los medios de difusión, los parlamentarios y otras entidades similares deben adoptar y fortalecer estrategias para hacer frente a las actitudes negativas con respecto a la mujer y ayudar a realzar el valor de la mujer en la sociedad.

7. Se debería instar a que no se tolere ninguna forma de violencia contra la mujer y el niño, incluidas la violación, el incesto, la violencia sexual y la trata de mujeres.

8. Se debería proteger a la niña, en particular de las prácticas perjudiciales, y promover su acceso a la salud, la educación y las oportunidades de vida. Se debe mejorar y apoyar la función de la familia para salvaguardar el bienestar de la niña.

9. Deberían adoptarse medidas para promover una imagen positiva y la autoestima de la niña y la mujer mediante estrategias de información, educación y comunicación. Se debería emprender una reforma de los programas de estudios para velar por la eliminación de los estereotipos de género de todos los materiales de enseñanza y capacitación y, en su lugar, se debería promover la responsabilidad del varón y su colaboración con la mujer.

10. Se deberían abordar las necesidades de los hombres en materia de salud reproductiva y sexual y apoyarlos para que asuman la responsabilidad de su propio comportamiento sexual.

11. Todos los dirigentes en los más altos niveles de adopción de políticas y decisiones deberían apoyar la igualdad de género, la habilitación de la mujer y la protección de la niña.

Notas

- ¹ *Informe de la encuesta sobre el terreno del FNUAP, 1998: Progresos en la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (FNUAP, Nueva York, enero de 1999).
- ² Véase *el Informe de la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz, Nairobi, 15 a 26 de julio de 1985* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.85.IV.10), cap. I, Secc. A.
- ³ Véase *el Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro, 3 a 14 de junio de 1992, vol. I, resoluciones aprobadas por la Conferencia* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.93.I.8 y correcciones), anexos I y II de la resolución 1.
- ⁴ Véase A/CONF.157/24 (Part I), cap. III.
- ⁵ *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo.
- ⁶ Véase *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.96.IV.13), cap. I, anexos I y II de la resolución 1.
- ⁷ *Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo cuarto período de sesiones, Suplemento No. 38 (A/54/38/Rev.1)*, Primera Parte, cap. I, secc. A.
- ⁸ Resolución 34/180 de la Asamblea General, anexo.
- ⁹ Véase *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 1999, Suplemento No. 7 (E/1999/27)*, cap. I, secc. A.
- ¹⁰ Véase *Estudio Mundial sobre el Papel de la Mujer en el Desarrollo, 1999: Mundialización, Género y Trabajo* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.99.IV.8).
- ¹¹ *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.96.IV.13), cap. I, anexo II de la resolución 1.
- ¹² *La salud de la mujer: Hacia un mundo mejor*, Informe de la primera reunión de la Comisión Mundial sobre la Salud de la Mujer (Ginebra, OMS, 1994).
- ¹³ ONUSIDA, "AIDS epidemic update", diciembre de 1999.
- ¹⁴ R. Petchesky y K. Judd, eds., *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures* (Londres, Zed Books, 1998).
- ¹⁵ ONUSIDA, comunicado de prensa, 23 de noviembre de 1999.
- ¹⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Informe Anual del UNICEF, 1999* (Nueva York, UNICEF, 1999).
- ¹⁷ Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población (UIECP), Comité sobre el Género y la Población, *Men, Family Formation and Reproduction* (Lieja, Bélgica, UIECP, mayo de 1998).
- ¹⁸ Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Estado de la Población Mundial, 1997: El Derecho a Optar: Derechos de procreación y salud de la reproducción* (Nueva York, FNUAP, 1997).
- ¹⁹ *Ibíd.*, cap. 3.
- ²⁰ Véase Deborah Meacham, "Go girls! Young women claim their health rights and needs", *Women's Health Journal*, julio de 1998, págs. 29 a 36.

²¹ Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), *A Commitment to the World's Women: Perspectives on Development for Beijing and Beyond* (UNIFEM, 1995).

²² *Risks, Rights and Reforms: A 50-Country Survey Assessing Government Actions Five Years after the International Conference on Population and Development* (Nueva York, Organización de Mujeres para el Medio Ambiente y Desarrollo, marzo de 1999).

²³ *Ibíd.*
