

GUÍA DE PROGRAMACIÓN

**PROMOVER LA IGUALDAD DE
GÉNERO EN LA SALUD SEXUAL,
REPRODUCTIVA, MATERNA,
NEONATAL, INFANTIL Y
ADOLESCENTE**



© 2019 ONU Mujeres.

Todos los derechos reservados.

Las opiniones, la investigación y los análisis presentados en esta publicación pertenecen a la(s) autora(s) y no necesariamente representan los de ONU Mujeres, las Naciones Unidas ni sus organizaciones afiliadas.

Diseño: Phoenix Design Aid A/S

Infografía: Melanie Doherty Design y Soapbox

Editoras: Margo Alderton y Aida Olkkonen

Traducción: Ana Cizmich

GUÍA DE PROGRAMACIÓN
PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO
EN LA SALUD SEXUAL,
REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL,
INFANTIL Y ADOLESCENTE



SECCIÓN LIDERAZGO Y GOBERNANZA
ONU MUJERES
Junio de 2019

AGRADECIMIENTOS

La guía de programación fue elaborada por un equipo encabezado por Nazneen Damji (ONU Mujeres) e integrado por la redactora principal, Kathy Pullen, con el apoyo de Debbie Gray, Apala Guhathakurta y Kebedech Ambaye Nigussie. La revisión bibliográfica y los estudios de casos estuvieron a cargo de Jill Gay y Melanie Croce-Galis (What Works Association). La guía se enriqueció con comentarios recibidos en consultas a nivel mundial, regional y nacional. Agradecemos las profundas reflexiones compartidas durante consultas realizadas en Etiopía, Sierra Leona y Kenya. Merecen nuestro especial reconocimiento todos los participantes —gobierno, ONG y socios de la ONU, en particular el personal de ONU Mujeres en las oficinas regionales y en los países— cuyos significativos aportes ayudaron a dar forma a este manual.

Asimismo, agradecemos las valiosas contribuciones de los socios de la alianza H6 (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, OMS y el Banco Mundial) y representantes de las agencias de la ONU al marco

conceptual. En orden alfabético: Sheilla Akwara, Avni Amin, Tesmerelna Atsbeha, Neelam Bhardwaj, Sevati Bondanza, Venkatraman Chandra-Mouli, Kim Dickson, Katja Isaksen, Rajat Khosla, Elena Kudravnseva, Laura Laski, Patricia Machawira, Alice Saili, Victoria Saint, Leyla Sharafi y Dirk Van Hove.

Extendemos nuestra gratitud a todas las expertas, socias y colaboradoras por compartir sus afinados puntos de vista: Hilda Alberda, Maria Jose Alcalá, Rebecca Brown, Andrea Cornwall, Ejeris Dickson, Anastasia J. Gage, Karen Hardee, Tamil Kendall, Sarah Kennell, Shannon Kowalski, Katherine Mayall, Katia Mohindra, Kate Ramsey, Kavita Singh Ongechi y Heran Abebe Tadesse.

Por último, nuestro reconocimiento a Margo Alderton y Aida Olkkonen por la edición, a Jen Ross por la corrección del original en inglés, a Melanie Doherty Design y Soapbox por desarrollar la infografía, así como a Phoenix Design Aid por el diseño y la impresión.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos	ONG	Organización no gubernamental
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	ONU	Organización de las Naciones Unidas
A/MGF	Ablación/mutilación genital femenina	ONU Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
CCBRT	Comprehensive Community-Based Rehabilitation in Tanzania (Organización)	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	RCEV	Registro civil y estadísticas vitales
DMI	Diálogo entre múltiples interesados	SRMNIA	Salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente
SDSR	Salud y derechos sexuales y reproductivos	SSRMNIA	Salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente
EDS	Encuestas demográficas y de salud	SSR	Salud sexual y reproductiva
EPU	Examen periódico universal	TMC	Transferencia monetaria condicionada
ESI	Educación sexual integral	UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
EWEC	Todas las mujeres todos los niños	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
GINA	Nutrición y agricultura con perspectiva de género (Alianza)	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
GREAT	Roles del género, igualdad y transformación (Proyecto)	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
ICW	Comunidad internacional de mujeres viviendo con VIH/SIDA	VDP	Violencia de pareja
ITS	Infecciones de transmisión sexual	VG	Violencia de género
MHM	Manejo de la higiene menstrual	VRMM	Vigilancia y respuesta a la mortalidad materna (Sistemas)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio	WASH	Agua, saneamiento e higiene
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible		
OMS	Organización Mundial de la Salud		

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	4	4.1 Fundamentos para el marco de acción	23
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	5	4.2 El marco de acción en detalle	23
INTRODUCCIÓN	7	4.3 El marco de acción en la práctica: estudios de casos programáticos	36
Contexto	7	5. ACCIÓN MULTISECTORIAL PARA ABORDAR LA DESIGUALDAD DE GÉNERO COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL, INFANTIL Y ADOLESCENTE	55
Acerca de la guía de programación	9	5.1 La función esencial de las intervenciones en sectores no sanitarios	55
Uso y público destinatario	10	5.2 Fortalecimiento de la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores	56
PARTE 1: COMPRENDER CÓMO LA DESIGUALDAD DE GÉNERO INFLUYE EN LA SALUD DE LAS MUJERES	11	5.3 ¿Qué está funcionando? Estudio de casos en distintos sectores y áreas geográficas	57
1. EL GÉNERO COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL, INFANTIL Y ADOLESCENTE	12	6. PERSPECTIVAS Y MEDIDAS PARA LA PROGRAMACIÓN FUTURA	69
1.1 La influencia del sexo frente al género en los resultados de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente	12	6.1 Características de los programas que mejoran tanto la igualdad de género como los resultados de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente	69
1.2 El género como relación de poder y promotor de la desigualdad en la salud	15	6.2 Listas de control para guiar la aplicación práctica del marco de acción	72
2. CÓMO AFECTA LA DESIGUALDAD DE GÉNERO A LA PLANIFICACIÓN, LA PRESTACIÓN Y EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	16	ANEXOS	79
3. IGUALDAD DE GÉNERO, LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y EL DERECHO A LA SALUD	19	Anexo 1. Glosario	79
3.1 Asegurar el empoderamiento de las mujeres	21	Anexo 2. Mecanismos e instrumentos internacionales sobre derechos humanos correspondientes a la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes	82
PARTE DOS: CÓMO PRESTAR MAYOR ATENCIÓN A LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER	22	Anexo 3. Ejemplos de indicadores de género para la programación en salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente	90
4. FORTALECER LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LA SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL, INFANTIL Y ADOLESCENTE: UN MARCO DE ACCIÓN	23	Anexo 4. Orientaciones de programación relacionada	92
		NOTAS	94
		REFERENCIAS	100

INTRODUCCIÓN

Contexto

En 2010, el Secretario General de las Naciones Unidas puso en marcha la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2010-2015) con el fin de acelerar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 (Reducir la mortalidad infantil) y 5 (Mejorar la salud materna). Esto dio lugar al lanzamiento del movimiento «Todas las mujeres, todos los niños» (EWEC, por sus siglas en inglés) para poner en práctica la Estrategia Mundial. La alianza H4+ apoyó el liderazgo y la ejecución de la Estrategia en los distintos países. Más tarde se amplió y se convirtió en la alianza H6, integrada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

En las últimas décadas se han visto enormes avances en la salud de las mujeres, adolescentes, niños y niñas. Entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna disminuyó un 45 % y el índice de mortalidad de menores de cinco años se redujo a menos de la mitad, descendiendo de 90 a 43 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.¹ Sin embargo, a pesar del admirable progreso, los beneficios han sido desparejos, con variaciones en los servicios sanitarios y los resultados tanto dentro de los países como entre ellos. En 2015, más de 303.000 mujeres murieron por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. El 99 % de todas las muertes maternas ocurrieron en países en desarrollo.² Las adolescentes y las niñas son más susceptibles a sufrir complicaciones y a morir como resultado del embarazo que las mujeres adultas. El riesgo de mortalidad materna es más elevado entre las adolescentes menores de 15 años.³ El nivel de falta de acceso a anticonceptivos modernos continúa siendo inaceptable. Se estima que 214 millones de mujeres en edad reproductiva en las regiones en desarrollo no pueden cubrir su necesidad de métodos anticonceptivos modernos.⁴ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 5,46 millones de niños y niñas menores de cinco años murieron en 2017. La mayoría de

las muertes ocurrieron en países de bajos ingresos: la tasa de mortalidad de menores de cinco años fue casi 14 veces más elevada en países de bajos ingresos (69 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) que en países de altos ingresos (cinco muertes por cada 1.000 nacidos vivos).⁵

En la transición hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Secretario General de las Naciones Unidas puso en marcha la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) para completar el trabajo pendiente de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véanse las metas de la Estrategia Mundial en el **Cuadro 1**). La alianza H6 continúa apoyando el liderazgo y las acciones nacionales relacionadas con la Estrategia (**Cuadro 2**).

Más amplia y ambiciosa que la anterior, la Estrategia Mundial actualizada presta una mayor atención a los adolescentes y a aquellos que viven en contextos frágiles y de emergencia humanitaria. También hace hincapié en la importancia de abordar los factores determinantes de la SSRMNIA, entre ellos, la igualdad de género. La estrategia destaca que la discriminación contra las mujeres tiene consecuencias negativas para su salud a lo largo de toda su vida así como para la salud de sus familias.⁶

El enfoque de la SSRMNIA desde el punto de vista del ciclo de vida reconoce al género como un determinante clave de la salud y bienestar de las mujeres y se centra en el hecho de que las necesidades de éstas varían en las distintas etapas de su vida. La aplicación de un enfoque de ciclo de vida en la salud de las mujeres también reconoce que sexo y género se combinan con determinantes sociales y ambientales de la salud para influir en la acumulación de riesgos y beneficios a lo largo de la vida. De esta forma, se reconoce explícitamente que la desigualdad de género es un determinante importante de los resultados de salud, y que las mujeres y las niñas suelen estar en desventaja desde el punto de vista social. Las mujeres, niñas, niños y adolescentes que sufren discriminación por razón de su sexo, identidad de género, expresión de género u orientación sexual no tienen igual acceso ni uso de los servicios y recursos sanitarios.

CUADRO 1

Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)

La estrategia mundial ofrece una hoja de ruta para poner fin a las muertes prevenibles de mujeres, niños, niñas y adolescentes para 2030 y ayudarlos a alcanzar su potencial y ejercer sus derechos en lo que concierne a la salud y el bienestar en todos los contextos. La estrategia mundial tiene tres objetivos: sobrevivir (poner fin a la mortalidad prevenible), prosperar (lograr la salud y el bienestar), y transformar (expandir los entornos favorables). Estos objetivos están alineados con 17 metas de nueve de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre ellos: ODS 3 sobre salud; ODS 5 sobre igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y niñas; y otros ODS relativos a los determinantes políticos, sociales, económicos y ambientales de la salud y el desarrollo sostenible. El compromiso con la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres es un objetivo y a la vez una condición para alcanzar los ODS.

SOBREVIVIR

Poner fin a la mortalidad prevenible

- Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por 100.000 nacidos vivos (ODS 3.1)
- Reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos en todos los países (ODS 3.2)
- Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años por lo menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos (ODS 3.2)
- Poner fin a las Epidemias del VIH, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas y otras enfermedades transmisibles (ODS 3.3)
- Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud mental y el bienestar (ODS 3.4)

PROSPERAR

Lograr la salud y el bienestar

- Poner fin a todas las formas de malnutrición y abordar las necesidades de nutrición de los niños y las niñas, las Adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes (ODS 2.2)
- Garantizar los derechos reproductivos y el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (incluidos los de planificación familiar) (ODS 3.7 y 5.6)
- Asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo de calidad en la primera infancia (ODS 4.2)
- Reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por la contaminación (ODS 3.9)
- Lograr cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros y el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y a medicamentos y vacunas (ODS 3.8)

TRANSFORMAR

Ampliar los entornos favorables

- Erradicar la pobreza extrema (ODS 1.1)
- Asegurar que todas las niñas y todos los niños terminen la enseñanza primaria y secundaria (ODS 4.1)
- Poner fin a todas las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas (ODS 5.2 y ODS 5.3)
- Lograr acceso universal al agua potable a un precio asequible y a servicios de saneamiento e higiene (ODS 6.1 y ODS 6.2)
- Mejorar la investigación científica, modernizar la capacidad tecnológica y fomentar la innovación (ODS 8.2)
- Proporcionar identidad jurídica para todos, incluida la inscripción de nacimientos (ODS 16.9 y 17.19)
- Mejorar la alianza mundial para el desarrollo sostenible (ODS 17.16)

Fuentes: *Todas las Mujeres Todos los Niños (2015) Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Ginebra: OMS

Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/

CUADRO 2

La alianza H6

La alianza H6 reúne todas las fortalezas de ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres, OMS y el Banco Mundial para ayudar a los países más afectados a mejorar la sobrevivencia, la salud y el bienestar de cada mujer, recién nacido/a, niño/a y adolescente. Funciona como el brazo técnico del movimiento Todas las Mujeres Todos los Niños prestando apoyo técnico coordinado a los países para ejecutar las acciones y recomendaciones de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) y alcanzar las metas de los ODS pertinentes, incluido el ODS 3 sobre salud y el ODS 5 sobre igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y las niñas.

Los esfuerzos de la alianza se dirigen a colaborar con los países brindándoles apoyo técnico, asistencia en el fortalecimiento de capacidades y asesoramiento en políticas; datos e información estratégica para identificar flaquezas, obtener rendimiento de las inversiones y priorizar respuestas; y también apoyo para potenciar las inversiones y reunir a las partes interesadas en las acciones referentes a la salud de las mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Tanto la estrategia mundial como los ODS hacen hincapié en la necesidad de promover alianzas y acciones multisectoriales. Eliminar la discriminación en los ámbitos de atención sanitaria —y asegurar que las mujeres, las adolescentes y las niñas conozcan sus derechos y puedan exigir servicios libres de estigma y discriminación— es fundamental para mantener los derechos humanos al nivel más alto que se pueda alcanzar en salud, de conformidad con las leyes internacionales. Al mismo tiempo, aproximadamente un 50 % de los logros obtenidos en la salud de las mujeres, niñas/os y adolescentes son producto de las inversiones realizadas fuera del sector salud,⁷ en particular a través de esfuerzos realizados en educación, nutrición, agua y saneamiento, tecnología y medio ambiente.⁸ Estos

esfuerzos multisectoriales para abordar los determinantes de la salud son especialmente importantes para reducir las desigualdades y crear entornos más saludables.⁹ Incluyen acciones en varios sectores específicos (como salud, educación, agua y saneamiento, medio ambiente, nutrición) así como acciones conjuntas entre sectores (por ejemplo, entre los sectores salud y educación, y entre los sectores medio ambiente y agua y saneamiento). Al abordar de esta forma los determinantes de la salud —incluida la desigualdad de género— las intervenciones en otros sectores, además del de la salud, deben considerarse esenciales para las estrategias nacionales sobre la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Acerca de la guía de programación

Habida cuenta del impacto de la desigualdad de género sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas, así como sobre la salud de las mujeres y sus hijos e hijas, es imprescindible que quienes formulan las políticas, profesionales de la salud y organizaciones comunitarias cuenten con orientación práctica y herramientas para comprender la influencia del género sobre la SSRMNIA y cómo integrar eficazmente la igualdad de género en la programación. Esta guía pretende llenar el vacío observado con respecto a este tipo de orientación.

Propósito

La guía representa un importante recurso para complementar y expandir la orientación y las herramientas existentes para fortalecer la igualdad de género y mejorar los resultados de salud de las mujeres, niñas, niños y adolescentes. Ha sido diseñada para ayudar a los/las usuarios/as con lo siguiente:

- comprender cómo y por qué la desigualdad de género es un determinante clave de la SSRMNIA;
- conocer distintos tipos de intervenciones para abordar las desigualdades de género como principal causa de resultados deficientes de SSRMNIA,

proporcionando ejemplos fundamentados en la evidencia;

- Identificar acciones para apoyar intervenciones basadas en los derechos humanos y sensibles al género con el fin de mejorar la igualdad de género y los resultados de la SSRMNIA para las mujeres, niñas y adolescentes.

La guía ha sido desarrollada con la finalidad de difundir conocimientos sobre la influencia de las desigualdades de género en la salud de las mujeres y ofrecer ideas para subsanarlas en el contexto de la SSRMNIA. Se centra en el género como un determinante de la salud y analiza cómo las normas, actitudes y prácticas de género desiguales pueden afectar los comportamientos de las mujeres y el ejercicio de sus derechos en lo que refiere a su salud. Propone que la demanda de servicios sanitarios está determinada a nivel de cada persona, pero también por otros miembros del hogar, contactos sociales, comunidades así como políticas y normas sociales más amplias y estructurales.¹⁰

Metodología

El marco conceptual para promover la igualdad de género en la SSRMNIA fue desarrollado tras realizar una revisión de los documentos de programas, enfoques y políticas. Se basa en los marcos conceptuales existentes, específicamente el Modelo Social Ecológico (véase el **Anexo 1**) para las intervenciones en salud, y está alineado con la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Considera los aportes obtenidos en consultas con grupos de

expertos, entre ellas una consulta virtual a nivel mundial, así como consultas en el marco de las reuniones multinacionales de los socios del H6 en Camerún, Kenya y Burkina Faso (2015-2016). La guía se benefició de consultas nacionales en Etiopía, Kenya, Sierra Leona y Liberia en 2017 para completar el marco y la guía de programación.

Uso y público destinatario

El público destinatario de esta guía incluye:

- responsables de formular políticas, gestionar programas y profesionales del sector salud con influencia sobre la prestación de servicios sanitarios y los resultados de la SSRMNIA;
- responsables de formular políticas, gestionar programas y profesionales de otros sectores, por ejemplo género, planificación y educación, cuyas actividades contribuyen a lograr los resultados de SSRMNIA;
- organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales y organizaciones comunitarias;
- redes y organizaciones de mujeres que defienden la igualdad de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos;
- agencias y programas de las Naciones Unidas que asisten a los países en la implementación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030).



COMPRENDER CÓMO
LA DESIGUALDAD DE
GÉNERO INFLUYE EN LA
SALUD DE LAS MUJERES

1. EL GÉNERO COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL, INFANTIL Y ADOLESCENTE

1.1 La influencia del sexo frente al género en los resultados de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente

Tanto el sexo como el género influyen en la salud. El sexo se refiere a las diferencias biológicas y fisiológicas entre hombres y mujeres, tales como los órganos reproductivos, los cromosomas y las hormonas. Por el contrario, el género pone énfasis en los roles, comportamientos y atributos construidos socialmente, que una sociedad determinada considera apropiados para hombres y mujeres y que, a su vez, afectan cómo las personas viven, trabajan y se relacionan entre ellas en todos los niveles, incluso en lo que respecta a su salud.¹¹

Algunas condiciones de la salud son determinadas principalmente por las diferencias biológicas del sexo. Otras son el resultado de los roles de género que las sociedades imponen a mujeres y hombres, respaldadas por las normas sobre masculinidad y feminidad y las relaciones de poder que confieren privilegios a los hombres, pero afectan negativamente la salud tanto de mujeres como de hombres.¹² Sin embargo, muchas condiciones de la salud reflejan una combinación de diferencias biológicas sexuales y determinantes sociales del género. Por ejemplo, las

mujeres embarazadas corren mayor riesgo biológico que los hombres de padecer malaria grave en la mayoría de las áreas endémicas. Al mismo tiempo, los estudios sobre las actividades que aumentan el contacto entre los seres humanos y el vector revelan que la forma en que las mujeres y los hombres pasan su tiempo en los períodos álgidos de picadura de mosquitos los puede poner en riesgo diferencial de contraer malaria.¹³

En el contexto de la SSRMNIA, los factores biológicos sexuales interactúan con desigualdades basadas en factores de género, edad, ingreso, raza, discapacidad, etnia, clase y medio ambiente para determinar la exposición a los riesgos sanitarios, las experiencias de enfermedades, el acceso a servicios sanitarios y los resultados de salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes. Por ejemplo, estudios en Asia meridional han registrado un aumento del riesgo de mortalidad neonatal entre las niñas, a pesar de que cuentan con ventajas de sobrevivencia biológica en etapas tempranas.¹⁴ La literatura existente ha señalado las preferencias de género y las diferencias en comportamientos de búsqueda de atención como explicación de esta inversión del riesgo. Los informes sobre desequilibrio entre sexos en los países, tales como datos de censos de la India, por ejemplo, revelan un desequilibrio en la proporción de sexos en la infancia. Tales disparidades casi siempre reflejan una preferencia por los hijos varones.¹⁵ Las características

biológicas de las mujeres y las niñas en combinación con las desigualdades de género aumentan su vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH. Entre los adolescentes, las niñas son más vulnerables que los niños a las ITS y al VIH debido a una desventaja biológica que hace más probable que ocurra abrasión y desgarro del tracto reproductivo inmaduro, especialmente durante su primer encuentro sexual. Lo mismo sucede con las mujeres adultas, quienes están en mayor riesgo fisiológico que los hombres de contraer el VIH a causa de las desventajas biológicas de la anatomía reproductiva femenina. Sin

embargo, la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH no puede explicarse solo en términos biológicos. Los estudios también muestran que las manifestaciones de desigualdad de género, tales como la violencia de género (VG) y las normas de género nocivas ponen a la mujer en mayor riesgo de contraer el VIH (véase el **Cuadro 3**). En muchas sociedades, las normas y actitudes asociadas al género incentivan a los hombres a ser sexualmente activos y tener relaciones sexuales con varias parejas en forma simultánea, mientras que se espera que las mujeres sean monógamas y sexualmente pasivas.

CUADRO 3

La violencia contra las mujeres y las niñas y resultados de SSRMNIA deficientes

La violencia contra las mujeres es una de las manifestaciones más extremas y nocivas de desigualdad de género, es una grave violación de los derechos humanos y afecta negativamente la salud de las mujeres y las niñas. La violencia contra las mujeres y las niñas impide su acceso a información y a los servicios de SSRMNIA, limita la capacidad de las mujeres y las adolescentes de ejercer sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva y tiene como consecuencia resultados de SSRMNIA deficientes. Algunas de las señales más tangibles de violencia contra las mujeres y las niñas —incluida la violencia de pareja (VDP); violencia sexual y prácticas nocivas tales como la ablación o mutilación genital femenina (A/MGF); y el matrimonio infantil y forzado— se manifiestan no solo en resultados de SSRMNIA deficientes, sino que también serán deficientes los resultados en materia de igualdad de género y de desarrollo en sentido más amplio.¹⁶ Combatir la violencia contra las mujeres y las niñas ha sido identificada en todo el mundo como una importante prioridad para mejorar la salud de mujeres, niñas/os y adolescentes. La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) reafirma que la violencia y las prácticas nocivas no son solo un problema crítico de la salud sino también un problema de derechos y desarrollo humanos que no puede ser ignorado.

Un problema mundial

- Se estima que el 35 % de las mujeres en todo el mundo en algún momento de su vida ha sufrido violencia física y/o sexual infligida por su pareja o violencia sexual por alguien que no era su pareja.¹⁷

- Alrededor de 120 millones de niñas en todo el mundo (poco más de 1 en 10) han sido forzadas a mantener relaciones sexuales o realizar otros actos sexuales en algún momento de sus vidas.¹⁸
- Al menos 200 millones de mujeres y niñas vivas actualmente en 30 países han sido sometidas a A/MGF.¹⁹
- A nivel mundial, el 21 % de las mujeres jóvenes (que en la actualidad tienen entre 20 y 24 años) contrajeron matrimonio siendo niñas y aproximadamente 650 millones de mujeres y niñas contrajeron matrimonio antes de los 18 años de edad.²⁰

Impacto sobre la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y adolescentes

- La violencia o el temor a la violencia pueden impedir que las mujeres busquen atención médica. Un estudio concluyó que había más del doble de probabilidades de que las mujeres que habían sufrido VDP se abstuvieran de buscar atención médica en comparación con las mujeres que no habían sufrido VDP.²¹
- Formas de violencia como la A/MGF y los matrimonios infantiles, precoces y forzados constituyen violaciones graves de los derechos humanos, que afectan el derecho de niñas, adolescentes y mujeres a la salud. Esas formas de violencia también están asociadas a resultados deficientes en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, las mujeres y sus hijos e hijas.

CUADRO 3 (CONTINUACIÓN)

La violencia contra las mujeres y niñas y resultados de SSRMNIA deficientes

- Las mujeres que han sufrido A/MGF están expuestas a riesgos de salud a largo y corto plazo, tales como infecciones crónicas, problemas menstruales, mayor riesgo de contraer el VIH y complicaciones relacionadas con su salud sexual.²²
- A nivel mundial, las complicaciones durante el embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes (15 a 19 años).²³

Impacto sobre la planificación familiar

- Numerosos estudios han demostrado que las mujeres pueden abstenerse de usar anticonceptivos o preservativos por temor a una posible reacción violenta de su pareja.²⁴
- La violencia limita el acceso de las mujeres a la planificación familiar que se estima tiene el potencial de disminuir la mortalidad materna en un 20 a 35 % debido a que reduce la exposición de las mujeres a los riesgos de salud relacionados con el embarazo.²⁵
- Con frecuencia, las mujeres que sufren VDP no tienen la posibilidad de elegir cuándo tener relaciones sexuales, insistir en el uso de métodos anticonceptivos, o utilizarlos eficaz y regularmente.²⁶

Impacto sobre la capacidad de protegerse contra las ITS, incluido el VIH

- En algunas regiones, las mujeres que han sido físicamente abusadas son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH que las mujeres que no han sufrido VDP. Estudios de gran escala también han concluido que la violencia aumenta el riesgo de contraer ITS.²⁷

Impacto sobre la salud materna y neonatal

- La VDP durante el embarazo aumenta la probabilidad de que ocurra un aborto espontáneo, que el bebé nazca muerto, un parto prematuro y bajo peso al nacer.²⁸
- Las adolescentes son más propensas a padecer una fístula obstétrica debido a que dan a luz antes de que la pelvis esté completamente desarrollada.²⁹

Impacto sobre la salud infantil

- La VDP está asociada con tasas más elevadas de mortalidad y morbilidad neonatal e infantil (como la enfermedad diarreica o la malnutrición). Por ejemplo, se ha observado que la exposición materna a la VDP aumenta sustancialmente el riesgo de que el niño o la niña sufra un trastorno del crecimiento.³⁰
- Los menores expuestos a violencia son más propensos a perpetrar violencia más adelante en su vida.³¹
- Cerca de la mitad de las niñas (entre 15 y 19 años) en todo el mundo (alrededor de 126 millones) creen que a veces se justifica que un marido maltrate o golpee a su esposa.³²

Estos ejemplos demuestran que incluso en el área de la salud (donde el cuerpo es el eje), la biología no es sinónimo de destino.³³ Sexo y sociedad, naturaleza y crianza, genética y entorno interactúan de maneras complejas para condicionar los resultados de SSRMNIA. Alcanzar la igualdad de género en la salud significa que —independientemente del sexo biológico— las mujeres y los hombres tengan las mismas oportunidades a lo largo de su vida de gozar plenamente de sus derechos y explotar al máximo su potencial de ser sanos, contribuir a un desarrollo saludable y beneficiarse de los resultados.

1.2 El género como relación de poder y promotor de la desigualdad en la salud

Los resultados de SSRMNIA están influenciados por las condiciones en las que nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos, por nuestra edad y por la distribución del poder, el dinero y los recursos que afectan estas condiciones. Se conocen como los determinantes sociales de la salud.³⁴ Estos determinantes influyen en la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, quienes suelen sufrir discriminación y acceso desigual a los recursos y al ejercicio de sus derechos. Estos factores causan desigualdades en la salud, influyen sobre el acceso y la cobertura de las intervenciones sanitarias esenciales y afectan directamente la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, tanto dentro de los países como entre estos.

Las relaciones de género son las relaciones sociales entre hombres y mujeres así como al interior de cada uno de estos colectivos. Pueden determinar jerarquías entre grupos basadas en normas y pueden contribuir a relaciones de poder desiguales. El poder en las relaciones de género constituye el origen de la desigualdad entre hombres y mujeres y se encuentra entre los determinantes sociales con mayor influencia en la salud.³⁵ Opera a través de muchas dimensiones de la vida y determina si se reconocen las necesidades de las personas, hasta qué punto éstas pueden opinar y controlar sus vidas y su salud, y si pueden gozar de sus derechos.³⁶ Como relación de poder, el género influye sobre la vulnerabilidad a los problemas de salud, la toma de decisiones en el hogar y la búsqueda de una vida sana, el acceso y uso de los servicios de salud, el diseño y uso de productos y tecnología sanitaria (tales como los productos básicos de SSRMNIA), la naturaleza de la fuerza laboral sanitaria, las implicaciones de la financiación de la salud, qué datos se recopilan y cómo se gestionan, y cómo se desarrollan e implementan las políticas y los programas de salud.³⁷

Las manifestaciones de la desigualdad de género (tales como el acceso diferencial a educación y servicios de salud, matrimonios forzados y precoces, participación en el mercado laboral y remuneración desiguales, y violencia contra las mujeres, los niños y las niñas) contribuyen en gran medida a la mortalidad materna e infantil.³⁸ A pesar de los avances logrados a nivel mundial en salud materna y neonatal, las desigualdades de género continúan influyendo los resultados de SSRMNIA de varias maneras. Por ejemplo, en todo el mundo, una de cada cuatro mujeres sufre violencia física o sexual durante el embarazo.³⁹ Este tipo de violencia provoca una serie de resultados adversos en la salud de las mujeres y sus niños/as, entre ellos, aborto espontáneo, depresión y postergación de la atención prenatal.⁴⁰

En contrapartida, existen numerosas vías por las cuales una mayor igualdad de género puede lograr mejoras en la salud y la calidad de vida de las mujeres y sus familias. Las mujeres con mayor capacidad de acción tienden a tener menos hijos/as, es más probable que accedan a servicios médicos y tengan control sobre los recursos sanitarios, y es menos probable que sufran violencia doméstica.⁴¹ Sus hijos/as tienen más probabilidades de sobrevivencia, de recibir mejores cuidados en el hogar y mejor atención sanitaria cuando la necesiten.⁴² El hecho de lograr mejores resultados de salud en las mujeres y las adolescentes también puede contribuir a fortalecer su propia capacidad de acción y empoderamiento. Las mujeres y las niñas sanas pueden participar más activamente en la sociedad y realizar acciones colectivas para defender sus intereses, tal como exigir servicios sanitarios sensibles al género y basados en sus derechos. Los entornos favorables para la igualdad de género también están asociados con una mejor salud y resultados sociales más amplios.⁴³

2. CÓMO AFECTA LA DESIGUALDAD DE GÉNERO A LA PLANIFICACIÓN, LA PRESTACIÓN Y EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Dentro del sector salud, los resultados de SSRMNIA están influenciados tanto por la oferta de información y servicios de salud como por la demanda de esos servicios.⁴⁴ Las intervenciones de SSRMNIA a nivel de la oferta generalmente se centran en los elementos básicos⁴⁵ del sistema de salud que propone la OMS para mejorar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de SSRMNIA. Las intervenciones a nivel de la demanda apuntan a promover conductas saludables y la búsqueda de atención sanitaria adecuada proporcionando información a individuos y grupos a través de la movilización comunitaria y el uso de incentivos financieros.⁴⁶

La igualdad de género influye tanto sobre la oferta como la demanda de información y servicios de SSRMNIA. Como se describe en la **Figura 1**, las intervenciones a nivel de la oferta buscan asegurar la existencia de servicios aceptables de SSRMNIA disponibles y accesibles para las mujeres y las niñas, mientras que las intervenciones a nivel de la demanda mejoran el acceso de mujeres y niñas al conocimiento y su capacidad para solicitar y hacer uso de dichos servicios. No obstante, las políticas y programas que influyen en la SSRMNIA con frecuencia omiten tomar en cuenta el género. En los casos en que éste es tomado en cuenta con frecuencia se limitan a enfocarse únicamente en la mujer y no van más allá del desglose de datos por sexo. Ambos enfoques ignoran las relaciones de poder construidas socialmente y

las normas de género que existen entre hombres, mujeres, personas transgénero y otras identidades de género que pueden dar lugar a necesidades, experiencias y resultados de salud notablemente diferentes.⁴⁷ Las políticas, programas y sistemas de salud pueden incluso exacerbar estas desigualdades dependiendo de la forma en la que los sistemas de salud sean conceptualizados, implementados y puestos en marcha.⁴⁸ Esto se debe a que los sistemas de salud no son neutros en lo que se refiere al género, sino que reflejan normas de género y, al hacerlo, pueden reforzar las desigualdades y la discriminación. Lo anterior puede manifestarse, por ejemplo, a través de la discriminación y el abuso vinculados al género, la provisión de cuidados de distinta calidad para mujeres y hombres, diferentes tratamientos en las políticas y planificación de la salud de acuerdo con el género, y ambientes laborales discriminatorios.

La desigualdad de género refleja asimismo la demanda y el uso de la información y los servicios de SSRMNIA. Por ejemplo, investigaciones realizadas en el África subsahariana muestran que la desigualdad de género influye en el comportamiento de la fertilidad, afectando la generación de la demanda de bienes y servicios de planificación familiar.⁴⁹ Las parejas en esta región tienden a tener distintas aspiraciones con relación a la fertilidad. Los hombres prefieren las familias grandes (mayor fertilidad). Empoderar a la mujer en la región del África subsahariana para participar en

FIGURA 1

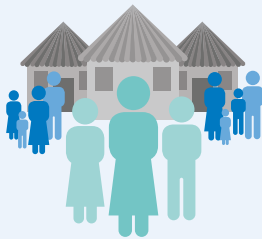
Abordar los factores de la demanda y la oferta para que las mujeres accedan a la SSRMNIA

Demanda

Las personas y las comunidades tienen acceso a los conocimientos y la capacidad para buscar servicios y garantizar sus derechos relacionados con la salud.



Apoyar la demanda de servicios de salud por parte de las mujeres se refiere a la **autonomía e integridad corporal de la mujer en diversos momentos en los que necesita información, servicios y oportunidades** para actuar en función de las decisiones que tome a lo largo de su vida.



La demanda de servicios de salud de las mujeres está determinada no solo por atributos individuales, tales como conocimientos y aptitudes, sino también por las **relaciones con los miembros del hogar, los vínculos sociales, las comunidades, y por políticas y normas sociales y estructurales más amplias.**

Oferta

Prestar servicios de salud de calidad que estén disponibles, sean accesibles y aceptables para las personas y comunidades a las que están dirigidos.



Ofrecer atención gratuita para la salud materna, especialmente en el caso de parto, puede estimular la demanda y dar lugar a un mayor uso de los servicios esenciales.



Eliminar la discriminación en los ámbitos de atención sanitaria y asegurar que las mujeres y las adolescentes conozcan sus derechos y puedan exigir servicios libres de estigma y discriminación es fundamental para proteger sus derechos humanos.

la toma de decisiones a nivel interpersonal y del hogar es, por lo tanto, crucial para lograr una menor fertilidad y, en consecuencia, mejorar la salud materna.⁵⁰ Esto es respaldado por estudios que investigaron la relación entre el empoderamiento de las mujeres y los indicadores de fertilidad, encontrando una asociación positiva entre una mayor agencia femenina y una menor fertilidad, mayores intervalos entre partos y

menores tasas de embarazos no deseados.⁵¹ Éstas y otras investigaciones continúan demostrando que implementar acciones dirigidas a empoderar a las mujeres y niñas para que reclamen y ejerzan sus derechos es una de las formas más directas y poderosas para reducir las desigualdades de salud en general, asegurar el uso efectivo de los recursos sanitarios y mejorar los resultados de SSRMNIA.⁵²

El fortalecimiento de los factores vinculados con la demanda (véase el **Cuadro 4**) contribuye a que las mujeres estén plenamente informadas de sus derechos y sean capaces de recurrir a servicios de SSRMNIA apropiados, no discriminatorios y de calidad. Es por lo tanto crucial abordar las barreras que impiden a las mujeres exigir y ejercer su derecho a la salud. Éstas incluyen abordar desafíos tales como la falta de conocimiento de mujeres y niñas y de educación sobre sus derechos, restricciones económicas, y falta de autonomía o de capacidad para tomar decisiones. Estos factores relacionados con el género afectan la habilidad de mujeres y niñas para actuar por cuenta propia y proteger su salud, incluida la autonomía en la toma de decisiones, el control sobre los ingresos y bienes, y el derecho a vivir libres de violencia y discriminación.

CUADRO 4

¿Qué es la demanda?

Demanda se refiere a la voluntad y capacidad de hombres y mujeres, incluidos los adolescentes de ambos sexos, para utilizar la información, los servicios y los productos básicos de SSRMNIA y/o para adoptar comportamientos saludables.

Factores estructurales, en particular la desigualdad de género y la pobreza, influyen sobre muchos de los obstáculos **vinculados con la demanda** que se oponen a los servicios de SSRMNIA.

La **generación de demanda** se centra en mejorar el conocimiento de los servicios de SSRMNIA y los derechos de las mujeres, niños, niñas y adolescentes para que las personas —especialmente las mujeres y las adolescentes— puedan tomar decisiones informadas sobre el acceso y el uso de estos servicios.

3. IGUALDAD DE GÉNERO, LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y EL DERECHO A LA SALUD

Mediante vías tales como las descritas en la sección anterior, la desigualdad de género impide a mujeres y niñas exigir y ejercer su derecho a la salud, un derecho esencial de los seres humanos (**Cuadro 5**). Todos los seres humanos tienen derechos, independientemente de su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, pertenencia, nacimiento u otra condición.⁵³ A todas las personas les corresponden iguales derechos humanos sin discriminación alguna.

Todos estos derechos están interrelacionados, son interdependientes e indivisibles.⁵⁴ El derecho a la salud está íntimamente relacionado con otros derechos humanos y depende de su materialización, incluido el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres. De esta forma, la igualdad de género es precursora de la materialización del derecho a la salud.⁵⁵

CUADRO 5

El derecho a la salud

«[El derecho a la salud es] un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas de trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud...»

—Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,
Observación General No. 14

El derecho a la salud abarca tanto libertades como derechos:

- Entre las **libertades** se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, ser sometidas a experimentos médicos no consensuados).

- Los **derechos** incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

El derecho a la salud incluye cuatro elementos interrelacionados:

- **Disponibilidad:** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud.
- **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos y cumplir con las siguientes características: no ser discriminatorios y facilitar el acceso físico y económico (costeable) así como el acceso a la información.

CUADRO 5 (CONTINUACIÓN)

El derecho a la salud

- **Aceptabilidad:** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetables, culturalmente apropiados, sensibles al género y honrar la confidencialidad.
- **Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados y de buena calidad.

Fuente: OMS (2017). «Derechos Humanos y Salud. Nota descriptiva No. 323». Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

El derecho a la salud incluye el derecho a la atención médica oportuna y adecuada. La eliminación de todas las formas de discriminación —incluida la discriminación por razón de sexo, identidad de género, expresión del género y orientación sexual— es esencial para un enfoque basado en los derechos humanos.⁵⁶ La prestación de los servicios de SSRMNIA debe estar libre de estigmas y discriminación y defender el derecho del paciente a la autonomía, privacidad, elección y consentimiento informados.⁵⁷ Hay cada vez más evidencias de que la aplicación sistemática de los estándares y principios de los derechos humanos, incluida la igualdad de género, contribuye a mejorar los resultados de salud.⁵⁸ El **Anexo 4** propone algunos recursos para los enfoques de SSRMNIA basados en los derechos humanos.

El derecho a la salud también incluye abordar los principales determinantes de los resultados de salud. El ejercicio de los derechos humanos en el contexto de la SSRMNIA implica reconocer y abordar las principales causas de las violaciones a los derechos humanos de mujeres y hombres, desafiando las restricciones estructurales que coartan la igualdad de derechos y la capacidad de elección de mujeres y niñas cuando se trata de su salud, y estableciendo políticas apropiadas y respuestas programáticas alineadas con los principios de los derechos humanos. Un enfoque de igualdad de género basado en los derechos humanos también requiere de la participación de grupos de mujeres, hombres, niñas, niños y adolescentes marginados, carentes de poder y discriminados en las decisiones que afectan sus medios de vida y su desarrollo sostenible en general, así como su participación

en el monitoreo de su disfrute de los beneficios sociales derivados del desarrollo en igual medida.⁵⁹

Un aspecto crítico del derecho de la mujer a la salud sexual y reproductiva (SSR) es el grado en que las normas y políticas apoyan la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. La salud de las mujeres, niñas, niños y adolescentes es reconocida como un derecho humano fundamental en varios tratados internacionales (**Anexo 2**). Además de éstos, los gobiernos también han firmado acuerdos alcanzados en las principales conferencias de la ONU, tales como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Exigir que los gobiernos impongan estos estándares internacionales de los derechos humanos continúa siendo una estrategia vital para reducir desigualdades y atacar los principales factores que dan lugar a niveles bajos de igualdad de género y malos resultados de SSRMNIA para mujeres, niñas, niños y adolescentes. Los órganos de seguimiento de los tratados de la ONU ponen de manifiesto las responsabilidades de los gobiernos publicando en informes periódicos sus preocupaciones y recomendaciones, incluidas aquellas relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La creación del Examen Periódico Universal (EPU) en 2006, el primer mecanismo internacional sobre derechos humanos que incluye a todos los países y todos los derechos humanos, también ha resultado ser una importante herramienta para dar cuenta de la situación de los derechos humanos en lo que se refiere al derecho a la salud y a la igualdad de género.

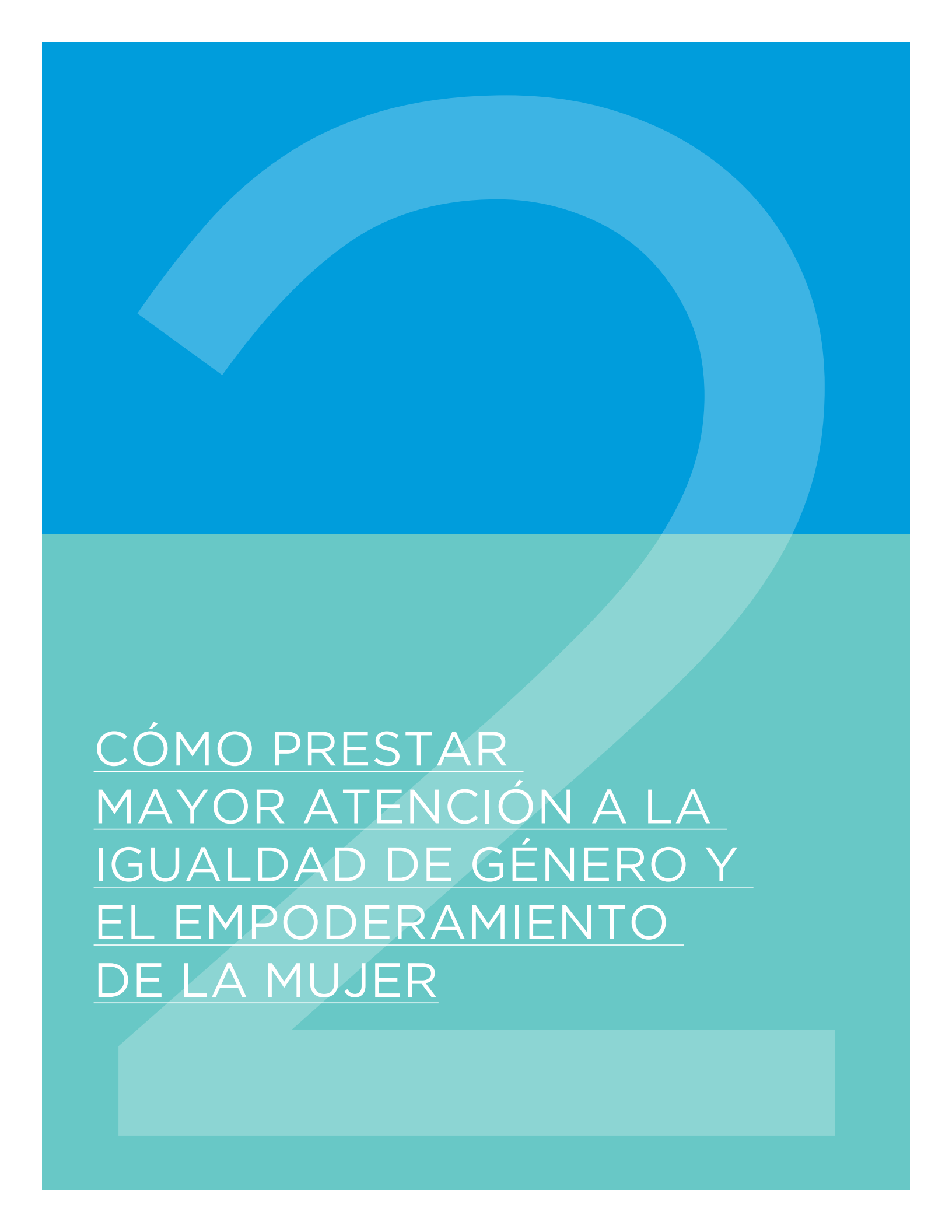
3.1 Asegurar el empoderamiento de las mujeres

Las mujeres empoderadas ejercen sus derechos humanos y su derecho a la salud. El empoderamiento de las mujeres también es clave para lograr la igualdad de género y mejorar los resultados de SSRMNIA. El empoderamiento se define como el aumento de la capacidad de las personas [mujeres] para hacer elecciones de vida estratégicas en un contexto en el que previamente esta capacidad les era denegada.⁶⁰ Es un proceso social que permite a las mujeres ganar control sobre sus vidas. Es una forma de abordar relaciones desiguales de poder y aspectos de discriminación relacionados con el género. También apunta a aumentar las capacidades individuales o grupales.

La evidencia muestra que al involucrar a las mujeres como agentes de cambio, dotándolas de una mayor conciencia y conocimiento acerca de sus derechos a la SSRMNIA, son más propensas a reclamar estos

derechos.⁶¹ Las mujeres con mayor capacidad de acción tienden a tener menos hijos/as, un mayor acceso a servicios médicos, control sobre los recursos sanitarios y son menos propensas a sufrir violencia doméstica.⁶² Sus hijos/as tienen más probabilidades de sobrevivencia, de recibir mejores cuidados en el hogar y mejor atención sanitaria cuando la necesitan.⁶³ El logro de mejores resultados de salud para las mujeres y las adolescentes también puede contribuir a fortalecer su propia capacidad de acción y empoderamiento. Las mujeres y las niñas sanas están en mejores condiciones para participar más activamente en la sociedad y realizar acciones colectivas para defender sus intereses, tal como exigir servicios sanitarios sensibles al género y basados en sus derechos.

Un enfoque para la programación de SSRMNIA basado en los derechos humanos que coloca en primer plano el empoderamiento de la mujer puede llevar a intervenciones más efectivas para mejorar la salud de las mujeres, niñas, niños y adolescentes.



CÓMO PRESTAR
MAYOR ATENCIÓN A LA
IGUALDAD DE GÉNERO Y
EL EMPODERAMIENTO
DE LA MUJER

4. FORTALECER LA IGUALDAD DE GÉNERO EN LA SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL, INFANTIL Y ADOLESCENTE: UN MARCO DE ACCIÓN

4.1 Fundamentos para el marco de acción

Un marco de acción es una herramienta analítica para enmarcar y comprender cómo la desigualdad de género afecta la salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas y los resultados de salud de las mujeres y sus hijos/as. No se trata de un marco nuevo sino que se apoya en modelos existentes y los combina para delinear un enfoque que fortalezca la igualdad de género a través de la programación de la SSRMNIA. El marco pretende apoyar la programación e intervenciones de SSRMNIA dentro y fuera del sector salud.

4.2 El marco de acción en detalle

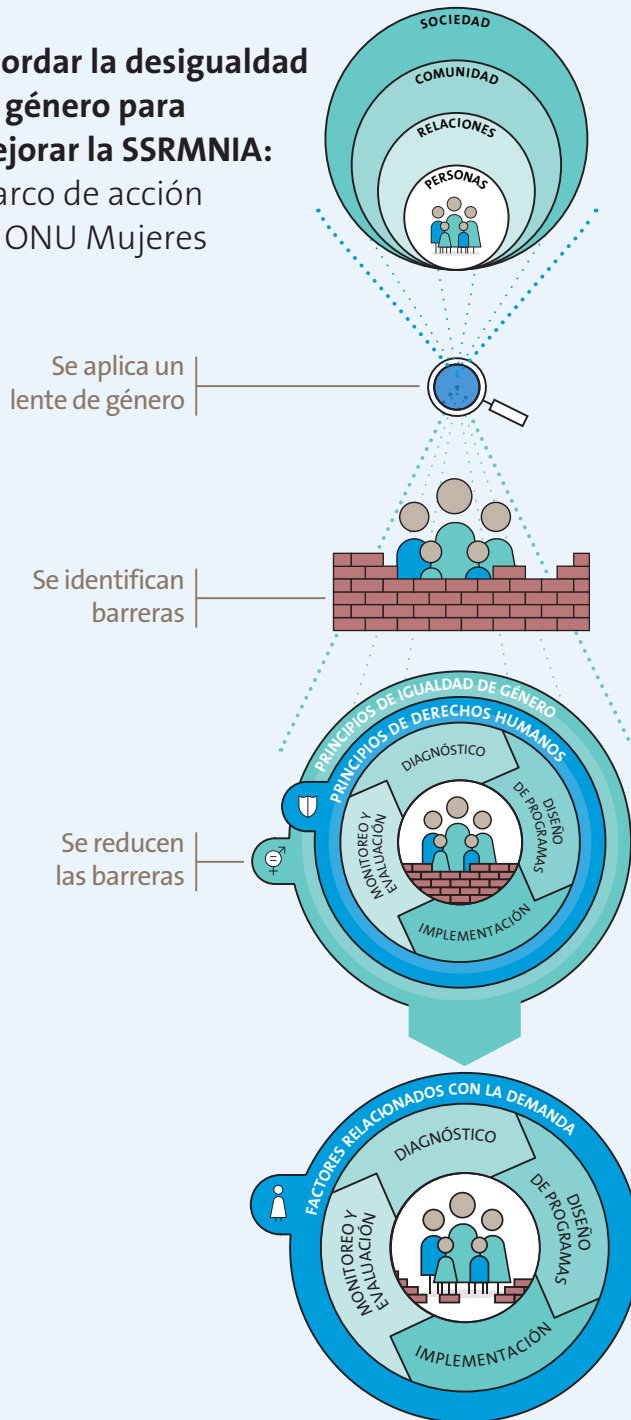
El marco tiene cuatro pasos claves (véase la **Figura 2**):

- Paso 1.** Utilizar el Modelo Social Ecológico para comprender los múltiples niveles de un sistema social y las interacciones entre individuos y su entorno dentro de este sistema.
- Paso 2.** Aplicar un «lente de género» al Modelo Social Ecológico para: i) comprender cómo el género y sus desigualdades influyen sobre la SSRMNIA a distintos niveles; ii) identificar barreras que impiden a las mujeres y a las adolescentes exigir y ejercer sus derechos a la información y los servicios de SSRMNIA.
- Paso 3.** Integrar plenamente el análisis de género y consideraciones sobre igualdad de género en la planificación y programación para reducir barreras y mejorar el acceso y uso de información y servicios de SSRMNIA.
- Paso 4.** Promover acciones dirigidas a empoderar a las mujeres y niñas a fin de que reclamen y ejerzan sus derechos a los servicios para mejorar su salud y bienestar.

FIGURA 2

Fortalecer la igualdad de género en la SSRMNA: un marco de acción

Abordar la desigualdad de género para mejorar la SSRMNA: Marco de acción de ONU Mujeres



1

Utilizar el Modelo Social Ecológico para comprender los múltiples niveles de un sistema social y las interacciones entre individuos y su ambiente dentro de este sistema.

2

Aplicar un «lente de género» al Modelo Social Ecológico para:

- comprender cómo el género y sus desigualdades influyen sobre la SSRMNA a distintos niveles;
- identificar barreras que impiden a las mujeres y a las adolescentes exigir y ejercer su derecho a la información y a los servicios de SSRMNA.

3

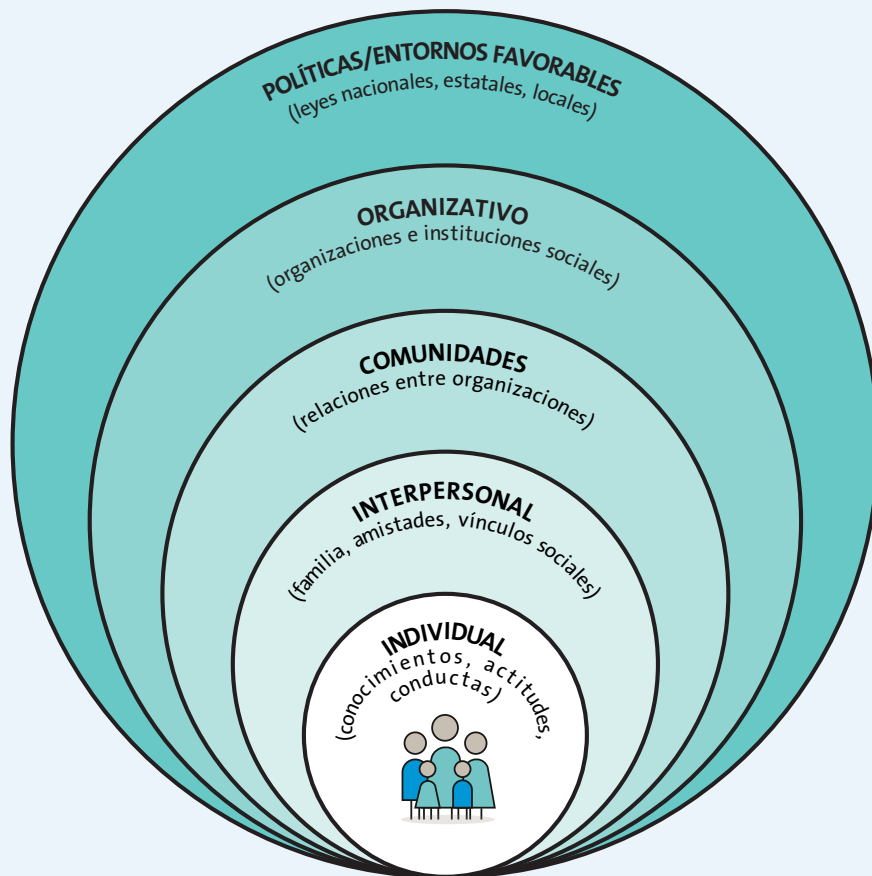
Integrar plenamente el análisis de género y consideraciones sobre igualdad de género en la planificación y programación para reducir barreras y mejorar el acceso a la información y servicios de SSRMNA.

4

Asegurar una mayor atención de los programas al empoderamiento de las mujeres y las adolescentes para que soliciten los servicios (generación de demanda) y reclamen los derechos relacionados con su salud.

FIGURA 3

El Modelo Social Ecológico para intervenciones en la salud



Paso 1. Utilizar el Modelo Social Ecológico para comprender los múltiples niveles de un sistema social y las interacciones entre individuos y su entorno dentro de este sistema.

El Modelo Social Ecológico es un marco conceptual ampliamente aceptado para comprender los comportamientos vinculados con la salud y las intervenciones orientadas a generar cambios a todos los niveles.⁶⁴ Dado que los resultados de SSRMNIA se ven influenciados por otros factores además de la atención sanitaria, el Modelo Social Ecológico es una herramienta útil para conceptualizar las esferas de intersección en las que entran en juego los factores claves asociados con

la SSRMNIA (véase la **Figura 3**). El uso de este enfoque también ayuda a comprender por qué los esfuerzos para mejorar los determinantes de la salud —tales como el género— requieren de acciones dentro y fuera del sector salud para acelerar el avance en SSRMNIA.

El Modelo Social Ecológico reconoce que hay múltiples determinantes para cualquier condición de salud, particularmente para la SSRMNIA.⁶⁵ Las mujeres, niños, niñas y adolescentes están insertos en redes, comunidades y sistemas. Además de involucrarlos en forma individual, también es importante abordar los múltiples determinantes de la SSRMNIA presentes en el entorno más amplio en el que viven e interactúan con otras personas. Este entorno más

amplio incluye los diferentes niveles del sistema en el que vive la mujer, el niño, niña o adolescente, tales como las relaciones con los miembros del hogar, de la comunidad y de la sociedad.

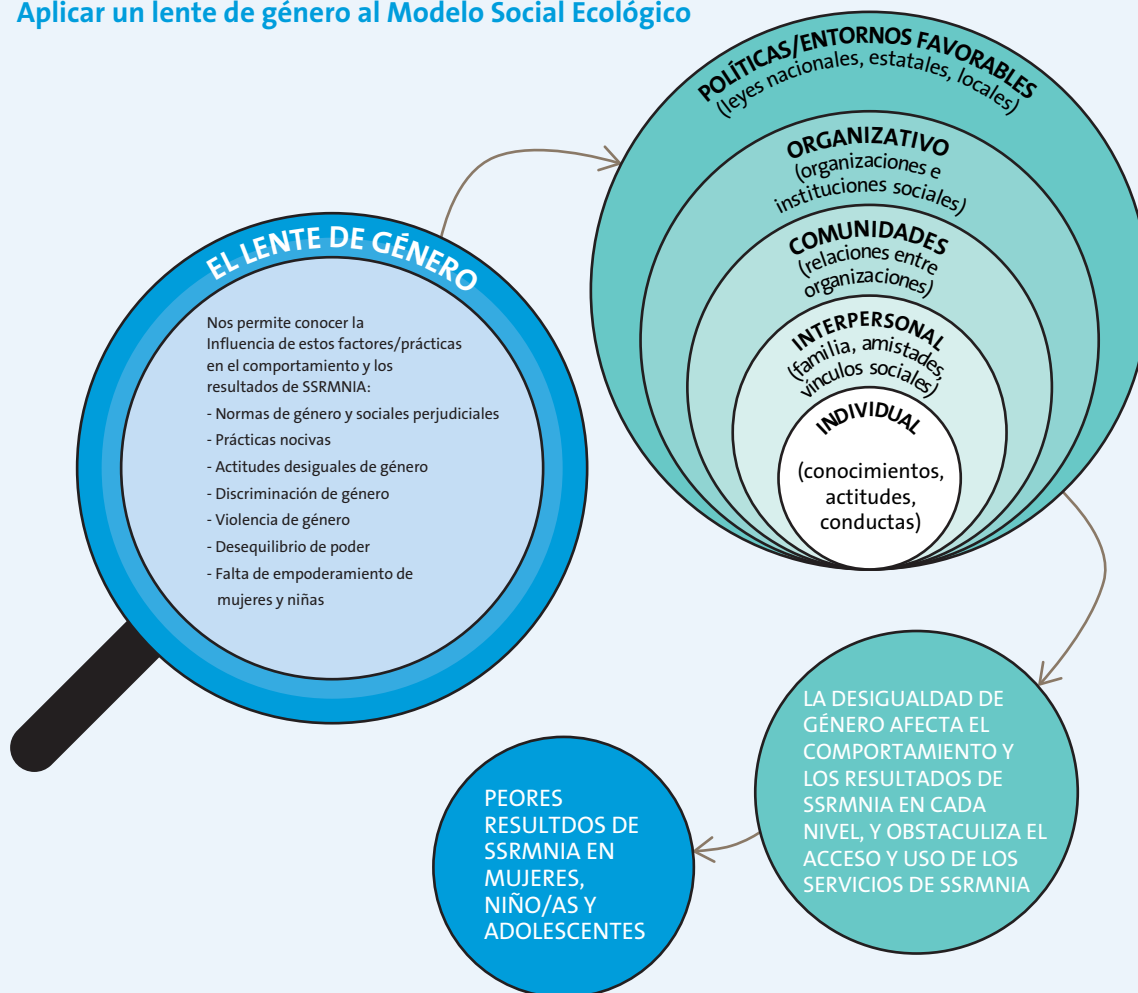
Paso 2. Aplicar un lente de género para comprender cómo las desigualdades de género influyen sobre la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente a distintos niveles e identificar barreras que impiden a las mujeres y niñas exigir y ejercer sus derechos.

El segundo paso del marco es la aplicación de un lente de género al Modelo Social Ecológico (Figura 4).

Realizar un análisis de género es un paso fundamental para examinar cómo la desigualdad de género afecta la salud y el bienestar. Específicamente, los análisis de género permitirán identificar factores de fondo y cómo éstos influyen sobre el comportamiento, los servicios y resultados de la salud. Estos factores incluyen actitudes discriminatorias, normas sociales y relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. Sin embargo, el género no solo influye sobre el comportamiento individual y las relaciones interpersonales, también tiene impactos a nivel organizativo, de la comunidad y de las políticas. Cuando es aplicado al Modelo Social Ecológico, el lente de género nos ayuda a conocer cómo el género influye en los resultados de SSRMNIA para mujeres y niñas a lo largo de sus vidas.

FIGURA 4

Aplicar un lente de género al Modelo Social Ecológico



Se necesitan diversos tipos de evidencias para comprender de qué forma la desigualdad de género interviene en la SSRMNIA. Los análisis de género deben basarse en datos o información recogida en actividades de investigación, vigilancia y monitoreo, así como comprender consultas con varios grupos e individuos, tanto hombres como mujeres. La escasa disponibilidad de datos desagregados hace que, en ocasiones, sea necesario buscar información adicional cuando no se dispone de evidencias. Utilizando el Modelo Social Ecológico, el análisis de género resulta una herramienta valiosa para identificar las barreras que impiden el acceso a la información, servicios y bienes de SSRMNIA y descubrir cuáles de éstas están influenciadas por la desigualdad de género. Para identificar barreras, el análisis de género utiliza un conjunto de preguntas claves. El proceso de formular

preguntas claves es crucial, ya que una buena pregunta puede llevar a otra, poniendo al descubierto las causas que originaron la desigualdad de género.

En la **Tabla 1** se muestran ejemplos de preguntas para el análisis de género que podrían ser consideradas en cada nivel del Modelo Social Ecológico. También se ofrece orientación en la **Lista de control 1: Recomendaciones para identificar barreras relacionadas con el género que influyen sobre la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente.**

La **Figura 5** presenta algunas barreras que un análisis de género aplicado a la SSRMNIA podría identificar en los distintos niveles del Modelo Social Ecológico

FIGURA 5

Ejemplos de barreras de género en la SSRMNIA en los diferentes niveles del Modelo Social Ecológico

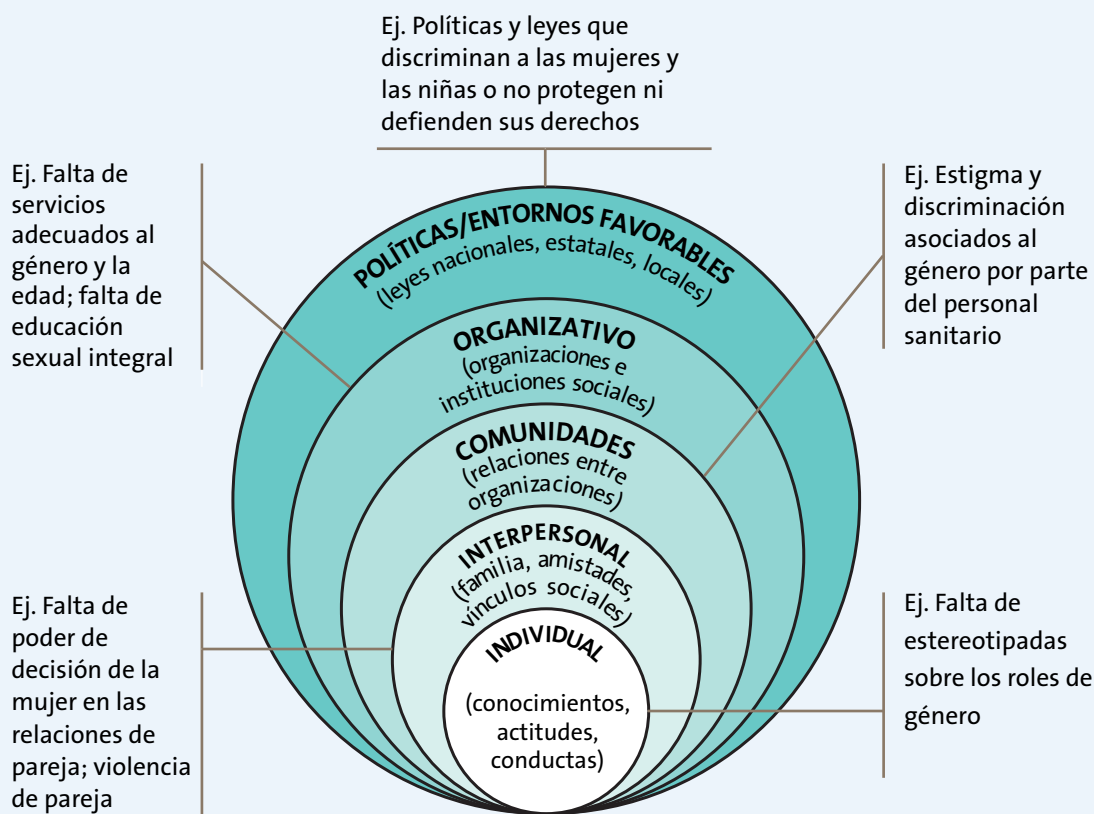


TABLA 1

Análisis ilustrativo en todos los niveles del Modelo Social Ecológico de cómo el género influye en la capacidad de las mujeres y las niñas para exigir y disfrutar de su derecho a la información y a los servicios de SSRM Nia

Nivel del Modelo Social Ecológico	Descripción (en el contexto de la salud)	Interrogantes a ser consideradas	Ejemplos de barreras relacionadas con el género	Cómo estas barreras limitan la capacidad de las mujeres y las niñas para exigir y ejercer su derecho a la información y los servicios de SSRM Nia
INDIVIDUAL	<p>Características de una persona, tales como conocimientos, actitudes, comportamientos y habilidades que influyen en la forma en que el individuo negocia el género. Estas características, a su vez, afectan sus necesidades, experiencias y resultados de salud y también pueden interactuar con otros marcadores sociales como la edad, educación, origen étnico, (dis) capacidad, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En los lugares donde los servicios de SSRM Nia son fácilmente accesibles, ¿por qué no hay más mujeres y niñas adolescentes que accedan a ellos y los utilicen? • ¿Qué factores a nivel individual podrían estar afectando la capacidad de las mujeres y las adolescentes para acceder/utilizar los servicios disponibles de SSRM Nia? 	<p>Habilidades (lectura, escritura), actitudes, estigma (incluido el autoestigma) y discriminación, vergüenza, creencias (género y creencias culturales sobre la salud reproductiva), conocimientos (experiencias pasadas negativas en los entornos sanitarios), pobreza, nivel educativo, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva; la falta de conocimiento sobre género y los derechos de las mujeres; la aceptación de las normas sociales que justifican la situación de inferioridad de las mujeres y las niñas; y la falta de recursos para acceder a los servicios de SSR.
INTER-PERSONAL	<p>Examina las relaciones estrechas que pueden conducir o exacerbar las desigualdades de género en salud. Las normas de género perjudiciales y las relaciones de poder desiguales entre un individuo y su pareja/cónyuge, miembros de la familia y el círculo social/pares pueden influir en su conducta de búsqueda de atención sanitaria y contribuir a sus variadas experiencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la influencia relativa de las diferentes redes sobre temas de SSRM Nia? • ¿Cómo podemos aumentar la participación de los hombres en los programas de atención de salud materna, neonatal e infantil? • ¿Qué factores a nivel interpersonal podrían estar dificultando la participación de las mujeres y los hombres en cuestiones relacionadas con la SSRM Nia? 	<p>Pareja (actitudes, creencias y conocimiento de los servicios de SSR); amigos (desinformación o desaprobación de pares); familia (estructura familiar, desaprobación de parientes).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las normas de género y las limitaciones sociales pueden estipular que las mujeres y las niñas deben seguir siendo modestas y castas en cuestiones sexuales, lo que limita el acceso a la información y los servicios. • En algunos lugares, las jóvenes solteras pueden ser etiquetadas como promiscuas si buscan información o servicios relacionados. • El entorno familiar puede no apoyar el acceso a la información o a los servicios de SSRM Nia. • La presión de los pares puede impedir que los hombres y mujeres jóvenes busquen información sobre la salud. • Las relaciones de pareja pueden limitar el diálogo sobre la sexualidad y la salud reproductiva. • Las normas y creencias pueden sostener que la planificación familiar/salud infantil es responsabilidad de la mujer.

TABLA 1 (CONTINUACIÓN)

Análisis ilustrativo en todos los niveles del Modelo Social Ecológico de cómo el género influye en la capacidad de las mujeres y las niñas para exigir y disfrutar de su derecho a la información y a los servicios de SSRMNIA

Nivel del Modelo Social Ecológico	Descripción (en el contexto de la salud)	Interrogantes a ser consideradas	Ejemplos de barreras relacionadas con el género	Cómo estas barreras limitan la capacidad de las mujeres y las niñas para exigir y ejercer su derecho a la información y los servicios de SSRMNIA
ORGANIZACIONES/ COMUNIDADES	Explora los entornos organizativos/institucionales y comunitarios, como las escuelas, los lugares de trabajo, las instituciones de atención sanitaria y los vecindarios en los que se dan las relaciones sociales. Busca identificar las características de estos entornos que aumentan las desigualdades de género en la salud (por ejemplo, valores y creencias de la comunidad o del trabajador de la salud, normas sociales percibidas/roles esperados).	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El personal sanitario trata a mujeres y hombres, niñas y niños por igual en la prestación de servicios de SSRMNIA? • ¿Qué desafíos enfrentan las comunidades y escuelas locales para crear un entorno más favorable para los servicios de salud reproductiva, incluido el manejo de la higiene menstrual? 	Horas de servicio inadecuadas, inaccesibilidad geográfica de los servicios, asesoramiento insuficiente por parte del personal sanitario, falta de privacidad, desaprobación, estigma o discriminación por parte de profesionales de la salud o resultantes de normas y valores establecidos en la comunidad (roles de género rígidos, desaprobación, estigma o discriminación por parte de miembros de la comunidad).	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que las adolescentes no puedan acceder a la información si no es ofrecida con suficiente privacidad y confidencialidad, por temor a que la información llegue a la familia, que puede desaprobala. • Las adolescentes pueden temer actitudes negativas y actitud descortés de parte de profesionales de la salud que las desaprueban. • El personal sanitario puede discriminar a las mujeres y niñas, en particular las que son pobres o pertenecen a grupos marginados.
POLÍTICAS/ ENTORNOS FAVORABLES	Examina los factores sociales, políticos y económicos generales —como las políticas públicas, las leyes y la asignación de recursos— en los que las desigualdades de género se transforman progresivamente o se reproducen de manera que repercuten en las desigualdades en los servicios de salud y en los resultados sanitarios.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿El entorno jurídico y político apoya el suministro de información y servicios de SSRMNIA tanto a hombres como a mujeres, incluyendo adolescentes de ambos sexos? • ¿Existen leyes o políticas que dificultan el acceso de poblaciones específicas (como las mujeres solteras o adolescentes de ambos sexos) a información y servicios de salud sexual y reproductiva? 	Leyes y políticas nacionales que afectan directa o indirectamente la SSRMNIA (incluyendo las políticas nacionales relativas a las mujeres, los niños y los adolescentes, y la asignación de recursos). Información pública y difusión (información contradictoria del Estado y de instituciones sociales, tales como medios de comunicación, escuelas, sociedad civil, instituciones religiosas, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Las leyes pueden establecer una edad mínima demasiado baja para contraer matrimonio, lo que pone en riesgo a las adolescentes. • El matrimonio infantil está estrechamente vinculado a la maternidad precoz, con consecuencias que pueden ser fatales. El acceso limitado a la información y a los servicios de salud reproductiva, tanto para las adolescentes solteras como para las casadas, contribuye a estos perjuicios. • El matrimonio infantil también priva a las niñas de oportunidades en la vida.

Tabla parcialmente adaptada de: Chimphamba Gombachika, B. y otros (2012). «A Social Ecological Approach to Exploring Barriers to Accessing Sexual and Reproductive Health Services among Couples Living with HIV in Southern Malawi», ISRN Public Health, Article ID 825459. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/825459/cta/>

Paso 3. Integrar plenamente el análisis de género y consideraciones sobre igualdad de género en la planificación y programación para reducir barreras y mejorar el acceso y uso de información y servicios de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente.

Aplicar un lente de género al Modelo Social Ecológico puede ayudar a los responsables de la planificación o implementación de programas a identificar y comprender de qué forma pueden contribuir eficazmente a fortalecer la igualdad de género a través de la programación de la SSRMNIA, ya sea en uno o en múltiples niveles del modelo, afectando a su vez la forma en que la información y los servicios de SSRMNIA son demandados, prestados y utilizados. Integrar plenamente este tipo de análisis de género

a lo largo del ciclo de programación es un paso importante para hacer que los programas sean más sensibles a las necesidades relacionadas con la salud de mujeres, niños, niñas y adolescentes. Éste constituye el tercer paso del marco de acción.

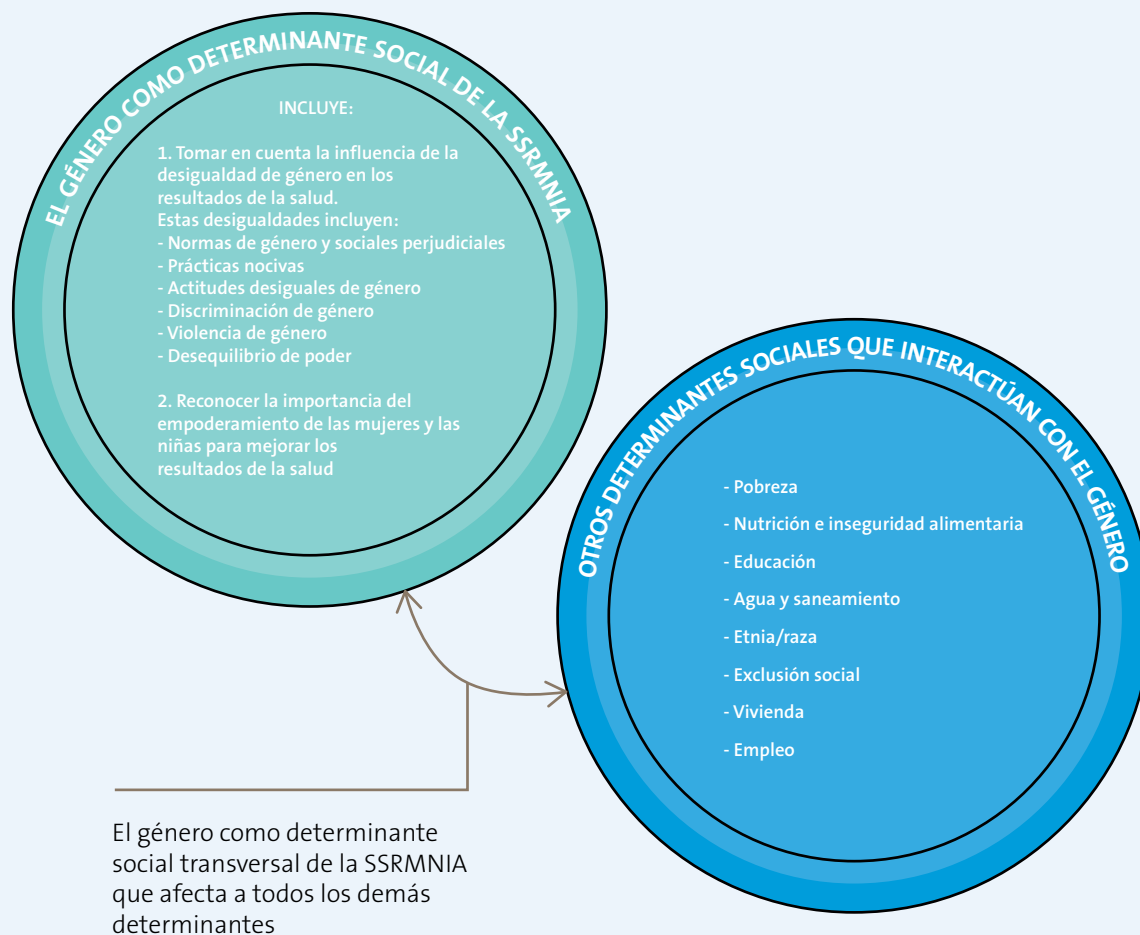
Al integrar el análisis de género a los enfoques basados en los derechos humanos en todas las etapas del ciclo de programación (diseño, desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación), los programas que influyen sobre la salud de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes serán más capaces de identificar y abordar las barreras que impiden progresar en materia de SSRMNIA. Dependiendo del tipo de programa y del contexto, las áreas de intervención pueden concentrarse en uno o varios niveles del Modelo Social Ecológico.

TABLA 2
Ejemplo de cómo abordar el género durante las etapas del ciclo de programación

Etapa del ciclo de programación	Cómo integrar las consideraciones de igualdad de género en la SSRMNIA
DISEÑO Y DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Integrar las consideraciones de género en el diseño y desarrollo del programa de SSRMNIA y en las actividades de apoyo a las políticas mediante análisis que examinen la forma en que el género influye en la SSRMNIA en los cinco niveles del Modelo Social Ecológico. • Identificar estrategias para reducir las barreras que socavan la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas y los resultados sanitarios de las mujeres y sus hijas/os, así como estrategias para promover un mayor empoderamiento de las mujeres. • Identificar intervenciones específicas en diferentes sectores (salud, educación, energía, empoderamiento de la mujer e igualdad de género, finanzas, justicia, agricultura, etc.) que contribuyan a la igualdad de género y al empoderamiento de las mujeres, apoyando el logro de los resultados de SSRMNIA. • Utilizar datos de línea de base, incluyendo datos desglosados por sexo sobre cuestiones específicas de género, para identificar los objetivos de igualdad de género y establecer metas viables de igualdad de género.
IMPLEMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que el tema género siga siendo central durante la implementación mediante la revisión de los datos resultantes del monitoreo, con la finalidad de evaluar los efectos diferenciales en las mujeres y los hombres, las niñas y los niños y el impacto en la igualdad de género, ajustando la ejecución del programa según sea necesario.
MONITOREO Y EVALUACIÓN (M&E)	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que el plan de monitoreo y evaluación mida efectivamente la influencia del programa en la igualdad de género. Véase la Lista de control 2: Herramienta para la programación de SSRMNIA con perspectiva de género para una mayor orientación. El Anexo 3 contiene ejemplos de indicadores de género para la programación de la SSRMNIA. • Evaluar si el programa redujo las brechas en salud entre mujeres y hombres, niñas y niños, y aumentó la igualdad de género.

FIGURA 6

La desigualdad de género como determinante transversal de SSRMNIA



Se incluye la **Lista de control 2: Herramienta para una programación de SSRMNIA sensible al género**, una herramienta de evaluación para determinar hasta qué punto la igualdad de género está siendo considerada en el diseño, implementación y ampliación de la escala de un programa. La **Tabla 2** muestra un enfoque para que los responsables de la planificación e implementación de programas se aseguren de que el género es tenido en cuenta a lo largo del ciclo de programación.

Reconocer que la desigualdad de género es un determinante transversal de la salud e identificar distintas vías mediante las cuales estas desigualdades afectan la SSRMNIA constituyen componentes críticos en la planificación e implementación de programas orientados a la salud de mujeres, niño/as y adolescentes (**Figura 6**). Implica además hacer intervenciones en sectores no sanitarios (tales como educación, agua y saneamiento, y energía y medio ambiente) ya que los programas fuera del sector salud hacen importantes contribuciones para reducir las desigualdades de género y mejorar los resultados de SSRMNIA para

mujeres, niños, niñas y adolescentes. El marco de acción reconoce estas contribuciones y promueve una mayor colaboración entre el sector salud y otros para generar beneficios conjuntos o «cobeneficios» para la SSRMNIA. Esto se apoya en investigaciones que demuestran que una mayor colaboración entre sectores maximiza los beneficios para la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes al tiempo que promueve su empoderamiento y el ejercicio de sus derechos.⁶⁶ En la planificación y prestación de los servicios de SSRMNIA, es necesario asegurarse de que el género es abordado como un determinante social transversal de la SSRMNIA, que afecta a todos los demás determinantes.

Paso 4. Promover acciones dirigidas a empoderar a las mujeres y niñas a fin de que reclamen y ejerzan sus derechos a los servicios para mejorar su salud y bienestar.

El marco de acción promueve un enfoque de empoderamiento de las mujeres. El marco reconoce que las relaciones personales, redes sociales, comunidades y la

sociedad afectan las decisiones y comportamientos de una persona. Cuando se trata de acceder y utilizar la información y los servicios de SSRMNIA, el Modelo Social Ecológico muestra cómo la demanda de servicios de SSRMNIA está determinada no solo por atributos individuales, tales como conocimientos y actitudes, sino también por miembros y amigos del hogar, el apoyo de la comunidad, el acceso a recursos, y un espectro más amplio de políticas y normas sociales y estructurales.

Con demasiada frecuencia, estos factores vinculados con la demanda —y el rol de la desigualdad de género para influir sobre la demanda— son pasados por alto en programas que afectan la salud de las mujeres, niñas, niños y adolescentes. Se presta más atención a los factores vinculados con la oferta de SSRMNIA, tales como recursos humanos especializados, infraestructura y disponibilidad de bienes esenciales, y menos atención a si la información y servicios, una vez disponibles, pueden ser utilizados. Aun cuando hay información y servicios disponibles, la desigualdad de género tiene un gran impacto en su acceso y utilización.

CUADRO 6

Escuchar de su propia voz lo que las mujeres quieren

Sabiendo que la atención de la salud es más eficaz cuando se fundamenta en la opinión de la gente a la que va dirigida, la White Ribbon Alliance [alianza cinta blanca] y sus socios lanzaron la campaña Lo que las mujeres quieren en abril de 2018 para escuchar directamente de las mujeres y las niñas de todo el mundo cómo definen la calidad de la atención de la salud materna y reproductiva y sus principales necesidades. Su objetivo es ampliar el movimiento en pro de una atención sanitaria de calidad para las mujeres y las niñas, ayudando a los gobiernos, los profesionales de la salud y las organizaciones de la sociedad civil a comprender qué es lo más importante para las mujeres y las niñas.

Con el objetivo de llegar a un millón de mujeres y niñas, un año más tarde, un número sin precedentes de 1.187.738 mujeres de 114 países habían respondido. Si bien todavía se están analizando las

respuestas, los resultados preliminares indican que las mujeres quieren ser tratadas con dignidad y respeto por el personal sanitario, quieren instalaciones limpias y privacidad. Las mujeres y las niñas también quieren recibir información y servicios integrales sin que se las juzgue, independientemente de su situación económica, religión o edad. Un tema constante en todos los países y continentes es que las mujeres simplemente quieren ser escuchadas.

Después de la presentación de los resultados finales, los diálogos nacionales involucrarán actores intersectoriales para estudiar a fondo las respuestas de las mujeres y las niñas en sus propios países y elaborar programas de promoción que respondan directamente a sus demandas.

Fuentes: «What Women Want: Demands for Quality Healthcare for Women and Girl». Disponible en: <https://www.whatwomenwant.org/>.

Resultados preliminares de la campaña Lo que las mujeres quieren.

TABLA 3

Estrategias para empoderar a las mujeres en cada nivel del Modelo Social Ecológico

Nivel del Modelo Social Ecológico	Cómo influye el empoderamiento de las mujeres en la SSRMNIA	Estrategias para empoderar a las mujeres
INDIVIDUAL	Las mujeres y las niñas tienen la capacidad de ampliar sus opciones en materia de salud sexual y reproductiva y de satisfacer sus necesidades y derechos básicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar el acceso de las mujeres y las niñas a la información y las capacidades de SSRMNIA. • Concienciar a las mujeres y las niñas sobre el género. • Asegurar que las mujeres y las niñas tengan identidad legal y un mayor conocimiento de las leyes.
INTERPERSONAL	Las mujeres y las niñas tienen relaciones sociales positivas e igualitarias con los hombres y los niños en sus familias, así como en sus grupos sociales y con sus pares, lo que les permite proteger su propia salud y la de sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar las normas de género para apoyar la autoridad de las mujeres en la toma de decisiones, la libertad de movimiento, etc. • Aumentar el acceso equitativo y el control sobre los recursos domésticos y públicos.
ORGANIZACIONES/ COMUNIDADES	Las mujeres y las niñas están facultadas para colaborar con las estructuras comunitarias y organizativas a fin de defender sus propias necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y las necesidades de sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> • Impartir capacitación en liderazgo para mujeres y niñas. • Aumentar la participación de las mujeres y las niñas en la sociedad civil. • Aumentar el acceso de las mujeres y las niñas a la educación y a las oportunidades económicas.
POLÍTICAS/ENTORNOS FAVORABLES	Las mujeres y las niñas están facultadas para promover estructuras jurídicas y de formulación de políticas que apoyen sus decisiones en materia de salud sexual y reproductiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la participación de las mujeres y las niñas en las estructuras jurídicas y de formulación de políticas. • Aumentar la participación de las mujeres y las niñas en la formulación de presupuestos con perspectiva de género. • Abogar por leyes y políticas que apoyen los derechos de las mujeres.

El cuarto y último paso del marco de acción exige mayor atención del programa a:

- la participación de las mujeres en la toma de decisiones como agentes de cambio, garantizando la misma en cada nivel del Modelo Social Ecológico;
- asegurarse de que las mujeres tengan conocimiento e información sobre los servicios disponibles, y que sepan que tienen derecho de reclamar estos servicios.

Al involucrar a las mujeres como agentes de cambio y aumentar su sensibilidad y el conocimiento de sus derechos a la SSRMNIA, así como mejorar sus capacidades para conocer y defender estos derechos, las mujeres son más propensas a reclamar y exigir sus derechos. El **Cuadro 6** describe cómo las mujeres empoderadas reclaman los servicios de SSRMNIA que sirven a sus necesidades a través de la campaña *Lo que las mujeres quieren*.

Alcanzar estos logros requiere identificar oportunidades y acciones dentro de los programas que permitan empoderar a las mujeres y a las adolescentes para tomar decisiones informadas, solicitar servicios y ejercer plenamente sus derechos. Estas acciones e intervenciones pueden tener lugar en uno o varios niveles del Modelo Social Ecológico, dentro de programas que afecten la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes, ya sea directamente (por ejemplo, servicios sanitarios prenatales, posnatales y su prestación) o indirectamente (por ejemplo, iniciativas de agua limpia). También deben convocarse a las líderes femeninas y defensoras de género para promover la participación y exigir los derechos. La **Tabla 3** muestra ejemplos de acciones para empoderar a las mujeres en distintos niveles del Modelo Social Ecológico.

Las mujeres pueden ser poderosos agentes de cambio cuando se las coloca en posiciones de liderazgo en programas de SSRMNIA y otros programas que afectan directamente sus propias vidas. El liderazgo de las mujeres es crucial no solo desde una perspectiva de los derechos humanos sino también debido al impacto de su liderazgo en los resultados de la salud. Por ejemplo, estudios en la India han demostrado que las mujeres dedicadas a la política son más propensas a invertir en infraestructura de salud pública, y que mayores proporciones de mujeres en

el parlamento se correspondía con un mayor uso de cuidados prenatales, mayor cantidad de lactancia temprana, menores números de partos en el hogar, y mayor inmunización de niños/as.⁶⁷ En los Estados Unidos de América, las legisladoras tienen una mayor inclinación que los legisladores a promover leyes relacionadas con la educación, cuidados sanitarios y problemas de la infancia.⁶⁸

Sin embargo, una menor cantidad de mujeres alcanza posiciones de liderazgo en la salud, a pesar de ser una abrumadora mayoría entre las personas que brindan cuidados en el hogar y el personal sanitario más calificado. Las mujeres que trabajan en el sector salud reciben menores sueldos, tienen menos probabilidades de ser promovidas y con frecuencia son discriminadas. Un análisis realizado en 32 países halló que en 2010 las mujeres contribuyeron con 3 billones de dólares americanos al cuidado mundial de la salud, pero casi la mitad de esta contribución se hizo de forma no remunerada.⁶⁹ Independientemente del número de mujeres en la fuerza laboral del sector salud, éstas están poco representadas en posiciones de liderazgo.⁷⁰ En 2015, solo el 27 % de los ministros de salud eran mujeres.⁷¹ Solo un cuarto de las delegaciones de los Estados en la 68a Asamblea Mundial de la Salud en 2015 tenían una mujer como delegada principal.⁷²

CUADRO 7

Principios para involucrar a los hombres

El siguiente conjunto de principios puede servir de ejemplo al momento de involucrar a los hombres en SSRMNIA. Se puede desarrollar un conjunto similar de principios para guiar a las organizaciones y a los individuos en su trabajo de involucrar a los hombres para asegurar un enfoque de SSRMNIA basado en los derechos y que responda a las cuestiones de género:

- Considerar a los hombres como clientes de los servicios de salud sexual y reproductiva con derecho al más alto nivel posible de salud,

aparte de su función de apoyo a la salud de su pareja o familia.

- Considerar a los hombres como parte de la solución y trabajar para que asuman como propias las nuevas iniciativas que promueven la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.
- Cuestionar las normas de género rígidas y promover un comportamiento más equitativo entre el personal y los clientes.

CUADRO 7 (CONTINUACIÓN)

Principios para involucrar a los hombres

- Asegurar que los esfuerzos de financiamiento para involucrar a los hombres no resten importancia al trabajo, tanto en curso como planificado, con las mujeres y las niñas.
- Ofrecer a las mujeres la opción de incluir a sus parejas en el asesoramiento, la prestación de servicios y el tratamiento de la salud sexual y reproductiva. El personal debe estar capacitado para aconsejar a las parejas y reconocer el posible comportamiento controlador o violento de la pareja.
- La violencia de género, incluida la violencia física y el acoso sexual, no puede tolerarse bajo ninguna circunstancia. Debe ser reconocida en la programación (por lo menos a través de relaciones por referencia).
- Asegurar que se respeten la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, independientemente de su orientación sexual e identidad de género.
- Asegurar que se respeten los valores y experiencias de las comunidades basadas en los derechos.
- Involucrar a los hombres desde una perspectiva positiva, entendiendo que pueden desempeñar un papel positivo en la salud de su pareja y en su propia SSR.
- Fomentar las relaciones entre hombres y mujeres basadas en la confianza mutua, el respeto, la responsabilidad por las decisiones y sus resultados, los beneficios compartidos y la igualdad de oportunidades.
- Asegurar que los cambios positivos que puedan resultar de involucrar a los hombres se extiendan a las mujeres.

Fuentes: Fondo de Población de las Naciones Unidas y Engender Health (2017). *Engaging Men in Sexual and Reproductive Health and Rights, Including Family Planning: Why Using a Gender Lens Matters*. Nueva York: Organización Mundial de la Salud (2015). *Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal*. Ginebra: OMS.

Para lograr un cambio positivo se requieren cambios en todos los niveles del Modelo Social Ecológico. Deben modificarse las creencias y actitudes individuales sobre la capacidad de liderazgo de las mujeres. Se debe brindar apoyo facilitando su acceso a capacitación y posiciones de liderazgo, mediante políticas de recursos humanos que apoyen a la mujer en todos sus roles y a lo largo de toda su vida, políticas sensibles al género, políticas de mercado laboral, el reconocimiento de las contribuciones no remuneradas de las mujeres a la atención sanitaria y políticas de apoyo a las proveedoras de cuidados así como la eliminación de la discriminación en las retribuciones.⁷³

El aumento de la demanda depende de la colaboración de las parejas masculinas, los hogares, las comunidades y las sociedades, incluidos los padres/tutores y miembros de la familia, líderes de la comunidad, trabajadores de la salud, los medios y los responsables políticos. Se requiere de colaboración multisectorial y en múltiples niveles para generar demanda de los servicios de SSRMNIA en formas que tomen en cuenta las desigualdades de género y aumenten el empoderamiento de las mujeres y las niñas para buscar y utilizar estos servicios. Los hombres y los niños son importantes aliados en los esfuerzos para mejorar la SSRMNIA en las mujeres.

Los hombres y los niños con frecuencia no son adecuadamente considerados o están totalmente ausentes en las intervenciones de SSRMNIA; no obstante, son esenciales para promover un cambio en las normas de género que conduzca a la igualdad, así como para aumentar la demanda y el uso de bienes y servicios de SSRMNIA. La evidencia muestra que los hombres que están bien informados sobre su salud sexual y reproductiva son más propensos a tomar mejores decisiones de salud para sí mismos, sus parejas y sus familias que los hombres que carecen de este conocimiento.⁷⁴ Los estudios han demostrado que el involucramiento de los hombres en la SSRMNIA mejora los resultados de la salud materno infantil, por ejemplo, trabajo de parto más corto y menos casos de bajo peso al nacer en familias de bajos ingresos. En el **Cuadro 7** se describen los principios identificados por el UNFPA y EngenderHealth para involucrar a los hombres en la SSRMNIA.

Más allá de intervenciones específicas en la salud, los hombres y los niños son esenciales para promover el cambio de las normas de género hacia la igualdad. Involucrar a los hombres como agentes de cambio en la SSRMNIA incluye promover una paternidad que respete la igualdad de género, luchar contra las leyes y políticas discriminatorias, y cambiar las actitudes

y comportamientos que son causa y consecuencia de la violencia sexual y de género, así como de la desigualdad que viven las mujeres.⁷⁵ Por ejemplo, el movimiento solidario HeForShe⁷⁶ —lanzado en 2014 por ONU Mujeres— ofrece un enfoque sistemático y una plataforma dirigida en la cual una audiencia global puede participar y convertirse en un agente de cambio que trabaja para lograr la igualdad de género. El movimiento tiene como objetivo alentar a todos los géneros a emprender acciones contra los estereotipos y comportamientos negativos.

4.3 El marco de acción en la práctica: estudios de casos programáticos

Los siguientes estudios de caso ilustran cómo se ha utilizado un lente de género en la programación de la SSRMNIA para fortalecer la igualdad de género. Los ejemplos varían en la ubicación geográfica, el alcance y en la forma en que utilizan el enfoque de género, no obstante, todos ellos sirven para ilustrar cómo una intervención puede promover mejoras en la salud e igualdad de género y apoyar la materialización de los derechos de las mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Estudio de caso 1. SASA! Un enfoque de movilización de la comunidad sensible al género para prevenir la violencia contra las mujeres y el VIH

EL PROBLEMA

Las estimaciones mundiales y regionales publicadas por la OMS muestran que una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física o sexual en su vida. La violencia de género (VG) es una de las manifestaciones más extremas y nocivas de la desigualdad de género. La VG impide el acceso a la información, bienes y servicios de SSRMNIA; limita la capacidad de las mujeres y las adolescentes para ejercer sus derechos de salud sexual

y reproductiva; y tiene como consecuencia resultados de SSRMNIA deficientes. Las mujeres y las niñas están afectadas por la VG en forma desproporcionada. Sin embargo, los jóvenes y los niños también la sufren pero sus tasas de denuncia son menores. La violencia, además de ser una violación de los derechos humanos, también se asocia con resultados deficientes de salud materna, menores tasas de contracepción modernas y menos autonomía en las decisiones de SSR. Por otra parte, se observan resultados negativos en el caso de niña/os con un padre o madre que

ha sido víctima de VG. Los resultados de investigaciones y programas indican que la violencia contra la mujer puede prevenirse mediante intervenciones que apunten a su principal desencadenante: las relaciones de poder desiguales entre géneros. En Kampala, ciudad capital y con mayor población de Uganda, datos de 2011 mostraron que el 45 % de las mujeres entre 15 y 49 años que alguna vez estuvieron casadas sufrieron violencia física o sexual por parte de su pareja actual o de la más reciente, y que el 9,5 % viven con el VIH.⁷⁷

El programa de intervención SASA! significa «¡ahora!» en swahili. Este amplio enfoque combina herramientas con un proceso sistemático de movilización de la comunidad para prevenir la violencia contra las mujeres y el VIH. ¡SASA! fue desarrollado por Raising Voices (una organización no gubernamental en Uganda) y fue implementado por primera vez en Kampala por el Centro de Prevención de la Violencia Doméstica, una organización de la sociedad civil local. El programa original de SASA! en Uganda se extendió entre 2007 y 2012.

OBJETIVO

Cambiar las actitudes, normas y comportamientos de la comunidad que dan lugar a la desigualdad de género, a la violencia y a una mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Individual, interpersonal, comunidades, organizaciones, políticas.

ENFOQUE

SASA! trabaja para movilizar a las comunidades a través de cambios en las actitudes, normas y comportamientos de la comunidad que dan lugar a desigualdad de género, violencia y a una mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH. El foco central de la intervención es promover un análisis crítico e intercambio de ideas sobre el poder y la desigualdad del poder. En Uganda, se capacitó a la comunidad utilizando un kit para activistas (SASA! An Activist Kit for Preventing Violence against Women and HIV) con

el propósito de prevenir la violencia contra las mujeres y el VIH. El personal del Centro de Prevención de la Violencia Doméstica capacitó a 400 activistas en Kampala para implementar el programa SASA! Se encuestaron 1.583 miembros de la comunidad entre 18 y 49 años al inicio del programa y, cuatro años más tarde, se realizaron 2.532 encuestas al finalizar el programa.⁷⁸ Se evaluaron cambios en los resultados relacionados con la violencia y el VIH. Las comunidades aprendieron cómo responder a las experiencias de las mujeres con la violencia y cómo responsabilizar a los hombres. La comunicación con la pareja mejoró y en las comunidades disminuyó la aceptación social de la violencia y la desigualdad de género. El programa hizo un esfuerzo deliberado para centrar la atención en la dinámica del poder, ya que todas las personas se sienten poderosas en ciertas circunstancias e indefensas en otras. Esto permitió a los participantes tomar en cuenta sus propias experiencias en ambos extremos de la dinámica del poder, mientras que cuando se discutía únicamente sobre desigualdad de género, los hombres podían haberse sentido excluidos.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

Se capacitan activistas de la comunidad en temas de violencia, poder y derechos, junto con personal de otros sectores —incluida la policía y los servicios sanitarios. SASA! trabaja en todos los niveles: en las políticas nacionales y los medios de comunicación, con la policía y proveedores de salud, con amigos, parientes y vecinos, y con hombres, mujeres y jóvenes en forma individual. SASA! promueve que la violencia se reconozca como un problema. También promueve el debate público, la discusión y las reflexiones personales. Como parte de una respuesta multisectorial, SASA! también ha tenido éxito en reducir la violencia física ejercida contra estudiantes de primaria por parte del personal de las escuelas en Uganda utilizando un kit de herramientas (SASA!'s Good School Toolkit).⁷⁹

LECCIONES APRENDIDAS, CONCLUSIONES E IMPACTOS

Una respuesta multisectorial puede prevenir la violencia, generando resultados positivos tanto en la reducción de la violencia como en los relativos al VIH. Un ensayo controlado de emparejamiento en conglomerados aleatorios, realizado

en ocho comunidades de Kampala (cuatro con intervenciones, cuatro de control) mostró una relación significativa entre el SASA! y una menor aceptación social de la VDP entre hombres y mujeres; una aceptación considerablemente mayor, tanto en hombres como en mujeres, de que una mujer puede negarse a tener sexo; un 52 % menos de VDP física contra las mujeres en el año anterior; y menores niveles de VDP sexual contra las mujeres en el año anterior.⁸⁰ Las mujeres que sufrían violencia en las comunidades de intervención estaban más dispuestas a recibir respuestas de apoyo de su comunidad. Además, la concurrencia sexual (relaciones sexuales simultáneas) reportada por los hombres en el año anterior era significativamente menor en el grupo de intervención que en las comunidades de control. Tanto una menor concurrencia sexual por parte de los hombres como una mayor capacidad de las mujeres para negarse a tener sexo, son esenciales para prevenir el contagio y transmisión del VIH.

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

El SASA! está siendo actualmente implementado por 60 organizaciones en 20 países, entre ellos, Botswana, Burundi, Etiopía, KeniaKenya, Malawi, Rwanda, Sudán del Sur, Tanzania, Zambia, Iraq, Pakistán, Mongolia, Haití, Honduras y Uruguay, además de Uganda. Se están realizando varios tipos de adaptaciones a través de la traducción, adaptación cultural, adaptación a problemas específicos (por ejemplo, MGF), adaptación a grupos específicos (por ejemplo, comunidades religiosas), y la ejecución de determinadas actividades en lugar de la implementación a escala total.⁸¹ No obstante, se requiere más trabajo a nivel mundial para asegurar la expansión de la experiencia a mayor escala. Es importante generar una respuesta desde el punto de vista de la salud pública para prevenir la violencia contra las mujeres y SASA! es un ejemplo de cómo hacerlo en forma eficaz.

Estudio de caso 2. Revisión de los estudios de evaluación: abordar el género y el poder en una educación integral sobre sexualidad y VIH

EL PROBLEMA

Las mujeres y hombres jóvenes están expuestos a un alto riesgo de embarazos no deseados, ITS y VIH, y el riesgo es mayor en el caso de las mujeres jóvenes. A nivel mundial, el embarazo y el parto son la segunda causa de mortalidad en mujeres de 15 a 19 años.⁸² Los embarazos de adolescentes dan lugar a mayores tasas de mortalidad y morbilidad maternas y resultados generales de SSRMNIA deficientes. Se estima que en 2017 había 2,4 millones de niñas adolescentes y mujeres jóvenes que viven con el VIH, representando el 60 % de todas las personas jóvenes seropositivas.⁸³ Datos de 2014 sugieren que solo el 20 % de las niñas adolescentes y el 29 % de los niños adolescentes conocen en profundidad qué es el VIH.⁸⁴ Las mujeres jóvenes son particularmente vulnerables a los múltiples riesgos que resultan del desequilibrio de poder producto de las normas desiguales de género, entre ellos, la iniciación sexual temprana, el sexo

forzado y el matrimonio precoz. Los programas de educación sexual integral (ESI) constituyen una forma eficaz de llegar a un gran número de jóvenes. La ESI, tal como la define la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) implica evaluar las necesidades y comportamientos relativos a la salud reproductiva de las personas jóvenes con relación a objetivos específicos de salud, los riesgos y factores de protección que afectan los comportamientos vinculados con la salud, y las actividades que modifican estos riesgos y factores de protección. La ESI comprende diseñar actividades sensibles a los valores de la comunidad (coherentes con los recursos disponibles), implementar programas piloto, obtener retroalimentación continua, perseguir objetivos claros y atender situaciones que puedan derivar en relaciones sexuales no deseadas o sin protección. La ESI se enfoca principalmente en el conocimiento, valores, normas, actitudes y capacidades a través de métodos participativos de enseñanza; aportando

información científica precisa sobre los riesgos de las relaciones sexuales sin protección y la eficacia de los métodos de protección; trabajando sobre las percepciones de los riesgos; abordando los valores y las normas personales así como las normas de sus pares, sus habilidades y autoeficacia. A pesar de los temores de los dirigentes de algunas comunidades y de los padres y madres de que la educación sexual podría incentivar a los jóvenes a tener relaciones sexuales, la evidencia indica que la educación en esta materia puede retrasar la iniciación sexual y puede aumentar el uso de preservativos y otros medios anticonceptivos entre adolescentes sexualmente activos. Estudios sobre educación sexual sugieren que la ESI que se imparte a jóvenes antes de que se inicien sexualmente puede tener resultados positivos sobre su capacidad de negociar actividades sexuales seguras y consensuadas.

OBJETIVO

Evaluar si los programas de ESI que incorporan un enfoque de género y relaciones de poder logran mejores resultados de SSR en adolescentes que los programas sin este enfoque.

NIVEL DE EVALUACIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Individual, organizaciones, comunidades, entornos favorables.

ENFOQUE

Se llevó a cabo una búsqueda en varias bases de datos de estudios que incluyeran intervenciones dirigidas a lograr cambios en el comportamiento para prevenir embarazos no deseados, ITS o VIH que fueran: grupales o basadas en currículos para adolescentes de 19 años o menos, que hubieran sido publicadas entre 1990 y 2012, tuvieran diseños de evaluación rigurosos, y que midieran el efecto de la intervención sobre los resultados de salud (por ejemplo, presencia de ITS o VIH, embarazos o partos). La evaluación consideró cualquier tipo de educación sexual basada en un currículo impartido en escuelas, clínicas, ámbitos comunitarios, ámbitos múltiples y en una base de entrenamiento de reclutas marinos. De los 22 estudios seleccionados⁸⁵, siete incluían solo mujeres y los 15 restantes incluían mujeres y hombres. En términos de ubicación geográfica, 14 fueron en los Estados Unidos de América, seis fueron en países de

medianos o bajos ingresos, y dos fueron realizados en países de altos ingresos exceptuando a los Estados Unidos de América. Los tamaños de las muestras variaron entre 148 y más de 9.000 participantes.

RESULTADOS

La revisión de los estudios sobre ESI seleccionados mostró que la inclusión de género y poder tuvo un efecto significativo en los resultados del programa. De los 22 currículos examinados, 10 contemplaban temas de género y poder y 12 no lo hacían. De los 10 programas que trataban temas de género y poder, ocho (80 %) dieron lugar a reducciones significativas en los resultados de salud relativos al embarazo o parto en la adolescencia o adquisición del VIH o ITS. En cambio, de los 12 programas de ESI que no trataban temas de género y poder, solo dos (17 %) lograron una reducción significativa en las tasas de embarazo o de ITS. De los 22 estudios, 15 eran ensayos aleatorizados controlados (la evidencia más fuerte posible) y siete eran estudios de cohortes longitudinales con controles (también una fuerte evidencia). En los ensayos aleatorizados controlados, 8 de 9 (89 %) que trataban el tema de género o poder tuvieron efectos positivos.

LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta evaluación coinciden con evidencia existente que relaciona el género, el poder y la VG con el VIH y los resultados de SSR. Para abordar el comportamiento sexual y la salud de los adolescentes, deben abordarse factores y normas del contexto en el que viven. Un programa de ESI con un lente de género potente que tenga en cuenta la dinámica de poderes entre hombres y mujeres permite a los adultos jóvenes comprender las principales causas de la desigualdad de género y de resultados deficientes de SSR. Usar un enfoque de género implica comprender las normas y actitudes de género, la capacidad de tomar decisiones, el poder en las relaciones, las habilidades de pensamiento crítico, la VDP, los grupos de defensa y participación civil, los entornos escolares, la seguridad y otros factores. La ESI, apoyada en un marco de género, incorpora la enseñanza de SSR libre de prejuicios a adolescentes y da lugar al empoderamiento de adultos jóvenes que tienen relaciones igualitarias, basadas en el respeto y sin violencia, y una fuerte comprensión y capacidad de acceder a la SDSS. El uso de enfoques participativos e interactivos puede llevar a los/las jóvenes a incorporar

plenamente y aplicar comportamientos igualitarios en sus propias vidas y relaciones. Utilizar la ESI como un mecanismo de empoderamiento puede generar comportamientos y actitudes saludables en la vida sexual y reproductiva de la población joven, que podrán mantenerse en su vida adulta.

CONSIDERACIONES PARA EL FUTURO

Esta revisión identificó cuatro cualidades claves para un programa de ESI con un enfoque de género y poder que podría derivar en resultados positivos de SSR, así como en una mayor comprensión de las desigualdades de género que afectan la SSR.

Algunas características comunes a los estudios de ESI sensibles al género que dieron lugar a resultados positivos son:

- **Considerar el género o el poder en las relaciones:** Esto implica proporcionar contenidos a los/las docentes para explorar los estereotipos de género y las desigualdades de poder en las relaciones, incluido el abordaje del acoso sexual, sea sutil o expreso.

- **Analizar en profundidad cómo se manifiestan y operan las normas de género o el poder:** Esto es específico para cada contexto pero puede involucrar analizar a las mujeres en los medios de comunicación, las prácticas nocivas como el matrimonio precoz, las desigualdades de poder en las relaciones causadas por las diferencias económicas o de edad, o las diferencias en cómo los hombres y mujeres expresan su sexualidad debido a los estereotipos de género.

- **Fomentar las reflexiones personales:** Cuando las participantes pueden reflexionar sobre cómo el género y el poder se relaciona con sus vidas, relaciones y salud sexuales, pueden comprender mejor las barreras sistemáticas y estructurales que les impiden disfrutar de su SDSS. Esto incluye analizar las relaciones, el sexo forzado, la violencia de pareja (VDP), las normas de género y otros aspectos.

- **Autovaloración y reconocer el poder propio:** El reconocimiento del poder para el cambio personal, de las relaciones o de la comunidad es un tema recurrente en los estudios exitosos. Muchos de los programas se enfocaban en el poder, la capacidad de acción y el respeto de las mujeres jóvenes por sí mismas. También se incluían interseccionalidades tales como el orgullo étnico y de raza.

Estudio de caso 3. Proyecto roles del género, igualdad y transformación (GREAT): promover actitudes y comportamientos de igualdad de género en adolescentes de Uganda

EL PROBLEMA

Las/los adolescentes conforman un tercio de la población de jóvenes del mundo. El período entre los 10 y los 19 años⁸⁶ es un momento en la vida en el cual es sumamente eficaz cambiar las normas de género. Las creencias de las comunidades sobre los roles ideales para las mujeres y los hombres afectan el bienestar de niñas y niños a medida que crecen y se convierten en adultos. Estas creencias pueden hacer que las adolescentes abandonen el colegio, contraigan matrimonio y tengan hijos siendo muy jóvenes,

pierdan oportunidades de ganar un buen sustento y tomen decisiones que perjudiquen su salud y el bienestar de sus familias. Muchas tienen necesidades de SSR sin atender, necesidades educativas y vocacionales, y están muy expuestas a ciclos de pobreza y violencia, dando lugar a resultados deficientes en su salud y su condición social. La evidencia sugiere que las normas de género influyen directamente sobre los comportamientos relacionados con la salud, en particular en el período clave de transición de la adolescencia, que es cuando las normas de género y las identidades comienzan a fusionarse. La adolescencia

representa una oportunidad para establecer una base sólida para una SSR segura a través de redes sociales fortalecidas. Las condiciones posconflicto en comunidades del norte de Uganda —incremento de la VG, interrupción de los servicios sociales y humanitarios, erosión de las tradiciones culturales y una mayor inseguridad económica y física— podían contribuir a la adopción y consolidación de normas de género desiguales, comportamientos poco saludables y sexualización de la juventud vulnerable que carece de exposición a modelos de roles sanos, habilidades adecuadas para la resolución de conflictos y apoyo psicológico.

El programa de intervención conocido como proyecto GREAT fue financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y ejecutado por el Instituto de Salud Reproductiva de la Universidad de Georgetown en asociación con Pathfinder International, Save the Children, Concerned Parents Association y Straight Talk Foundation. El proyecto, que se extendió desde 2010 a 2017, proporcionó un enfoque interactivo con medios de comunicación mixtos dirigidos a individuos, escuelas y comunidades para impulsar la igualdad de género en los adolescentes.

OBJETIVO

Promover actitudes y comportamientos de igualdad de género en adolescentes (10-19 años) y sus comunidades, con el objetivo de reducir la VG y mejorar los resultados de SSR en comunidades en situación de posconflicto en el norte de Uganda.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Individual, interpersonal, comunidades, organizaciones.

ENFOQUE

El paquete de intervención GREAT promueve la reflexión, el diálogo y la acción sobre normas de género desiguales, SSR y VG. Su implementación incluye varios componentes: una serie radial para promover la discusión y reflexión sobre igualdad de género, SSR y VG; un kit de herramientas para adolescentes jóvenes con libros animados y juegos de participación comunitaria; un Ciclo de acción comunitaria

para alentar a los dirigentes de la comunidad a fortalecer sus capacidades y promover cambios; capacitación de Equipos de Salud Locales para mejorar la calidad de los servicios de SSR para jóvenes y su acceso a los mismos; y la implementación del programa en las aulas a través de clubes escolares. Además el proyecto identifica a aquellos que demuestran compromiso con comportamientos de género igualitarios en la comunidad.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

La intervención involucró distintos tipos de colaboración entre sectores, incluidas comunidades, clínicas de salud, medios de comunicación y escuelas. Los dirigentes y movilizados de la comunidad participaron en el diálogo y acción colectivos para fomentar el cambio y mejorar las normas y actitudes sociales hacia el género, la salud reproductiva y la violencia. Se capacitaron equipos locales de salud para satisfacer las necesidades de los/las adolescentes, reducir el estigma en la prestación de servicios de SSR y brindar servicios más sensibles al género a miembros de la comunidad. También se apoyó al personal de centros de salud para que evitaran los estigmas en la atención que brindaban. Se transmitió una serie radial local en las áreas de implementación para discutir decisiones en torno a las relaciones de pareja, sexualidad, violencia, alcohol, recursos y responsabilidades compartidas, y cómo ser mejores padres. Se difundieron guías de debate radial para pequeños grupos de adolescentes de forma que pudieran asociar los eventos dramáticos de la serie radial con sus propias vidas. También se realizaron otras actividades y juegos para adolescentes en ámbitos comunitarios y escuelas a fin de mejorar su comprensión de la pubertad, la salud sexual y las normas de género, y promover comportamientos de género igualitarios.

LECCIONES APRENDIDAS, CONCLUSIONES E IMPACTOS

El uso de prácticas transformadoras de género para enseñar a adolescentes jóvenes acerca de su SDSR puede dar lugar a una evolución sana hacia la edad adulta, comportamientos saludables, vidas con igualdad de género, libres de violencia y de embarazos no deseados. También promueve la participación activa de la comunidad entre miembros de todas las edades. La encuesta realizada a la finalización del proyecto mostró mejoras en los/las adolescentes que participaron en

la intervención: el 48 % de los/las adolescentes mayores (14-19 años) que participaron en el proyecto GREAT creían que los hombres y las mujeres eran iguales, en comparación con un 37 % del grupo que no participó; un 10 % más de personas recién casadas o con hijos, que respondieron a la encuesta, estaban utilizando la planificación familiar como resultado de la intervención; y un 9 % menos de los/las adolescentes mayores y un 4 % menos de recién casados/personas con hijos creían que la mujer debía tolerar la violencia para mantener a la familia unida.⁸⁷ El proyecto GREAT logró mejoras significativas en las actitudes y comportamientos de los/las participantes, en particular hacia las normas de género, la planificación familiar y la violencia de género.

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

Dado que el proyecto se diseñó teniendo en cuenta la escala, el modelo pone de manifiesto la necesidad de

establecer vínculos multisectoriales para promover movimientos generalizados y sostenibles a fin de cuestionar las normas de género nocivas y apoyar los resultados positivos en materia de salud a nivel individual y comunitario. En 2015 el proyecto GREAT se extendió a dos nuevos distritos en el norte de Uganda y se amplió en los distritos de intervención iniciales, impartiendo capacitación adicional a capacitadores locales de salud. Los socios Pathfinder International y Save the Children han introducido el modelo GREAT en todo el mundo, particularmente en África occidental y Mozambique. El Instituto de Salud Reproductiva ha adaptado el currículo del proyecto GREAT en Rwanda. En el sitio web del Instituto de Salud Reproductiva también está a disposición del público global un paquete de herramientas para expandir el proyecto GREAT y un plan de implementación del Ciclo de acción comunitaria.

Estudio de caso 4. El Parlamento de Malawi aprueba una enmienda constitucional para poner fin al matrimonio infantil

EL PROBLEMA

El matrimonio infantil es una práctica nociva que afecta mayoritariamente a las niñas y su origen se encuentra en la perpetuación de las desigualdades de género. Más de 650 millones de mujeres en el mundo se casaron cuando eran niñas; más de una de cada tres se casaron antes de los 15 años.⁸⁸ Las niñas que se casan antes de los 18 años tienen menos probabilidades de continuar su educación, más probabilidades de sufrir violencia, son menos capaces de negociar el uso de anticonceptivos y enfrentan mayores complicaciones durante el embarazo y el parto. El matrimonio precoz suele tener sus raíces en prácticas discriminatorias, como la dote, la supervivencia económica estratégica de las familias, el fomento de la procreación prematura y las inversiones desproporcionadas en la educación y el futuro de los varones. Las mujeres del quintil más pobre tienen 2,5 veces más probabilidades de contraer matrimonio durante la niñez que las del quintil más rico.⁸⁹

Malawi tiene una de las mayores tasas de matrimonio infantil en el mundo, con una de cada dos niñas casadas antes de los 18 años. Los embarazos de adolescentes contribuyen con un 30 % a la mortalidad materna en el país. El matrimonio precoz en Malawi afecta negativamente la situación educativa de las niñas, ya que menos de la mitad (45 %) permanecen en la escuela después del 8° grado.⁹⁰ En Malawi, casi dos tercios de las mujeres sin educación formal contrajeron matrimonio siendo niñas, en comparación con el 5 % de las mujeres que habían asistido a la escuela secundaria o superior.⁹¹

OBJETIVO

Concienciar sobre los efectos perjudiciales del matrimonio infantil y ejercer presión para que se introduzcan cambios legislativos que prohíban los matrimonios infantiles en Malawi.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Comunidades, políticas.

ENFOQUE

A través de esfuerzos de promoción permanentes, ONU Mujeres Malawi ha desempeñado un papel fundamental en la lucha por aumentar la edad legal para contraer matrimonio, así como en el trabajo con dirigentes tradicionales para difundir los efectos perjudiciales del matrimonio infantil y anular los matrimonios consuetudinarios existentes. La disolución de los matrimonios civiles está contemplada por el derecho civil, pero los matrimonios consuetudinarios están regulados por las prácticas culturales y los dirigentes tradicionales. ONU Mujeres trabajó con sus socios para difundir el problema del matrimonio infantil y abogar por un cambio legislativo. En abril de 2015, la jefa (Inkosi) de distrito Theresa Kachindamoto apoyó esta iniciativa y anuló 330 matrimonios consuetudinarios en la Región Central de Malawi para alentar a niños y niñas a continuar sus estudios y para que tengan una infancia saludable. Aunque se enfrentó a la resistencia de los dirigentes de la comunidad, especialmente con respecto a las uniones que implican una dote, continuó haciendo campaña en las comunidades, con miembros del Comité de Desarrollo de la Aldea, líderes religiosos y ONG para apoyar la prohibición y anulación de los matrimonios infantiles. Durante ese período, el Parlamento de Malawi aprobó y promulgó la Ley sobre el Matrimonio, el Divorcio y las Relaciones Familiares, elevando a 18 años la edad mínima para contraer matrimonio sin el consentimiento de los padres.⁹² Anteriormente, Kachindamoto también había suspendido a las autoridades de aldea que permitían matrimonios infantiles, pero la Ley de 2015 facultó a todos los jefes de distrito para regular las suspensiones contempladas en esa ley. ONU Mujeres y sus socios apoyaron a los dirigentes tradicionales y al Ministerio de Género, Infancia y Bienestar Social para asegurar que se entendiera y aplicara la ley de 2015, y para lograr igualdad de género para niñas adolescentes y mujeres jóvenes.

En febrero de 2017, el Parlamento tomó la decisión extraordinaria de prohibir el matrimonio infantil en la Constitución del país.⁹³ El Parlamento votó por unanimidad una enmienda constitucional que elevó a 18 años la edad mínima de niñas

y niños para contraer matrimonio. Con ello se subsanó una laguna jurídica en la Ley de Matrimonio, Divorcio y Relaciones Familiares de 2015, que permitía a los padres dar su consentimiento para el matrimonio de sus hijos/as entre los 15 y los 18 años de edad. En aquel momento, ONU Mujeres brindó apoyo al proceso de revisión de la Constitución, llevó a cabo consultas claves para la enmienda y movilizó a otras agencias de las Naciones Unidas y a la sociedad civil para que trabajaran con el Ministerio de Justicia y Asuntos Constitucionales y con la ONG Women and Law in Southern Africa a fin de garantizar la participación de todas las partes interesadas. En adelante, ONU Mujeres seguirá colaborando con la sociedad civil para cambiar las prácticas nocivas basadas en el género y garantizar la aplicación efectiva de la ley. También apoyará al Ministerio de Género y Justicia para armonizar esta nueva enmienda con otras leyes discriminatorias contra las mujeres y las niñas.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

A fin de que esta ley y la enmienda constitucional fueran adoptadas, varios actores entraron en acción para influenciar, alentar y ayudar a legisladores y dirigentes tradicionales a comprender la importancia de poner fin al matrimonio infantil. La adopción de medidas para poner fin al matrimonio infantil en Malawi requería de los dirigentes tradicionales y autoridades de aldeas, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones de la sociedad civil, campañas impulsadas por la juventud, ministerios de Género y Justicia y Asuntos Constitucionales y agencias legales, entre otros. La colaboración y participación activa de un grupo diverso de partes interesadas —desde el ámbito comunitario hasta el parlamentario— contribuyeron al éxito de la enmienda constitucional.

LECCIONES APRENDIDAS, CONCLUSIONES E IMPACTOS

El impacto de la aprobación de esta ley y de la enmienda constitucional tendrá beneficios muy importantes para las niñas y los niños actualmente casados en Malawi, para los que están en edad de casarse de acuerdo con su cultura y para las muchas generaciones de jóvenes que vendrán. La promulgación y aplicación de estas leyes, con el respaldo a nivel comunitario de jefes de distrito y dirigentes tradicionales, permitirá a las mujeres jóvenes y las niñas disfrutar de su educación, sus oportunidades de ganar un

sustento y su buena salud. Impedir el matrimonio infantil permite que las mujeres jóvenes y las niñas se desarrollen, reduciendo el riesgo de un embarazo precoz, complicaciones en el parto, VDP o exposición al VIH y a las ITS. Cuando las mujeres jóvenes y las niñas pueden desarrollarse hasta alcanzar la plenitud de su potencial, están capacitadas para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual, reclamar sus derechos reproductivos e invertir en un futuro mejor.

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

Los enormes esfuerzos de Malawi para prohibir el matrimonio infantil constituyen un ejemplo para que otras regiones, países y comunidades comprendan plenamente los numerosos daños que se infligen cuando se refuerzan esas prácticas discriminatorias de género. Es un buen ejemplo para que otros vean cómo ayudar a los/las dirigentes de las comunidades y a los gobiernos locales y nacionales a comprender la importancia de poner fin al matrimonio infantil y adoptar prácticas que contribuyan a una sociedad más igualitaria y próspera.

Estudio de caso 5. Incorporación de la perspectiva de género en la respuesta interinstitucional a la epidemia del virus de Zika en Brasil

EL PROBLEMA

Cuando surgen nuevas epidemias mundiales, las mujeres suelen estar en el centro del impacto, especialmente cuando concierne a la salud sexual. El VIH y los virus del Ébola y de Zika son de naturaleza similar, ya que han llevado a la perpetuación de los estereotipos de género. Con frecuencia, las mujeres son responsables de contener la transmisión de enfermedades, prevenir la infección y cuidar de los miembros enfermos de la familia y de la comunidad. Esta carga se agrava durante las respuestas de emergencia, cuando los sistemas de salud son disfuncionales. A principios de 2015, el virus de Zika se propagó desde Brasil a 72 países y territorios, causando una epidemia mundial hasta noviembre de 2016. El virus afectó especialmente a las Américas y el Caribe. El zika es una enfermedad transmitida por mosquitos que también puede ser transmitida por un hombre a sus parejas sexuales. Además de los síntomas típicos de la gripe, el zika puede causar el síndrome de Guillain-Barré, que daña el sistema nervioso de una persona. La infección por el virus de Zika durante el embarazo también puede causar microcefalia en el feto —una malformación congénita en la cual la cabeza del bebé es mucho más pequeña

de lo normal. La microcefalia puede provocar otras anomalías congénitas y afecciones neurológicas.

Brasil fue el país más afectado por la epidemia del virus de Zika. Entre 2015 y mayo de 2017, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) calculó la existencia de 223.230 casos y confirmó 133.527 casos. También se han confirmado 2.698 casos de síndrome congénito asociado con el virus. Aunque el virus de Zika ya no se considera una epidemia, dejó muchas lecciones sobre el establecimiento de respuestas sanitarias de emergencia adecuadas y con perspectiva de género en situaciones de crisis. El temor al zika, similar al ébola y el VIH, hizo que muchas personas no se hicieran los análisis ni buscaran atención médica y, por lo tanto, perpetuó la transmisión. Para hacer frente a la epidemia del zika fueron necesarias intensas campañas de información, educación entre pares y acceso a atención sanitaria. Durante esta epidemia, las mujeres y las niñas soportaron cargas adicionales como consecuencia del virus. El zika prospera en condiciones de desigualdad y sistemas de salud disfuncionales, lo que supone una carga adicional de precauciones para las mujeres. Un estudio realizado en 2016 reveló que el 57 % de las mujeres encuestadas evitaron o intentaron evitar el embarazo debido a la epidemia

del zika. El temor al embarazo no es la solución, sino que es fundamental proporcionar información y educación sobre cómo el zika puede transmitirse sexualmente y las formas de prevenir o tratar la infección. Centrarse en los pilares de la prevención, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la elaboración de estrategias y planes nacionales para atender las necesidades sexuales y reproductivas de las mujeres y las niñas puede dar lugar a una mejor respuesta en situaciones de emergencia y epidemias relacionadas con infecciones de transmisión sexual.

OBJETIVO

Incorporar una perspectiva de género en la respuesta al zika y considerar los derechos humanos de las mujeres en las políticas, programas e inversiones para asegurar que las voces, necesidades y demandas de las mujeres estén en el centro de la respuesta de los gobiernos.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Comunidades, entornos favorables.

ENFOQUE

El papel de ONU Mujeres en la respuesta al zika en Brasil fue polifacético y se centró en esfuerzos de comunicación e investigación en torno a los derechos de las mujeres en la respuesta al virus. La actividad más destacada fue la «Sala de Situación, Defensa y Movilización por los Derechos de las Mujeres, incluidos los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, en el Contexto de la Epidemia del Virus de Zika». La Sala de Situación de Brasil es un espacio de coordinación convocado por ONU Mujeres, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la OPS/OMS, que cuenta con la participación permanente de 45 organizaciones que representan la diversidad de Brasil. Es un espacio para identificar las estrategias en curso y compartir información sobre cómo se están afrontando los desafíos de las epidemias propagadas por el «mosquito de la fiebre amarilla», como el dengue, la fiebre amarilla, la fiebre chikungunya y el zika. Estas enfermedades afectan particularmente a las mujeres afrobrasileñas más pobres, que viven en situaciones de vulnerabilidad económica, social y ambiental. En 2016, ONU Mujeres, UNFPA y OPS/OMS también desarrollaron una estrategia de comunicación en colaboración con

la Secretaría de Políticas de la Mujer y la Empresa Brasileña de Comunicación. Ésta incluyó la producción de programas de radio que destacaban la salud y los derechos de la mujer, programas de televisión centrados en las voces de las mujeres y materiales de difusión para mujeres y profesionales de la salud distribuidos en todos los estados y municipios. En el ámbito de la investigación, ONU Mujeres apoyó a un consorcio de 10 organizaciones de mujeres en Brasil para llevar a cabo investigaciones participativas y orientadas a la acción con mujeres de las comunidades más afectadas por el zika. Estos diálogos comunitarios contribuyeron a difundir información sobre prevención, así como sobre servicios sociales tales como el acceso a la atención sanitaria. El proceso de investigación se centró en permitir que las mujeres participaran en actividades de sensibilización con las autoridades locales. Durante la epidemia del zika en Brasil, extendida por América Latina y el Caribe, ONU Mujeres desempeñó un papel fundamental para garantizar que las voces, necesidades y demandas de las mujeres ocuparan un lugar central en la respuesta de los gobiernos y la sociedad. Esto incluyó una amplia gama de políticas e inversiones para prevenir la infección, planificar la vida reproductiva de las mujeres, inversiones en agua y saneamiento y servicios integrales de SSR. También se proporcionaron servicios de tratamiento, apoyo y rehabilitación para niños con malformaciones congénitas.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

La participación de ONU Mujeres en la respuesta al zika en Brasil se realizó en colaboración con muchos organismos, entre ellos el UNFPA, la OPS/OMS, dependencias gubernamentales como la Secretaría Especial de Políticas para la Mujer y el Ministerio de la Mujer, Igualdad Racial y Derechos Humanos, así como organizaciones de la sociedad civil y expertos en salud de la mujer.

LECCIONES APRENDIDAS, CONCLUSIONES E IMPACTOS

El Gobierno y las instituciones académicas han reconocido que la Sala de Situación es un órgano importante. La Sala de Situación creó oportunidades para enfatizar la importancia de desarrollar políticas, investigaciones y otras iniciativas para garantizar que se escuchen las voces de las mujeres, se cubran sus necesidades y se garanticen todos sus derechos. Estos responsables de la formulación de políticas han

reconocido el papel de las mujeres y sus organizaciones para garantizar una respuesta integral a la epidemia. A través de esta intervención, los mensajes y materiales de comunicación específicos difundidos a través de diversos canales, junto con las plataformas de coordinación multisectorial, ayudaron a difundir información y a concienciar a las mujeres en edad reproductiva, las gestantes, los hombres y profesionales de la salud.

CONSIDERACIONES PARA EL FUTURO

Durante una epidemia es imperativo centrarse en el panorama más amplio de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo. Es importante trabajar con los gobiernos, la

sociedad civil, las organizaciones de mujeres y los grupos de derechos humanos para aportar pilares sólidos de prevención y tratamiento, así como para garantizar que las estrategias nacionales aborden las necesidades de las mujeres y las niñas.

La recopilación de datos desagregados por sexo también puede ayudar a comprender mejor la vulnerabilidad de las mujeres ante esas epidemias, incluidas las barreras a las que se enfrentan debido a la desigualdad de las normas sociales, los marcos jurídicos y las leyes que pueden inhibir su capacidad de acceso a los servicios. Es esencial integrar la SSR en estas respuestas e incorporar consideraciones de género en el enfoque para enfrentar las epidemias.

Estudio de caso 6. Integrar la igualdad de género en el registro civil y las estadísticas vitales de Tailandia

EL PROBLEMA

Registro civil y estadísticas vitales (RCEV) se refiere a la inscripción y registro legal de hechos vitales, como nacimientos, defunciones, causas de defunción, adopciones, matrimonios y divorcios de una población. Los sistemas de registro civil que funcionan bien crean registros de los hechos y proporcionan a las personas la documentación necesaria para asegurar el reconocimiento de la identidad y las relaciones familiares y garantizar sus derechos cívicos. La documentación de identidad también proporciona acceso a los servicios esenciales, incluidos los de salud y educación. Facilita la inscripción de votantes, permitiendo que las personas ejerzan sus derechos electorales y garantiza el derecho a la herencia, el acceso a cuentas bancarias y préstamos, entre otros. El registro civil también constituye la base del sistema de estadísticas vitales de un país. Las estadísticas vitales se refieren a los datos cuantitativos de una población.

El registro civil y la identificación son especialmente importantes en sociedades en las que las mujeres tienen restringido el ejercicio de sus derechos como ciudadanas o se les niega el acceso a servicios y derechos esenciales. Los sistemas de RCEV deben funcionar de manera que satisfaga

las necesidades de todas las personas y recopilar datos que reflejen los acontecimientos vitales de todos, incluidas las mujeres y las niñas. Las mujeres enfrentan barreras particulares para acceder a los sistemas de RCEV y a los documentos de identificación, como la distancia, el costo y las regulaciones que imponen exigencias a las mujeres pero no así a los hombres. La desigualdad de género dentro de los sistemas de RCEV está directamente relacionada con la falta de acceso a documentos de identidad, recursos y servicios legales y, lo que es más grave, con una considerable ausencia de datos de género. La documentación de identidad amplía las oportunidades económicas al permitir que las mujeres adquieran, reclamen, transfieran y dispongan de activos físicos y financieros de forma independiente. También aumenta la autonomía de las mujeres para acceder a servicios y derechos, y amplía sus derechos y oportunidades en materia electoral y política. Sobre todo, se trata de un vehículo básico para aumentar la voz y el protagonismo de las mujeres y su capacidad para contribuir al desarrollo y recibir sus beneficios.

En la actualidad, hay aproximadamente 27 países que tienen leyes discriminatorias que afectan la capacidad de las mujeres de inscribirse para obtener sus propios documentos de identificación o transferir la ciudadanía a sus hijos/as.⁹⁴ Dado que en virtud de las leyes internacionales sobre los derechos humanos el registro universal de nacimiento es obligatorio, los niños y las niñas son inscritos en condiciones de igualdad. Sin embargo, en muchos países las mujeres están en desventaja debido a que no pueden inscribir a sus hijos/as sin la firma del padre. Tales legislaciones discriminan contra la capacidad de acción y autonomía de las mujeres en el hogar. Se requieren acciones para integrar las necesidades y los contextos de las mujeres y las niñas a nivel individual y de salud pública. Para asegurar que las mujeres y las niñas tengan igualdad de acceso y uso de los sistemas de RCEV, es necesario abordar las barreras de género a nivel individual, comunitario e institucional, de conformidad con los procesos vinculados a los sistemas de RCEV.

OBJETIVO

Asegurar que todos los niños y niñas en Tailandia sean inscritos al nacer, independientemente de la condición étnica o legal de sus padres, y trabajar para integrar el registro de nacimientos como una práctica hospitalaria.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Individual, interpersonal, entornos favorables.

ENFOQUE

Los datos de la Oficina Nacional de Estadística de Tailandia muestran que casi todos los niños y niñas menores de 5 años son inscritos al nacer. Sin embargo, el estudio también reveló que el número es menor entre las madres con bajo nivel de educación. Además, la tasa de inscripción de nacimientos de los niños y niñas nacidos en hogares no tailandeses es de solo un 79,2 %, aunque la Ley de Registro Civil establece que todo niño nacido en Tailandia tiene derecho a ser inscrito y a obtener una partida de nacimiento, independientemente de la situación legal de sus padres.⁹⁵ UNICEF colaboró con el Departamento de Administración Provincial del Ministerio del Interior en la elaboración de un programa informático de inscripción de nacimientos en línea que vincula la información de un recién nacido en un hospital con el sistema de

registro civil. Cuando se vincula, el encargado del registro puede rastrear instantáneamente a las familias que no han comparecido a inscribir el nacimiento de su hijo/a u obtenido una partida de nacimiento.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

El establecimiento del programa informático de inscripción requirió de una estrecha colaboración y el apoyo de los organismos gubernamentales. UNICEF trabajó directamente con la Oficina de Administración de Registros del Departamento de Administración Provincial del Ministerio del Interior en la elaboración de este programa. La capacitación del personal de todos los hospitales públicos en el uso del nuevo sistema y el seguimiento de los avances realizados estuvo a cargo de la Oficina Nacional de Seguridad Sanitaria. El trabajo con los sistemas gubernamentales permitió a UNICEF llegar a varios cientos de hospitales con el programa de inscripción de nacimientos en línea y trabajar para lograr un mayor alcance.

LECCIONES APRENDIDAS, CONCLUSIONES E IMPACTOS

El establecimiento del programa informático de inscripción de nacimientos en los hospitales públicos facilita el acceso de las madres que encuentran obstáculos para el registro debido a la baja tasa de alfabetización, la pobreza, el origen étnico o la situación migratoria. Asegurar la inscripción permite a los niños y niñas acceder a atención de salud subvencionada, a los servicios de bienestar social, a la posibilidad de viajar, así como a las oportunidades de educación y empleo en el futuro. También disminuye la creciente vulnerabilidad ante la explotación o la trata de personas a las que pueden enfrentarse debido a su condición legal indocumentada. Según los resultados más recientes, 620 hospitales de todo el país están utilizando el programa de inscripción de nacimientos.⁹⁶

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

La Oficina de Administración de Registros desarrolla y mantiene el proyecto de inscripción de nacimientos y actualmente colabora con UNICEF para ampliar el sistema de registro a 900 hospitales en todo el país. El objetivo final es inscribir a todos los niños en Tailandia al nacer, independientemente de la situación étnica o legal de sus padres.

Estudio de caso 7. Prevención y respuesta a la violencia sexual y de género en asentamientos de personas desplazadas en Kenya

EL PROBLEMA

La violencia sexual y de género es una violación fundamental de los derechos humanos. Las personas en situaciones de emergencia humanitaria presentan vulnerabilidades complejas y corren un mayor riesgo de violencia sexual y de género debido al colapso de los sistemas familiares y comunitarios, el acceso limitado a los recursos, la seguridad insuficiente y la vivienda inadecuada.⁹⁷ En esos contextos también aumenta la violencia de pareja. Las mujeres y las niñas que son migrantes forzadas sufren una mayor violencia sexual y de género que los hombres y los niños, a menudo atribuida a las crecientes tensiones sociales, económicas y culturales que enfrentan los hombres en los campos de refugiados. Las mujeres y las niñas que sufren violencia sexual y de género corren el riesgo de contraer ITS, VIH, tener embarazos no deseados, abortos inseguros, daños en el sistema reproductivo, trastornos de estrés postraumático, depresión, estigma social y rechazo por parte de la familia o la comunidad. Sufrir violencia en asentamientos de desplazados puede exacerbar estos resultados, con acceso limitado a los servicios de atención física y psicológica.

Kenya tiene una larga historia de acoger refugiados, principalmente de Somalia, Sudán y Etiopía. El campamento de refugiados de Dadaab es una agrupación de asentamientos menores cerca de la frontera con Somalia. La mayoría de los residentes proceden de Somalia, y una pequeña proporción de Etiopía. En agosto de 2012, la población del campamento aumentó a 474.000 con la llegada de 6.000 personas de Somalia. En el campamento de refugiados de Kakuma, situado en la región noroccidental de Kenya, se registraron aproximadamente 13.000 nuevos refugiados —la mayoría procedentes de Sudán del Sur— lo que elevó la población a más de 101.000 personas. En agosto de 2012, el número total de refugiados y solicitantes de asilo registrados en Kenya ascendía a más de 630.000.⁹⁸ En el sur del país, 664.000 ciudadanos kenianos fueron desplazados debido a la violencia poselectoral tras los resultados de las elecciones presidenciales de 2007, que causaron violencia interétnica. Todavía hay muchos kenianos y refugiados desplazados hoy en día, con poca seguridad y prestación de servicios en los campamentos. La incidencia de la violencia sexual y de género en las zonas de desplazados es difícil de medir ya que

en general no es reportada. En 2012, el Centro de Derechos Humanos de la Escuela de Derecho de la Universidad de California en Berkeley, junto con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), llevó a cabo un estudio de un año de duración para comprender las necesidades de las personas refugiadas, migrantes y desplazadas internas que sufren violencia sexual y de género y proponer enfoques multisectoriales para facilitar el acceso a la vivienda y los servicios esenciales.

OBJETIVO

Obtener evidencias para informar a las agencias donantes, responsables de la formulación de políticas y agentes internacionales y locales sobre modelos aplicables, problemas prioritarios y prácticas prometedoras para hacer frente a la violencia sexual y de género en los emplazamientos de refugiados, migrantes y desplazados internos.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Individual, organizaciones, políticas.

ENFOQUE

El Centro de Derechos Humanos llevó a cabo entrevistas en profundidad y semiestructuradas con sobrevivientes en cuatro campamentos de refugiados del país. Informantes claves del Gobierno, las organizaciones comunitarias, las ONG y los organismos de las Naciones Unidas también aportaron información de la situación.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

Esta investigación se llevó a cabo con aportes de varios actores en los campamentos de refugiados y desplazados, incluido el personal, residentes y sobrevivientes de violencia sexual y de género, organizaciones de la comunidad y ONG, funcionarios gubernamentales y agencias de la ONU.

LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

La investigación encontró una variedad de modelos de albergue, muchos de los cuales acogen a refugiadas y desplazadas internas sobrevivientes de violencia sexual y de género. Para fortalecer la respuesta a la violencia sexual y de género en los albergues de Kenia, se requiere de un esfuerzo cooperativo y multisectorial. Es necesario aumentar y diversificar las opciones de albergues para sobrevivientes de violencia sexual y de género, proteger a los grupos marginados, mapear y monitorear los programas, mejorar la capacitación del personal, crear redes de referencia claras y fomentar la toma de decisiones y capacidad de acción de las sobrevivientes, al tiempo que se garantiza su seguridad.

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

Este estudio forma parte de una serie de cuatro estudios de casos en Colombia, Haití, Tailandia y Kenia. Se realizó un informe comparativo con el fin de lograr una comprensión más amplia de cómo se está abordando la violencia sexual y de género en el caso de las personas desplazadas.⁹⁹ Este estudio de gran escala aporta información para varias partes interesadas en la protección de estas poblaciones sobre la necesidad de comprender, monitorear y abordar la violencia sexual y de género en asentamientos de desplazados y refugiados.

Estudio de caso 8. La Suprema Corte de Namibia defiende los derechos de las mujeres que viven con el VIH

EL PROBLEMA

Las mujeres que viven con el VIH a menudo son objeto de estigma y exclusión, agravados por su falta de derechos. Un estudio de los efectos de la discriminación de las mujeres seropositivas reveló consecuencias dolorosas, como el rechazo social, la negación, la violencia en la familia y la comunidad, y malos tratos por parte de proveedores de servicios de salud. Las mujeres que viven con el VIH son especialmente vulnerables a las violaciones de los derechos de salud sexual y reproductiva. Al acceder a los servicios de atención sanitaria, las mujeres seropositivas han padecido esterilización forzada y coaccionada, negación de los servicios, actitudes hostiles cuando planean tener familia, trato estigmatizante por parte del personal sanitario, violaciones de la confidencialidad y realización de pruebas de detección del VIH sin su consentimiento. Cuando se niegan los derechos y la autonomía de las mujeres, su capacidad para protegerse es limitada.

En 2009, un informe de la Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/SIDA (ICW, por su sigla en inglés) estudió la situación de las mujeres de Namibia que habían sido sometidas a esterilización forzada y coaccionada debido a su estado seropositivo. Esta práctica viola los derechos otorgados en la Constitución de Namibia y en diversas leyes y obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. De las 230 mujeres seropositivas que participaron en la investigación de ICW, 40 informaron que habían sido sometidas a esterilización forzada o coaccionada.¹⁰⁰ La investigación concluyó que las mujeres que fueron esterilizadas habían sido presionadas, esterilizadas contra su voluntad o sin el debido consentimiento. Manifestaron sentir que había una relación directa entre su condición seropositiva y la insistencia por parte de profesionales de la salud para que se esterilizaran. A las mujeres que fueron sometidas a esterilización forzada no se les proporcionó información sobre el procedimiento, sus efectos, consecuencias ni riesgos asociados. En algunos casos, se pidió a las mujeres que firmaran un formulario dando su consentimiento para que les ligaran las trompas como requisito para acceder a otros

servicios de salud reproductiva, como el aborto, la cesárea o el parto. A algunas mujeres también se les pidió que firmaran formularios para la ligadura de trompas sin que se les informara sobre las implicaciones del procedimiento ni se les dieran otras opciones de planificación familiar. También hubo violaciones de la confidencialidad, por ejemplo, cuando se les pedía a las mujeres seropositivas que se identificaran y esperaran en un área separada, o cuando el personal no médico del hospital hacía traducciones médicas durante las consultas. Este informe subraya la necesidad de abordar la esterilización no deseada de las mujeres que viven con el VIH desde un ámbito sistémico y legal.

OBJETIVO

Apoyar a las mujeres que viven con el VIH en la búsqueda de una indemnización legal por la esterilización realizada por personal sanitario del gobierno sin su consentimiento pleno e informado.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Individual, interpersonal, entornos favorables.

ENFOQUE

ICW, la sociedad civil y socios legales claves apoyaron a tres mujeres que viven con el VIH en la búsqueda de indemnización legal después de haber sido esterilizadas sin consentimiento informado. En noviembre de 2012, estas tres mujeres demandaron al Gobierno de Namibia argumentando que su esterilización forzada violaba sus derechos constitucionales a la integridad física y a formar una familia. Además, las mujeres afirmaron que fueron esterilizadas a causa de su estado seropositivo, violando su derecho a no ser discriminadas. En noviembre de 2014,¹⁰¹ el Tribunal Superior de Namibia dictaminó que las tres mujeres fueron esterilizadas sin su consentimiento informado y en contra de la ley. El Gobierno apeló la decisión del Tribunal Superior debido a que las mujeres habían firmado formularios de consentimiento y su reclamo de que no se les había proporcionado información adecuada no se

consideraba pertinente. Sin embargo, cuando el caso llegó a la Suprema Corte de Justicia, ésta rechazó el argumento del Gobierno y confirmó la decisión del Tribunal Superior de que se habían violado los derechos constitucionales de las mujeres. La Suprema Corte declaró la importancia de que la mujer comprenda la naturaleza, los riesgos, las consecuencias y las alternativas de la esterilización, más allá de dar su consentimiento por escrito. Hizo hincapié en que no pueden dar su consentimiento para la esterilización las mujeres que están en trabajo de parto o con dolor, ya que esos momentos de estrés limitan su capacidad para tomar decisiones. El fallo del Tribunal Superior y de la Suprema Corte sentó un precedente para garantizar que no se violen los derechos humanos de las mujeres a causa de su estado seropositivo.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

El apoyo a estas mujeres surgió de un movimiento más amplio en Namibia para garantizar los derechos de las mujeres que viven con el VIH. ICW, el Centro de Litigios de África del Sur, ONUSIDA, múltiples grupos de la sociedad civil y socios claves, apoyados por campañas en los medios de comunicación, trabajaron juntos en defensa de las mujeres afectadas para asegurar que sus voces fueran escuchadas.

LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

El apoyo de grupos claves de defensa como ICW, la sociedad civil y los socios legales dio visibilidad a la petición de estas tres mujeres seropositivas. Después de dos años de persistencia, el caso se ganó en noviembre de 2014 en la Suprema Corte de la nación. Esta victoria es un paso adelante para que los gobiernos investiguen a fondo las denuncias de esterilización coercionada y forzada y otras formas de discriminación de las mujeres que viven con el VIH. Al incorporar el enfoque de género y comprender cómo las barreras que enfrentan las mujeres conducen al maltrato, el personal sanitario será más responsable por la prestación de una atención a la SSR de calidad, equitativa e informada.

Estudio de caso 9. Empoderar a las mujeres y niñas discapacitadas en Senegal para controlar su higiene menstrual

EL PROBLEMA

Una investigación a nivel educativo realizada en Níger, Camerún y Senegal para el Programa Conjunto sobre Género, Higiene y Saneamiento encontró grandes lagunas en los conocimientos de las niñas sobre la menstruación. Muchas de ellas también faltaban a la escuela debido a la falta de cuartos de baño. En las tres regiones, las niñas no estaban preparadas para su primer período. Más de una tercera parte de las niñas entrevistadas en la región de Louga, en Senegal, manifestaron que no asisten a la escuela debido a la falta de agua, jabón, instalaciones para lavarse las manos e inodoros higiénicos.¹⁰² Además de los tabúes culturales en torno a la menstruación y la falta de infraestructura adecuada, para las mujeres y las niñas con discapacidad es aún más difícil acceder a educación sobre su salud, incluida la menstruación, y tienen poco acceso a servicios adecuados de atención sanitaria. Esto también incluye la dificultad de acceso a las instalaciones médicas y la falta de equipo médico o de personal capacitado para atender sus necesidades. En la región de Louga, las mujeres y las niñas con discapacidades motrices refirieron que el tamaño reducido de las instalaciones y las puertas estrechas les impedían utilizar los baños públicos. A las mujeres con discapacidad visual les resulta difícil saber cuándo tienen su período. Las mujeres con discapacidad reportaron que no podían manejar su menstruación de manera discreta y por su cuenta y que, a menudo, dependían de otras mujeres de la familia que les brindaran apoyo. Las mujeres y las niñas que viven en zonas remotas sin agua ni baños permanentes se enfrentan a complicaciones adicionales, especialmente durante la menstruación.

El Programa Conjunto sobre Género, Higiene y Saneamiento fue diseñado e implementado por el Consejo de Colaboración para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento y ONU Mujeres en África Occidental y Central, específicamente en el Níger, Camerún y Senegal. El programa piloto se extendió entre 2014 y 2017. Un componente del programa conjunto es trabajar con mujeres y niñas con discapacidades en Senegal para enseñarles el manejo de la higiene menstrual (MHM) y sus derechos.

OBJETIVO

Apoyar a los gobiernos en la adopción de medidas para mejorar significativamente el acceso y uso de los servicios de saneamiento e higiene por parte de las mujeres y las niñas, incluidas aquellas con discapacidades.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Individuos, comunidades.

ENFOQUE

El Programa Conjunto sobre Género, Higiene y Saneamiento colaboró con el Programa de Desarrollo Local con Igualdad de Género mediante la realización de talleres y sesiones de información para mujeres con discapacidad en Louga, Senegal. Allí se informaba a las mujeres sobre las leyes (como la ley de Senegal de 2010 sobre orientación social) y los sistemas institucionales para integrar a las personas con discapacidad y enseñarles a manejar su higiene menstrual. Los talleres de higiene menstrual se centraron en cómo utilizar y mantener los materiales sanitarios y cómo eliminar los residuos menstruales de una manera respetuosa con el medio ambiente. Muchas mujeres participaron en la marcha del Día Internacional de las Personas con Discapacidad 2014, coincidiendo con la Campaña de los 16 Días de Activismo contra la VG, para mejorar las condiciones de las personas con discapacidad.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

Los talleres, las sesiones informativas y las actividades de promoción fueron organizados por el Programa Conjunto sobre Género, Higiene y Saneamiento, higiene y saneamiento en colaboración con el Programa de Desarrollo Local con Igualdad de Género. La estrategia general del programa conjunto es trabajar en múltiples niveles para garantizar los derechos de las mujeres y las niñas al agua y al saneamiento. Esto incluye trabajar para aumentar los presupuestos para agua, saneamiento e higiene (WASH, por su sigla en inglés) a nivel local y central, promover políticas basadas en evidencias, asociarse con instituciones gubernamentales y actores

no relacionados con WASH, fortalecer los sistemas existentes y llenar los vacíos de conocimiento. El programa colabora estrechamente con los sectores de la educación, la salud y el medio ambiente.

LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

En 2015, 213 mujeres con discapacidad de 58 distritos de Senegal participaron en el Día Internacional de las Personas con Discapacidad; 59 mujeres se beneficiaron de las sesiones de información sobre el MHM. Como resultado de estas sesiones, las escuelas de Louga se comprometieron a comprar

toallas sanitarias para sus botiquines médicos, que están a disposición de las estudiantes de secundaria.

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

Las mujeres y las niñas con discapacidad suelen quedar más rezagadas debido a las desigualdades de género. Se enfrentan a obstáculos adicionales en el acceso a la educación, el empleo y los servicios de salud. Apoyar a las mujeres y niñas con discapacidad para que comprendan sus derechos, su salud menstrual y la salud sexual y reproductiva en general puede permitirles prosperar y defender sus libertades civiles.

Estudio de caso 10. Abordar las desigualdades de género en los sistemas de vigilancia y respuesta a la mortalidad materna en África

EL PROBLEMA

África sigue siendo una región en la que las mujeres enfrentan problemas durante la gestación, ya que una de cada 39 mujeres corre el riesgo de morir a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015, de las 830 muertes maternas que ocurrieron por día, 550 tuvieron lugar en el África Subsahariana. Aunque las intervenciones en infraestructura y las dirigidas a los proveedores mejoran la calidad de los servicios sanitarios, existen muchos factores sociales que inhiben el acceso de las mujeres a la atención materna. La desigualdad de género tiene muchas repercusiones en el acceso y uso por parte de las mujeres de los servicios de salud materna, relacionadas con la toma de decisiones, la educación, el acceso a los recursos y la violencia, entre otros. Un estudio realizado en 31 países (21 en África) reveló que la situación educativa, económica y de empoderamiento de la mujer está positivamente relacionada con el uso de los servicios de salud materna. Para mejorar la salud materna es fundamental comprender las barreras y problemas sistémicos relacionados con el género que conducen a la morbilidad o mortalidad materna. Uno de los enfoques utilizados para investigar y responder a la mortalidad materna es llevar a cabo una auditoría o revisión a fondo de cada muerte para

comprender los factores y circunstancias subyacentes que contribuyen a ella. Cuando se utiliza correctamente, la auditoría de la mortalidad materna puede mejorar la calidad de la atención disponible para mujeres embarazadas así como los sistemas de salud de forma de reducir la prevalencia de la mortalidad materna.

OBJETIVO

Identificar los vacíos de información relacionados con el análisis de la desigualdad de género y la violencia de género en las auditorías de mortalidad materna —o sistemas de vigilancia y respuesta a la mortalidad materna (VRMM)— en África, y desarrollar un marco de integración de la perspectiva de género para llenar estos vacíos.

NIVEL DE INTERVENCIÓN

Políticas

ENFOQUE

El propósito de esta investigación era comprender la forma en que los sistemas de VRMM rastrean las desigualdades de

género y hacer recomendaciones sobre cómo mejorar el monitoreo de los factores relacionados con el género que contribuyen a las muertes maternas. Con el fin de proporcionar una representación regional equilibrada de África, se seleccionaron cinco países: Chad, Etiopía, Nigeria, Sudáfrica y Túnez. En total, en los cinco países se realizaron 73 entrevistas en profundidad con informantes claves, como representantes del departamento de salud local, un coordinador de proyectos de VRMM, un trabajador de salud comunitario, líderes de grupos de mujeres, prestadores de servicios de salud y representantes de la comunidad, entre otros.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

La Comisión de la Unión Africana se asoció con ONU Mujeres para realizar este estudio en colaboración con muchos organismos gubernamentales, agencias de la ONU, representantes de departamentos de salud locales, ONG, líderes comunitarios y socios que trabajan en VRMM. Este proceso también contó con aportes del Ministerio de Salud y de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de cada país objeto del estudio, la OMS y el UNFPA. El estudio fue financiado por el Gobierno de Francia en el marco de la Iniciativa Muskoka.

LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

El estudio demostró que varios factores acentuaban la desigualdad de género y contribuían a la mortalidad materna, entre ellos, la falta de poder de decisión de la mujer, la VG, el embarazo en la adolescencia, la pobreza y otros factores socioeconómicos, factores culturales, infraestructuras de salud, gobernanza, así como los conflictos y los disturbios civiles. Las personas entrevistadas consideran que las normas patriarcales inhiben significativamente la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre cuándo y cómo buscar servicios de salud, incluso durante las complicaciones relacionadas con el embarazo. En el Chad, Nigeria y Etiopía, opinan que las prácticas tradicionales nocivas, como el matrimonio precoz y la mutilación genital femenina, pueden contribuir a la morbilidad y mortalidad maternas. El estigma y la vergüenza asociados con el embarazo en la adolescencia conducen a embarazos ocultos y a la falta de atención prenatal adecuada en los cinco países. Muchas de las entrevistadas tenían grandes dificultades para pagar el transporte a los centros de salud, en particular las mujeres de zonas rurales. También se determinó que las bajas tasas

de alfabetización y educación contribuían a la morbilidad y mortalidad. En Nigeria, el Chad, Etiopía y Sudáfrica, el uso de curanderos y parteras tradicionales era una de las principales razones por las que las mujeres que sufrían complicaciones relacionadas con el embarazo no tenían acceso a la atención médica. La mala gobernanza y las malas políticas dejan a las niñas desprotegidas ante el matrimonio precoz en el Chad, y los entrevistados en Nigeria indicaron que el uso indebido de los fondos asignados a la salud materna ocasiona que las instalaciones de salud estén mal equipadas. El estudio también encontró que los sistemas de VRMM en los cinco países no incorporan específicamente el seguimiento de la desigualdad o la violencia de género como factores que contribuyen a la mortalidad materna. Muchos miembros de los comités de VRMM no fueron informados de la importancia de incluir una perspectiva de género en los sistemas de auditoría materna.

RECOMENDACIONES

Las conclusiones del estudio contribuyeron al desarrollo de un marco de trabajo para apoyar la medición de la desigualdad de género y la correspondiente inclusión de respuestas en los sistemas de VRMM en África. Las cuatro dimensiones y acciones claves para asegurar que los sistemas VRMM tengan en cuenta las condiciones de género son:

1. **Defensa y promoción:** Dirigir las actividades de promoción a nivel internacional, regional y nacional para que las agendas de salud materna aborden la desigualdad de género, alentar a los gobiernos a incluir una perspectiva de género y a fortalecer los sistemas de auditoría de salud materna, y asegurar que los entes gubernamentales y las partes interesadas estén preparados para responder a los factores de género que contribuyen a la mortalidad materna.
2. **Adaptación de las directrices sobre VRMM para que estén más centradas en el género:** Asegurar que las directrices existentes realicen un mejor seguimiento de los factores relacionados con el género que contribuyen a la morbilidad y mortalidad maternas.
3. **Fortalecimiento de los sistemas de VRMM:** Identificar y mejorar los recursos técnicos, humanos y financieros existentes para institucionalizar e implementar sistemas

funcionales de VRMM, con un mayor énfasis en las cuestiones de género.

- 4. Capacitación en género para los comités de VRMM:** Mejorar la comprensión de los conceptos de género por parte de los miembros del comité, brindar capacitación con enfoque de género a profesionales de la salud y a otras personas que realizan auditorías de muertes maternas, y asegurar que un/a especialista en género proporcione información sobre cómo hacer preguntas relevantes para recolectar datos útiles.

AMPLIACIÓN/RÉPLICA

El resultado del estudio demuestra la importancia de aplicar un lente de género a los programas que afectan directa e indirectamente la salud y el bienestar de las mujeres y las adolescentes. Los gobiernos que participaron en el estudio mostraron una fuerte voluntad política para responder a las consecuencias de las desigualdades de género que afectan la morbilidad y mortalidad maternas. El estudio estableció además la importancia de incorporar una perspectiva de género en los sistemas de VRMM. Las conclusiones y recomendaciones de este estudio proporcionan la base necesaria para replicarlo en otros lugares e incorporar la perspectiva de género en los sistemas de vigilancia y de respuesta a la mortalidad materna.

5. ACCIÓN MULTISECTORIAL PARA ABORDAR LA DESIGUALDAD DE GÉNERO COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL, INFANTIL Y ADOLESCENTE

5.1 La función esencial de las intervenciones en sectores no sanitarios

Muchos de los determinantes de la SSRMNIA están fuera del sector de la salud. También se ha demostrado que las medidas intersectoriales —como una mayor participación de las mujeres en la política y la economía y la mitigación y adaptación al cambio climático— contribuyen de manera significativa a los resultados sanitarios (véase el **Cuadro 8**).¹⁰³ Por ejemplo, la India erradicó finalmente la poliomielitis colaborando con otros sectores para combatir las causas de las enfermedades diarreicas en los niños (falta de agua potable, saneamiento, etc.), que estaban reduciendo la eficacia de la vacunación contra la poliomielitis.¹⁰⁴ A la inversa, la falta de atención al impacto que las políticas e

intervenciones fuera del sector de la salud tienen sobre las mujeres, niña/os y adolescentes puede socavar los esfuerzos para mejorar los resultados de SSRMNIA. En la República Democrática Popular Lao, las prácticas agrícolas han creado obstáculos para las prácticas de lactancia materna exclusiva, ya que las madres regresan a sus labores agrícolas tan solo seis semanas después del parto, dejando al recién nacido con cuidadoras que reportan que alimentan al recién nacido con arroz hervido, con la mano, lo cual puede producir resultados nutricionales adversos, contaminación y enfermedades.¹⁰⁵

Las políticas e intervenciones fuera del sector de la salud también tienen la capacidad de cuestionar o reforzar las desigualdades de género que interfieren con el acceso a los servicios de SSRMNIA y su utilización. En el caso de las mujeres y las niñas, las

CUADRO 8

Desafíos de la colaboración intersectorial

Aunque los esfuerzos multisectoriales relacionados con los determinantes de la salud pueden tener un amplio impacto, su implementación plantea varios obstáculos. En primer lugar, muchos esfuerzos adolecieron de poco empeño, intentando una colaboración marginal en el mejor de los casos, sin reconocer realmente el impacto de otros sectores en la salud. En segundo lugar, las evaluaciones de las intervenciones multisectoriales han sido dispersas y limitadas, a menudo basándose en ejercicios de modelización. La consiguiente falta de pruebas dificulta la inversión en el trabajo multisectorial.

Los mayores beneficios provienen de los esfuerzos orientados a lidiar con las fuerzas estructurales y las normas sociales y de género que afectan a toda la sociedad, así como de garantizar que los sectores individuales realicen bien su actividad principal.

Fuente: Rasanathan, K. y otros (2015). «Ensuring multisectoral action on the determinants of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health in the post-2015 era», *BMJ*, 351 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4213>

decisiones políticas adoptadas y los programas ejecutados en una serie de sectores y localidades pueden potenciar o limitar su acceso a la información, los servicios y los productos básicos de SSRMNIA, con el correspondiente impacto en los resultados de SSRMNIA y la igualdad de género.

Las estrategias del sector de la educación son un buen ejemplo de cómo potenciar la igualdad de género y la SSRMNIA entre sectores. La educación está asociada significativamente con los resultados en materia de salud y de igualdad de género. El nivel de educación de las mujeres influye sobre diversos factores, como las tasas de fecundidad, la edad fértil y el uso de anticonceptivos modernos.¹⁰⁶ Un mayor nivel de educación de las mujeres se asocia a menores tasas de mortalidad infantil y a un mejor desempeño de otros indicadores de SSRMNIA.¹⁰⁷ Ya sea proporcionando a las adolescentes acceso a información sobre SSR

a través de ESI o mejorando las instalaciones de higiene menstrual en las escuelas, las estrategias en el sector de la educación desempeñan un papel fundamental en el aumento de la demanda, el acceso y la utilización de los servicios de SSRMNIA, así como en la defensa de los derechos humanos de las mujeres, niñas y niños.

5.2 Fortalecimiento de la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores

Hasta la fecha, la gobernanza, la financiación y el monitoreo conjunto de las acciones en todos los sectores, o entre ellos, para alcanzar los objetivos de SSRMNIA en la práctica han resultado difíciles. La opinión de que el sector de la salud es el único responsable de la salud de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes ha desalentado una mayor colaboración entre sectores. También ha hecho más difícil abordar los factores determinantes de la SSRMNIA —incluida la desigualdad de género— a través de acciones y programas multisectoriales. Los ODS y la Estrategia Mundial enfatizan la importancia de la colaboración entre sectores. La programación de SSRMNIA puede aprender de la respuesta a la epidemia del VIH. La programación multisectorial ha sido un pilar en la respuesta al VIH durante décadas, proporcionando numerosos ejemplos de colaboración, basada en los derechos, entre el sector salud y otros para abordar los determinantes sociales de la salud —incluida la desigualdad de género— que influyen en la transmisión del VIH y en la capacidad de las personas que viven con el VIH para buscar tratamiento, atención y apoyo.¹⁰⁸

Una característica esencial de las respuestas mundiales y nacionales al VIH ha sido el diálogo entre múltiples interesados (DMI).¹⁰⁹ El DMI es un proceso estructurado e interactivo que reúne a socios relevantes para promover el entendimiento mutuo y trazar líneas de acción compartidas.¹¹⁰ Los procesos de DMI pueden utilizarse para fortalecer la colaboración y la acción entre los sectores de la salud y otros sectores y alentar los esfuerzos multisectoriales para abordar los determinantes sociales de la SSRMNIA,

incluida la desigualdad de género. En muchos países ya existe DMI para apoyar la salud de las mujeres, las niñas y los niños. Entre los ejemplos recientes figuran los análisis de implementación nacional apoyados por la Alianza para la Salud Reproductiva, Materna y Neonatal y realizados en seis países de la región de Asia y el Pacífico, así como los esfuerzos de múltiples interesados para determinar la asignación presupuestaria para la salud en Uganda.

Las lecciones derivadas de la realización de los DMI sobre la salud de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes han puesto de manifiesto el desafío que supone involucrar otros sectores.¹¹¹ Un organizador nacional de un diálogo multisectorial sobre la salud de las mujeres y los niños y niñas señaló: «Fue muy difícil lograr la participación del sector no sanitario. Hay que usar los contactos, las relaciones personales. Mi recomendación es que las invitaciones a los demás actores sean cursadas desde los niveles más altos de los ministerios de salud».¹¹² El liderazgo y el compromiso a todos los niveles son esenciales para fortalecer la colaboración entre los sectores. Una estrategia para lograr la participación de otros actores es la de incluir en el programa temas de sectores distintos del de la salud. En Perú, por ejemplo, los diálogos multisectoriales sobre SSRMNIA incluyeron una revisión de la nutrición infantil con participantes del sector salud y de otros sectores,¹¹³ ofreciendo una oportunidad poco frecuente para un debate intersectorial sobre temas relacionados con la salud y promoviendo una mayor atención a los determinantes sociales de la salud. Vincular los diálogos sobre SSRMNIA a los ciclos nacionales de planificación y políticas en curso también puede aumentar la probabilidad de que actores fuera del sector de la salud valoren y participen en los debates sobre SSRMNIA. Si bien los DMI representan un primer paso importante en la promoción del diálogo entre el sector salud y otros sobre los determinantes sociales de SSRMNIA, es necesario que se continúen con acciones.

Ante la falta de una base de evidencias sólida o de orientación específica sobre el trabajo y la gobernanza de los diferentes tipos de acción multisectorial, un punto de partida útil es buscar ejemplos de lo que está funcionando bien. Por este motivo, ONU Mujeres, en colaboración con sus socios de la alianza H6, ha compilado una serie de estudios de casos para destacar los tipos de acción que pueden implementarse en varios sectores en forma combinada para abordar la desigualdad de género como un factor determinante de SSRMNIA, incluso en entornos de alta carga y bajos ingresos. El Anexo 4 presenta otras fuentes de enfoques multisectoriales para la SSRMNIA.

5.3 ¿Qué está funcionando? Estudio de casos en distintos sectores y áreas geográficas

Los siguientes estudios de casos muestran ejemplos de las contribuciones que están haciendo las intervenciones no relacionadas con el sector de la salud para transformar las relaciones de poder desiguales, subsanar las desigualdades de género y mejorar los resultados de SSRMNIA. Estos casos demuestran cómo la incorporación de estrategias sensibles al género en los programas e intervenciones en sectores distintos al de la salud puede impulsar los esfuerzos intersectoriales para mejorar la SSRMNIA y empoderar a las mujeres y adolescentes para que ejerzan sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

Estudio de caso 11. Fortalecer la educación sexual integral en las escuelas de Zambia y empoderar a adolescentes para que adopten un comportamiento sexual y reproductivo saludable

EL PROBLEMA

La Educación Sexual Integral (ESI) no solo desempeña un papel importante en la prevención de resultados negativos de la SSR, sino que también ofrece una plataforma para discutir temas de género y derechos humanos y para promover relaciones respetuosas y no violentas. El Informe de seguimiento de la educación en el mundo señala que la educación sobre el VIH y la sexualidad basada en el desarrollo de competencias para la vida y que tiene en cuenta cuestiones de género solo estaba incluida en los planes de estudio nacionales del 15 % de los 78 países analizados.¹¹⁴ Cuando los programas de ESI toman en cuenta el género y las relaciones de poder, es mucho más probable que tengan efectos positivos en la reducción de las ITS y los embarazos no deseados que los programas que los ignoran. Cuando las jóvenes y las adolescentes tienen acceso a una educación sexual integral y apropiada para su edad antes de ser sexualmente activas, tienen más probabilidades de tomar decisiones informadas sobre su sexualidad y de abordar las relaciones con más confianza en sí mismas. También se sabe que como resultado de la ESI se registra un incremento en el uso de preservativos por parte de las niñas, aumenta el número de pruebas voluntarias del VIH entre las mujeres jóvenes y disminuyen los embarazos en la adolescencia, especialmente cuando se la combina con servicios de salud fuera de las escuelas, respetuosos de la juventud, y que se prestan en un entorno libre de estigmas.

En 2016, Zambia tenía la mayor población de jóvenes de su historia, con un 46 % de menores de 15 años y un 52,5 % de menores de 18 años.¹¹⁵ Durante sus años escolares, docentes y especialistas en salud sexual tienen una oportunidad ideal para llegar a los/las estudiantes con información correcta y apropiada sobre educación en salud. El inicio de la adolescencia no solo trae consigo cambios físicos, sino también vulnerabilidades a los abusos de los derechos humanos, particularmente en las áreas de la sexualidad, el matrimonio y la procreación.

El programa «Fortalecimiento de la Educación Sexual Integral para Jóvenes en Contextos Escolares de Zambia» fue un proyecto nacional ejecutado por el Gobierno de Zambia y la UNESCO, con el apoyo de la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo. El proyecto se extendió entre 2013 y 2018.

OBJETIVO

Aumentar el acceso de las personas jóvenes a educación y servicios de alta calidad, adecuados al género y edad (10 a 24 años), incluyendo a quienes viven con el VIH y discapacidades, a fin de lograr mejores resultados en materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes de ambos sexos.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Comunidades, organizaciones, políticas.

ENFOQUE

En los esfuerzos nacionales para llevar la ESI a mayor escala se utilizaron las Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad elaboradas por la UNESCO en colaboración con el UNFPA, UNICEF, la OMS y ONUSIDA. Las Orientaciones Técnicas promueven un enfoque basado en los derechos humanos con un fuerte énfasis en la igualdad de género, el aprendizaje participativo y la defensa de los intereses de la juventud. Reconocen y promueven los derechos humanos y la igualdad de género, y utilizan explícitamente un enfoque de empoderamiento.

En 2014, Zambia revisó sus planes de estudio, integrando una ESI transformadora de género basada en la evidencia y adecuada a la edad y la cultura. El plan de estudios se aplicó en los grados 5° a 12° en todas las escuelas públicas del país. Sin embargo, impartir en las escuelas una educación sexual transformadora de género y basada en los derechos requiere algo más que la puesta en marcha de un plan de estudios

revisado. Se requieren cambios en múltiples niveles. Los/las docentes necesitan capacitación y apoyo continuo, desde la formación previa al ejercicio de la profesión hasta el aula. El proyecto integró la ESI en la formación previa al ejercicio profesional de docentes de primaria; y los/las docentes ya en ejercicio recibieron capacitación en ESI basada en los derechos y transformadora de género en el ámbito del aula. Todo ello fue respaldado con la elaboración de materiales de enseñanza y aprendizaje basados en los derechos y sensibles al género para todos los grados.

«Tuve la necesidad de involucrarme más en la enseñanza de la educación sexual integral debido a la forma en que nuestra sociedad oculta información sobre la sexualidad. Recuerdo haber crecido escuchando que si te sentabas al lado de un niño en la escuela quedabas embarazada. No quiero que la generación actual pase por lo que nosotros pasamos», —*Agather Shindende, maestra de la escuela primaria de Kabulonga, Lusaka, Zambia.*

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

Dada la escala y el alcance del proyecto, la participación de múltiples sectores —incluidos los Ministerios de Educación, Salud, Juventud, Deportes y Desarrollo Infantil, así como las ONG y otros socios— era esencial para garantizar que la aplicación de la ESI fuera adoptada por todos los sectores. La fuerte cooperación entre sectores también facilitó la sostenibilidad y la evolución de este proyecto, incluido el desarrollo del marco de la ESI fuera de la escuela en Zambia para garantizar que los/las adolescentes y jóvenes que no asisten a la escuela también tengan acceso a información sobre SSR basada en los derechos y sensible al género.

LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

La colaboración intersectorial entre los ministerios de Salud y Educación —en asociación con el UNFPA, la UNESCO y las ONG que trabajan en educación, salud, participación juvenil, violencia de género, empoderamiento de las mujeres e igualdad de género— hizo posible que se prestaran servicios de salud e información sobre SSR adecuados a la edad para adolescentes y jóvenes en los lugares de ejecución del proyecto. En algunas áreas, la Iniciativa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

utilizó manuales de capacitación en ESI tanto para el personal de la salud como el de la educación a fin de crear vínculos más estrechos entre los sectores. Además, algunas escuelas reciben visitas del personal del Ministerio de Salud para discutir la educación y los servicios de SSR con los/las estudiantes. Se están explorando otros vínculos sistemáticos entre la ESI en las escuelas y los servicios de SSR en los centros de salud. El informe de avance de 2016 indica que la Provincia Oriental recibirá fondos del Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido que serán utilizados en la capacitación de educadores de pares para trabajar en espacios amigables para jóvenes en las clínicas. Los/las educadores/as apoyarán la generación de demanda en las escuelas y difundirán conocimiento sobre los servicios de salud disponibles en la zona. Este proyecto también seguirá colaborando con el UNFPA para poner a prueba un sistema de derivación entre las escuelas y los servicios de SSR en provincias occidentales y noroccidentales seleccionadas. Si es efectivo, este modelo puede ser integrado en futuras capacitaciones a nivel nacional. Generar sentido de propiedad tanto a nivel nacional como subnacional también demostró ser esencial para el proceso de implementación. Por ejemplo, se capacitaron Oficiales Provinciales de Normalización para supervisar la calidad y la prestación de servicios de ESI en las escuelas. En 2015, se utilizó la Herramienta de Revisión y Análisis de la Educación Sexual para evaluar el programa de ESI. El programa obtuvo una puntuación alta, de casi un 90 %, en lo que se refiere a sus objetivos, cobertura del comportamiento eficaz, modelo del programa y análisis de las partes interesadas. En cuanto al contenido del programa, los conocimientos obtuvieron una puntuación del 81 %, los sentimientos un 85 %, las competencias para la vida cotidiana un 67 %, los derechos humanos un 55 %, el género un 78 % y las normas sociales un 68 %. En 2015, el 100 % de las escuelas participantes informaron que habían integrado la ESI en sus planes de estudio. Más de 1,35 millones de alumnos del 5° al 12° grado han recibido ESI, lo que representa el 77 % del objetivo general del proyecto; se han capacitado 243 instructores principales y 38.521 docentes en ejercicio para que impartan la ESI en las aulas. El objetivo para fines de 2016 era de 12.000 jóvenes vinculados a servicios de SSR.¹¹⁶

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

Zambia es uno de los primeros países de la región en iniciar una expansión tan importante de los programas de ESI a nivel nacional. En 2016, el programa de ESI en las escuelas

del país se complementó con la puesta en marcha de un marco de ESI fuera de las escuelas. Se basó en el anterior proyecto nacional y se caracterizó, una vez más, por una estrecha colaboración intersectorial entre el Ministerio de la Juventud, los Deportes y el Desarrollo Infantil, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación General, con el apoyo del UNFPA y la UNESCO. El programa implementado extramuros tiene la finalidad de garantizar que adolescentes y jóvenes que no asisten a la escuela reciban una ESI basada en los derechos y sensible al género, reconociendo que a menudo quedan excluidos de las intervenciones sociales y de salud que se llevan a cabo en los sistemas de educación formal, y que pueden no tener acceso a información precisa sobre su SSR, lo que repercute negativamente en su transición a la edad adulta.

«De los temas que aprendí, el género es el más interesante. Me gusta el género porque nos enseña a ser iguales. Los niños y las niñas pueden hacer las mismas cosas: matemáticas, ciencias, economía doméstica y dibujo técnico. Aprendí que debemos respetarnos mutuamente y que las tareas domésticas deben ser realizadas por niñas y niños». —*Harriet Lilanda, de 13 años, estudiante de la escuela primaria Twalumba en Lusaka, Zambia.*

Estudio de caso 12. Crear un entorno favorable para el agua, el saneamiento y la higiene en Bangladesh y empoderar a las adolescentes para que demanden los servicios

EL PROBLEMA

El manejo efectivo de la menstruación es tanto un problema de agua, saneamiento e higiene como una parte fundamental de la salud reproductiva. Sin embargo, la higiene menstrual —un tema transversal con un impacto significativo en la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas— a menudo se ha pasado por alto tanto en los programas de SSR como en los de agua, saneamiento e higiene. Un mal manejo de la higiene puede causar infección y poner en peligro la SSR de las mujeres y las niñas. La falta de instalaciones adecuadas para el manejo de la higiene menstrual también plantea problemas en relación con el derecho de las personas a la intimidad, la dignidad humana, la igualdad de género y la no discriminación. La mayoría de los programas de saneamiento no tienen en cuenta las necesidades de las mujeres y las niñas para controlar la menstruación. El diseño de letrinas no suele tener en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y las niñas, y cuando existen programas de promoción de la higiene, muchos excluyen el tema de la higiene menstrual, centrándose en cambio en las prácticas

de lavado de manos. El estigma social y las normas en torno a la menstruación —y con frecuencia la toma de decisiones en materia de agua, saneamiento e higiene, dominada por los hombres— también hacen que las necesidades sociales y físicas de las mujeres y las niñas en relación con la higiene menstrual a menudo no sean atendidas. En Bangladesh, el MHM sigue siendo un grave problema, especialmente en las escuelas. Según la Encuesta Nacional de Base sobre Higiene, en Bangladesh hay un baño cada 187 alumnos, y el 40 % de las niñas encuestadas declararon haber faltado a la escuela un promedio de tres días al mes durante la menstruación.¹¹⁷ Los conocimientos sobre MHM son escasos, y más del 85 % de las mujeres que respondieron a la encuesta declararon que utilizaban telas viejas como protectores menstruales.¹¹⁸ Tanto la falta de conocimiento como los tabúes sociales son factores importantes que contribuyen a las complicaciones de salud en las niñas cuando llegan a la pubertad.

El Programa Ritu en Bangladesh fue ejecutado por la ONG Simavi con el apoyo de la Embajada del Reino de los Países Bajos y en asociación con una agencia de medios de

comunicación de Bangladesh, RedOrange, y la Organización Holandesa para la Investigación Científica Aplicada (TNO), un instituto de investigación independiente. El programa se extendió entre 2015 y 2019.

OBJETIVO

Mejorar la higiene menstrual y el bienestar de las niñas de 11 a 13 años de edad en distritos seleccionados de Bangladesh.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Individual, organizaciones, comunidades, entornos favorables.

ENFOQUE

El Programa Ritu integra un enfoque de SDRS en las intervenciones de WASH, incluidas intervenciones sobre igualdad de género que se centran en concienciar y combatir los tabúes y las normas de género nocivas. La piedra angular del Programa Ritu es un cambio en la cultura escolar actual y en la comunidad, rompiendo los tabúes en torno a la menstruación. A través de un enfoque de empoderamiento, las niñas de 6° a 8° grado de escuela reciben apoyo para comprender los cambios en sus cuerpos como parte de un enfoque más amplio sobre la igualdad de género, con énfasis en la autoestima y buscando eliminar la estigmatización propia en torno a la menstruación. El programa también tiene por objeto la creación de un entorno favorable para que las niñas y las mujeres soliciten estos servicios al gobierno, al sector privado y a las ONG. Esto incluye trabajar con responsables de la toma de decisiones en múltiples niveles para enfatizar la importancia de disponer de baños separados para mujeres y niñas adolescentes en todas las instituciones educativas, centros de salud, lugares de trabajo y lugares públicos.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

Hasta la fecha, gran parte del liderazgo y las actividades de MHM, tanto dentro como fuera de las escuelas, han correspondido al sector de agua, saneamiento e higiene. Sin embargo, la educación desempeña un papel fundamental en la promoción de la salud y los derechos reproductivos de las niñas. La evidencia muestra que las niñas con educación

son más propensas a retrasar la primera relación sexual, tener menos parejas sexuales y usar anticonceptivos, y tienen menos probabilidad de contraer el VIH. También son más propensas a vacunar a sus hijos, asistir a la escuela y tener familias más sanas. Tanto el argumento de los derechos humanos como la necesidad de mejorar el MHM por motivos de salud y educación ofrecen razones sólidas para la participación de múltiples sectores. En consecuencia, el Programa Ritu se enfoca en asegurar una mayor colaboración entre los sectores de agua, saneamiento e higiene y el sector de la educación, para que los/las docentes cuenten con los materiales y datos necesarios y estén preparados para enseñar estas materias. Además del sector público, el programa trabaja con fabricantes y distribuidores del sector privado para garantizar que las niñas de Bangladesh tengan acceso a toallas sanitarias de bajo costo y que no perjudiquen el medio ambiente.

LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

El Programa Ritu muestra que la política y la programación de WASH presentan oportunidades para ir más allá de la consideración de las necesidades prácticas de las mujeres y las niñas, y realizar intervenciones más transformadoras, que puedan tener un impacto positivo en las relaciones de poder desiguales y mejorar tanto la igualdad de género como los resultados de SSRMNIA. Esto no solo contribuye a la igualdad de género, sino que también es fundamental para un enfoque de WASH y SSRMNIA equitativo, inclusivo y basado en los derechos. Los resultados iniciales del Programa Ritu destacan la importancia de la colaboración entre los sectores de salud y educación para abordar la desigualdad de género como un determinante clave de la salud reproductiva de la adolescencia. Los resultados a mediano plazo indican que las intervenciones transformadoras de género son más eficaces cuando se implementan tanto a nivel individual (por ejemplo, mejorando la confianza de las niñas en sí mismas y empoderándolas para que exijan instalaciones adecuadas para el MHM) como a nivel comunitario (por ejemplo, abordando los tabúes y las normas de género nocivas en torno a la menstruación dentro de la comunidad). Si bien es demasiado pronto para realizar una evaluación de impacto, los primeros resultados del Programa Ritu proporcionan información valiosa sobre el efecto de las intervenciones transformadoras de género dirigidas a reducir el hostigamiento (*bullying*) relacionado con la menstruación, mejorar

la confianza de las niñas en sí mismas y empoderarlas para que exijan instalaciones adecuadas para el MHM. Dado que hay pocas pruebas empíricas que demuestren la eficacia de las intervenciones de MHM para la salud y la escolarización, el Programa Ritu hará una importante contribución a la base de evidencias.

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

La ampliación de la escala de los programas de MHM transformadores de género puede contribuir a mejorar los resultados en materia de agua, saneamiento e higiene y de salud e igualdad de género, especialmente en el caso de las adolescentes. Esta oportunidad ya se está aprovechando en otras partes

de Asia meridional (India) y África Oriental (Etiopía, Kenya, Tanzania y Uganda), donde se está integrando la SDSR en los programas de agua, saneamiento e higiene mediante un enfoque de empoderamiento que alienta a las niñas a tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. En un momento en que hay prioridades que compiten por el uso de los recursos en las esferas de la salud y la educación, estas iniciativas demuestran que es posible integrar el MHM en la programación existente de manera que se reduzca la desigualdad de género como factor determinante de la SSRMNIA y se empodere a las niñas para que puedan exigir y acceder a los servicios.

Estudio de caso 13. Transformar los roles de género en la producción agrícola y mejorar los resultados nutricionales de niños y niñas menores de cinco años en Mozambique, Nigeria y Uganda

EL PROBLEMA

Teniendo en cuenta las estimaciones de que la malnutrición es una causa básica en el 45 % de las muertes infantiles en todo el mundo y que la anemia contribuye al 20 % de la mortalidad materna, es fundamental invertir en programas que aborden la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares para mejorar los resultados de SSRMNIA. Si bien muchas intervenciones en desarrollo agrícola han aumentado la producción de alimentos, no necesariamente han conducido a mejoras en la situación nutricional de las mujeres, niñas y niños. Las investigaciones muestran que la cantidad de alimentos producidos y disponibles en un hogar que se dedica a la producción agrícola no está implícitamente relacionada con la calidad de los alimentos, el valor nutricional o la variedad de la dieta de los miembros del hogar. Existe una fuerte correlación entre la desigualdad de género y la inseguridad alimentaria y nutricional, ya que las relaciones de género determinan las funciones y responsabilidades en el hogar y las decisiones sobre la asignación de recursos o la adopción de tecnologías en los sistemas agrícolas. Las relaciones de poder desiguales determinan que los recursos del hogar —en particular los

alimentos— se asignan de acuerdo con las prioridades del miembro más poderoso del hogar, en la mayoría de los casos un varón. Las necesidades de las mujeres en materia de seguridad alimentaria y nutrición, y a menudo las de sus hijas, son descuidadas en los hogares en donde prevalecen las normas sociales y culturales discriminatorias, lo que contribuye a que los resultados sanitarios sean adversos. La planificación intersectorial entre el sector de la salud y el agropecuario puede asegurar el impacto positivo de las políticas agrícolas sobre la salud y viceversa, contribuyendo a mejorar la seguridad nutricional de las mujeres, los niños, niñas y adolescentes y, en consecuencia, a mejorar los resultados de SSRMNIA. Sin embargo, un enfoque integrado que vincule la producción agrícola y la nutrición humana también debe abordar los efectos adversos de la desigualdad de género en la nutrición y la salud. Esto se apoya en investigaciones que muestran que cambios en la distribución de los insumos o en el control de los recursos entre hombres y mujeres agricultores pueden aumentar significativamente la productividad, la seguridad alimentaria y nutricional, y mejorar los resultados en materia de salud y educación.

El proyecto Alianza para la nutrición y agricultura con perspectiva de género (GINA, por su sigla en inglés) se puso a prueba en Uganda, Mozambique y Nigeria, con financiación de USAID. La duración del proyecto fue de 18 meses en Mozambique y Nigeria, y de 24 meses en Uganda (octubre de 2005 a setiembre de 2007).

OBJETIVO

Mejorar los resultados nutricionales de niños y niñas menores de 5 años, utilizando un lente de género.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Individual, comunidades, entornos favorables.

ENFOQUE

El programa empleó un enfoque de género y comunitario para mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares en Mozambique, Nigeria y Uganda, con énfasis en el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años. El programa operó tanto a nivel nacional (elaboración de políticas) como comunitario (ejecución de actividades integradas con base en la comunidad). GINA apoyó esfuerzos para formular y aplicar políticas intersectoriales que aborden el hambre, la inseguridad alimentaria, la malnutrición y la desigualdad de género como factores determinantes de los malos resultados nutricionales en la infancia. Además de incluir la nutrición en los marcos de políticas nacionales de desarrollo de Mozambique, Nigeria y Uganda, el programa se centró especialmente en la colaboración intersectorial. GINA incluía componentes multidimensionales, como el empoderamiento de la mujer a través de la adquisición de conocimientos y habilidades para mejorar sus capacidades y, al mismo tiempo, aumentar su acceso a los recursos, los ingresos y a la toma de decisiones en sus hogares y comunidades. También se han hecho esfuerzos para involucrar a las mujeres en el liderazgo y se ha intentado asegurar la participación de los hombres en las actividades del programa. Además fue importante la formación de grupos comunitarios para garantizar la participación de hombres y mujeres en las actividades del programa. Cada país tenía objetivos individuales, y cada comunidad aplicaba un lente de género para abordar sus desafíos específicos para mejorar la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

A nivel nacional y subnacional, los representantes del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural participaron junto con los del Ministerio de Salud. En Mozambique, la colaboración intersectorial también involucró al Ministerio de Educación y, en Nigeria, el Comité Federal de Planificación estuvo representado en los comités consultivos multidisciplinarios establecidos a nivel nacional y local para apoyar la coordinación y ejecución del programa. Además, en los tres países, estos comités incluían instituciones de investigación, ONG y organizaciones comunitarias que trabajan en temas de agricultura, nutrición, seguridad alimentaria y empoderamiento de la mujer.

LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

A través de un análisis de entrevistas cualitativas y datos de archivo, Lewis demostró la importancia de la dimensión de género para el éxito del programa GINA.¹¹⁹ Se ha comprobado que estos proyectos comunitarios reducen el número de niños y niñas con peso inferior al normal y aumentan la disponibilidad, el conocimiento y el consumo de alimentos nutritivos. También se comprobó que mejoran la condición de las mujeres, aumentan su poder de tomar decisiones financieras, transforman los roles de género en la producción y el procesamiento agropecuario. El enfoque de GINA para la reducción de las desigualdades y la transformación de los roles de género mejoró la situación de las mujeres y el reconocimiento de su condición de productoras y procesadoras de alimentos. Como resultado, el control de las mujeres sobre sus activos, así como el volumen de sus activos, aumentó en los lugares de ejecución del programa. Durante el período que va desde la línea de base del programa hasta la evaluación de seguimiento, los proyectos GINA lograron que 3.000 niños y niñas menores de 5 años tuvieran un peso más adecuado a su edad. En términos generales, el estado nutricional de la infancia en las zonas de ejecución del programa mejoró en los tres países, con una reducción del 56,5 % de niños y niñas con peso moderada y gravemente inferior al normal.

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

Como consecuencia del éxito del proyecto piloto, USAID amplió la escala del modelo GINA a través de un programa de apoyo a la investigación cooperativa en nutrición y un laboratorio de innovación nutricional por un valor de 15

millones de dólares. Esta investigación ha sido específicamente diseñada para desarrollar una base de información que demuestre de qué forma las intervenciones agrícolas sensibles al género, implementadas y situadas junto a las actividades de salud, pueden conducir a mejoras en el estado nutricional de las mujeres y la infancia a gran escala.

Estudio de caso 14. Garantizar que la programación de las transferencias monetarias condicionadas en Brasil transforme las desigualdades de género

EL PROBLEMA

Cada vez hay más evidencias de que los programas de transferencias monetarias condicionadas (TMC) mejoran los resultados generales en materia de salud infantil y el uso de servicios para las mujeres embarazadas y los niños y niñas, además de redundar en un aumento de la matriculación escolar de las niñas. Uno de los primeros y mayores programas de TMC en el mundo es el Programa Bolsa Familia de Brasil. Establecido en 2003, este programa nacional de TMC llega a casi la cuarta parte de la población del país, y el 93 % de sus beneficiarios son mujeres. Su objetivo es eliminar la pobreza extrema y aumentar el acceso a los servicios de las poblaciones más vulnerables del país. Las condiciones del programa, que incluyen garantizar que las vacunas estén al día, la asistencia regular a la escuela y los exámenes médicos anuales, están todas orientadas a la infancia. Al inscribir mayoritariamente a mujeres, la intención del Programa Bolsa Familia es también darles a ellas un mayor control de los recursos familiares y reforzar sus derechos y responsabilidades como ciudadanas de pleno derecho, dados los requisitos del programa de visitar oficinas públicas y gestionar documentación legal. Si bien el programa tiene por objeto empoderar directamente a las mujeres —y se han registrado avances en este aspecto— la medida en que reduce las desigualdades de género como determinante clave de la salud es menos clara. Existe la preocupación de que los programas de TMC estén reforzando, en lugar de transformar, la distribución de las responsabilidades y cuidados entre hombres y mujeres. Al reforzar el papel de la mujer como principal responsable de

las necesidades escolares y de salud de sus hijos/as, las TMC no solo le quitan la responsabilidad a los hombres, sino que también pueden estar imponiendo una carga excesiva sobre las mujeres y tal vez exponiéndolas a reacciones adversas de la familia y miembros de la comunidad. Los resultados de la Encuesta Internacional sobre los Hombres y la Igualdad de Género muestran una relación entre el aumento de los ingresos de las mujeres y su participación en los programas de TMC y el aumento de las experiencias de violencia. En áreas de investigación en América Latina, se reportó un aumento de la violencia doméstica debido a la molestia de los esposos cuando se entregaban las transferencias a sus esposas, erosionando la autoestima de los hombres como proveedores del hogar. Estas conclusiones sugieren que si las políticas y los programas de protección social se diseñan y aplican sin una perspectiva de género, estas intervenciones pueden reforzar las normas de género nocivas, aumentar la pobreza temporal de las mujeres e incluso dar lugar a la violencia de género. Al hacerlo, los programas de TMC corren el riesgo de tener impactos de género no deseados y socavar el progreso hacia mejores resultados de SSRMNIA.

El Programa Complementario al Bolsa Familia (Bolsa Familia y Género) fue un proyecto de investigación-acción de tres años (2013-2015) financiado por el Fondo para la Igualdad de Género de ONU Mujeres e implementado por la ONG internacional Promundo, con sede en Brasil, en comunidades urbanas y rurales de los estados de Río de Janeiro y Pernambuco.

OBJETIVO

Abordar y prevenir la perpetuación de normas de género nocivas y la posible escalada de violencia en el contexto del programa de TMC del Brasil, Bolsa Família.

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Interpersonal, comunidades, organizaciones, políticas.

ENFOQUE

El proyecto utilizó un enfoque múltiple dirigido a los niveles interpersonal, comunitario/organizativo y de políticas. A nivel familiar e interpersonal, el proyecto involucró activamente a los hombres que se beneficiaron de las TMC para apoyar el empoderamiento económico de sus compañeras, alentándolos a reflexionar críticamente sobre el empoderamiento, la participación y la toma de decisiones de sus parejas, así como sobre su incorporación o reincorporación al mercado laboral. A nivel comunitario, el enfoque del proyecto en la educación grupal alentó a hombres y mujeres a reflexionar críticamente sobre la toma de decisiones compartida y la dinámica del poder dentro de sus relaciones a fin de aumentar el impacto sobre la igualdad de género del Programa Bolsa Família. Estos esfuerzos se complementaron con la sensibilización y el fortalecimiento de las capacidades de los profesionales y líderes comunitarios que trabajan con los beneficiarios del programa de TMC, incluida la capacitación de personal del sector público para debatir sobre la igualdad de género y la importancia de compartir el trabajo de cuidado cuando se administran las subvenciones de Bolsa Família. Utilizando investigación cualitativa y cuantitativa a nivel micro, el programa también buscó formular recomendaciones de políticas a nivel macro al Gobierno Federal de Brasil y a la comunidad internacional sobre los beneficios de la programación e implementación de TMC transformadoras de género.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

El enfoque de Promundo es que la colaboración entre sectores debe darse a múltiples niveles para que los programas de TMC sean más transformadores de género. En el diseño e implementación del proyecto, Promundo involucró al

gobierno (sindicatos, agencias gubernamentales locales, departamentos de asistencia social), la sociedad civil (Instituto Papai, Themis, Aldeia da Criança Alegre, Recicla-ação, Casarão dos Prazeres, Criola), trabajadores/as sociales, profesionales de la salud y defensoras de la mujer, junto con hombres y mujeres beneficiarios del Programa Bolsa Família. Los socios recibieron capacitación sobre programación transformadora de género en el contexto del Programa Bolsa Família a través de libros con ejercicios, material informativo y diversas campañas y actividades de divulgación.

LECCIONES APRENDIDAS, CONCLUSIONES E IMPACTOS

Los resultados de los dos primeros años del proyecto, que se centró en intervenciones directas con las beneficiarias del Programa Bolsa Família, revelaron que la introducción de intervenciones complementarias y el fomento del empoderamiento social y económico de las mujeres mediante actitudes y conductas equitativas y no violentas puede minimizar los efectos de género no deseados y perjudiciales de las TMC. También mostraron que la lucha contra la desigualdad de género mediante la protección social podía lograrse a un bajo costo, utilizando simples modificaciones de diseño e invirtiendo en el fortalecimiento de capacidades para su implementación a nivel comunitario.

Una lección clave del Programa Complementario al Bolsa Família fue la importancia de la colaboración a varios niveles. Si todos los socios —incluidos los encargados de formular y aplicar políticas gubernamentales, la sociedad civil, las mujeres activistas y los donantes— pueden trabajar de manera intersectorial y ser más proactivos a la hora de abordar las dinámicas de poder y los obstáculos institucionales, los programas de TMC pueden ser más eficaces y transformadores en la lucha contra las desigualdades de género. En particular, el fortalecimiento de la capacidad de acción, la voz y la participación de la mujer en el diseño y la prestación de programas de protección social puede aumentar el grado de respuesta del Estado a las necesidades de las mujeres, así como su responsabilidad en materia de igualdad de género. El programa promovió un enfoque innovador y autorreflexivo para comprender y defender el empoderamiento económico de las mujeres, lo que dio lugar a muchos debates sobre las relaciones de género y poder con hombres y niños, mujeres, profesionales de la salud, la comunidad, trabajadores/as sociales y gobiernos locales.

Otra lección clave del proyecto fue que la aplicación de una perspectiva de género a los programas de TMC no es un complemento opcional, sino que debe ser parte integral de la política y la programación de la protección social si se quieren maximizar los avances en el empoderamiento de las mujeres, incluida la SSRMNIA. Al inicio del Programa Complementario al Bolsa Familia, el 75 % de los participantes masculinos dijo que las responsabilidades de los hombres incluyen el cuidado de los niños; al final, el 100 % opinaba lo mismo. Al principio del programa, el 36 % de los participantes masculinos consideraba que cuidar del hogar, de los niños y niñas, y cocinar para la familia son las principales responsabilidades de las mujeres; al final, este número se había reducido al 22 %. De los participantes masculinos, el 13 % opinaba que las mujeres no deberían tener ni voz ni voto en los gastos de la familia; al final, solo el 8 % mantuvo esa opinión. En Nova Friburgo, un municipio de Río de Janeiro, hubo una disminución de 16 puntos porcentuales en la creencia de que la anticoncepción era únicamente responsabilidad de la mujer (línea de base: 20 %, al final: 4 %). Las percepciones de las mujeres sobre su papel en las relaciones familiares también cambiaron, como lo demuestran las encuestas cualitativas realizadas antes y después del programa. Al principio del programa, las mujeres mostraban cierta resignación ante su responsabilidad en el cuidado del hogar y de los niños y niñas. Al final del programa, las mujeres comprendían mejor la importancia de compartir equitativamente el trabajo de cuidado infantil y su derecho a una mayor independencia

emocional y financiera. El fomento del empoderamiento social y económico de la mujer a través del programa llevó a un aumento en el número de familias que calificaban para el programa de TMC, involucrando 800 parejas (400 en Río de Janeiro y 400 en Pernambuco). La participación de las mujeres en la defensa de su desarrollo económico también aumentó en las áreas de ejecución del proyecto, involucrando más de 40.000 mujeres beneficiarias.

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

Promundo y sus socios destacan la importancia de mantener este programa para lograr un impacto a largo plazo y creen que puede servir como modelo y extenderse a otros estados de Brasil y países de América Latina con programas similares. El apoyo del gobierno nacional y de los gobiernos locales, así como los fondos provenientes de fuentes no gubernamentales, tales como los fideicomisos privados, pueden ser formas de asegurar la continuación y expansión del Programa Complementario al Bolsa Familia.

«Estamos convencidos de que esta experiencia exitosa puede ser replicada a mayor escala en otros estados, e incluso en otros países, con programas similares de transferencias monetarias». — *Vanessa Fonseca, Coordinadora de Programas del Instituto Promundo*

Estudio de caso 15. Utilización de la tecnología de la telefonía móvil para aumentar el acceso a la reparación de fístulas en Tanzania y apoyar el empoderamiento de la mujer

EL PROBLEMA

Se estima que cada 2 segundos, una mujer resulta gravemente herida o incapacitada durante el parto. El desarrollo de la fístula obstétrica está directamente relacionado con una de las principales causas de mortalidad materna: el parto obstruido. La fístula obstétrica — un orificio en el canal uterino— es causada por complicaciones en el parto y una

mala atención de la salud materna. En Tanzania, aproximadamente 20.000 mujeres viven con esta lesión y se calcula que cada año se producen 3.700 nuevos casos de fístula obstétrica, pero solo unos 1.000 reciben tratamiento. Un estudio realizado en Tanzania entre 2008 y 2010 con 151 pacientes con fístula reveló que, al decidir dónde dar a luz, casi todas las mujeres habían querido hacerlo en un centro de salud, pero solo el 7 % de ellas tuvo la posibilidad de tomar la

decisión.¹²⁰ El marido o la suegra tienen la última palabra en aproximadamente el 60 % de los casos y, en general, eligen el parto en el hogar. Las relaciones de poder desiguales y las normas sociales arraigadas hacen que las mujeres tengan poco poder de decisión y acceso limitado a los recursos, lo que puede provocar demoras adicionales en la búsqueda de atención obstétrica de emergencia y aumentar su riesgo de desarrollar una fístula.

A la desigualdad de género se suma la pobreza rural, que impide que las mujeres de zonas remotas tengan acceso a los servicios obstétricos de emergencia durante el parto. Se ha determinado que uno de los principales obstáculos para acceder a los servicios de reparación de fístula es el elevado costo del transporte a los centros de salud, en particular para las personas que viven en zonas remotas. La Encuesta sobre la Fístula en Tanzania realizada en 2001 reveló que muchas mujeres con fístula deben recorrer más de 500 km para llegar a uno de los principales centros de cirugía de reparación y algunas de ellas viajan hasta 1.000 km.

Otros obstáculos de género son la escasa información sobre las opciones de tratamiento (muchas mujeres y niñas con fístula no saben que existe un tratamiento) y el costo de la reparación. Esto a menudo deja el tratamiento de la fístula fuera del alcance físico y financiero de la mayoría de las mujeres que tienen esta lesión. Además de los efectos físicos como la incontinencia, las mujeres suelen sufrir traumas psicológicos, estigma social y aislamiento. En el análisis de las vivencias de mujeres con esta lesión surgieron cuatro temas: la pérdida del control del cuerpo, la pérdida del papel social de la mujer, la pérdida de integración en la vida social y la pérdida de dignidad y autoestima. Debido a que muy pocas personas entienden las causas, las consecuencias y el tratamiento de la fístula obstétrica, ésta tiende a estar rodeada de estigmas y tabúes. Por este motivo, muchas mujeres tratan de ocultar su condición o son marginadas por la comunidad, lo que reduce aún más sus oportunidades de acceder a información y servicios para tratar la lesión. La iniciativa TransportMYpatient fue implementada por la organización Comprehensive Community Based Rehabilitation in Tanzania (CCBRT). La fase piloto (2009-2010) recibió apoyo financiero de la Fundación Vodafone y del UNFPA.

OBJETIVO

Aprovechar el potencial de la banca móvil para reducir las barreras de acceso a los servicios de reparación de fístula para las mujeres

NIVEL DE INTERVENCIÓN (MODELO SOCIAL ECOLÓGICO)

Individual, interpersonal, comunidades, organizaciones.

ENFOQUE

M-Pesa, un servicio proporcionado por Vodacom, es el mayor servicio de dinero móvil en Tanzania, con 7 millones de suscriptores. Vodacom es también líder del mercado de telecomunicaciones en el país; un 38 % del tráfico nacional de SMS se realiza a través de su red.¹²¹ La iniciativa TransportMYpatient hace un uso innovador del sistema de banca móvil de Vodafone M-Pesa — M por «móvil» y Pesa por «dinero» en swahili— para cubrir los gastos de viaje y alojamiento en el hospital afiliado al CCBRT en Dar es Salaam para una cirugía de reparación gratuita. Mediante la movilización comunitaria, el programa crea vínculos entre mujeres que tienen fístula y embajadores voluntarios, agentes locales de M-Pesa y proveedores de transporte. El dinero se envía por SMS a los embajadores, que pueden ser antiguas pacientes, trabajadores/as de la salud o personal de una ONG, quienes identifican y recomiendan a las mujeres que sufren de fístula para que reciban tratamiento. Los embajadores recuperan el dinero en el agente local M-Pesa de Vodacom y compran billetes de autobús para las pacientes. Cuando la paciente llega al hospital, el embajador recibe un pequeño incentivo, también a través de M-Pesa.

A nivel organizativo, la iniciativa TransportMyPatient trabaja en estrecha colaboración con el hospital para proporcionar atención sanitaria sensible a la edad y al género. Esto incluye sensibilizar y capacitar a trabajadores/as de la salud sobre el estigma, la discriminación y la violencia de género que sufren las mujeres con fístula para que presten servicios médicos y psicosociales sin estigmatizar a las pacientes. Tras la fase piloto, el programa amplió su atención en el empoderamiento a nivel individual, trabajando para aumentar la autoestima de las mujeres y la confianza en sí mismas en su camino hacia la recuperación.

Un solo mensaje de texto cambió el rumbo de la vida de Ruth. Había vivido con fístula durante 28 años y fue condenada al ostracismo por su comunidad debido a la afección. Como Ruth no podía costear el viaje al hospital, su embajadora puso en marcha la iniciativa TransportMyPatient de CCBRT. CCBRT envió el dinero para el billete de autobús de Ruth al teléfono móvil de la embajadora a través de M-Pesa. Una vez que recibió el mensaje de texto del CCBRT, la embajadora canjeó el texto por dinero en efectivo y le compró a Ruth un billete de autobús hacia Dar es Salaam. Después de su cirugía, Ruth participó en sesiones de asesoramiento grupal e individual y recibió educación en salud, asesoramiento sobre planificación familiar y fisioterapia para aumentar la confianza en sí misma y su reinserción a la comunidad.

COLABORACIÓN ENTRE SECTORES

La asociación entre el proveedor de telecomunicaciones Vodacom y su servicio de banca móvil (M-Pesa) con el sector sanitario muestra el poder de la colaboración intersectorial para mejorar los resultados de SSRMNIA. Esto puede ser apoyado a través de una asociación de varios niveles que incluye al personal institucional de la salud, la red de embajadores voluntarios, los agentes locales de M-Pesa y las compañías de transporte en autobús.

LECCIONES APRENDIDAS Y CONCLUSIONES

Mediante una combinación de servicios de banca móvil, información pública, movilización comunitaria, tratamiento gratuito, viajes y asesoramiento sensible al género, el CCBRT ha mejorado los resultados sanitarios de muchas mujeres que viven con fístula en Tanzania. En 2012, el CCBRT introdujo asistencia integral a su servicio de tratamiento de fístula con actividades transformadoras de género que promueven la condición de la mujer y tratan de abordar las relaciones de poder desiguales entre las mujeres y otros miembros de la comunidad. Centrándose en intervenciones a nivel individual, incluye elementos de educación sanitaria, como planificación familiar, nutrición y prevención del VIH; asesoramiento sensible al género; terapia ocupacional; canto y preparación para la

vida, de modo que puedan ejercer un mayor control sobre sus propias vidas y participar en igualdad de condiciones con los demás miembros de su comunidad. El número de mujeres que pudieron acceder a la cirugía de fístula aumentó en un 65 % durante la fase piloto, y el número de operaciones de fístula realizadas en 2010 fue más del doble que las realizadas en 2009. En 2010 se realizaron 268 intervenciones quirúrgicas de fístula en el hospital de la CCBRT, 129 de estas intervenciones fueron en mujeres que viajaron en transporte pago a través de M-Pesa por indicación de 54 embajadores.¹²² Durante 2011, 166 mujeres con fístula obstétrica llegaron al CCBRT procedentes de casi todas las regiones de Tanzania a través del programa TransportMYPatient, lo que representa un aumento del 29 % con respecto a 2010 y el 49 % del total de las reparaciones. El número total de reparaciones de fístula siguió aumentando, con 144 embajadores de la CCBRT distribuidos por todas las regiones de Tanzania en 2012.

OPORTUNIDADES DE AMPLIACIÓN/RÉPLICA

Durante los primeros 12 meses de ejecución, la red de embajadores se expandió a todas las regiones del país. Desde la fase piloto en 2009-2010, el número de mujeres que tuvo acceso al tratamiento ha aumentado en forma sostenida, llegando a 920 en 2015. Entre 2012 y 2015, la CCBRT y sus instalaciones satélite realizaron más del 65 % de todas las cirugías de fístula reportadas en Tanzania. Con financiamiento continuo de la Fundación Vodafone y el apoyo adicional de organizaciones como USAID/Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA, la Fundación Fístula y Johnson & Johnson, el programa para el tratamiento de fístula de CCBRT ha crecido hasta convertirse en uno de los más grandes del mundo. La iniciativa TransportMYPatient no es la única en sus esfuerzos por aumentar el acceso de las mujeres a servicios de salud que pueden salvarles la vida utilizando teléfonos móviles. La Fundación Freedom from Fistula de Kenya utiliza fondos móviles y educación comunitaria para ofrecer cirugías gratuitas de reparación de fístula y el Centro de Mujeres de Aberdeen en Sierra Leona ha puesto en marcha una línea telefónica gratuita para proporcionar información y opciones de atención a las mujeres con fístula.

6. PERSPECTIVAS Y MEDIDAS PARA LA PROGRAMACIÓN FUTURA

6.1 Características de los programas que mejoran tanto la igualdad de género como los resultados de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente

La recopilación de estudios de casos que se presenta en capítulos anteriores identifica enfoques y ejemplos de programas que abordan la desigualdad de género en el sector de la salud y en colaboración con sectores no sanitarios para mejorar los resultados de SSRMNIA. Muchos de ellos ilustran distintas formas de aplicar el marco de acción: la realización de análisis de género orientados a determinar los factores de múltiples niveles que influyen en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas y en la salud de las mujeres y sus hijas/os; la identificación de las barreras que impiden a las mujeres y las niñas exigir y hacer uso de sus derechos a la información y a los servicios de SSRMNIA; la reducción de estas barreras a través de programas, muchas veces intersectoriales, que abordan la oferta y la demanda; y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. De los estudios de casos se desprenden varias características claves de los programas que logran con éxito tanto la igualdad de género como buenos resultados de SSRMNIA. Éstos se describen a continuación.

Integrar la perspectiva de género en todo el ciclo de programación

La igualdad de género está influenciada por cada uno de los niveles de un sistema social y por las interacciones entre los individuos y el entorno. El análisis de cómo el género influye en el comportamiento de la SSRMNIA en los cinco niveles del Modelo Social Ecológico ayuda a identificar puntos de entrada para que los programas fortalezcan la igualdad de género con el fin de mejorar los resultados de SSRMNIA. Como se destaca en muchos de los estudios de casos, los mejores resultados se logran abordando simultáneamente múltiples niveles del modelo, de forma que los cambios en un área se ven reforzados por cambios en otra. Por ejemplo, los programas pueden integrar intervenciones en la oferta de servicios de SSRMNIA o en la generación de demanda y la participación de la comunidad, o pueden centrarse en el sector de la salud o establecer una colaboración más amplia entre sectores.

Además del análisis inicial de género en los diferentes niveles del Modelo Social Ecológico, las consideraciones de género deben seguir siendo el centro de atención a lo largo de la implementación, monitoreo y evaluación del programa. Los programas que definen objetivos específicos en materia de igualdad de género, acompañados de metas cuantificables y con suficiente asignación de presupuesto, tienen el claro mandato de ejecutar eficazmente las intervenciones para fortalecer la igualdad de género. La igualdad de género no es simplemente el medio para lograr mejores resultados de SSRMNIA, sino un objetivo que debe lograrse mediante una mejor salud.¹²³ Se deberían utilizar datos desagregados por sexo y datos sobre aspectos específicos de género

—recolectados utilizando métodos cuantitativos y cualitativos— para monitorear los avances y modificar las actividades a fin de aumentar el impacto. Las evaluaciones deben medir el impacto del programa tanto sobre los resultados de SSRMNIA como sobre la igualdad de género.

Fortalecer la igualdad de género mediante intervenciones en materia de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, tanto desde el punto de vista de la oferta como de la demanda

Las intervenciones para fortalecer la igualdad de género deben incorporarse tanto en la oferta de los servicios de SSRMNIA como en los esfuerzos para generar demanda e involucrar a las comunidades. La oferta y la demanda son complementarias: sin demanda, la oferta es irrelevante y, sin oferta, la demanda permanece insatisfecha. Abordar las barreras de género mediante intervenciones en la oferta es fundamental para garantizar que la información y los servicios de SSRMNIA estén disponibles, sean accesibles y aceptables para las mujeres y las niñas, y para apoyarlas en el ejercicio de sus derechos a la salud sexual y reproductiva. Las intervenciones pueden dirigirse a cualquiera de los niveles del Modelo Social Ecológico, por ejemplo, mejorando las políticas de salud, fortaleciendo la prestación de servicios de salud, mejorando la comunicación interpersonal entre el proveedor y la paciente y cambiando las actitudes de los proveedores. Al mismo tiempo, el género influye en la demanda de información y servicios de SSRMNIA por parte de mujeres y niñas, interactuando con otros factores determinantes que influyen en la SSRMNIA (por ejemplo, la pobreza, la educación y el empleo). Las intervenciones pueden apoyar la demanda modificando las normas de género relacionadas con SSRMNIA a través de la capacitación y el apoyo a nivel individual y entre pares, la movilización de la comunidad, y el fortalecimiento de los recursos organizativos y políticos para apoyar a las mujeres y las niñas (por ejemplo, las leyes sobre violencia doméstica y los refugios para las personas que sufren VDP).

Acción multisectorial para lograr un mayor impacto

La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) hace un llamado a las autoridades gubernamentales para «detectar fuerzas estructurales clave que incidan en la salud y provoquen disparidades, incluidos los sesgos estructurales e institucionales en materia de género [e] implantar políticas intersectoriales de amplio alcance impulsadas por jefes de gobierno para promover objetivos compartidos y abordar problemas que los distintos sectores no pueden resolver por sí solos».¹²⁴ Sin embargo, el trabajo para la salud a través de distintos sectores continua siendo un desafío, especialmente en entornos con una alta carga de SSRMNIA. Incluso cuando los responsables de la formulación de políticas aceptan esta lógica, los esfuerzos por impulsar la colaboración entre sectores en relación con los factores determinantes de la salud —incluida la igualdad de género— a menudo se han estancado en la fase de implementación.¹²⁵

El Modelo Social Ecológico también puede ser utilizado para guiar la acción multisectorial ayudando a identificar intervenciones complementarias que aborden las barreras de género a nivel individual, interpersonal, comunitario, organizacional y de políticas. Teniendo en cuenta que el género interactúa con otros factores determinantes de la salud, las intervenciones fuera del sector sanitario deben considerarse fundamentales para las estrategias relativas a la salud de las mujeres, niñas/os y adolescentes.¹²⁶ Como se ha visto en los estudios de casos sobre colaboración entre el sector de la salud y otros, la desigualdad de género socava todas las áreas de desarrollo.

Apoyar a las mujeres y las niñas a ejercer su derecho a la salud

La aplicación de un enfoque de género y derechos humanos incluye el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres y las niñas para defender y exigir sus derechos, concienciación sobre la igualdad de género y los derechos humanos en las comunidades locales y la promoción de cambios de política o legislativos que

apoyen los sistemas sociales equitativos, como ocurrió en el caso de Malawi, que prohibió el matrimonio infantil.

Los programas deben promover no solo el derecho de las mujeres a la salud, sino también el derecho a la autodeterminación reproductiva y a la integridad corporal. Por ejemplo, el Programa de Género, Higiene y Saneamiento en Senegal para mujeres y niñas con discapacidad no se limitó a aumentar su capacidad individual para comprender mejor su salud menstrual, sino que creó oportunidades para defender sus libertades civiles, fortaleciendo así la participación y el empoderamiento de las mujeres y las niñas.

El empoderamiento fortalece las capacidades individuales de las mujeres y construye relaciones sociales positivas para ampliar su capacidad de tomar decisiones libres, alterar estructuras desiguales y hacer efectivos sus derechos. Es un proceso dinámico en el que los propios individuos son actores importantes en el proceso de cambio.¹²⁷ El empoderamiento de las mujeres y las niñas se refiere a que adquieran un mayor poder y control sobre sus propias vidas. Implica concienciar, desarrollar confianza en sí mismas, ampliar sus opciones, un mayor acceso y control de los recursos, y acciones para transformar las estructuras e instituciones que refuerzan y perpetúan la discriminación y la desigualdad de género. Esto implica que para ser empoderadas, las personas no solo deben contar con un entorno favorable que determine sus elecciones (estructura) e igual acceso a los recursos y oportunidades para participar en la toma de decisiones sobre su propia salud (relaciones), sino que también deben tener las mismas aspiraciones y capacidades (agencia) para utilizar estos derechos, recursos y oportunidades para hacer elecciones y tomar decisiones estratégicas (como sucede cuando una mujer puede decidir si desea tener familia, cuándo y qué cantidad).¹²⁸ Para ser eficaces, los programas que tienen como objetivo mejorar los resultados de SSRMNIA deben involucrar a las mujeres y las niñas como agentes de cambio.

Sin embargo, al abordar los factores determinantes de la SSRMNIA —especialmente la desigualdad de género— rara vez se aprovechan plenamente sus contribuciones. Las mujeres y las adolescentes a menudo son incapaces de expresar sus necesidades o requerimientos específicos aunque una política, programa o servicio pueda estar afectando a mujeres y hombres o a niñas y niños de manera diferente. La falta de voz en la formulación de políticas y la prestación de servicios limita el potencial de las mujeres y las adolescentes para ser agentes de cambio en la transformación de las desigualdades de género en la SSRMNIA.

La Estrategia Mundial reclama un mundo en el que las mujeres, niños, niñas y adolescentes puedan participar plenamente en la configuración de sociedades sostenibles y prósperas. En el contexto de SSRMNIA, el compromiso de la sociedad civil —incluidas las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres y los niños, las organizaciones juveniles y las defensoras de la igualdad de género— es necesario para que los gobiernos y las organizaciones internacionales actúen con eficacia y se vean obligados a rendir cuentas. Las mujeres y sus organizaciones desempeñan un papel crucial en el logro de la igualdad de género y de su propio empoderamiento. Una parte esencial para garantizar el respeto de los derechos humanos y la participación de mujeres y adolescentes es el fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones y movimientos de defensa de los derechos de la mujer para utilizar los mecanismos nacionales e internacionales de derechos humanos a fin de reivindicar sus derechos a la salud y afines.

Las inversiones en liderazgo de las mujeres son fundamentales no solo desde la perspectiva de los derechos, sino también para lograr una mejor SSRMNIA. Las personas en posición de liderazgo dirigen recursos a los temas que son más relevantes en sus vidas —para muchas mujeres, esto incluye la salud y la educación de sus familias y comunidades.

6.2 Listas de control para guiar la aplicación práctica del marco de acción

A partir de la visión compartida acerca de las características de los programas que apoyan tanto la igualdad de género como los resultados de SSRMNIA, se elaboraron una serie de listas de control de la programación para apoyar la incorporación de elementos claves de programación en las intervenciones relacionadas con SSRMNIA. Las herramientas de evaluación y las listas de control se basan en una serie de herramientas existentes adaptadas. El objetivo general de estas listas es ayudar a quienes dirigen y ejecutan programas a determinar cómo integrar mejor la perspectiva de género en la programación de SSRMNIA. Las listas de control se incluyen en impresos por separado.

Lista de control 1: Recomendaciones para identificar barreras relacionadas con el género que influyen sobre la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (SSRMNIA)

Esta lista utiliza el enfoque del Modelo Social Ecológico para analizar las barreras relacionadas con el género que pueden socavar la SSRMNIA de mujeres y niñas. Utilizando esta herramienta, quienes formulan los programas pueden lograr una mayor comprensión de las desigualdades de género en la SSRMNIA y utilizar esas constataciones para diseñar intervenciones que

fortalezcan la igualdad de género y empoderen a las mujeres. Con base en la comprensión del problema relacionado con la SSRMNIA y su contexto —por ejemplo, si este problema es específico del sector de la salud (como la atención prenatal) o si involucra a varios sectores (temas como el MHM o la ESI)— el programa se diseña para abordar las desigualdades de género (incluida cualquier barrera a la información y servicios relacionada con el género) que estén impidiendo el progreso hacia el logro de mejores resultados de SSRMNIA para las mujeres, niños, niñas y adolescentes.

Lista de control 2: Herramienta para la programación de una salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente sensible al género (SSRMNIA)

La lista de control 2 contiene un conjunto de preguntas que pueden ayudar a determinar en qué medida se toma en cuenta la desigualdad de género en las etapas de diseño e implementación del programa. Utilizando esta herramienta, los programas pueden adaptarse para ajustarse a las distintas necesidades de sus audiencias y para abordar las desigualdades de género a diferentes niveles (según el enfoque del Modelo Social Ecológico) con el fin de mejorar los resultados de SSRMNIA para las mujeres y adolescentes y para las mujeres y sus hijas/os. Al igual que con todas las herramientas de evaluación rápida, se requerirá un análisis más profundo para determinar qué nivel del espectro de integración de género (en el enfoque del Modelo Social Ecológico) se aplica al programa.

RECOMENDACIONES PARA IDENTIFICAR BARRERAS RELACIONADAS CON EL GÉNERO QUE INFLUYEN SOBRE LA SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL, INFANTIL Y ADOLESCENTE

Utilizando el Modelo Social Ecológico como marco, esta herramienta permite a quienes diseñan programas reflexionar sobre las formas en que las desigualdades de género afectan la salud sexual, reproductiva, materna,

neonatal, infantil y adolescente (SSRMNIA) y utilizar los hallazgos para planificar intervenciones que fortalezcan la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

	Comentarios/Notas
NIVEL INDIVIDUAL: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS	
¿Las mujeres y las niñas tienen conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva y sus derechos a ella?	
¿Las mujeres y las niñas pueden tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva y ejercer sus derechos?	
¿Las mujeres y las niñas pueden negociar relaciones sexuales más seguras o su propia fertilidad? En caso negativo, ¿qué factores les impiden hacerlo?	
¿Las mujeres y las niñas pueden tomar la decisión de solicitar servicios de SSRMNIA por sí mismas? En caso negativo, ¿qué factores les impiden hacerlo?	
¿Las mujeres tienen control sobre los recursos que pueden utilizar para su propia búsqueda de atención sanitaria? En caso negativo, ¿qué factores les impiden hacerlo?	
¿Las mujeres y las niñas se sienten seguras en sus comunidades? ¿Se enfrentan a alguna restricción en su movilidad?	
¿Cómo perciben las mujeres y las niñas sus propios roles de género?	
¿Cómo perciben las mujeres y las niñas sus roles reproductivos, económicos y políticos?	
NIVEL INTERPERSONAL: FAMILIAS, AMIGOS, REDES SOCIALES	
¿Las capacidades y conductas de las mujeres y las niñas en la búsqueda de atención sanitaria están influenciadas por su cónyuge/pareja, su familia y sus amistades? ¿Cómo?	
¿Existen factores que faciliten la capacidad de las mujeres y las niñas para buscar servicios de atención sanitaria para sí mismas y/o sus familias? En caso afirmativo, ¿cuáles son?	
¿Cuáles son los roles de las mujeres y las niñas en el hogar?	
¿Existen prácticas nocivas perpetuadas por los miembros del hogar contra las mujeres y las niñas? En caso afirmativo, ¿qué tipo de prácticas son?	
¿Cuánto influyen los miembros del hogar en el poder de decisión de las mujeres? ¿Las mujeres tienen poder de decisión en las relaciones, y sobre qué decisiones?	
¿Cómo se percibe la violencia de género a nivel interpersonal?	
NIVEL COMUNITARIO: RELACIONES ENTRE LAS ORGANIZACIONES	
¿Las mujeres y las niñas son libres de participar en grupos o asociaciones formales o informales en sus comunidades?	
¿Las mujeres y las niñas participan en diálogos y discusiones comunitarias relacionadas con su salud?	

	Comentarios/Notas
¿Qué papel desempeñan las mujeres y las niñas en la asignación de recursos comunitarios para facilitar el acceso a la atención sanitaria?	
¿Existen factores sociales que limitan la capacidad de las mujeres y las niñas para solicitar servicios de SSRMNIA?	
¿Las mujeres y las niñas enfrentan restricciones o requieren autorización para acceder a la atención de la salud?	
¿El personal sanitario respeta los derechos de las mujeres y las adolescentes cuando acceden a los servicios de SSRMNIA?	
¿Las mujeres y las niñas sufren discriminación cuando solicitan servicios de atención sanitaria? ¿Cuáles son algunas de las actitudes y prácticas discriminatorias a las que se enfrentan las mujeres y las niñas en los centros de atención de la salud?	
NIVEL ORGANIZACIONAL: ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES SOCIALES	
¿Cuáles son algunas de las normas sociales relacionadas con la situación de las mujeres y las niñas que están asociadas con la edad, el origen étnico, la situación social, económica y el estado civil?	
¿Cuáles son algunas de las barreras estructurales que restringen el acceso de las mujeres a los servicios de SSRMNIA?	
¿Las mujeres se encuentran con barreras para seguir una carrera en el campo de la medicina?	
¿Mujeres y hombres prestadores de servicios de salud reciben el mismo apoyo?	
¿Las adolescentes pueden utilizar los servicios de SSRMNIA sin el permiso de un miembro de la familia?	
¿Las mujeres y niñas que han sufrido violencia de género tienen acceso a servicios confidenciales (por ejemplo, centros de atención integral)?	
¿Cómo se organiza la prestación de atención sanitaria para satisfacer las diferentes necesidades de las mujeres y las niñas, incluidas las más marginadas (por ejemplo, las mujeres y las niñas indígenas, aquellas con discapacidad y las que viven con el VIH)?	
NIVEL DE POLÍTICAS/ENTORNOS FAVORABLES: LEYES NACIONALES, ESTATALES, LOCALES	
¿Existe voluntad política y compromiso con la igualdad de género en el ámbito de la salud, incluidas las obligaciones con los mandatos mundiales (por ejemplo, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer)?	
¿Las mujeres y las niñas tienen acceso a identificación legal y registro civil?	
¿Existen leyes y políticas que dificulten o impidan el acceso de las mujeres y las niñas a los servicios de salud?	
¿Cómo apoyan las políticas sanitarias y la asignación de recursos la igualdad de género en los diferentes niveles del sistema de salud?	
¿Los marcos constitucionales y legislativos son propicios para promover la igualdad de género?	
¿Hasta qué punto las mujeres y las niñas creen que pueden influir en las políticas de atención de la salud?	
¿Existe una masa crítica de mujeres en cargos de nivel decisorio en el sector político, público y privado?	
¿Existen organizaciones de la sociedad civil bien desarrolladas y adecuadamente financiadas que puedan promover la igualdad de género, también en la respuesta de SSRMNIA?	
¿Qué factores facilitan u obstaculizan un entorno favorable para la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre SSRMNIA?	

HERRAMIENTA PARA LA PROGRAMACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO DE LA SALUD SEXUAL, REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL, INFANTIL Y ADOLESCENTE

Esta lista de control es una herramienta de evaluación para determinar hasta qué punto la igualdad de género es considerada en el diseño, implementación y ampliación de la escala de un programa. Utilizando esta herramienta, los programas pueden mejorar la forma de abordar las desigualdades de género que afectan negativamente los resultados de la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente (SSRMNIA) de las mujeres y las niñas. Como esta herramienta toma en cuenta múltiples fases de la programación, puede ser utilizada en forma continua o solo para las secciones pertinentes. Al igual que con todos los instrumentos, será necesaria una mayor contextualización para

incorporar plenamente y mantener medidas que tengan en cuenta el género en la programación.

Instrucciones

Para utilizar esta lista de control, responda a todos los criterios considerados en cada fase del diseño y desarrollo del programa. Si su programa cumple los criterios, marque sí o «S». Si no cumple los criterios, marque no o «N». Si cumple parcialmente los criterios, marque parcialmente o «P». Para cualquier comentario, aclaración o nota adicional, utilice la sección «Comentarios».

Fase	Criterio	S	N	P	Comentarios/ Notas
SECCIÓN 1: DISEÑO Y DESARROLLO DEL PROGRAMA					
EVALUACIÓN DE NECESIDADES	¿La evaluación utiliza datos e investigaciones desagregados por sexo y edad?				
	¿Incluye el conocimiento existente sobre las normas, roles y relaciones de género, particularmente en relación con la SSRMNIA?				
	¿En la evaluación se examinan los compromisos y obligaciones internacionales, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la Plataforma de Acción de Beijing, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y los tratados de derechos humanos pertinentes?				
	¿Incluye una evaluación de las políticas nacionales o distritales del sector de la salud y da prioridad a las necesidades de SSRMNIA de las mujeres y las niñas?				
	¿Identifica los mecanismos, procesos y socios existentes que se centran en abordar la igualdad de género en la prestación de servicios de salud?				
ALCANCE Y ENFOQUE	¿El enfoque del programa se desarrolló teniendo en cuenta de qué forma los roles de género, el acceso y control de los recursos y las relaciones de poder influyen en el acceso a los servicios de SSRMNIA?				
	¿El alcance del programa incluye compromisos para mejorar la SSRMNIA para mujeres y niñas?				
	¿El alcance y el enfoque consideran los principales problemas de género y cómo afectan la SSRMNIA?				
	¿Las mujeres y las niñas participaron en la fase de diseño y se tuvieron en cuenta sus preocupaciones, experiencias y reclamos?				
	¿El enfoque identifica las necesidades específicas de las mujeres y las niñas, los niños y los hombres, incluidas las de los grupos marginados (por ejemplo, los grupos minoritarios, los que viven en zonas rurales, las personas con discapacidad)?				

Fase	Criterio	S	N	P	Comentarios/ Notas
TEORÍA DEL CAMBIO	¿Se llevó a cabo un análisis de la situación para contextualizar las desigualdades de género en salud para el ámbito del programa?				
	¿Los insumos del programa incluyen actividades para asegurar la demanda de SSRMNIA de las mujeres y niñas?				
	¿Se diseñaron actividades específicas del programa para satisfacer las necesidades de las mujeres y las niñas en términos de SSRMNIA?				
	¿Se considera la igualdad de género como un determinante social de la salud?				
	¿Los efectos a corto y largo plazo de este programa consideran cómo afectará a las mujeres y las niñas?				
DISEÑO DEL PROGRAMA	¿Se llevó a cabo un ejercicio de alcance del programa para comprender la situación de los derechos de las mujeres y las niñas y su acceso a SSRMNIA en la zona de implementación?				
	¿Participaron mujeres y niñas en el desarrollo del diseño del programa, incluyendo aquellas que quedaron atrás en la respuesta de SSRMNIA?				
	¿Proporciona el diseño del programa soluciones para eliminar las barreras a las que se enfrentan las mujeres y las niñas en el acceso y la utilización de los servicios de SSRMNIA?				
	¿Incluye el diseño del programa actividades para asegurar que las mujeres y las niñas puedan expresar sus demandas de SSRMNIA en las plataformas de toma de decisiones?				
	¿Se incorporó la igualdad de género en todas las fases del diseño del programa?				
PRESUPUESTO	¿Se ha revisado todo el presupuesto desde una perspectiva de género, asegurándose de que se han asignado fondos para garantizar que se satisfagan las necesidades de SSRMNIA de las mujeres y las niñas?				
	¿Los compromisos en materia de igualdad de género en el diseño del programa se reflejan en asignaciones adecuadas de fondos?				
	¿Existen funciones presupuestarias específicas que promuevan la igualdad de género?				
	¿Se han desarrollado estrategias para movilizar/mantener recursos para las actividades de SSRMNIA relacionadas con la igualdad de género?				
	¿Existen asignaciones de fondos para la consulta y participación de las partes interesadas, incluyendo a los miembros de la comunidad, la sociedad civil, dirigentes políticos y tradicionales y los organismos gubernamentales para abogar por la igualdad de género en la respuesta de SSRMNIA?				

Fase	Criterio	S	N	P	Comentarios/ Notas
SECCIÓN 2: IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA					
PARTES INTERESADAS	¿El programa incluye capacitaciones permanentes y pertinentes en materia de género para todo el personal?				
	¿La contratación de personal del proyecto considera la importancia de la paridad de género?				
	¿El programa contempla aportes permanentes de las mujeres y las niñas a los procesos de implementación?				
	¿Se garantiza que el programa sea accesible e inclusivo para las mujeres y las niñas, incluidas las que suelen estar marginadas (por ejemplo, las mujeres con discapacidad, las que viven con el VIH y las indígenas)?				
	¿Se ha discutido el programa con todas las partes interesadas para asegurar que identifique las necesidades de la comunidad específica a la que está dirigido, en particular de las mujeres y las niñas?				
IMPLEMENTACIÓN	En la programación, ¿se tienen en cuenta y se abordan las consecuencias que la desigualdad de género tiene para la salud?				
	¿Se tienen en cuenta los vínculos entre las normas de género perjudiciales (por ejemplo, la violencia de género, la incapacidad para negociar el uso de preservativos, las restricciones a la movilidad para asistir a los servicios de salud, las restricciones financieras para solicitar servicios de salud, la falta de educación sanitaria) y los resultados de SSRMNIA?				
	¿Están integrados los principios de igualdad de género y no discriminación en todo el programa?				
	¿El programa aborda los factores responsables por los resultados deficientes de SSRMNIA, como la desigualdad de género, las prácticas nocivas y las violaciones de los derechos humanos básicos?				
	¿La programación incluye actividades en torno a la educación basada en los derechos a la SSRMNIA?				
MONITOREO Y EVALUACIÓN (M&E)	¿El programa recopila y reporta datos desglosados por sexo?				
	¿Se utilizan métodos participativos y cualitativos para captar problemas de género matizados en la SSRMNIA?				
	¿La recolección de datos incluye marcadores e indicadores de igualdad de género, preferiblemente aquellos que son ampliamente reconocidos/validados?				
	¿Se considera la igualdad de género a lo largo de todo el proceso de M&E —línea de base, medio término, final—?				
	¿El M&E detecta las normas y los cambios de comportamiento en torno a la SSRMNIA?				

Fase	Criterio	S	N	P	Comentarios/ Notas
SECCIÓN 3: AMPLIACIÓN DE ESCALA DEL PROGRAMA Y PASOS SIGUIENTES					
DIFUSIÓN DE RESULTADOS	Cuando se realizó el análisis de M&E, ¿se informó que se utilizaron datos desagregados por sexo?				
	¿Se explicaron las diferencias entre hombres y mujeres en los resultados de la programación?				
	¿Se identificaron las cuestiones de género en los procesos de M&E y se informó sobre ellas?				
	¿Los resultados consideran hasta qué punto la intervención contribuyó a fortalecer la capacidad de los sistemas de salud, las comunidades o el área objetivo para asegurar que la SSRMNIA responda a las necesidades de las mujeres y las niñas?				
	¿Los resultados reflejan alguna mejora en el acceso y la participación de las mujeres en los servicios de SSRMNIA? Si no hubo ninguna mejora, ¿los resultados pueden explicar por qué?				
DEFENSA Y PROMOCIÓN	¿Se puede utilizar este programa como ejemplo para promover la participación significativa de las mujeres y las niñas en los procesos de SSRMNIA?				
	¿Los aspectos de este programa que involucraron de manera significativa a las mujeres y las niñas pueden vincularse con otros resultados mejorados (por ejemplo, mayor empoderamiento y agencia, empoderamiento económico o mejor calidad de los servicios de SSRMNIA)?				
	¿El personal del programa puede promover la importancia de utilizar un enfoque sensible al género en la programación de la SSRMNIA?				
	¿Se pueden utilizar los resultados y las enseñanzas del programa para promover la importancia de la igualdad de género en los programas de salud ante los donantes, los funcionarios gubernamentales y las organizaciones de la sociedad civil?				
	¿Los participantes del programa, en particular las mujeres y las niñas, pueden exigir su derecho a la SSRMNIA en las plataformas de toma de decisiones (por ejemplo, en las comunidades, los espacios políticos locales, los programas nacionales)?				
AMPLIACIÓN DE ESCALA E INTEGRACIÓN	¿Se tiene en cuenta la igualdad entre hombres y mujeres en cualquier adopción futura del programa?				
	¿Se abordan aspectos que quedaron sin atender en el abordaje de la igualdad de género en la SSRMNIA cuando se discute la ampliación de la escala y el futuro del programa?				
	¿Se puede vincular este programa con programas más amplios de igualdad de género (por ejemplo, los que abordan la violencia de género, el empoderamiento económico y la educación)?				
	¿Se puede adaptar este programa para su aplicación a nivel nacional o en otros países?				
	¿Participan activamente las mujeres y las niñas y las partes interesadas en la próxima fase de esta programación?				

ANEXOS

Anexo 1. Glosario

Agencia / Capacidad de acción

Agencia significa que el empoderamiento no se le puede dar ni hacer a las personas, sino que proviene de procesos en los que las personas se empoderan a sí mismas. Agencia son las personas creando su propia dinámica, adquiriendo sus propias habilidades y abogando por sus propios cambios. Agencia se define como «la capacidad de establecer los objetivos propios y actuar en consecuencia».

Análisis de género

El análisis de género consiste en un examen crítico de cómo las diferencias en los roles, actividades, necesidades, oportunidades y derechos/prerrogativas de género afectan a hombres, mujeres, niñas y niños en ciertas situaciones o contextos. El análisis de género examina las relaciones entre mujeres y hombres y su acceso y control de los recursos, así como las limitaciones de unas con respecto de los otros. En todas las evaluaciones sectoriales o análisis de situaciones se debe integrar un análisis de género para asegurar que las intervenciones no exacerben las injusticias y desigualdades de género y que, cuando sea posible, se promueva una mayor igualdad y justicia en las relaciones de género.

Salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR)

En conjunto, los derechos en materia de salud sexual y reproductiva se pueden entender como los derechos de todas las personas, jóvenes o mayores, mujeres, hombres o transgénero, heterosexuales, gais, lesbianas o bisexuales, VIH positivas o negativas, de tomar decisiones sobre su propia sexualidad y reproducción, siempre y cuando respeten el derecho a la integridad

física de las otras personas. Esta definición también incluye el derecho a la información y a los servicios necesarios para apoyar estas opciones y optimizar la salud.

Derechos humanos

Comúnmente se entiende que son los derechos inherentes a los seres humanos. El concepto de derechos humanos reconoce que a cada persona le corresponde disfrutar de sus derechos humanos sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, pertenencia, nacimiento u otra condición. Los derechos humanos están garantizados por la ley de los derechos humanos, que protege a las personas y los grupos contra las acciones que interfieren con las libertades fundamentales y la dignidad humana. Están establecidos en tratados, derecho internacional consuetudinario, conjuntos de principios y otras fuentes de derecho. La ley de los derechos humanos obliga a los Estados a actuar de cierta manera y les prohíbe realizar determinadas actividades. Todos los derechos humanos y los instrumentos correspondientes se aplican de igual manera a hombres y mujeres. Además, la CEDAW (por sus siglas en inglés) ha precisado y complementado algunos de ellos desde la perspectiva de los derechos de las mujeres.

Derechos reproductivos

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijas/os que tendrán, con qué frecuencia y en qué momento, y de disponer de la información y los medios para hacerlo, y el derecho de lograr el mejor nivel de salud sexual y reproductiva posible. También incluyen el derecho de todas las personas de tomar decisiones acerca de la reproducción libres de discriminación, coerción y violencia.

Empoderamiento

El empoderamiento de las mujeres y las niñas se refiere a que adquieran un mayor poder y control sobre sus propias vidas. Implica concienciar, desarrollar confianza en sí mismas, ampliar sus opciones, mayor acceso y control de los recursos, y transformar las estructuras e instituciones que refuerzan y perpetúan la discriminación y desigualdad de género. El empoderamiento se define por lo tanto como el aumento de la capacidad de las personas [mujeres] para hacer elecciones de vida estratégicas en un contexto en el que previamente esta capacidad les era denegada.

Equidad de género

Se refiere al trato justo de la mujer y el hombre en función de sus necesidades, preferencias e intereses respectivos. Esto puede incluir un trato igual, o un trato diferente pero considerado equivalente en cuanto a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las oportunidades.

Equidad de género en la salud

Es aplicar el principio de justicia para las mujeres y los hombres con el objetivo de reducir la desigualdad indebida y evitable entre mujeres y hombres en lo que refiere a su salud, el acceso a los servicios sanitarios y sus contribuciones a la fuerza de trabajo del sector.

Equidad sanitaria

La ausencia de diferencias en la salud injustas, evitables o prevenibles entre poblaciones o grupos definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

Específico de género

Se refiere a cualquier programa o enfoque adaptado específicamente para mujeres u hombres. Los programas específicos de género pueden estar justificados cuando el análisis muestra que un género ha

estado históricamente en desventaja social, política y/o económica.

Género

Se refiere a las características socialmente construidas de las mujeres y los hombres, tales como normas, roles y relaciones de los grupos de mujeres, los grupos de hombres y entre ellos. Varía de una sociedad a otra y puede cambiarse.

Igualdad de género

Se refiere a la igualdad de oportunidades de grupos de mujeres y hombres para que accedan y controlen los recursos sociales, económicos y políticos, incluida la protección que dicta la ley (tales como servicios de salud, educación y derechos de voto). También se conoce como igualdad de oportunidades, o igualdad formal. Igualdad de género a menudo se utiliza como sinónimo de equidad de género, pero las dos se refieren a estrategias diferentes y complementarias que se necesitan para reducir las desigualdades en materia de salud basadas en el género.

Igualdad de género en la salud

Las mujeres y los hombres están en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y alcanzar su máximo potencial de estar sanos, contribuir a un desarrollo saludable y beneficiarse de los resultados. El logro de la igualdad de género requerirá medidas específicas diseñadas para apoyar a los grupos de personas con acceso limitado a dichos bienes y recursos.

Incorporación de una perspectiva de género

Es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. No constituye una meta u objetivo en sí mismo. Es una

estrategia para implementar mayor igualdad para las mujeres y niñas en relación con los hombres y niños. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, monitoreo y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos en forma igualitaria y no se perpetúe la desigualdad.

Modelo Social Ecológico (MSE)

El MSE es un marco teórico para comprender los efectos polifacéticos e interactivos de los factores personales y ambientales que determinan los comportamientos, y para identificar puntos de influencia e intermediarios conductuales y organizativos para la promoción de la salud dentro de las organizaciones. El MSE tiene cinco niveles jerárquicos anidados: individual, interpersonal, comunitario, organizacional y de políticas/entornos favorables.

Normas de género

Son los atributos y características aceptados de la identidad de género masculino y femenino en un momento dado para una sociedad o comunidad específica. Son pautas y expectativas a las que generalmente se ajusta la identidad de género, dentro de un rango que define a una sociedad, cultura y comunidad en particular en ese momento. Las normas de género son ideas sobre cómo deben ser y actuar los hombres y las mujeres. Internalizadas en las primeras etapas de la vida, las normas de género pueden establecer un ciclo de vida de socialización y estereotipos de género.

Sensible al género

Un enfoque que reconoce los distintos papeles y contribuciones de las diferentes personas en función del género, tiene en cuenta estas diferencias y trata de garantizar que las mujeres y las niñas se beneficien equitativamente de la intervención.

Sexo

Las diferentes características biológicas y fisiológicas de hombres y mujeres, tales como los órganos reproductivos, los cromosomas, las hormonas, etc.

Transformador de género

Una respuesta que busca cambiar las estructuras, instituciones y relaciones de género existentes por otras basadas en la igualdad de género. Los programas transformadores de género no solo reconocen y abordan las diferencias de género, sino que también crean las condiciones para que las mujeres y los hombres puedan comprender los aspectos perjudiciales de las normas de género y experimentar con nuevos comportamientos para crear funciones y relaciones más equitativas.

Fuentes: Kabeer, N. (1999); Kabeer, N. (2005); Oficina del Asesor Especial en Cuestiones de Género y Adelanto de la Mujer (2001); Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (s.f.). «Social Ecological Model»; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNFPA, PNUD, ONU Mujeres (s.f.). Gender Equality, UN Coherence and You; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2009). *Gender in Education Network in Asia-Pacific*; Organización Mundial de la Salud (2011). *Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach*.

Anexo 2. Mecanismos e instrumentos internacionales sobre derechos humanos correspondientes a la salud de las mujeres, niños, niñas y adolescentes

Mecanismo/ instrumento internacio- nal sobre derechos humanos	Órgano/ mecanismo de supervisión	Aplicación en el abordaje de los determinantes sociales de la SSRMNIA, incluida la desigualdad de género	Oportunida- des para que la sociedad civil garantice el respeto de los derechos humanos y la participación de las mujeres, niños, niñas y adolescentes	Otras fuentes
EXAMEN PERIÓDICO UNIVERSAL (EPU)	El EPU es un mecanismo de supervisión dirigido por los Estados, con el patrocinio del Consejo de Derechos Humanos.	El EPU es uno de los procedimientos internacionales más importantes para determinar las violaciones de los derechos humanos. Actualmente, el EPU hace más recomendaciones relacionadas con la salud que la mayoría de los mecanismos de los órganos creados en virtud de tratados. El EPU proporciona un punto de entrada crítico para centrar más la atención en los problemas apremiantes de salud a los que se enfrentan las mujeres, niños/as y adolescentes de un país y para determinar medidas concretas para abordar y seguir promoviendo la materialización de sus derechos a la salud.	Si bien el EPU es un proceso intergubernamental, las partes interesadas no gubernamentales tienen a su disposición una serie de oportunidades para contribuir. Las oportunidades de participación de la sociedad civil en las diferentes etapas del proceso del EPU se resumen en http://nhri.ohchr.org/EN/IHRS/UPR/Documents/Road-Map_en_16.09.09.pdf	ACNUDH (2014). <i>Examen Periódico Universal. Guía práctica para la sociedad civil</i> . Ginebra: ACNUDH. Disponible en https://www.ohchr.org/Documents/AboutUs/CivilSociety/Universal_Periodic_Review_SPA.pdf ; CONECTAS (2009). <i>Roadmap for Civil Society Engagement with the UPR</i> . Brasil: CONECTAS. Disponible en: https://nhri.ohchr.org/EN/IHRS/UPR/Documents/Road-Map_en_16.09.09.pdf

Mecanismo/ instrumento internacio- nal sobre derechos humanos	Órgano/ mecanismo de supervisión	Aplicación en el abordaje de los determinantes sociales de la SSRMNIA, incluida la desigualdad de género	Oportunida- des para que la sociedad civil garantice el respeto de los derechos humanos y la participación de las mujeres, niños, niñas y adolescentes	Otras fuentes
PACTO INTER- NACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es ampliamente considerado como el instrumento central de protección del derecho a la salud. Éste reconoce «el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental». El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha indicado claramente que el derecho de la mujer a la salud incluye su salud sexual y reproductiva. Esto significa que los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y asegurar los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva de la mujer.	Las ONG y las organizaciones comunitarias pueden proporcionar información a través de informes alternativos, sesiones informativas o presentaciones al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	Global Initiative for Economic, Social & Cultural Rights (GI-ESCR) y Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ESCR-Net) (2016). <i>El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su 50° aniversario: su importancia desde una perspectiva de los derechos de las mujeres</i> . Australia: GI-ESCR. Disponible en: https://www.escr-net.org/sites/default/files/attachments/el_pidesc_a_50_es.pdf Organización Mundial de la Salud (s.f.). <i>Health & Human Rights Factsheet: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights</i> . Ginebra: OMS. Disponible en http://www.who.int/hhr/Economic_social_cultural.pdf

Mecanismo/ instrumento internacio- nal sobre derechos humanos	Órgano/ mecanismo de supervisión	Aplicación en el abordaje de los determinantes sociales de la SSRMNIA, incluida la desigualdad de género	Oportunida- des para que la sociedad civil garantice el respeto de los derechos humanos y la participación de las mujeres, niños, niñas y adolescentes	Otras fuentes
PACTO INTER- NACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS	Comité de Derechos Humanos	El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos no contiene una disposición específica que salvaguarde el derecho a la salud; sin embargo, varios de los derechos incorporados en el Pacto están directa o indirectamente relacionados con el disfrute de las personas de su derecho a la salud. Esas disposiciones incluyen: el derecho a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (Artículo 7); el derecho a no ser sometido sin libre consentimiento a experimentos médicos o científicos (Artículo 7); y el derecho a no ser sometido a esclavitud o servidumbre ni a ser sometido a trabajos forzados u obligatorios (Artículo 8).	Las ONG y las organizaciones comunitarias pueden proporcionar información a través de informes alternativos, sesiones informativas o presentaciones al Comité de Derechos Humanos.	Organización Mundial de la Salud (s.f.). <i>Health & Human Rights Factsheet: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights</i> . Ginebra: OMS. Disponible en http://www.who.int/hhr/Economic_social_cultural.pdf . Naciones Unidas (1966). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Disponible en https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf

Mecanismo/ instrumento internacio- nal sobre derechos humanos	Órgano/ mecanismo de supervisión	Aplicación en el abordaje de los determinantes sociales de la SSRMNIA, incluida la desigualdad de género	Oportunida- des para que la sociedad civil garantice el respeto de los derechos humanos y la participación de las mujeres, niños, niñas y adolescentes	Otras fuentes
CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINA- CIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)	Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discrimina- ción contra la Mujer	La CEDAW se ocupa específicamente de los derechos de las mujeres y las niñas, incluyendo el ejercicio pleno de sus derechos a la salud y de los relacionados con la salud. El artículo 12 establece la obligación de los Estados Partes de adoptar medidas adecuadas para garantizar el acceso de las mujeres a la salud y la atención médica, sin discriminación alguna, incluido el acceso a los servicios de planificación familiar. También establece la obligación de garantizar una atención adecuada de la salud materna e infantil. El artículo 16 garantiza a las mujeres el derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos. El derecho de acceso a información educativa específica y asesoramiento sobre planificación familiar está garantizado en el Artículo 10. El artículo 14 establece el derecho de las mujeres de las zonas rurales a tener acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluida la información, el asesoramiento y los servicios de planificación de la familia. Muchas otras disposiciones tienen una relación implícita o indirecta con los derechos de las mujeres y las adolescentes vinculados con la salud, algunos de los cuales se detallan en las Recomendaciones Generales del Comité de la CEDAW (sobre mutilación genital femenina, violencia sexual, el VIH y la reproducción).	Las ONG y las organizaciones comunitarias pueden proporcionar información a través de informes alternativos, sesiones informativas o presentaciones al Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.	International Women's Rights Action Watch (2008). <i>Producing Shadow Reports to the CEDAW Committee: A Procedural Guide</i> . Minneapolis: IWRAW. Disponible en: http://hrlibrary.umn.edu/iwraw/proceduralguide-08.html Organización Mundial de la Salud (2007). <i>Women's Health and Human Rights: Monitoring the Implementation of CEDAW</i> . Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bits-tream/10665/43606/1/9789241595100_eng.pdf OMS (s.f.) <i>Health & Human Rights Factsheet: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women</i> . Ginebra: OMS. Disponible en http://www.who.int/hhr/CEDAW.pdf .

Mecanismo/ instrumento internacio- nal sobre derechos humanos	Órgano/ mecanismo de supervisión	Aplicación en el abordaje de los determinantes sociales de la SSRMNIA, incluida la desigualdad de género	Oportunida- des para que la sociedad civil garantice el respeto de los derechos humanos y la participación de las mujeres, niños, niñas y adolescentes	Otras fuentes
CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO	Comité sobre los Derechos del Niño	La Convención sobre los Derechos del Niño garantiza el derecho de todos los niños [y niñas] a la salud. En los artículos 23 y 24 se reconoce el derecho a la salud de todos los niños y se señalan varias medidas para su aplicación, como por ejemplo: la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez; la lucha contra las enfermedades y la malnutrición; la garantía de una atención prenatal y postnatal adecuada para las madres; y la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. La satisfacción del derecho del niño a la salud está vinculada con la protección y aplicación de otras disposiciones de la Convención, incluyendo la obligación de los Estados Partes de proteger al niño de todas las formas de abuso físico y mental mientras está al cuidado de sus padres o tutores legales (Artículo 19); la explotación económica y la realización de trabajos que puedan ser peligrosos para la salud del niño (Artículo 32); el abuso y la explotación sexuales, el secuestro, la trata y la venta de niños (Artículos 34-36). También garantiza al niño el derecho a la privacidad y la confidencialidad (Artículo 16); un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico y mental (Artículo 27); y el derecho a la educación (Artículos 28-29).	Las ONG y las organizaciones comunitarias pueden proporcionar información a través de informes alternativos (sombra), sesiones informativas o presentaciones al Comité sobre los derechos del niño.	Child Rights Connect (2014). <i>Ciclo de presentación de informes al Comité de los derechos del niño: Guía para Organizaciones No Gubernamentales e Instituciones Nacionales de Derechos Humanos</i> . Ginebra: Child Rights Connect. Disponible en: https://www.childrights-connect.org/wp-content/uploads/2015/07/SP_GuidetoCRCreporting_ChildRightsConnect_2014.pdf ; Organización Mundial de la Salud (s.f.). <i>Health & Human Rights Factsheet: United Nations Convention on the Rights of the Child</i> . Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/hhr/CRC.pdf

Mecanismo/ instrumento internacio- nal sobre derechos humanos	Órgano/ mecanismo de supervisión	Aplicación en el abordaje de los determinantes sociales de la SSRMNIA, incluida la desigualdad de género	Oportunida- des para que la sociedad civil garantice el respeto de los derechos humanos y la participación de las mujeres, niños, niñas y adolescentes	Otras fuentes
CONVENCIÓN CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES	Comité contra la Tortura	Si bien la Convención no incluye disposiciones específicas en materia de salud, aborda ciertas formas de abusos en los centros de atención de la salud que pueden superar un umbral de malos tratos que equivale a la tortura o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Éstas pueden incluir violaciones específicas de los derechos reproductivos, incluyendo el abuso en los ámbitos de asistencia sanitaria, la esterilización forzada, la negación de atención médica (como el acceso a servicios de aborto seguro y legal y a la atención postaborto), el maltrato y la violencia en los centros de detención y otros ámbitos de custodia, y la mutilación genital femenina.	Las ONG y las organizaciones comunitarias pueden proporcionar información a través de informes alternativos (sombra), sesiones informativas o presentaciones al Comité contra la Tortura.	Center for Reproductive Rights. (2010). <i>Reproductive Rights Violations as Torture and Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment: A Critical Human Rights Analysis</i> . Nueva York. Center for Reproductive Rights. Disponible en: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/TCIDT.pdf ; Organización Mundial de la Salud (s.f.). <i>Health & Human Rights Factsheet: Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment</i> . Ginebra: OMS. Disponible en http://www.who.int/hhr/Convention_torture.pdf?ua=1

Mecanismo/ instrumento internacio- nal sobre derechos humanos	Órgano/ mecanismo de supervisión	Aplicación en el abordaje de los determinantes sociales de la SSRMNIA, incluida la desigualdad de género	Oportunida- des para que la sociedad civil garantice el respeto de los derechos humanos y la participación de las mujeres, niños, niñas y adolescentes	Otras fuentes
CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad protege los derechos de todas las personas — incluyendo las mujeres, niños, niñas y adolescentes— con discapacidad. La Convención contiene protecciones específicas de los derechos sexuales y reproductivos y prohibiciones de la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes en los artículos 15, 23 y 25.	Las ONG y las organizaciones comunitarias pue- den proporcionar información a través de informes alternativos (sombra), sesiones informativas o presentaciones al Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.	UNICEF (2013). <i>Niños, niñas y jóvenes con discapacidad. Hoja informativa</i> . Nueva York. UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/ disabilities/files/Facts- heet_A5-o_spanish-r4.pdf ; de Silva de Alwis, R. (2010). <i>The Intersections of the CEDAW and Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Putting Wo- men’s Rights and Disability Rights into Action in Four Asian Countries</i> . Wellesley: Wellesley Centers for Women. Disponible en https://files.eric.ed.gov/ fulltext/ED511408.pdf

Mecanismo/ instrumento internacio- nal sobre derechos humanos	Órgano/ mecanismo de supervisión	Aplicación en el abordaje de los determinantes sociales de la SSRMNIA, incluida la desigualdad de género	Oportunida- des para que la sociedad civil garantice el respeto de los derechos humanos y la participación de las mujeres, niños, niñas y adolescentes	Otras fuentes
CONVENCIÓN INTERNA- CIONAL SOBRE LA PROTEC- CIÓN DE LOS DERECHOS DE TODOS LOS TRABAJA- DORES MIGRATORIOS Y DE SUS FAMILIARES	Comité sobre Trabajadores Migratorios	El Artículo 28 de la Convención reconoce el derecho de todos los trabajadores migratorios y sus familiares, incluidos niños, niñas y adolescentes, a recibir atención médica de emergencia, independientemente de su situación administrativa de permanencia.	Las ONG y las organizaciones comunitarias pueden proporcionar información a través de informes alternativos (sombra), sesiones informativas o presentaciones al Comité sobre trabajadores migratorios.	PNUD (2015). <i>The Right to Health: Right to Health for Low-Skilled Labour Migrants in ASEAN Countries</i> . Bangkok. Nueva York: PNUD. Disponible en http://www.asia-pacific.undp.org/content/dam/rbap/docs/Research%20&%20Publications/hiv_aids/rbap-hhd-2015-the-right-to-health.pdf ; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). <i>The Rights of Children, Youth and Women in the Context of Migration. Social and Economic Policy Working Paper</i> . Nueva York: UNICEF. Disponible en: http://www.globalmigrationgroup.org/system/files/uploads/gmg-topics/human-rights/The-Rights-of-Children-Youth-and-Women-in-the-Context-of-Migration.pdf

Anexo 3. Ejemplos de indicadores de género para la programación en salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente

Este anexo muestra ejemplos de indicadores relacionados con el género para las intervenciones de SSRMNIA en los cinco niveles del Modelo Social Ecológico. Algunos de ellos son indicadores actuales de los ODS y otros han sido sugeridos por otras fuentes. Pueden utilizarse dentro y fuera del sector de la salud para medir el éxito obtenido al abordar la desigualdad de género como un determinante clave de SSRMNIA.

TABLA 1
Ejemplos de indicadores sensibles al género

Indicador	Fuente del indicador
Proporción de mujeres de 15 a 49 años que toman sus propias decisiones informadas acerca de las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva.	Indicador 5.6.1 de los ODS
Proporción de mujeres y niñas de 15 años de edad o más que fueron víctimas de violencia física, sexual o psicológica por parte de su pareja en los 12 meses anteriores, por forma de violencia y por edad.	Indicador 5.2.1 de los ODS
Proporción de mujeres y niñas de 15 años o más que fueron víctimas de violencia sexual por parte de personas que no eran su pareja en los 12 meses anteriores, por edad y lugar del hecho.	Indicador 5.2.2 de los ODS
Proporción de mujeres de 20 a 24 años que estaban casadas o en unión libre antes de los 15 y antes de los 18 años de edad.	Indicador 5.3.1 de los ODS
Proporción de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sido sometidas a ablación o mutilación genital femenina, por edad	Indicador 5.3.2 de los ODS
Si existen o no marcos jurídicos para promover, hacer cumplir y vigilar la igualdad y la no discriminación por motivos de sexo.	Indicador 5.1.1 de los ODS
Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a las mujeres de 15 a 49 años de edad el acceso a la atención, la información y la educación en materia de salud sexual y reproductiva.	Indicador 5.6.2 de los ODS
Condición y empoderamiento de la mujer: ¹²⁹ <ul style="list-style-type: none"> • Enseñanza secundaria o superior • Trabajó en los últimos 12 meses • Casada en primeras nupcias por edad exacta (15, 18) • Participación de la mujer en las decisiones del hogar • Opiniones de las mujeres sobre la posibilidad de negarse a tener relaciones sexuales con sus maridos • Obstáculos a los que se enfrentan las mujeres para acceder a atención sanitaria por sí mismas 	Encuestas demográficas y de salud (EDS)

TABLA 1 (CONTINUACIÓN)

Ejemplos de indicadores sensibles al género

Indicador	Fuente del indicador
<p>Violencia doméstica:¹³⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actitudes de las mujeres con respecto al maltrato de la esposa por parte de su marido. • Violencia física, sexual o emocional infligida por el esposo/pareja en los últimos 12 meses. 	<p>Módulo de violencia doméstica de las EDS</p>
<p>Mutilación genital femenina:¹³¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mujeres circuncidadas 	<p>Módulo de mutilación genital femenina de las EDS</p>
<p>Sensibilidad de género en la prestación de servicios [de salud], incluyendo:¹³²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de servicios para adolescentes, mujeres solteras, viudas, grupos LGBTIQ. • Ausencia del requisito de que las usuarias tengan permiso del marido o de la suegra (para mujeres casadas) o de los padres (para adolescentes). • Porcentaje de personal femenino en los establecimiento sanitarios. • Actitudes no estigmatizantes hacia las usuarias (por ejemplo, solteras con infecciones de transmisión sexual, trabajadoras sexuales, adolescentes). • Número de referencias a otros programas que empoderan a las mujeres (por ejemplo, en relación con la alfabetización, la generación de ingresos, el microcrédito y la violencia doméstica). • Porcentaje de establecimientos que, con el permiso de la cliente, alientan a los hombres a visitar/asistir (para acompañar a la pareja, obtener información o servicios). • Trato igualitario (por ejemplo, tiempo de espera, cortesía, privacidad, información brindada) para los clientes masculinos y femeninos. • Porcentaje de proveedores de servicios de planificación familiar capacitados para detectar, discutir y referir a las usuarias a servicios que tratan la violencia sexual y de género. 	<p>Menú de indicadores sugeridos por MEASURE Evaluation</p>
<p>Condición y empoderamiento de las mujeres y las niñas, entre otras cosas:¹³³</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad al contraer primer matrimonio. • La ley exige el consentimiento libre y pleno de las partes en un matrimonio. 	<p>MEASURE Evaluation</p>

Anexo 4. Orientaciones de programación relacionada

Enfoques de la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente basados en los derechos humanos

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2012). *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*. Doc. ONU A/HRC/21/22. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2014). *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y programas destinados a reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños menores de 5 años*. Doc. ONU A/HRC/27/31. Disponible en: https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session27/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session27/Documents/A-HRC-27-31_sp.doc&action=default&DefaultItemOpen=1

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2015). *Guías breves de reflexión sobre un enfoque basado en los derechos humanos de la salud. Aplicación a la salud sexual y reproductiva, la salud materna y la salud de los niños menores de 5 años*. Ginebra: ACNUDH. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2015). *Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos*. Ginebra: ACNUDH. Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx>

Organización Mundial de la Salud, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (2011). *Human Rights and Gender Equality in Health Sector Strategies. How to Assess Policy Coherence*. Ginebra: ACNUDH. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRandGenderEqualityinHealthSectorStrategies.pdf>

Enfoques multisectoriales de la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente

Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (2011). *Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf?ua=1

Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Banco Mundial y Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (2014). *Success Factors for Women and Children's Health: Multisector Pathways to Progress*. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/pmnch/successfactors/en/>

Organización Mundial de la Salud (2014). *A Policy Guide for Implementing Essential Interventions for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH). A Multisectoral Policy Compendium for RMNCH*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/policy_compendium.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016). *El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Manual técnico*. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34933>

Abordar la desigualdad de género en el contexto de los resultados de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente

The Health Communication Capacity Collaborative (2014). *Addressing the Role of Gender in the Demand for RMNCH Commodities: A Programming Guide*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs. Disponible en: <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/wp-content/uploads/sites/2/2015/04/LSC-Gender-Guide-FINAL.pdf>

Otras fuentes de interés

Jhpiego (2016). *Gender Analysis Toolkit for Health Systems*. Baltimore: Jhpiego. Disponible en: <http://gender.jhpiego.org/wp-content/uploads/2016/03/Jhpiego-Gender-Analysis-Toolkit-for-Health-Systems.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014). *Strengthening Health System Responses to Gender-Based Violence in Eastern Europe and Central Asia: A Resource Guide*. Estambul: UNFPA. Disponible en: <http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf>

Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (2011). *Evidence for Gender Responsive Actions to Prevent and Manage Adolescent Pregnancy*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/158093/316637_WHO_brochure_226x226_5-AdolecentPregnancy.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). *16 Ideas for Addressing Violence Against Women in the Context of the HIV Epidemic: A Programming Tool*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2014). *Nota de Orientación Técnica de la OMS: Fomentar la inclusión de la salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño (SRMRN) en las notas conceptuales para el Fondo Mundial*. Ginebra: OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144874/WHO_RHR_14.25_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2014). *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientación y recomendaciones*. Ginebra: OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/126318/9789243506746_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2014). *Resumen: Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?ua=1

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2014). *Guidance Note: Gender-responsive HIV Programming for Women and Girls*. Ginebra: ONUSIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/genderresponsiveHIVprogramming_en.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015). *Discussion Paper. Gender and Malaria: Making the Investment Case for Programming that Addresses the Specific Vulnerabilities and Needs of Both Males and Female Who Are Affected by or at Risk of Malaria*. Nueva York: PNUD. Disponible en: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender_HIV_and_Health/Discussion_Paper_Gender_Malaria.pdf

NOTAS

1. Naciones Unidas (2015). *The Millennium Development Goals Report*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas.
2. Organización Mundial de la Salud (2018). «Nota Descriptiva: Mortalidad materna». Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
3. Organización Mundial de la Salud (2014). «Nota Descriptiva: Mortalidad materna». Ginebra: OMS.
4. Starrs, A. M. (2018). «Accelerate progress —sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission». *Lancet Commission*, 391(10140):2642-2692. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9).
5. Organización Mundial de la Salud (2017). «Global Health Observatory (GHO) data. Under-five mortality». Disponible en: http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/.
6. Naciones Unidas (2015). *Todas las Mujeres Todos los Niños: Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Nueva York: ONU.
7. Ibid.
8. Rasanathan, K. y otros (2015). «Ensuring Multisectoral Action on the Determinants of Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health in the Post-2015 Era». *BMJ* 351:p4213. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26371220>.
9. Ibid.
10. The Health Communication Capacity Collaborative (2014). *Addressing the Role of Gender in the Demand for RMNCH Commodities: A Programming Guide*. Baltimore: John Hopkins Bloomberg School of Public Health Centre for Communication Programs.
11. Morgan, R. y otros (2016). «How to do (or not to do) Gender Analysis in Health Systems Research». *Health Policy Plan* 31(8):1069-78; Organización Mundial de la Salud (2011). «Gender, equity and human rights: Glossary of Terms and Tools». Disponible en: <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/glossary/en/>.
12. Sen, G., P. Ostlin y A. George (2007). «Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It». *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: OMS.
13. Organización Mundial de la Salud (2017). *Malaria in Pregnant Women*. Ginebra: OMS.
14. Los niños tienen un riesgo de mortalidad neonatal aproximadamente 20 % mayor que las niñas en los países de altos ingresos. La mayor parte de la literatura atribuye esta diferencia de sexo a desventajas biológicas de los niños, que incluyen pulmones menos maduros a la misma edad gestacional, mayor riesgo de prematuridad, morbilidad respiratoria y otras morbilidades infecciosas, y mayores tasas de complicaciones en el parto, cesáreas y anomalías congénitas. Rosenstock, Summer y otros (2015). «Sex Differences in Morbidity and Care-Seeking During the Neonatal Period in Rural Southern Nepal». *Journal of Health, Population, and Nutrition* 33:11. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s41043-015-0014-0>.
15. UNFPA (2017). «Selección prenatal del sexo». Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/selecci%C3%B3n-prenatal-del-sexo>.
16. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (2015). *Preventing and Responding to Gender-Based Violence: Expressions and Strategies*. Estocolmo: SIDA.
17. Organización Mundial de la Salud, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013). *Global and Regional Estimates of Violence against Women*. Ginebra: OMS.
18. UNICEF (2014). *A statistical snapshot of violence against adolescent girls*. Nueva York: UNICEF.
19. UNICEF (2018). «Female Genital Mutilation/Cutting». Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#>.
20. UNICEF (2018). *Child Marriage: Latest Trends and Future Prospects*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/06/Child-Marriage-data-brief.pdf>.
21. Dougherty D. y otros (2018). «Intimate Partner Violence and Women's Health-seeking Behaviors in Northwestern Botswana». *Journal Health Care for the Poor and Underserved*, 29(3):864-880.
22. Organización Mundial de la Salud (2018). «Complicaciones sanitarias de la mutilación genital femenina». Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/es/.
23. Organización Mundial de la Salud (2018). «Nota Descriptiva: El embarazo en la adolescencia». Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
24. Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottmoeller (2002). «A global overview of gender-based violence». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78 Suppl. 1: S5-S14.

25. ONU Mujeres (2013). *Ending Violence against Women and Girls Programming Essentials*. Nueva York: ONU Mujeres.
26. Gilles (2015) y OMS (2013), citado en Oficina de Referencia de Población (2016). «Intimate Partner Violence and Family Planning: Intersections and Opportunities for Action». Disponible en: <https://www.prb.org/intimate-partner-violence-and-family-planning/>.
27. Organización Mundial de la Salud, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013). *Global and Regional Estimates of Violence against Women*. Ginebra: OMS.
28. Organización Mundial de la Salud (2017). «Nota Descriptiva: Violencia contra la mujer». Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
29. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018). «Obstetric Fistula». Disponible en: <https://www.unfpa.org/obstetric-fistula>.
30. Chai, J. y otros (2016). «Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys». *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 94:331-339. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/5/15-152462.pdf>.
31. Organización Mundial de la Salud (2012). «Understanding and addressing violence against women». Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf.
32. UNICEF (2014). *Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños*. Nueva York: UNICEF.
33. Sen, G., P. Ostlin y A. George (2007). «Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It». *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: Women and Gender Equality Network, WHO.
34. Organización Mundial de la Salud (2008). «Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe Final». Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/.
35. Sen, G., P. Ostlin y A. George (2007). «Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It». *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: Women and Gender Equality Network, WHO.
36. Ibid.
37. Morgan, R. y otros (2016). «How to do (or not to do) Gender Analysis in Health Systems Research». *Health Policy Plan*, 31(8):1069-78.
38. Rasanathan, K. y otros (2015). «Ensuring Multisectoral Action on the Determinants of Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health in the Post-2015 Era». *BMJ* 2015;351:h4213.
39. Organización Mundial de la Salud (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. REPORT - Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Ginebra: OMS.
40. Organización Mundial de la Salud (2016). *Nota Descriptiva: Violencia contra la mujer*. Ginebra: OMS.
41. Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y Partners in Population and Development (2013). *Promoting Women's Empowerment for Better Health Outcomes for Women and Children*. Ginebra: OMS.
42. Ibid.
43. Naciones Unidas (2015). *Todas las Mujeres Todos los Niños: Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Nueva York: ONU; Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y Partners in Population and Development (2013). *Promoting Women's Empowerment for Better Health Outcomes for Women and Children*. Ginebra: OMS.
44. UNFPA (s.f.). «H6 partnership». Disponible en: <https://www.unfpa.org/h6>.
45. Estos elementos básicos incluyen: Liderazgo y gobernanza, sistemas de información sanitaria, financiamiento de la salud, recursos humanos para la salud, productos y tecnologías médicos esenciales y prestación de servicios. OMS (2010). *Key components of a well-functioning health system*. Disponible en: https://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf.
46. Hurst, T. E. y otros (2015). «Demand-side interventions for maternal care: evidence of more use, not better outcomes». *BMC Pregnancy Childbirth*, 15:297.
47. Ibid.
48. OneWorld.Net (2016). «Do Our Health Systems Promote Gender Equality?». Disponible en: <http://www.oneworld.net/updates/news/do-our-health-systems-promote-gender-equality>.
49. Prata, N. (2015). *Access to Family Planning and Women's Health*. California: Centro Bixby para Población, Salud y Sustentabilidad, Universidad of California, Berkeley.
50. Ibid.
51. Upadhyay, U.D. y otros (2014). «Women's Empowerment and Fertility: A Review of the Literature». *Soc Sci Med*, 115:111-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.06.014. Epub 11 de Junio de 2014.
52. Sen, G., P. Ostlin y A. George (2007). «Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It». *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: Women and Gender Equality Network, WHO.

53. Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
54. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (s.f.). «¿Qué son los derechos humanos?». Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatAreHumanRights.aspx>.
55. Naciones Unidas (2015). *Todas las Mujeres Todos los Niños: Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Nueva York: ONU.
56. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2009). *Enfoque de la salud basado en los derechos humanos. Hoja Informativa*. Ginebra: ACNUDH.
57. Organización Mundial de la Salud (2017). *Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH. Resumen ejecutivo*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255691/WHO-RHR-17.03-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
58. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2017). «Una estrategia para la salud de las mujeres y los niños basada en los derechos humanos». Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx>.
59. ONU Mujeres (2014). *Gender Mainstreaming in Development Programming*. Nueva York: ONU Mujeres.
60. Kabeer, N. (1999). *The Conditions and Consequences of Choice: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment*. United Nations Research Institute for Social Development. Discussion Paper 108. Ginebra: UNRISD.
61. Amnesty International (2012). *Maternal Health and Sexual and Reproductive Rights: A Toolkit for Activists*. Ottawa, Canada: Amnesty International. Available at: <http://www.amnesty.ca/sites/amnesty/files/maternal-mortality-srr-toolkit-for-activists.pdf>.
62. Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y Partners in Population and Development (2013). *Promoting Women's Empowerment for Better Health Outcomes for Women and Children*. Ginebra: OMS.
63. Ibid.
64. Orłowski, M. (2015). *Introduction to Health Behaviors: A Guide for Managers, Practitioners & Educators*. Boston: Cengage Learning, Inc.
65. Elibrary-SBCC (s.f.). «About Social and Behaviour Change Communication». Disponible en: <http://www.elibrary-sbcc.org/aspdat/page.asp?id=1>.
66. Every Woman Every Child Determinants of Health Working Group (2015). *Socioeconomic, Political and Environmental Determinants. Working Paper. March 2015*. Ginebra: OMS.
67. Bhalotra, S. y I. Clots-Figueras (2011). «Health and the political agency of women». *Discussion paper series, IZA DP No. 6216*. Bonn: Institute for the Study of Labor.
68. Paxton, P. y M. M. Hughes (2016). *Women, Politics, and Power: A Global Perspective*, 3a Ed. Washington, DC: CQ Press.
69. Langer, A. (2015). «Women and health: the key for sustainable development», *Lancet*, 386: 1112.-1114.
70. Ramakrishnan, A., A. Sambuco y R. Jagsi (2014). Women's participation in the medical profession: insights from experiences in Japan, Scandinavia, Russia, and Eastern Europe. *J Womens Health (Larchmt)*, 23: 927-34.
71. Central Intelligence Agency (2016). «World Leaders, 2016», citado en Dhatt, R. y otros (2016). «The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening». *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 2, e8.
72. Organización Mundial de la Salud (s.f.). The 68th World Health Assembly, registered delegates. Citado en Dhatt, R. y otros (2016). «The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening», *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 2, e8.
73. Langer, A. (2015). «Women and health: the key for sustainable development». *Lancet*, 386: 1112.-1114.
74. Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (2013). *Knowledge Summary #26 Engaging Men and Boys in RMNCH*. Ginebra: OMS.
75. International Planned Parenthood Federation (2014). *The Men and Boys Collection: Stories of Gender Justice and Sexual and Reproductive Health and Rights*. Londres: IPPF.
76. ONU Mujeres (s.f.). Sitio web de HeForShe. Disponible en: <https://www.heforshe.org/en>.
77. Abramsky, T. y otros (2014). «Findings from the SASA! Study: A Cluster Randomized Controlled Trial to Assess the Impact of a Community Mobilization Intervention to Prevent Violence against Women and Reduce HIV Risk in Kampala, Uganda». *BMC Medicine* 12:122. Disponible en: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0122-5>.
78. Raising Voices (2013). *SASA! Preventing Violence against Women and Children*. Disponible en: <http://raisingvoices.org/sasa/>.
79. Raising Voices (2017). «Good School Toolkit». Disponible en: <http://raisingvoices.org/good-school/>.
80. Abramsky, T. y otros (2014). «Findings from the SASA! Study: A Cluster Randomized Controlled Trial to Assess the Impact of a Community Mobilization Intervention to Prevent Violence against Women and Reduce HIV Risk in Kampala, Uganda». *BMC Medicine* 12:122. Disponible en: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0122-5>.

81. Raising Voices (2017). *SASA! Adaptations around the World*. Kampala, Uganda: Raising Voices. Disponible en: <http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2017-01-11/2.1%20Emanuela%20Paul.pdf>.
82. OMS (23 de febrero de 2018). «El embarazo en la adolescencia». Sitio web de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
83. ONUSIDA (2017). «Graphs: People living with HIV – Young people (15-24) living with HIV by sex». Base de datos AIDSinfo online. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
84. ONUSIDA (2016). *Prevention Gap Report*. Ginebra: ONUSIDA (p. 117). Disponible en: https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/UNAIDS-2016-prevention-gap-report_en.pdf.
85. Haberland, N.A. (2015). «The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies». *IPSRH* 41(1):311-351. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2015/03/case-addressing-gender-and-power-sexuality-and-hiv-education-comprehensive#>.
86. La OMS define a los/las «adolescentes» como individuos de 10 a 19 años de edad. Organización Mundial de la Salud (2019). «Adolescent health and development». Disponible en: http://www.searo.who.int/entity/child_adolescent/topics/adolescent_health/en/.
87. Instituto de Salud Reproductiva (2016). *GREAT Project Endline Report*. Washington, DC: IRH. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KXRW.pdf.
88. UNICEF (2018). *Child Marriage: Latest Trends and Future Prospects*, p. 2-4; y UNICEF (2017). *Is every child counted? Status of Data for Children in the SDGs*, p. 54.
89. UNICEF (2014). *Ending Child Marriage: Progress and Prospects*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf
90. ONU Mujeres (2017). «When girls are educated, everything is possible». Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2017/3/news-malawi-chief-receives-vital-voices-award>.
91. UNICEF (2014). *Ending Child Marriage: Progress and Prospects*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf
92. ONU Mujeres (2017). «Malawi Parliament Adopts Amendment to End Child Marriage». Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2017/2/news-malawi-parliament-adopts-amendment-to-end-child-marriage>.
93. Plan International (2017). «Malawi Changes Law to End Child Marriage». Disponible en: <https://plan-international.org/news/2017-02-14-malawi-changes-law-end-child-marriage>
94. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2013). *Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/publications/files/Birth_Registration_11_Dec_13.pdf.
95. UNICEF (2012). «Thailand: Child Protection—Birth Registration». Disponible en: https://www.unicef.org/thailand/protection_14929.html.
96. Ibid.
97. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (2016). *World Humanitarian Data and Trends*. Nueva York: UNOCHA. Disponible en: http://interactive.unocha.org/publication/2016_datatrends/WHDT2016.pdf.
98. Centro de Derechos Humanos, Universidad de California, Berkeley y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2013). *Safe Haven: Sheltering Displaced Persons from Sexual and Gender-Based Violence*. Ginebra: ACNUR. Disponible en: <http://www.unhcr.org/51b6e2fd9.pdf>.
99. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013). *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of IPV and Non-partner Sexual Violence*. (p. 2). Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>.
100. Comunidad internacional de mujeres con VIH/SIDA (2009). *The Forced and Coerced Sterilization of HIV Positive Women in Namibia*. Londres: ICW. Disponible en: <http://www.icw.org/files/The%20forced%20and%20coerced%20sterilization%20of%20HIV%20positive%20women%20in%20Namibia%202009.pdf>.
101. Gafanovich, M. (2014). «Namibia: Supreme Court Ruling against Forced Sterilizations of HIV-Positive Women». Disponible en: <https://www.travelclinicnyc.org/namibia-supreme-court-ruling-against-forced-sterilizations-of-hiv-positive-women/>.
102. ONU Mujeres (2016). *Best Practices of the Joint Programme on Gender, Hygiene and Sanitation*. Nueva York: UN Women Water Supply & Sanitation Collaborative Council. Disponible en: <http://www.issueab.org/resources/27406/27406.pdf>.
103. Watts, N. y otros (2015). Health and Climate Change: Policy Responses to Protect Public Health. *Lancet*, 386(10006):1861-914. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60854-6. Epub 25 de junio de 2015.
104. Jain, N. (2014). «Taps and Toilets Essential to Maintain India's Polio-Free Miracle». *The Lancet Global Health Blog*.
105. Verhart, N. y otros (2015). *Bringing Agriculture and Nutrition Together Using a Gender Lens*. Wageningen, Países Bajos: Royal Tropical Institute (KIT) y SNV Netherlands Development Organization.

106. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2015). *El argumento en favor de la inversión en la educación y la equidad. Resumen*. Nueva York: UNICEF.
107. Organización de las Naciones Unidas (2015). *Todas las Mujeres Todos los Niños: Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Nueva York: ONU.
108. Entre los ejemplos de la última década se incluyen los siguientes: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ONUSIDA y Banco Mundial (2005). *Mainstreaming HIV and AIDS in Sectors and Programmes. An Implementation Guide for National Responses*. Nueva York: PNUD; ONUSIDA (2010). *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper*. Ginebra: ONUSIDA; ONUSIDA, ICRW (2010). *Implementing Multiple Gender Strategies to Improve HIV and AIDS Interventions: A Compendium of Programmes in Africa*. Ginebra: ONUSIDA; ONU Mujeres (2013). *Gender Equality And HIV/AIDS: A Comprehensive Web Portal for Gender Equality Dimensions of the HIV/AIDS Epidemic*, Disponible en: <http://www.genderandaids.org>; ONUSIDA (2014). *Gender-responsive HIV Programming for Women and Girls. Guidance Note*. Ginebra: ONUSIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/genderresponsiveHIVprogramming_en.pdf.
109. Para mayor orientación véase: OMS (2014). Multi-stakeholder Dialogues for Women's and Children's Health: A Guide for Conveners and Facilitators. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/msd_guide.pdf; Frost, L. y otros (2016). «Using Multistakeholder Dialogues to Assess Policies, Programmes and Progress for Women's, Children's and Adolescents' Health», *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 94:393–395. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850542/pdf/BLT.16.171710.pdf>.
110. Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño de la Organización Mundial de la Salud (2014). *Multi-stakeholder Dialogues for Women's and Children's Health: A Guide for Conveners and Facilitators*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/msd_guide.pdf.
111. Frost, L. y otros (2016). «Using Multistakeholder Dialogues to Assess Policies, Programmes and Progress for Women's, Children's and Adolescents' Health», *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 94:393–395. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850542/pdf/BLT.16.171710.pdf>.
112. Ibid.
113. Ibid.
114. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2016). «Comprehensive Sexuality Education in Zambia». Disponible en: http://www.unesco.org/new/en/media-services/single-view/news/young_women_between_the_ages_of_15_and_24_are_particularly_v/
115. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2016). *Strengthening Comprehensive Sexuality Education for Young People in School Settings in Zambia: A Review and Documentation of the Scale-Up Process*. París: UNESCO. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002472/247268e.pdf>.
116. Ibid.
117. International Centre for Diarrheal Diseases Research, Bangladesh y WaterAid Bangladesh (2014). *Bangladesh National Hygiene Baseline Survey: Preliminary Report*. Bangladesh: ICDDR, B. Disponible en: <https://www.irwash.org/sites/default/files/bnhbs.pdf>.
118. Ibid.
119. Lewis, C.J. (2014). *Improving Diets and Nutrition: Food Based Approaches*. Washington, DC: The Gender Informed Nutrition and Agriculture (GINA) Alliance and the Nutrition Collaborative Research Support Programme.
120. ResearchGate (2011). *Childbirth Experiences of Women with Obstetric Fistula in Tanzania and Uganda and their Implications for Fistula Program Development*. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/46010150_Childbirth_experiences_of_women_with_obstetric_fistula_in_tanzania_and_uganda_and_their_implications_for_fistula_program_development.
121. Vodafone Group (2014). *Connected Women: How Mobile Can Support Women's Economic and Social Empowerment*. Berkshire, Reino Unido: Vodafone Group Plc. Disponible en: https://www.vodafone.com/business/VF_Media_C/VF_WomensReport_V12_Final.pdf.
122. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014). «Fistula Survivors Treated through M-Pesa Mobile Banking Scheme in Tanzania». Disponible en: <https://www.unfpa.org/news/fistula-survivors-treated-through-m-pesa-mobile-banking-scheme-tanzania>.
123. Public Health Foundation of India, Health Policy Project, MEASURE Evaluation y International Center for Research on Women (2014). *Evaluations of Gender-integrated Health Programmes*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; OneWorld.Net (2016). «Do Our Health Systems Promote Gender Equality?». Disponible en: <http://www.oneworld.net/updates/news/do-our-health-systems-promote-gender-equality>; Muralidharan, A., J. Fehringer, S. Pappa y otros (2015). *Transforming Gender Norms, Roles, and Power Dynamics for Better Health*:

- Evidence from a Systematic Review of Gender-integrated Health Programmes in Low- and Middle-Income Countries.* Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
124. Naciones Unidas (2015). *Todas las Mujeres Todos los Niños: Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Nueva York: ONU.
 125. Rasanathan, K. y otros (2015). Ensuring Multisectoral Action on the Determinants of Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health in the Post-2015 Era. *BMJ*, 351:h4213.
 126. United Nations (2015). *Todas las Mujeres Todos los Niños: Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. Nueva York: ONU.
 127. Sen, G. (1994). «Women's Empowerment and Human Rights: The Challenge to Policy». Trabajo presentado en la Cumbre sobre Población de las Academias Científicas del Mundo. Nueva Delhi; Mehra, R. (1997). Women, Empowerment, and Economic Development. *The Annals of the Academy*, 554:136-149.
 128. Centro de Capacitación de ONU Mujeres (2017). «Glosario de igualdad de género: Empoderamiento de las mujeres y las niñas». Disponible en: <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=150&mode=letter&hook=E&sortkey=&sortorder=asc>.
 129. Demographic Health Surveys Program (s.f.). «Women's Status and Empowerment». Disponible en: <https://dhsprogram.com/Topics/Womens-Status-And-Empowerment.cfm>; Demographic Health Surveys Program (s.f.). «Indicador de datos de género». Disponible en: <https://dhsprogram.com/topics/gender/index.cfm>.
 130. Demographic Health Surveys Program (s.f.). «Indicador de datos de género». Disponible en: <https://dhsprogram.com/topics/gender/index.cfm>.
 131. Ibid.
 132. MEASURE Evaluation (s.f.). «Family planning and reproductive health indicators database: Gender sensitivity in the service delivery environment». Disponible en: https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/service-delivery/gender-equity-sensitivity/gender-sensitivity-in-the-service-delivery.
 133. MEASURE Evaluation (s.f.). «Family planning and reproductive health indicators database: Women and Girls' Status and Empowerment». Disponible en: https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/gender/wgse.

REFERENCIAS

- Abramsky, T. y otros (2014). Findings from the SASA! Study: A Cluster Randomized Controlled Trial to Assess the Impact of a Community Mobilization Intervention to Prevent Violence against Women and Reduce HIV Risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine* 12:122. Disponible en: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0122-5>.
- Ackerson, L. K. y S. V. Subramanian (2008). State Gender Inequality, Socioeconomic Status and Intimate Partner Violence (IPV) in India: A Multilevel Analysis. *Australian Journal of Social Issues* 43(1): pp. 81-102.
- African Union (2013). *Draft Policy Brief: Nutrition and Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*. Johannesburgo: Unión Africana. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/events/2013/au_policy_brief_nutrition.pdf.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) (2015). «Four Ways Addressing Gender Makes Maternal and Child Health Programmes More Effective». Disponible en: <https://www.mcsprogram.org/four-ways-addressing-gender-makes-maternal-and-child-health-programs-more-effective/>.
- _____ (2017). «Role of Nutrition in Preventing Child and Maternal Deaths: Technical Guidance Brief». Disponible en: <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/nutrition/role-nutrition-ending-preventable-child-maternal-deaths#1>.
- Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (2015). *Preventing and Responding to Gender-Based Violence: Expressions and Strategies*. Estocolmo: SIDA.
- Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial (2015). *Success Factors for Women and Children's Health: Journal Articles and Reports*. Ginebra: OMS.
- Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y Organización Mundial de la Salud (2014a). *A Policy Guide for Implementing Essential Interventions for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH). A Multisectoral Policy Compendium for RMNCH*. Ginebra: OMS.
- Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y Organización Mundial de la Salud (2014b). *Multi-stakeholder Dialogues for Women's and Children's Health: A Guide for Conveners and Facilitators*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/msd_guide.pdf.
- Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño y Partners in Population and Development (2013). *Promoting Women's Empowerment for Better Health Outcomes for Women and Children*. Ginebra: OMS.
- Alkema, L. y otros (2016). Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality Between 1990 and 2015, With Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 10017: pp. 462 -74.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2014). «Background Note on Gender Equality, Nationality and Statelessness 2014». Disponible en: <http://www.unhcr.org/4f5886306.html>.

- Amnesty International Canada (2012). *Maternal Health and Sexual and Reproductive Rights: A Toolkit for Activists*. Ottawa. Amnesty International. Disponible en: <http://www.amnesty.ca/sites/amnesty/files/maternal-mortality-srr-toolkit-for-activists.pdf>.
- Bangser, M. y otros (2011). Childbirth Experiences of Women with Obstetric Fistula in Tanzania and Uganda and their Implications for Fistula Program Development. *International Urogynecology Journal* 22(1):91-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/46010150_Childbirth_experiences_of_women_with_obstetric_fistula_in_Tanzania_and_Uganda_and_their_implications_for_fistula_program_development.
- Batliwala, S. (1993). *Empowerment of Women in South Asia: Concepts and Practices*. Bombay: Asian-South Pacific Bureau of Adult Education.
- Beuchelt, T. y L. Badstue (2013). *Gender, Nutrition and Climate-Smart Food Production: Opportunities and Trade-Offs*. Países Bajos: Springer Netherlands. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12571-013-0290-8#citeas>.
- Bhalotra, S. y I. Clots-Figueras (2011). «Health and the political agency of women». *Discussion paper series*, IZA DP No. 6216. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- Black, R. E., R. Laxminarayan, M. Temmerman y N. Walker (Eds.). (2016). *Nutrition and Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health. Disease Control Priorities*. 3a ed., volumen 2. Washington, DC: Banco Mundial.
- Briscombe, B., S. Sharma y M. Saunders (2010). *Improving Resource Allocation in Kenya's Public Health Sector*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Caro, D. (2009). *A Manual for Integrating Gender into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action*. 2a ed. Washington, DC: Oficina de Referencia de Población, USAID IGWG.
- Center for Global Development (2016). «Percentage of Adults with an ID Card by Age and Sex, Pakistan, 2012-13». Disponible en: <http://www.cgdev.org/media/percentage-adults-id-card-age-and-sex-pakistan-2012-13>.
- Centre for Agriculture and Biosciences International y Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2014). *Improving Diets and Nutrition: Food-Based Approaches*. Thompson, B. y L. Amoroso (Eds). Italia: CABI y FAO. Disponible en: <http://www.cabi.org/nutrition/ebook/20143140796>.
- Centro de Capacitación de ONU Mujeres (2017). «Glosario de igualdad de género: Empoderamiento de las mujeres y las niñas». Disponible en: <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=150&mode=letter&hook=K&sortkey=&sortorder=asc>.
- Centro de Derechos Humanos, Universidad de California, Berkeley y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (2013). *Safe Haven: Sheltering Displaced Persons from Sexual and Gender-Based Violence*. Ginebra: ACNUR. Disponible en: <http://www.unhcr.org/51b6e2fd9.pdf>.
- Chai, J. y otros (2016). «Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys». *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/5/15-152462/en/>.
- Chimphamba Gombachika, B. y otros (2012). A Social Ecological Approach to Exploring Barriers to Accessing Sexual and Reproductive Health Services among Couples Living with HIV in Southern Malawi. *ISRN Public Health* vol. 2012, Article ID 825459. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/825459/cta/>.

- CIPD – Grupo de Trabajo de Alto Nivel para la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (2015). *Inversiones estratégicas para el financiamiento de la Agenda de Desarrollo Post-2015 Informe de política*. Nueva York: CIPD. Disponible en: <https://www.icpdtaskforce.org/resources/ICPD-FinancingBriefSmartInvestments2015-Spanish.pdf>.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del Informe Final*. OMS: Ginebra.
- Comunidad internacional de mujeres viviendo con VIH/SIDA (2009). *The Forced and Coerced Sterilization of HIV Positive Women in Namibia*. Londres: ICW. Disponible en: <http://www.icwglobal.org/resources/document-library/the-forced-and-coerced-sterilization-of-hiv-positive-women-in-namibia>.
- Das, P. y P. Nanda (2016). *Making Change with Cash? Are Conditional Cash Transfer Programs Gender Transformative? A Policy Brief*. Washington, DC: International Center for Research on Women (ICRW). Disponible en: https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/IMPACCT_CCTBrief_webready.pdf.
- de la O Campos, A. P. (2015). *Empowering Rural Women through Social Protection*. Roma: FAO. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4696e.pdf>.
- Dhatt, R. y otros (2016). The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 2, e8.
- Demographic Health Surveys Program (s.f. a). «Women's Status and Empowerment». Disponible en: <https://dhsprogram.com/Topics/Womens-Status-And-Empowerment.cfm>.
- _____ (s.f. b). «Indicador de datos de género». Disponible en: <https://dhsprogram.com/topics/gender/index.cfm>.
- Dougherty D. y otros (2018). «Intimate Partner Violence and Women's Health-seeking Behaviors in Northwestern Botswana». *Journal Health Care for the Poor and Underserved*, 29(3):864-880.
- Eke, N., y K. Nkanginieme (2006). Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome. *Lancet* 367:1799.
- Elibrary-SBCC. (s.f.). «About Social and Behaviour Change Communication». Disponible en: <http://www.elibrary-sbcc.org/aspdatt/page.asp?id=1>.
- Ernest, D. y otros (2014). *A Peer Study on Obstetric Fistula*. Londres: Foundation for Women's Health, Research and Development. Disponible en: <https://www.forwarduk.org.uk/wp-content/uploads/2019/06/Forward-Do-not-hide-yourself-PEER-Study.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2017). «Zika Virus Infection». Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/epidemiological-situation.aspx.
- Fistula Care (2011). *Making Mobile Phones Work for Women with Fistula: The M-PESA Experience in Kenya and Tanzania*. Nueva York: Fistula Care. Disponible en: https://www.engenderhealth.org/files/pubs/fistula-care-digital-archive/1/1.1/mobile_phone_brief.pdf.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y ONU Mujeres (s.f.). «Gender Equality, UN Coherence, and You». ECOSOC conclusiones convenidas 1997/2. Disponible en: <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/showentry.php?courseid=1&eid=261>.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2012). «Thailand: Child Protection—Birth Registration». Disponible en: https://www.unicef.org/thailand/protection_14929.html.
- _____ (2013). *Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/publications/files/Birth_Registration_11_Dec_13.pdf.
- _____ (2014a). *Ending Child Marriage: Progress and Prospects*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR.pdf.
- _____ (2014b). *Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños*. Nueva York: UNICEF.
- _____ (2014c). *Estado mundial de la infancia 2015: Resumen. Reimaginar el futuro. Innovación para todos los niños y niñas*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/SOWC_2015_Summary_Spanish_Web.pdf.
- _____ (2015). *El argumento en favor de la inversión en la educación y la equidad. Resumen*. Nueva York: UNICEF.
- _____ (2016a). «Child Protection from Violence, Exploitation and Abuse». Disponible en: <https://www.unicef.org/protection/>.
- _____ (2016b). *Female Genital Mutilation/Cutting: Cutting: A Global Concern*. Nueva York: UNICEF.
- _____ (2017a). *Is every child counted? Status of Data for Children in the SDGs*. Nueva York: UNICEF. Disponible en: <https://data.unicef.org/resources/every-child-counted-status-data-children-sdgs/>.
- _____ (2017b). «UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women». Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/>.
- _____ (2018). *Child Marriage: Latest Trends and Future Prospects*, Nueva York: UNICEF. Disponible en: <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/07/Child-Marriage-Data-Brief.pdf>.
- _____ (s.f.). «Social Ecological Model». Disponible en: https://www.unicef.org/cbsc/files/Module_1_SEM-C4D.docx.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas y Engender Health (2017). *Engaging Men in Sexual and Reproductive Health and Rights, including Family Planning: Why Using a Gender Lens Matters*. Nueva York: UNFPA.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2012). *Africa Report 2012*. Johannesburgo: UNFPA. Disponible en: http://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/IMPACT%20AFRICA_0.pdf.
- _____ (2013). *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. El estado de la población mundial 2013*. Nueva York: UNFPA.
- _____ (2014a). «Data2X Announces New Partnerships to Address Gender Data Gaps». Disponible en: <http://www.unfoundation.org/news-and-media/press-releases/2014/data2x-announces-new-partnerships.html>.
- _____ (2014b). «Fistula Survivors Treated through M-Pesa Mobile Banking Scheme in Tanzania». Disponible en: <http://www.unfpa.org/news/fistula-survivors-treated-through-m-pesa-mobile-banking-scheme-tanzania>.
- _____ (2015). *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*. Nueva York: UNFPA.
- _____ (2017a). *End Line Evaluation of the H4+ Joint Programme Canada and Sweden (SIDA)—2011-2016—Final Report Volume I*. Nueva York: UNFPA. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/UNFPA_H4_Report_20171012_web_pages.pdf.

- _____ (2017b). *Selección prenatal del sexo*. Nueva York: UNFPA. Disponible en: <http://www.unfpa.org/gender-biased-sex-selection>.
- Frost, L. y otros (2016). Using multistakeholder dialogues to assess policies, programmes and progress for women's, children's and adolescents' health. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 94:393–395. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850542/pdf/BLT.16.171710.pdf>.
- FSG (2016). *An Opportunity to Address Menstrual Health and Gender Equity*. Boston: FSG. Disponible en: <http://www.issuelab.org/resources/25405/25405.pdf>.
- Gender & Development Network (2016). *Achieving Gender Equality Through WASH*. Londres: Gender & Development Network. Disponible en: <https://static1.squarespace.com/static/536c4ee8e4b0b60bc6ca7c74/t/56f41cee2fe131a7e0b9651c/1458838767309/Achieving+gender+equality+through+WASH+-+April+2016.pdf>.
- Girls Not Brides (2016a). *It Takes a Movement: Reflecting on Five Years of Progress Towards Ending Child Marriage*. Londres: Girls Not Brides. Disponible en: <https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/09/IT-TAKES-A-MOVEMENT-ENG.pdf>.
- _____ (2016b). «5 Reasons Why Ending Child Marriage Can Improve Millions of Women and Girls' Health». Disponible en: <https://www.girlsnotbrides.org/5-reasons-end-child-marriage-improve-maternal-health/>.
- Grupo Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud (2014). *Global Civil Registration and Vital Statistics Scaling up Investment Plan 2015–2024*. Disponible en: <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/HDN/Health/CRVSScaling-upoverview5-28-14web.pdf>.
- Haberland, N. (2012). «Ensuring Education Benefits Girls to the Full: Synergies Between Education, Gender Equality, HIV and Sexual and Reproductive Health». En: *Gender Equality, HIV and Education*. Nueva York: Population Council. Disponible en: http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/bookchapters/2012_EnsuringEducation.pdf.
- _____ (2015). The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies. *IPSRH* 41(1):311-351. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2015/03/case-addressing-gender-and-power-sexuality-and-hiv-education-comprehensive#>.
- HC3 - The Health Communication Capacity Collaborative (2014). *Addressing the Role of Gender in the Demand for RMNCH Commodities: A Programming Guide*. Baltimore: John Hopkins Bloomberg School of Public Health Centre for Communication Programs.
- Heise, L., M. Ellsberg y M. Gottmoeller (2002). «A global overview of gender-based violence». *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.
- Holmes, R. y otros (2010). *Cash Transfers and Gendered Risks and Vulnerabilities: Lessons from Latin America*. Londres: Overseas Development Institute. Disponible en: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6042.pdf>.
- Hurst, T.E. y otros (2015). «Demand-side interventions for maternal care: evidence of more use, not better outcomes». *BMC Pregnancy Childbirth*.
- Instituto de Salud Reproductiva (2013). *The GREAT [Gender Roles, Equality, and Transformations] Project: Final Factsheet*. Washington, DC: IRH. Disponible en: http://irh.org/wp-content/uploads/2013/11/GREAT_Project_Factsheet_FINAL_2013.pdf.
- _____ (2016). *GREAT Project Endline Report*. Washington, DC: IRH. Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KXRW.pdf.

- International Centre for Diarrheal Diseases Research, Bangladesh y WaterAid Bangladesh (2014). *Bangladesh National Hygiene Baseline Survey: Preliminary Report*. Bangladesh: ICCDR, B. Disponible en: <https://www.ircwash.org/sites/default/files/bnhbs.pdf>.
- Jain, N. (2014). Taps and Toilets Essential to Maintain India's Polio-Free Miracle. *The Lancet Global Health Blog*. https://marlin-prod.literatumonline.com/pb-assets/Lancet/langlo/TLGH_Blogs_2013-2018.pdf.
- Kabeer, N. (1994). *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*. Londres: Verso.
- _____ (1999). The Conditions and Consequences of Choice: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development). Discussion Paper 108. Ginebra: UNRISD.
- _____ (2005). Gender Equality and Women's Empowerment: A Critical Analysis of the Third Millennium Development Goal 1. *Gender and Development* 13:13-24.
- Kumbani, L. y otros (2013). Why Some Women Fail to Give Birth at Health Facilities: A Qualitative Study of Women's Perceptions of Perinatal Care from Rural Southern Malawi. *Reproductive Health* 10 (2013): 9.
- Lancet Commission on Health and Climate Change (2015). Health and Climate Change: Policy Responses to Protect Public Health. *IPSRH* 386(10006):1861914. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60854-6. Epub 25 de Junio de 2015.
- Langer, A. (2015). «Women and health: the key for sustainable development». *Lancet*, 386: 1112-1114.
- Lewis, C. J. (2010). «The Gender Informed Nutrition and Agriculture Alliance (GINA) Successes, Challenges, and the Way Forward». Presentación PowerPoint. Washington, DC: USAID. Disponible en: http://www.aiard.org/uploads/1/6/9/4/16941550/2010_aiard_preso_cheryl_jackson.pdf.
- _____ (2014). *Improving Diets and Nutrition: Food-Based Approaches*. Washington, DC: The Gender Informed Nutrition and Agriculture Alliance and the Nutrition Collaborative Research Support Programme, USAID. pp. 113-23.
- Mehra, R. (1997). Women, Empowerment, and Economic Development. *The Annals of the Academy*. 554: pp. 136-149.
- Morgan, R. y otros (2016). How to do (or not to do) Gender Analysis in Health Systems Research. *Health Policy Plan*. 31(8):1069-78.
- Muralidharan, A. y otros (2015). *Transforming Gender Norms, Roles, and Power Dynamics for Better Health: Evidence from a Systematic Review of Gender-integrated Health Programmes in Low- and Middle-Income Countries*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
- Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
- _____ (2015a). *The World's Women 2015: Trends and Statistics*. Capítulo 6, «Violence against Women». Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Estadísticas. Disponible en: <https://unstats.un.org/unsd/gender/worldswomen.html>.
- _____ (2015b). Todas las Mujeres Todos los Niños: Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030). Nueva York: ONU.
- _____ (s.f.). «Sustainable Development Goals Indicators Website». Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/>.
- Namasivayam, A. y otros (2012). The Role of Gender Inequities in Women's Access to Reproductive

- Health Care: A Population-Level Study of Namibia, Kenya, Nepal, and India. *International Journal of Women's Health*. Vol. 4: pp. 351-364.
- News Deeply (2016). «The Power of Mobile Technology to Help End Fistula». Disponible en: <https://www.newsdeeply.com/womenandgirls/the-power-of-mobile-technology-to-help-end-fistula/>.
- Newton, J. (2016). *Making Social Protection Gender Sensitive for Inclusive Development in Sub-Saharan Africa*. The Hague: Include—Knowledge Platform on Inclusive Development Policies. Disponible en: <http://includeplatform.net/wp-content/uploads/2016/01/INCLUDE-GRF-Newton-Making-Social-Protection-Gender-Sensitive.pdf>.
- Nielsen B. B. y otros (1997). Reproductive Pattern, Perinatal Mortality, and Sex Preference In Rural Tamil Nadu, South India: Community Based, Cross Sectional Study. *BMJ*. 314(7093): pp. 1521-1524.
- Nudelman, A. (2013). *Gender-Related Barriers to Services for Preventing New HIV Infections Among Children and Keeping Mothers Alive and Healthy in High-Burden Countries. Discussion Paper*. Ginebra: ONUSIDA.
- Oficina de la Asesora Especial en Cuestiones de Género y Adelanto de la Mujer (2001). *Important Concepts Underlying Gender Mainstreaming*. Nueva York: ONU.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2009). *Enfoque de la salud basado en los derechos humanos. Hoja Informativa*. Ginebra: ACNUDH.
- _____ (2017). «Una estrategia para la salud de las mujeres y los niños basada en los derechos humanos». Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx>.
- _____ (s.f.). «¿Qué son los derechos humanos?». Disponible en: <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>.
- Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (2016). *World Humanitarian Data and Trends*. p. 3. Disponible en: http://interactive.unocha.org/publication/2016_datatrends/WHDT2016.pdf.
- OneWorld.Net (2016). «Do Our Health Systems Promote Gender Equality?». Disponible en: <http://www.oneworld.net/updates/news/do-our-health-systems-promote-gender-equality>.
- ONU Mujeres (Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres). (2013a). *Ending Violence Against Women and Girls Programming Essentials*. Nueva York: ONU Mujeres.
- _____ (2013b). «Gender Equality And HIV/AIDS: A Comprehensive Web Portal for Gender Equality Dimensions of the HIV/AIDS Epidemic». Disponible en: <http://www.genderandaids.org>.
- _____ (2014). *The Joint Programme on Gender, Hygiene and Sanitation. Boletín Informativo No. 3*. Nueva York: ONU Mujeres. Disponible en: http://wsscc.org/wp-content/uploads/2015/05/jt_prgm_info_letter_3_en_lores.pdf.
- _____ (2015). *Gender Mainstreaming in Maternal Death Surveillance and Response Systems in Africa*. Nueva York: ONU Mujeres. Disponible en: <http://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20africa/attachments/publications/2015/12/gender%20mainstreaming%20maternal%20death%20surveillance%20and%20response%20systems.pdf?vs=1711>.
- _____ (2016a). «Actions Intensify in Response to the Zika Virus in Brazil». Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2016/4/world-health-day-and-response-to-the-zika-virus-in-brazil>.
- _____ (2016b). *Best Practices of the Joint Programme on Gender, Hygiene and Sanitation*. Nueva York: UN Women Water Supply & Sanitation

- Collaborative Council. Disponible en: <http://www.issuelab.org/resources/27406/27406.pdf>.
- _____ (2016c). «In the Words of Ndèye Daro Niang: «I Am a Valued Member of My Community»». Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2016/8/in-the-words-of-ndeye-daro-niang>.
- _____ (2016d). «Women Must Be at the Centre of the Response to the Zika Virus, Says UN Women Executive Director». Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2016/2/ed-statement-on-zika-virus#notes>.
- _____ (2017a). «Malawi Parliament Adopts Amendment to End Child Marriage». Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2017/2/news-malawi-parliament-adopts-amendment-to-end-child-marriage>.
- _____ (2017b). «When girls are educated, everything is possible». Disponible en: <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2017/3/news-malawi-chief-receives-vital-voices-award>.
- _____ (s.f.). «HeforShe Solidarity Campaign for the Advancement of Women». Disponible en: <http://www.heforshe.org/>.
- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), ICRW (2010). *Implementing Multiple Gender Strategies to Improve HIV and AIDS Interventions: A Compendium of Programmes in Africa*. Ginebra: ONUSIDA.
- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) (2010). *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper*. Ginebra: ONUSIDA.
- _____ (2014a). *Gender-Responsive HIV Programming for Women and Girls. Guidance Note*. Ginebra: ONUSIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/genderresponsiveHIVprogramming_en.pdf.
- _____ (2014b). «Namibia's Supreme Court Upholds the Dignity of Women Living with HIV». Disponible en: http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/november/20141106_PS_Namibia.
- _____ (2015). *Empower Young Women and Adolescent Girls: Fast Tracking the End of the AIDS Epidemic in Africa*. Ginebra: ONUSIDA.
- _____ (2016). *Prevention Gap Report*. Ginebra: ONUSIDA (p. 117). Disponible en: https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/UNAIDS-2016-prevention-gap-report_en.pdf.
- _____ (2017). «Graphs: People living with HIV – Young people (15-24) living with HIV by sex». Base de datos AIDSinfo online. Disponible en: <http://aidsinfo.unaids.org/>.
- Oomman, N y otros (2003). «Nepal: Inequalities in Health, Nutrition and Population». Documento de trabajo sobre salud, nutrición y población de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial. Washington D.C.: Banco Mundial. Disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/NepalPROF.pdf>.
- Open Society Foundation (2010). «Women in Namibia Fight Back Against Forced Sterilization». Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/women-namibia-fight-back-against-forced-sterilization>.
- _____ (2014). «A Win for Victims of Forced Sterilization in Namibia». Disponible en: <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/win-victims-forced-sterilization-namibia>.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (2009). *Gender in Education Network in Asia-Pacific (GENIA) Toolkit: Promoting Gender Equality in Education*. Bangkok: UNESCO Bangkok.
- _____ (2016a). «Comprehensive Sexuality Education in Zambia». Disponible en: <http://>

www.unesco.org/new/en/media-services/single-view/news/young_women_between_the_ages_of_15_and_24_are_particularly_v/.

_____ (2016b). «Documenting the Scale Up of Comprehensive Sexuality Education Programmes in Zambia». Disponible en: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/news/tors_documenting_the_cse_scale-up_in_zambia_2016.pdf.

_____ (2016c). *Strengthening Comprehensive Sexuality Education for Young People in School Settings in Zambia: A Review and Documentation of the Scale-Up Process*. París: UNESCO. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002472/247268e.pdf>.

_____ (2016d). «UNESCO Sexuality Education in School Programme». Disponible en: <https://openaid.se/activity/SE-0-SE-6-5119005101-ZMB-12261/>.

Organización Mundial de la Salud, The London School of Hygiene & Tropical Medicine y South African Medical Research Council (2013). *Global and Regional Estimates of Violence Against Women*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council (2013). *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of IPV and Non-partner Sexual Violence*. P.2. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda*. Ginebra: OMS.

_____ (2011a). *An Update on WHO's Work on Female Genital Mutilation (FGM). Progress Report*. Ginebra: OMS.

_____ (2011b). *Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach*. Ginebra: OMS.

_____ (2012a). *Food Security and Climate Change*. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks19.pdf?ua=1>.

_____ (2012b). *Salud sexual y reproductiva: Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Ginebra: OMS. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/.

_____ (2013). *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: Resumen. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas*. Ginebra: OMS.

_____ (2014a). *Health for the World's Adolescents: A Second Chance in a Second Decade*. Ginebra: OMS.

_____ (2014b). *Nota Descriptiva: El embarazo en la adolescencia*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

_____ (2014c). *Nota Descriptiva: Mortalidad materna*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

_____ (2015a). *Gender Fact Sheet No. 403*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/factsheet-403/en/>.

_____ (2015b). «Global Health Observatory (GHO) Data: Maternal Mortality». Disponible en: http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/.

_____ (2015c). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: Estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas*. Ginebra: OMS.

- _____ (2016a). *Nota Descriptiva: Reducción de la mortalidad en la niñez*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
- _____ (2016b). *Nota Descriptiva: Violencia contra la mujer*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
- _____ (2017a). «Global Health Observatory (GHO) data. Under-five mortality». Disponible en: http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/.
- _____ (2017b). *Guía consolidada sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH: Resumen ejecutivo*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255691/WHO-RHR-17.03-spa.pdf?sequence=1>
- _____ (2017c). *Malaria in Pregnant Women*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/pregnancy/en/.
- _____ (2017d). «Preguntas y respuestas sobre el virus de Zika y sus complicaciones». Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/zika/es/>.
- _____ (2018). *Nota Descriptiva: El embarazo en la adolescencia*. Ginebra: OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- Paudel, V. y K. Baral (2015). Women Living With HIV/AIDS (WLHA), Battling Stigma, Discrimination, and Denial and the Role of Support Groups as a Coping Strategy: A Review of Literature. *Reproductive Health* 12: 53. Disponible en: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0032-9>.
- Paxton, P. y M. M. Hughes (2016). *Women, Politics, and Power: A Global Perspective*, 3a Ed. Washington, DC: CQ Press.
- Plan International (2017). «Malawi Changes Law to End Child Marriage». Disponible en: <https://plan-international.org/news/2017-02-14-malawi-changes-law-end-child-marriage>.
- Prata, N. (2015). *Access to Family Planning and Women's Health*. Berkely, CA: Centro Bixby para Población, Salud y Sustentabilidad, Universidad of California, Berkeley.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ONUSIDA y Banco Mundial (2005). *Mainstreaming HIV and AIDS in Sectors and Programmes. An Implementation Guide for National Responses*. Nueva York: PNUD.
- Promundo (2016). «In Final Stages of Economic Empowerment Project, Promundo Trains Hundreds of Professionals on Gender-Transformative Methodologies». Disponible en: <https://promundoglobal.org/final-stages-economic-empowerment-project-promundo-trains-hundreds-professionals-gender-transformative-methodologies/>.
- _____ (2016). «Promundo Pilots Gender-Transformative Toolkit for Brazilian Professionals Working on Conditional Cash Transfer Programs». Disponible en: <https://promundoglobal.org/promundo-pilots-gender-transformative-toolkit-brazilian-professionals-working-conditional-cash-transfer-programs/>.
- _____ (2017). «Bolsa Família Companion Program». Disponible en: <http://promundoglobal.org/programmes/bolsa-familia-companion-program/>.
- Promundo y ONU Mujeres (s.f.). *Sharing the Care Booklet: Equality Between Women and Men in the Bolsa Família Program*. Brasil: Promundo. Disponible en: <http://promundoglobal.org/resources/sharing-care-booklet-equality-women-men-bolsa-familia-program/>.
- Public Health Foundation of India, Health Policy Project, MEASURE Evaluation e International Center for Research on Women (2014). *Evaluations*

- of *Gender-integrated Health Programmes*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project.
- Raising Voices. (2013). *SASA! Preventing Violence Against Women and Children*: Disponible en: <http://raisingvoices.org/sasa/>.
- _____ (2017). *SASA! Adaptations Around the World*. Kampala, Uganda: Raising Voices. Disponible en: <http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2017-01-11/2.1%20Emanuela%20Paul.pdf>.
- Ramakrishnan, A., A. Sambuco y R. Jagsi (2014). Women's participation in the medical profession: insights from experiences in Japan, Scandinavia, Russia, and Eastern Europe. *J Womens Health (Larchmt)*.
- Rasanathan, K. y otros (2015). Ensuring Multisectoral Action on the Determinants of Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health in the Post-2015 Era. *BMJ*, 351:h4213.
- Reproductive Health Supplies Coalition (2017). «Increasing Independence in Young Women by Ensuring Access to Safe Menstrual Products». Disponible en: <https://www.rhsupplies.org/activities-resources/webinars/video/increasing-independence-in-young-women-by-ensuring-access-to-safe-menstrual-products-51/>.
- Reuters (2016). «Many Brazilian Women Avoiding Pregnancy Due to Zika Fears: Study». Disponible en: <http://www.reuters.com/article/us-health-zika-brazil-idUSKBN14B2JO>.
- Research in Gender and Ethics, Building Stronger Health Systems, RESYST, ReBUILD Consortium y Future Health Systems (2014). *Building Back Better: How Can Health System Reform After Conflict Support Gender Equity?* Londres: RinGS.
- Rosenstock, Summery otros (2015). Sex Differences in Morbidity and Care-Seeking During the Neonatal Period in Rural Southern Nepal. *Journal of Health, Population, and Nutrition*. 33.11. Disponible en: <http://doi.org/10.1186/s41043-015-0014-0>.
- Rowlands, J. (1997). *Questioning Empowerment: Working with Women in Honduras*. Oxfam Publishing: Oxford.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2014). *International News: Fistula Edition*. Londres: RCOG. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/global-assets/documents/global-network/global-health-news/international_news_oct14.pdf.
- Sen, G. (1994). «Women's Empowerment and Human Rights: The Challenge to Policy». Trabajo presentado en la Cumbre sobre Población de las Academias Científicas del Mundo. New Delhi.
- _____ (1997). «Empowerment as an Approach to Poverty». Working Paper Series 97.07, background paper for the UNDP Human Development Report. Nueva York: PNUD.
- Sen, G., P. Ostlin y A. George (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It. *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra: Women and Gender Equality Network. Ginebra: OMS.
- Silverman J.G., A. Raj y K. Clements (2004). Dating Violence and Associated Sexual Risk and Pregnancy Among Adolescent Girls in the United States. *Pediatrics*. Vol. 114(2): e220–e225.
- Simavi (2016). *Ritu: Promoting Menstrual Hygiene Management in Bangladesh*. Disponible en: <https://simavi.org/wp-content/uploads/2016/06/Ritu-needs-assessment-final-version-Newstone.pdf>.
- _____ (2016). «Ritu Programme». Disponible en: <https://simavi.org/what-we-do/programmes/ritu/>.
- Singh, S., J.E. Darroch y L. Ashford (2014). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual*

- and Reproductive Health*. Nueva York: Guttmacher Institute y UNFPA.
- Sommer, M. y otros (2016). A Time for Global Action: Addressing Girls' Menstrual Hygiene Management Needs in Schools. *PLoS Med* 13(2): e1001962. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001962>
- Starrs, A. M. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet Commission*, 391(10140):2642-2692. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9).
- Standing, H. (2002). *New Trends in Financing for Health Care: What Impact on Reproductive Health?* Sussex: Institute of Development Studies.
- Taukobong, H.F. Y otros (2016). «Does Addressing Gender Inequalities and Empowering Women and Girls Improve Health and Development Programme Outcomes?». *Health Policy and Planning* 31: 492.-1514.
- Todas las Mujeres Todos los Niños (2015). *Determinants of Health Working Group. Socioeconomic, Political and Environmental Determinants. Working Paper*. Nueva York: ONU.
- Underwood, C.R. y Z. Hendrickson (2014). *Communication Interventions for Gender Equality and Social Equity in Aquatic Agricultural Systems: A Review of the Literature*. Penang, Malasia: Programa de investigación de CGIAR sobre sistemas agrícolas acuáticos. Informe del programa: AAS-2014-36. Disponible en: https://pubs.iclarm.net/resource/_centre/AAS-2014-36.pdf.
- Upadhyay, U.D. y otros (2014). Women's Empowerment and Fertility: A Review of the Literature. *Soc Sci Med*, Aug;115:111-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.06.014. Epub 11 de junio de 2014.
- Verhart, N., M. Dhamankar y K. Danielsen (2015). *Bringing Agriculture and Nutrition Together Using a Gender Lens*. Wageningen, Países Bajos: Royal Tropical Institute (KIT) and SNV Netherlands Development Organization.
- Vodafone Group (2014). *Connected Women: How Mobile Can Support Women's Economic and Social Empowerment*. Berkshire, Reino Unido: Vodafone Group Plc. Disponible en: https://www.vodafone.com/business/VF_Media_C/VF_WomensReport_V12_Final.pdf.
- Wang, H., y otros (2014). Global, Regional, and National Levels of Neonatal, Infant, and Under-5 Mortality During 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014; 384: pp. 957-79.
- Watts, N. y otros (2015). Health and Climate Change: Policy Responses to Protect Public Health. *Lancet*, 386(10006):1861-914. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60854-6. Epub 25 de Junio de 2015.
- Women's Health and Education Center (2013). «Global Efforts to End Obstetric Fistula (Part 2)». Disponible en: <http://www.womenshealthsection.com/content/uogvuf/uogvuf012.php3>.
- Willis, J.R. Y otros (2009). Gender Differences in Perception and Care-Seeking for Illness of Newborns in Rural Uttar Pradesh, India. *Journal of Health, Population, and Nutrition*. 27: pp. 62 -71.

ONU MUJERES ES LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS DEDICADA A PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES. COMO DEFENSORA MUNDIAL DE MUJERES Y NIÑAS, ONU MUJERES FUE ESTABLECIDA PARA RESPONDER A LAS NECESIDADES QUE ENFRENTAN EN TODO EL MUNDO.

ONU Mujeres apoya a los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el establecimiento de normas internacionales para lograr la igualdad de género y trabaja con los gobiernos y la sociedad civil en la creación de leyes, políticas, programas y servicios necesarios para garantizar que se implementen dichas normas con eficacia y que redunden en verdadero beneficio para las mujeres y las niñas en todo el mundo. Trabaja mundialmente para que los Objetivos de Desarrollo Sostenible sean una realidad para las mujeres y las niñas, y promueve la participación de las mujeres en igualdad de condiciones en todos los ámbitos de la vida. La Entidad se centra en cuatro áreas prioritarias: las mujeres lideran y participan en la política, y se benefician en igualdad de condiciones de los sistemas de gobernanza; todas las mujeres y las niñas viven una vida libre de toda forma de violencia; las mujeres y las niñas contribuyen a la consolidación de una paz y capacidad de recuperación duraderas y tienen mayor influencia sobre ellas, y se benefician por igual de la prevención de los desastres naturales y conflictos y de la acción humanitaria. Asimismo, ONU Mujeres coordina y promueve el trabajo del sistema de las Naciones Unidas en pos de la igualdad de género.



*Un planeta 50-50 en 2030
Demos un paso adelante por la Igualdad de Género*

220 East 42nd Street
Nueva York, Nueva York 10017, EUA

www.unwomen.org
www.facebook.com/unwomen
www.twitter.com/un_women