

Documentos de Trabajo del INDES

**Cerrando la brecha de géneros
en regiones en desarrollo**

Alessandro Magnoli

Research Associate, Department of Population and International Health,
Harvard School of Public Health (HSPH), Boston, MA, USA.

Harvard University

IADB/INDES - Joint Program INDES/EU

Original en Ingles

Serie de Documentos de Trabajo I-16

Washington D.C.

© 2000

Banco Interamericano de Desarrollo

1300 New York Avenue, N.W.

Washington, D.C. 20577

Estados Unidos de América

El presente trabajo es uno de los estudios de investigación sobre los principales problemas económicos y sociales que afectan a América Latina y el Caribe, auspiciados por el BID. Pueden obtenerse copias en la librería del Banco Interamericano de Desarrollo, 1300 New York Avenue, N.W., Washington, D.C. 20577, Estados Unidos de América.

La serie de documentos de trabajo tiene por objeto dar a conocer los resultados y las conclusiones de los estudios realizados por el Instituto Interamericano para el Desarrollo Social y promover el intercambio con ideas y opiniones sobre temas relacionados con el desarrollo social. Asimismo, el propósito de la serie es dar a conocer los trabajos lo mas pronto posible, aun cuando se podrían mejorar lo detalles de su presentación.

Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente la posición oficial del Banco o de sus países miembros.

RESUMEN

Según el pensamiento convencional, la salud y la educación son factores esenciales para el desarrollo económico y social: permiten mejorar la distribución del ingreso y la productividad, y además, los más beneficiados son los pobres. Sin embargo, en muchas regiones del mundo no todos los miembros de la sociedad reciben estos servicios equitativamente. En muchos casos las mujeres están excluidas de los sistemas de salud y educación, lo que las convierte en un grupo con menos ventajas económicas y sociales.

Una pobreza desproporcionada, un bajo nivel social y su papel en la reproducción de la raza humana exponen a la mujer a altos riesgos de salud que resultan en la muerte o en un sufrimiento innecesario que se podría evitar. El estado de salud y nutrición de la mujer no es sólo un asunto de bienestar individual, sino un problema de interés nacional, pues afecta a sus hijos y su productividad económica.

Igualmente, la educación de la mujer todavía está muy retrasada con respecto a la de los hombres en la mayoría de los países en desarrollo, con consecuencias adversas de largo alcance para el bienestar nacional e individual. En efecto, una mayor escolaridad incrementa el ingreso de hombres y mujeres, pero educar a las niñas genera mayores beneficios sociales. Por qué? Porque la mujer usa el conocimiento recién adquirido y el ingreso adicional para el beneficio de la familia.

Este artículo analiza los vacíos que existen entre hombres y mujeres en los sectores de la educación y la salud de seis regiones del mundo en desarrollo: la región de Africa Sub-Sahara, Asia del Sur, Asia Oriental y Suroriental, el Medio Oriente y Africa del Norte, América Latina y el Caribe, Europa Oriental y Asia Central. En todas estas regiones hay una agenda inconclusa en términos de acceso y equidad.

Tres razones esenciales sustentan un interés activo de los gobiernos en el campo de la salud y la nutrición de la mujer y justifican el gasto público en políticas educativas focalizadas según el género: equidad, desarrollo económico y cohesión social. Por una parte, la inversión en la salud y la educación de la mujer promueve la igualdad, la eficiencia económica y representa beneficios más amplios para esta y para la próxima generación, pues muchas de las intervenciones que encaran los problemas de salud de la mujer son costo efectivas. Por otra parte, educar a la mujer tiene el beneficio potencial de educar a la población. No educar a la mujer puede significar la pérdida de una mayor productividad, de un mayor ingreso y de una mejor calidad de vida.

En general, excluir a la mujer de la entrega de los servicios de salud y educación puede ser una fuerte limitación para el logro de mayores niveles de desarrollo. Por lo tanto, es prioritario invertir más en estos servicios sociales y remodelar sus sistemas de entrega.

Introducción

“Si educamos a un niño, educamos a una persona.
Si educamos a una niña, educamos a una familia ...
y a una nación entera”.

PROVERBIO AFRICANO

Una estadística simple, la composición demográfica de la población, revela una verdad sorprendente: más de 100 millones¹ de mujeres están faltando en el mundo.

Para entender este fenómeno, tenemos que analizarlo paso a paso: en teoría, se espera que la proporción de mujeres en una población dada sea ligeramente superior al 52 por ciento². En la práctica, un análisis de los datos internacionales revela que hay grandes diferencias en esta proporción. Mientras las mujeres constituyen el 52,5 por ciento de la población del mundo industrializado, constituyen tan sólo el 51 por ciento de la población africana al sur del Sahara, menos del 48 por ciento de la población de Asia Oriental y menos del 47 por ciento de la de Asia del Sur. ¿Qué pasó con estas mujeres? ¿Por qué faltan 100 millones? La respuesta a estas preguntas es un poco siniestra: excesiva mortalidad femenina³.

Razones de la mortalidad. La mortalidad femenina en el mundo se debe a los problemas específicos que enfrenta la mujer. La violencia contra ella es común en la mayoría de los países en desarrollo y varía entre lesiones asociadas con la dote y el abuso por parte de los esposos. En algunas áreas de Asia, la selección del sexo de los hijos por medio del aborto⁴ y el infanticidio aplicado especialmente contra las niñas es una práctica común. En todo el mundo en desarrollo, la mortalidad de las madres es alta debido a que el acceso a los métodos anticonceptivos y a la atención prenatal es insuficiente; en las naciones que presentan las tasas más altas de mortalidad materna sólo unos pocos nacimientos son atendidos por personal capacitado (Population Reference Bureau, 1998). Más aún, muchos gobiernos han ignorado otros problemas a los cuales son vulnerables las mujeres, como la desnutrición y las enfermedades de transmisión sexual.

Educación deficiente y el mercado laboral. En todas las regiones en desarrollo la mujer no es una prioridad social; su inferioridad es evidente y se refleja en tasas más bajas de matriculación y de permanencia en las instituciones educativas. La consiguiente falta de educación las hace menos aptas para reconocer problemas de salud y buscar ayuda. Con respecto al mercado laboral, las niñas comienzan a trabajar a una edad más temprana que los niños y durante todas sus vidas trabajan más horas al día (ONU 1991) que ellos. Sus

¹ Cálculo de Amartya Sen, 1987.

² Esta es una constante determinada biológicamente. En condiciones óptimas para ambos, la expectativa de vida de la mujer al nacer es 1,03 veces mayor que la de los hombres (Coale y Demeny 1983; Banco Mundial 1993b). En muchas partes del mundo las estadísticas son aún más favorables para las mujeres; en la mayoría de los países industrializados su expectativa de vida es más de 1,06 veces mayor que la de los hombres y hasta 1,10 veces mayor en Canadá. Sin embargo, en la mayoría de los países en desarrollo la proporción es mucho más baja: menos de 1,00 veces en algunas partes de Asia y en Bután baja hasta 0,97 - un signo de condiciones socioeconómicas particularmente desfavorables para las mujeres y las niñas (Keyfitz y Flieger, 1990).

³ Una parte de la diferencial (en la composición femenina de la población) se puede deber a sesgos del censo y a efectos de la migración.

⁴ En Bombay, India, de los abortos practicados después de que los padres conocieran el sexo del feto sólo uno de 8.000 evitó el nacimiento de un niño (ONU, 1991; Banco Mundial, 1994b).

ingresos por realizar trabajos iguales o similares son sustancialmente más bajos que los de los hombres, la mayor parte de su trabajo se encuentra por fuera del sector formal y no se remunera financieramente. En consecuencia, las mujeres se encuentran en un círculo continuo de pobreza que también reduce su acceso a los servicios de salud y educación.

Una posición de desventaja. En general, la condición de la mujer está afectada por factores biológicos, sociales y culturales complejos, estrechamente relacionados entre sí. En muchos países de Asia del Sur, África, América Latina y del Medio Oriente, de un tercio a la mitad de las mujeres son madres antes de los veinte años (Banco Mundial, 1994b). En unos pocos países en desarrollo, por lo menos una de cada cuatro niñas se casa antes de cumplir los quince años (Banco Mundial, 1994b). En todo el mundo, las mujeres reciben menos información que los hombres y tienen menos control sobre la toma de decisiones y los recursos familiares (Banco Mundial, 1993a). En resumen, se encuentran en una posición social disminuida, lo cual con frecuencia se relaciona con el valor económico que se da a su papel familiar. Como resultado, están atrapadas en un círculo vicioso, cuyas consecuencias principales son mala salud, educación insuficiente, dieta inadecuada y embarazo temprano y frecuente.

Principales problemas de salud

Aunque las tasas de mortalidad infantil bajaron a la mitad⁵ durante los últimos treinta años, las proporciones de mortalidad de las madres siguen siendo altas y hay muy pocas señales de progreso en los países menos desarrollados⁶. En Bangladesh, por ejemplo, aunque la tasa total de fertilidad bajó en un tercio y la mortalidad infantil a casi la mitad en apenas veinte años, la proporción de mortalidad materna permaneció prácticamente igual (Khan, Jahan y Begum, 1986; Banco Mundial, 1992; Banco Mundial, 1993c; Population Reference Bureau, 1998).

Las proporciones⁷ y tasas⁸ de mortalidad materna son los indicadores de desarrollo humano que reflejan la disparidad más amplia entre los países en desarrollo e industrializados. Por ejemplo, en la región africana al sur del Sahara (donde mueren 980 madres por cada 100.000 nacidos vivos) el riesgo de una mujer de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo es de 1 en 48⁹ (Population Reference Bureau, 1998). En los países industrializados, las proporciones de muerte materna varían entre 3 y 11 por cada 100.000 nacidos vivos; en Europa del Norte, el riesgo de morir por causas relacionadas con el

⁵ Las tasas de fertilidad y mortalidad infantil han bajado sustancialmente en los países en desarrollo durante las últimas tres décadas. Bajó en un cincuenta por ciento entre 1962 a 1992 y las tasas de fertilidad bajaron en un 40 por ciento (ONU 1993). La regulación de la fertilidad ha contribuido a la salud de la mujer reduciendo el número de embarazos (y sus riesgos) y ha dado a la mujer un mayor control sobre su vida.

⁶ Excepto en países con proporciones de mortalidad materna relativamente bajas (menos de cien muertes por cada 100.000 nacimientos), la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha encontrado poca evidencia de progreso en la reducción de la mortalidad materna en los últimos años (OMS 1992b).

⁷ La proporción de mortalidad materna es el número de mujeres que mueren durante el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos; mide el riesgo a morir que enfrentan las mujeres una vez embarazadas.

⁸ La tasa de mortalidad materna es el número de mujeres que muere durante el embarazo o el parto por cada 100.000 mujeres entre los 15 y los 49 años. La tasa refleja tanto la mortalidad materna como la tasa de fertilidad.

⁹ De acuerdo con el Banco Mundial (1994b), en esta región de África la proporción es de 700 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos y el riesgo que corre una mujer durante su vida de morir por causas relacionadas con el embarazo es de 1 a 22.

embarazo baja a 1 en 10.000 (ONU 1993; Herz y Measham 1987; Population Reference Bureau, 1998).

En otras áreas importantes para la salud de la mujer, el progreso ha sido aún más lento. Se han ignorado, por ejemplo, la capacidad física y la nutrición, aunque ambas tienen efectos específicos y acumulativos¹⁰.

Factores biológicos. Existe la creencia generalizada de que las mujeres son más resistentes que los hombres porque su esperanza de vida es más alta. Pero esto no es cierto. Aunque es verdad que viven más tiempo, las mujeres son más propensas a las enfermedades debido a que su fisiología es más compleja. Aunque los principales riesgos relacionados con el embarazo son bien conocidos, es posible que se conozcan menos otros problemas de salud relacionados con la biología reproductiva de la mujer.

· *Anemia.* La menstruación, por ejemplo, hace que la mujer sea más susceptible a la anemia por deficiencia de hierro.

Cuadro 1. Preponderancia de la anemia entre mujeres de 15-49 años (%), 1990

	TODAS LAS MUJERES	MUJERES EMBARAZADAS
Africa	42	51
Asia	44	58
América Latina	33	41
Países industrializados	12	17

Fuente: OMS, 1992b; Banco Mundial 1994b.

La anemia es altamente preponderante en todo el mundo en desarrollo y parece que en el Asia del Sur está empeorando: allí afecta al 60 por ciento de todas las mujeres entre los 15 y los 49 años.

· *Enfermedades de transmisión sexual.* Debido a su constitución física, las mujeres corren más riesgo (por exposición) de contraer enfermedades de transmisión sexual. En el caso del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), es más probable que las mujeres contraigan la enfermedad que los hombres por exposición a un compañero infectado y las mujeres jóvenes son las más vulnerables.

¹⁰ Muchos de los problemas de salud que afectan a la mujer en edad reproductiva y a las mujeres mayores comienzan en la niñez y en la adolescencia. Por ejemplo, una dieta inadecuada durante la juventud y la adolescencia puede conducir a una anemia o al raquitismo (un estimado de 450 millones de mujeres adultas de países en desarrollo están raquícticas como resultado de una dieta baja en proteínas y energía durante la niñez (Banco Mundial, 1993b). La insuficiencia de calcio puede causar osteoporosis en la edad adulta. Estos problemas también pueden tener efectos adversos en los recién nacidos de las mujeres mal alimentadas: bebés bajos de peso con complicaciones en la niñez.

Cuadro 2. Estimativo acumulado de infecciones con VIH en mujeres a comienzos de 1994

Africa al sur del Sahara	>7.500.000
Asia del sur y suroriental ^a	>1.500.000
Asia oriental y el Pacífico	50.000
Medio oriente y Africa del Norte	75.000
América Latina	>1.000.000
Europa Oriental y Asia Central	50.000
Europa Occidental	500.000
América del Norte	>1.000.000

a. Incluyendo Australasia.

Fuente: OMS, 1993; Banco Mundial, 1994b.

De todas las mujeres infectadas por el VIH, el 70 por ciento se encuentran entre los 15 y los 25 años (Banco Mundial, 1995). Más aún, debido a que las mujeres que sufren enfermedades de transmisión sexual pueden no presentar síntomas inmediatos, retrasan el tratamiento hasta que la enfermedad ha llegado a una etapa avanzada y las consecuencias son más severas. En los países en desarrollo, una de estas consecuencias es el cáncer cervical¹¹, el cual se presenta con más frecuencia en mujeres de 40 a 50 años y alcanza un número anual de casos nuevos más alto que cualquier otro tipo de cáncer.

· *El embarazo y sus complicaciones.* El embarazo puede exacerbar ciertas enfermedades, incluyendo la anemia, la malaria y la tuberculosis. Cerca del 80 por ciento de las muertes maternas se deben a problemas obstétricos en el parto, incluyendo infecciones (Population Reference Bureau, 1988).

Cuadro 3. Proporción de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)¹²

	1980	1990	1992
Africa al sur del Sahara	634,3	Na	999,8
Asia del sur	1047,5	Na	887 ^b
Asia Oriental y Suroriental	223,5 ^a	267,2 ^a	n.d.
Medio Oriente y Africa del Norte	408,7 ^a	n.d.	126,3 ^a
América Latina y el Caribe	125,4	204,7 ^a	n.d.
Europa Oriental y Asia Central	47,1	37,2 ^c	n.d.

a. Datos disponibles en menos del 75 por ciento de los países de la muestra. b. Solamente Bangladesh. c. Datos de 1989.

Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales del Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Promedios ponderados por país. Muestra seleccionada, países por región geográfica.

¹¹ El virus del papiloma humano resulta en cáncer genital, con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. Es el factor de riesgo de cáncer cervical más importante (Parkin, Laara and Muir, 1988).

¹² De acuerdo con el Population Reference Bureau, 1998, las siguientes son las cifras de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos por región: Africa al sur del Sahara: 980; Asia Central y del Sur: 560; Asia Suroriental: 440; Africa del Norte: 340; Africa Occidental: 320; América Latina y el Caribe: 190; Asia Oriental: 95.

Las complicaciones del embarazo también pueden causar daños permanentes como el prolapso uterino y la fistula obstétrica. En todo el mundo, uno de cada cuatro embarazos es un embarazo indeseado. El número de abortos es superior al número de nacidos vivos en algunas partes de Europa Oriental y la antigua Unión Soviética. Las complicaciones de los abortos peligrosos son la causa principal de muertes maternas en muchos países en desarrollo, particularmente en América Latina.

· *Condiciones cardiovasculares.* Se cree que el estrógeno protege de alguna manera a las mujeres que se encuentran en edad reproductiva contra las enfermedades cardiovasculares; en consecuencia, el riesgo aumenta después de la menopausia. Una mayor proporción de mujeres que de hombres muere a los 65 años a causa de problemas cardiovasculares (Lopez, 1993).

Factores socioeconómicos. El ambiente social y su papel económico exponen a la mujer a enfermedades y lesiones, afectan su dieta, su acceso al uso de los servicios de salud¹³ y afectan las manifestaciones y consecuencias de las enfermedades.

· *Desigualdad en el ejercicio del poder.* El bajo nivel social de la mujer la puede exponer a abusos sexuales y físicos y a la depresión. La desigualdad de autoridad en las relaciones sexuales¹⁴ las lleva a tener embarazos no deseados y a contraer enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH y SIDA. La violencia doméstica, las violaciones y el abuso sexual son causa de incapacidades permanentes entre las mujeres.

· *Papeles familiares.* La preparación de comidas en recintos cerrados es uno de los peligros ambientales y de salud ocupacional más serios en los países en desarrollo, debido al riesgo de quemaduras accidentales y a las consecuencias agudas y crónicas (y algunas veces fatales) de la inhalación de humo y gases tóxicos (OMS, 1986); Banco Mundial, World Development Report, 1992). Más aún, debido a las múltiples tareas y responsabilidades que desempeñan dentro de la familia, las mujeres enfrentan altos costos de oportunidad por el tiempo que emplean atendiendo su propia salud¹⁵ y asistiendo a la escuela.

¹³ La prueba más sólida de diferenciales según el género en el estado de salud y en el uso de servicios de salud se documentó para niños y adultos en el Asia del Sur. Un estudio realizado en la India encontró que la desnutrición por falta de proteínas y energía era de cinco a seis veces más frecuente entre las niñas; sin embargo, resultó que era cinco veces más probable que fueran los niños quienes se hospitalizaran para recibir tratamiento (Das Gupta, 1987). Los estudios realizados en otros países también encontraron que, incluso donde no hay diferencias aparentes de género en la frecuencia de enfermedades infecciosas, puede ser menos probable que las mujeres busquen atención médica. En Colombia y Tailandia, por ejemplo, el número de hombres que acuden a las clínicas para recibir tratamiento contra la malaria es casi seis veces el número de las mujeres (Vlassof y Bonilla, 1992; Ettling y otros, 1989).

¹⁴ Debido a los cambios surgidos en los valores sociales y a las presiones económicas, las niñas están teniendo relaciones sexuales a edades más tempranas. La peor manifestación de este fenómeno es el creciente número de niñas obligadas a dedicarse a la prostitución, especialmente en Asia.

¹⁵ Los estudios realizados en Kenya y Perú confirman que la distancia y las tarifas para el usuario son un obstáculo más determinante entre las mujeres que entre los hombres en el momento de buscar atención médica (Mwabu, Ainsworth, and Nyamete, 1993; Gertler and van der Gaag, 1990).

· *Cultura.* Factores culturales, como por ejemplo las restricciones que tiene la mujer en algunos países del Medio Oriente para viajar sola o para que la atienda un médico hombre, inhiben su acceso a los servicios de salud. En Africa, aproximadamente 2 millones de niñas se someten a mutilación genital cada año (eliminación de parte o todos los genitales externos femeninos).

Políticas públicas inadecuadas. Las políticas públicas no han ayudado mucho. En general, se debe rediseñar la focalización: las iniciativas de salud para la mujer son inadecuadas y tienden a enfocar a las mujeres casadas y a las que están en edad de dar a luz. Las demás, niñas, adolescentes, ancianas, mujeres solteras o mujeres en edad reproductiva que no tienen hijos, raramente reciben atención de los administradores de la salud pública.

Desarrollo del país. El nivel general de subdesarrollo puede representar riesgos adicionales de salud para la mujer. Por ejemplo, los malos caminos, la falta de transporte y la falta de instalaciones obstétricas adecuadas impiden que la mujer reciba tratamiento médico oportuno cuando tiene complicaciones relacionadas con el embarazo. El suministro inadecuado de agua, la falta de electricidad y un saneamiento básico deficiente imponen cargas adicionales a las mujeres en el cumplimiento de sus responsabilidades domésticas¹⁶.

Principales problemas de la educación

La evidencia obtenida en varios países indica una fuerte relación entre la educación de la mujer y el desarrollo nacional; a pesar de esto, varios indicadores (incluyendo medidas de alfabetismo, matriculación y años escolares) revelan una brecha amplia y generalizada entre los géneros¹⁷ y muestran patrones importantes en la educación de la mujer en los países en desarrollo.

Con unas pocas excepciones, en los países de bajos ingresos el nivel de educación de la mujer es bajo y la brecha entre géneros es, cualquiera sea la medida que se use, la más amplia. Las disparidades entre la matriculación de niños y niñas y entre las tasas de terminación escolar son considerables.

Alfabetismo¹⁸. En muchos países las tasas de alfabetismo son más bajas entre las mujeres¹⁹: en el mundo en desarrollo hay 900 millones de analfabetas y las mujeres todavía duplican a los hombres. En 1990, en todo el mundo sólo 74 mujeres por cada 100 hombres podían leer y escribir.

¹⁶ Como el cuidado de los niños y los ancianos, cocinar y la búsqueda de agua y leña.

¹⁷ En general, las brechas educativas entre géneros han disminuido en el tiempo. Sin embargo, el desempeño de la educación todavía es inadecuado: el gasto público en educación no está llegando a todos por igual y los datos promedios encubren logros desiguales entre géneros.

¹⁸ La alfabetización es el primer paso en el proceso educativo y una de las principales metas de la educación en el mundo. La capacidad de leer y escribir se podría considerar casi un derecho básico del hombre, pero también es una condición necesaria para comunicar valores comunes y promover el crecimiento económico. ¿Por qué? Porque la educación, al consolidar principios de cooperación y valores comunes, refuerza el contrato social y fortalece la democracia.

¹⁹ Entre los países que presentan tasas de alfabetización masculina de más del 70 por ciento, la brecha entre géneros es especialmente grande en Libia (30 puntos porcentuales), China (28), Zaire (26), Turquía (23) y Botswana (21). Por el contrario, las tasas de alfabetización de hombres y mujeres son casi iguales en Colombia, República Dominicana y Filipinas. (Banco Mundial, 1993). Las bajas tasas de alfabetismo entre adultos son el resultado de la escasa inversión que se realizó en la educación de la mujer en el pasado, por lo que no necesariamente reflejan un progreso reciente.

Cuadro 4. Tasa de analfabetismo en la mujer
(% de mujeres con más de 15 años de edad)

	1985	1990	1994
Africa al sur del Sahara	68,3	67,6	58,6
Asia del Sur	70,6	67	59,3
Asia Oriental y Suroriental	29	27,6	24,2
Medio Oriente y Africa del Norte	51,7	45,1	42,7
América Latina y el Caribe	20,3	18,5	16
Europa Oriental y Asia Central	n.d.	2,2 ^{abc}	n.d.

a. Datos disponibles en menos del 75 por ciento de los países de la muestra. b. Tasa total de analfabetismo (% de población con más de 15 años de edad). c. Datos de 1989.

Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales del Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Promedios ponderados por país. Muestra seleccionada, países por región geográfica.

En 14 de los 51 países en desarrollo para los cuales hay datos o cálculos escolares correspondientes a los años ochenta, el alfabetismo entre mujeres adultas es menor al 20 por ciento. En ninguno de estos países son tan bajas las tasas de alfabetismo entre los hombres (Banco Mundial, 1994a). En Afganistán, Burkina Faso, Nepal, Somalia y Sudán, donde menos del 10 por ciento de las mujeres adultas pueden leer y escribir, el porcentaje de hombres alfabetizados es de tres a cuatro veces mayor (Banco Mundial, 1994a).

Matriculación. Sin lugar a dudas, las tasas de matriculación²⁰ de ambos sexos en todos los niveles escolares han aumentado en todos los países en desarrollo. Pero esta expansión no ha disminuido las disparidades entre los géneros de manera significativa: las tasas de matriculación de las niñas siguen siendo mucho más bajas y la brecha más grande se encuentra, evidentemente, en los países más pobres.

Primaria. La matriculación en la escuela primaria es un indicador importante. En 1990, y a nivel mundial, 77 millones de niñas entre los 6 y los 11 años no asistían a la escuela, en contraposición a 52 millones de niños que no asistían. Por lo tanto, de los 129 millones²¹ de niños que no asistieron a las escuela primaria, las niñas representaron el 59,6 por ciento. En el grupo de cuarenta países de bajos ingresos (definidos como los países con un ingreso per capita de menos de US\$500 en 1988) la brecha entre la matriculación de niños y niñas en la escuela primaria promedió 20 puntos porcentuales. Esta brecha ha persistido en gran parte desde 1960 (Banco Mundial, 1993a).

²⁰ En este análisis usamos las proporciones brutas de matriculación, pues son los únicos datos disponibles. Las tasas brutas de matriculación se calculan como la proporción (expresada en porcentajes) de la matriculación total en educación primaria con respecto a la población total en el grupo de edad apropiado. Debido a la matriculación de personas jóvenes o mayores (educación para adultos) en la escuela primaria, o debido a la repetición de grados, las tasas brutas de matriculación pueden exceder el 100 por ciento. A pesar de este déficit, las tasas de matriculación brutas son una medida favorable de progreso en la educación, pues reflejan la capacidad de admisión del sistema.

²¹ La información no toma en cuenta las tasas de repetición de grados, ausentismo y la deserción, las cuales podrían aumentar la brecha.

Cuadro 5. Primaria. Promedio de la matriculación bruta
(% de población en edad escolar)

	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994
Africa al sur del Sahara										
Hombres	58,9	61,0	69,3	78,6	80,1	79,9	80,5	74,1	85,4	73,8 ^a
Mujeres	37,4	41,2	50,1	60,0	63,4	65,4	66,5	63,0	70,3	58,3 ^a
Asia del Sur										
Hombres	60,3	63,0	83,8	89,4	79,2	97,2	115,0	116,0	111,3	81,0 ^a
Mujeres	33,2	36,0	46,2	57,8	54,5	73,6	90,3	93,3	86,9	60,0 ^a
Asia Oriental y Suroriental										
Hombres	93,7	87,0	109,6	109,8	111,9	106,1	109,6	108,8	109,0	n.d.
Mujeres	81,5	77,6	101,2	104,0	105,7	105,0	101,8	102,2	100,8	n.d.
Medio Oriente y Africa del Norte										
Hombres	96,0	93,3	90,0	98,6	101,2	93,2	91,5	92,6	97,7	n.d.
Mujeres	62,9	61,8	61,6	79,0	85,2	80,3	79,7	83,4	89,9	n.d.
América Latina y el Caribe										
Hombres	95,5	101,3	100,6	102,6	104,9	100,7	100,1	104,1	101,8	n.d.
Mujeres	90,0	97,2	97,8	100,0	103,5	100,3	99,8	104,3	100,3	n.d.
Europa Oriental y Asia Central										
Hombres	103,5	103,3	102,0	99,6	101,2	98,0	93,5	92,9	90,3 ^a	97,3 ^b
Mujeres	101,0	102,3	101,0	99,4	100,6	97,4	92,5	91,7	89,0	96,7 ^b

a. Datos disponibles para menos de 75 por ciento de los países de la muestra. b. Polonia únicamente.

Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales del Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Promedios ponderados por país. Muestra seleccionada, países por región geográfica

Tanto las tasas de matriculación como las disparidades en la matriculación cambian drásticamente de una región a otra: excepto en Africa al sur del Sahara, todas las regiones han logrado la provisión de servicios de educación primaria a los niños de una manera casi universal. El Asia del Sur²² lo hizo durante los años noventa y el Medio Oriente y Africa del Norte están en camino de lograrlo. Sin embargo, sólo en el Asia Oriental, América Latina y el Caribe y Europa Oriental y Asia Central las tasas de matriculación de las niñas se aproximan a niveles similares; en las otras tres regiones siguen siendo más bajas.

· *Secundaria.* La brecha entre géneros en términos de matriculación es más evidente en los niveles posteriores a la educación primaria, pues los países están llegando a la educación básica universal. En 1960, las tasas promedio de matriculación en secundaria no pasaron del 25 por ciento en todas las regiones en desarrollo, con excepción de Europa Oriental y Asia Central, donde fueron más altas; la tasa en Africa al sur del Sahara fue la más baja: 3 por ciento. Afortunadamente, el progreso en el nivel de secundaria ha sido importante en muchas partes del mundo en desarrollo desde 1960 y las tasas de matriculación femenina aumentaron más rápidamente que las de matriculación masculina²³. Las tasas brutas de matriculación de niñas aumentaron de un promedio del 12 por ciento en

²² Durante el período 1960-1988, las políticas implementadas en el Asia del Sur para ampliar el sistema de educación mejoraron el acceso para los niños más que para las niñas (aunque la educación primaria universal para los niños no se alcanzó sino después de 1990), lo que amplió más la brecha en la matriculación de acuerdo con el género.

²³ La tasa promedio de matriculación de niñas se ha cuadruplicado desde 1960 en este grupo de países.

1960 a 44 por ciento en 1988 en los países de ingresos medio-bajo²⁴; y en los países de ingresos medio-alto, del 25 al 70 por ciento. Sin embargo, el patrón regional de las tasas de matriculación se ha vuelto más diverso, especialmente con respecto a las mujeres.

Cuadro 6. Secundaria. Promedio de la matriculación bruta
(porcentaje de población en edad escolar)

	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994
Africa al sur del Sahara										
Hombres	4,9	7,5	11,6	15,3	17,8	19,1	20,9	20,9	19,4	15,0 ^a
Mujeres	2,9	4,8	8,5	11,0	13,6	16,2	18,5	19,0	17,7	12,0 ^a
Asia del Sur										
Hombres	15,4	19,4	21,5	27,6	27,3	37,8	50,0	52,3	40,8	n.d.
Mujeres	11,6	14,2	14,6	20,6	21,0	30,8	43,3	46,0	34,3	n.d.
Asia Oriental y Suroccidental										
Hombres	28,1	32,6	43,6	51,8	56,5	59,9	47,6 ^a	57,7	62,8	n.d.
Mujeres	24,2	21,1	43,3	50,4	53,6	51,2	38,6 ^a	54,1	60,2	87,0 ^b
Medio Oriente y Africa del Norte										
Hombres	23,3	28,8	32,8	46,1	51,2	49,3	51,3	53,9	54,3	n.d.a
Mujeres	15,0	20,0	25,5	39,3	42,8	43,3	45,7	48,7	50,3	n.d.
América Latina y el Caribe										
Hombres	23,6	30,5	38,2	48,4	52,0	54,6	55,1	58,8	52,2 ^a	n.d.
Mujeres	23,3	31,0	38,2	46,9	54,5	54,6	58,2	59,8	49,2 ^a	n.d.
Europa Oriental y Asia Central										
Hombres	54,1	62,0	72,5	84,3	89,7	86,4	83,8	84,6	84,9	79,1 ^c
Mujeres	51,9	52,7	66,0	79,4	86,8	85,0	81,0	87,2	88,1	82,6 ^c

a. Datos disponibles para menos de 75 por ciento de los países de la muestra. b. Mongolia únicamente. c. Polonia solamente.

Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales del Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Promedios ponderados por país. Muestra seleccionada, países por región geográfica

La diferencia entre géneros en la matriculación secundaria ha disminuido en el Asia Oriental, pero ha aumentado desde 1965 en Africa al sur del Sahara y en el Medio Oriente y Africa del Norte, así como también en Asia del Sur. En 1988, las tasas de matriculación promedio de Africa y de Asia del Sur estaban cerca de 40 puntos porcentuales por debajo de las de Asia Oriental. En efecto, los promedios de Africa al sur del Sahara todavía estaban por debajo de las tasas que había alcanzado Asia Oriental 25 años antes.

Tasas de deserción. Los adelantos logrados recientemente en las tasas de matriculación en los países en desarrollo pueden exagerar el progreso que ha alcanzado la educación desde la década de los sesenta. Las tasas brutas de matriculación, que normalmente se obtienen para todos los cursos de primaria y secundaria, tienden a ocultar algunas otras medidas importantes del progreso educativo, pues no tienen en cuenta otros factores. Uno de ellos es la tasa de deserción, un indicador que refleja el número de estudiantes que siguen en la escuela, el número de estudiantes que pasan al grado siguiente y el número de estudiantes

²⁴ Unos pocos países de ingreso bajo experimentaron reveses graves en la matriculación a comienzos de los años ochenta. China, por ejemplo, presentó una reducción de 5 puntos porcentuales en la matriculación femenina y de 8 puntos porcentuales en la masculina.

que terminan cada ciclo²⁵. Si las tasas de deserción altas predominan incluso en los grados más bajos de primaria, es improbable que todos los que entren a la escuela logren una alfabetización funcional²⁶.

Cuadro 7. Tasas de deserción en la educación primaria
(porcentaje por grupo de países y por región)

	NIÑAS	NIÑOS
Grupo de países		
Países de bajos ingresos	9,6	8,2
Países de ingresos medios-bajos	6,1	5,9
Países de ingresos medios-altos ^a	6,2	6,3
Región		
Africa al sur del Sahara	8,6	7,3
Asia del Sur (sólo Sri Lanka)	1,5	1,5
Asia Oriental (sólo Filipinas)	6,6	6,7
América Latina y el Caribe	7,8	8,8
Medio Oriente y Africa del Norte	6,0	4,3

a. Los datos disponibles corresponden a sólo cinco países de este grupo: Algeria, Gabón, Irán, Iraq y Uruguay.

Fuente: Banco Mundial, 1993a, p. 7.

Las tasas de deserción varían considerablemente de un país a otro. En los países de bajos ingresos, un promedio del 9,6 por ciento de las niñas y un 8,2 por ciento de los niños dejan la escuela primaria antes de terminarla²⁷. En Africa al sur del Sahara y en el Medio Oriente y Africa del Norte la tasa de deserción son más altas entre las niñas que entre los niños. Pero en América Latina y el Caribe, en el Congo, en Lesotho, Madagascar y Filipinas ocurre lo contrario.

Años de escolaridad. Este indicador muestra el efecto de las tasas de deserción en el nivel promedio de educación²⁸. La brecha entre géneros en términos de logros educativos, medidos por los años de escuela, tiende a reducirse a medida que el ingreso del país aumentaba de bajo a medio. Según los datos de 1985, el promedio de años de escolaridad

²⁵ En los años ochenta, las tasas de terminación de la escuela primaria bajaron en los países más pobres: los datos indican que menos del 60 por ciento de los que entraron a la escuela en países de bajos ingresos y menos del 70 por ciento de los que entraron en países de ingreso medio-bajo llegaron al último año del ciclo de educación primaria (Banco Mundial, 1995).

²⁶ En América Latina, por ejemplo, aunque la mayoría de los países tienen una buena cobertura educativa (tasas de matriculación brutas de más del 100 por ciento en primaria), sólo seis han logrado tasas de alfabetización en adultos de más del 90 por ciento.

²⁷ ¿Por qué? El simple hecho de tener que caminar hasta y desde una escuela lejana puede ser un reto para una niña y puede representar un peligro. En los hogares en los que ambos padres trabajan tiempo completo en tareas agrícolas, la escuela puede parecer un lujo cuestionable. La mayoría de las niñas terminan quedándose en casa cuidando a sus hermanos menores, cocinando y ayudando en lo que se necesite.

²⁸ Las tasas de matriculación también pueden resultar falsas si se interpretan a la ligera. En efecto, aunque han aumentado mucho en la mayoría de los países, los niveles de logro esperados en los países más pobres siguen siendo bajas, especialmente la femenina. En Nepal, por ejemplo, se esperaba que una niña de seis años que entrara a la escuela en Nepal en 1985 hubiera terminado sólo 3.1 años de educación cuando tuviera 18 años. En Burkina Faso, la cifra era más todavía más baja: 1.5 años. La tasa de matriculación en primaria ha aumentado cinco veces desde 1965 entre las niñas de Nepal y casi tres veces entre las de Burkina Faso. Pero de todas las niñas matriculadas en primaria en 1985 en Nepal, casi el 45 por ciento estaban en el primer grado y solo un diez por ciento en quinto grado (el último grado de primaria). En Burkina Faso, el 26 por ciento estaba en el primer grado y el 13 por ciento en el quinto. En ambos países, la tasa de niños que permanecían en la escuela, llamada tasa de retención, era más alta (Banco Mundial, 1995).

en los países de bajos ingresos estaba en 2,7 para las niñas y en 4,8 para los niños. En los países de ingreso medio-alto, en 10,2 y 10,5 años respectivamente.

Cuadro 8. Años de asistencia escolar esperada, 1990

(promedio niños de 6 años)

	NIÑO	NIÑA	DIFERENCIA
País de ingreso bajo o medio	7,7	9,3	1,6
Asia del Sur	6,0	8,9	2,9
Medio oriente	8,6	10,7	2,1

Fuente: Banco Mundial, 1997.

En el grupo de bajos ingresos, el número de años de escolaridad de los niños es más alto que el de las niñas. En Nepal y Benin, por ejemplo, el número de años de escolaridad de las niñas es, respectivamente, 4,4 y 3,5 veces menor que el de los niños. En el grupo de ingreso medio, además de Bolivia, solo los países del Medio Oriente y Africa del Norte muestran una brecha significativa entre los géneros: se puede esperar que las niñas estén en la escuela dos o tres años menos que los niños.

El campo versus la ciudad. También existe una brecha entre los servicios educativos disponibles en las poblaciones urbanas y rurales. En Indonesia, el 3 por ciento de la población urbana no recibió ninguna educación, mientras que en las zonas rurales el 0 por ciento no la recibió (Banco Mundial, 1995). En las áreas rurales, las disparidades entre género también son agudas.

Cuadro 9. Pakistán. Asistencia escolar por género, 1990

(niños entre 7 y 14 años)

	GRUPO URBANO	GRUPO RURAL
Porcentaje femenino	73	40
Porcentaje masculino	83	70

Fuente: UNESCO, 1997.

Como lo muestra el Cuadro 9, la proporción de niños y niñas pakistaníes entre los 7 y los 14 años que nunca asistieron a la escuela fue del 73 y el 83 por ciento en las zonas urbanas, frente a un 40 y un 70 por ciento en las rurales.

Peculiaridades regionales

Aunque las mujeres de todo el mundo en desarrollo tienen los mismos problemas de educación y salud, los intereses clave cambian de una región a otra. Este documento analiza la situación en 100 países, divididos en seis regiones: 38 países del Africa al sur del Sahara, 6 de Asia del Sur, 13 de Asia Oriental y Suroriental, 7 del Medio Oriental y Africa del Norte, 24 de América Latina y el Caribe y 12 de Europa Oriental.

Africa al sur del Sahara. La mayoría de los países de esta región²⁹ se pueden clasificar como algunos de los más pobres del mundo. La mediana de su PIB per capita en 1987 era de US\$300, oscilando de US\$130 en Etiopía a US\$2.700 en Gabón.

Salud. La mutilación genital femenina se practica en varios países de la región. El Africa al sur del Sahara tiene la tasa de fertilidad³⁰ y una de las tasas de embarazo en adolescentes más altas del mundo. A los 18 años, más del 40 por ciento de las mujeres de Costa de Marfil, Malí y Senegal ya han dado a luz (Population Reference Bureau, 1992).

Cuadro 10. Africa al sur del Sahara. Tasa de mortalidad materna, 1992
(en orden descendente, por cada 100.000 nacidos vivos)

Benin	2500 ^f	Sierra Leone	800 ^e
Somalia	1725	Tanzania	748
Chad	1594	Ghana	742
Angola	1562	Madagascar	600 ^d
Etiopía	1528	República Centroafricana	649
Mozambique	1512	Kenya	646
Burundi	1327	Togo	626
Ruanda	1324	Malawi	620 ^d
Malí	1249	Sudán	607
Gambia	1050 ^c	Lesotho	598
Nigeria	1027	Níger	593 ^c
Burkina Faso	939	Uganda	550 ^c
Zambia	923	Liberia	544
Guinea-Bissau	914 ^a	Camerún	511
Congo	887	Senegal	510
Guinea	880 ^d	Botswana	220
Zaire	876	Mauricio	99 ^b
Côte d' Ivoire	822	Zimbabwe	80 ^d
Mauritania	800 ^d	Swazilandia	n.d.

a. Datos de 1986. b. Datos de 1987. c. Datos de 1989. d. Datos de 1990. e. Datos de 1993. f. Datos de 1994.

Fuente: Elaborados por el autor con base en los Indicadores Sociales de Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Muestra seleccionada, países por región geográfica.

Las tasas de mortalidad materna también son las más altas del mundo y una atención prenatal y natal deficiente exacerban los problemas de salud de las madres. Los abortos peligrosos responden entre el 20 y el 40 por ciento de las mortalidad materna en la región. Las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, son la causa principal de incapacidad y muerte entre las mujeres africanas. Más aún, el número de casos de mujeres africanas infectadas por enfermedades de transmisión sexual constituye más de la mitad del número total de mujeres infectadas en todo el mundo en desarrollo. La esterilidad y el cáncer cervical, generalmente causados por enfermedades de transmisión sexual, son comunes en algunos países de esta región.

²⁹ División de los países de Africa al sur del Sahara por nivel de ingreso: bajo ingreso (en orden ascendente, de 130 a 450 US\$ per capita, PIB 1987): Angola, Etiopía, Chad, Zaire, Malawi, Mozambique, Guinea-Bissau, Tanzania, Burkina Faso, Madagascar, Malí, Gambia, Burundi, Zambia, Níger, Uganda, Sierra Leone, Benin, República Centroafricana, Kenya, Sudán, Lesotho, Nigeria, Ghana, Mauritania, Liberia y Guinea. Ingreso medio (en orden ascendente de 520 a 1490 US\$ per capita, PIB 1987): Senegal, Zimbabwe, Swazilandia, Côte d' Ivoire, Congo, Camerún, Botswana y Mauricio.

³⁰ La mediana de fertilidad era de 6,5 niños por mujer en 1987 y oscilaba entre 2,1 en Mauricio a 8,0 en Ruanda.

· *Educación.* Una mezcla de influencias, entre ellas las culturas indígenas, la cristiandad, el Islam y la red de escuelas tipo occidental establecidas por los misioneros y los gobiernos coloniales, es lo que ha dado forma a la educación en este grupo vasto y diverso de países. Debido a su diversidad cultural y económica, y a pesar de la pobreza generalizada, el Africa al sur del Sahara ha logrado un progreso espectacular en la expansión de la educación desde que los países obtuvieron su independencia. Las tasas de alfabetismo han aumentado de un promedio del 9 por ciento en 1960 a un 42 por ciento a mediados de los años ochenta. A pesar de esta notable mejora, el Africa al sur del Sahara sigue agobiada por una de las tasas de analfabetismo más altas del mundo³¹; sigue habiendo mucha variación entre países y persisten las diferencias entre hombres y mujeres³². La matriculación bruta en la escuela primaria fue solo del 36 por ciento en 1960, la mitad de la matriculación registrada en América Latina y Asia en esa misma época. Entre 1960 y 1983, en su esfuerzo por satisfacer sus necesidades de independencia y crecimiento económico, la región aumentó en cinco veces la matriculación en las escuelas en todos los niveles, alcanzando los 63 millones, la tasa más alta en todas las regiones en desarrollo. Sin embargo, hombres y mujeres no se han beneficiado por igual³³ en ningún país. Durante los años siguientes, el alto crecimiento de la población y condiciones económicas adversas causaron el estancamiento de la matriculación y el deterioro de la calidad de la educación.

Asia del Sur. Los países de esta región tienen una de las mezclas religiosas³⁴ y culturales más ricas del mundo. Durante los años ochenta, las tasas de crecimiento económico fueron bastante buenas y el PIB creció más rápidamente en estos países que en los grupos de países de ingresos medio y alto³⁵. A pesar de este aumento, el PIB per capita sigue siendo muy bajo³⁶.

· *Salud.* En la mayoría de los países de la región, las mujeres de todas las edades sufren los efectos de la discriminación sexual. Se considera que la discriminación y la negligencia causan una de cada seis de las muertes de niñas recién nacidas que ocurren en Bangladesh, India y Pakistán. Las formas más comunes de discriminación consisten en dar menos alimentos a los miembros femeninos del hogar, restringir su acceso a los servicios de salud e imponerles más trabajo físico. Por esta razón, Asia del Sur tiene una mayor proporción de subdesarrollo físico entre las niñas y de anemia entre las mujeres embarazadas que cualquier otra región. Muchas mujeres carecen de acceso a los servicios

³¹ A pesar de las elevadas tasas de fertilidad, la tasa promedio anual de crecimiento de los niños en la región que están en edad de asistir a la escuela primaria y secundaria aumentó apenas ligeramente, de 2,7 por ciento en 1960-70 a 2,8 en 1970-80. Esta tasa de crecimiento bajó en casi la mitad de los países.

³² Los datos obtenidos más recientemente en Burkina Faso indican que menos del 5 por ciento de las mujeres pueden leer y escribir, en comparación con un 15 por ciento entre los hombres. En Swazilandia, las tasas de alfabetismo son mucho más altas tanto entre hombres como entre mujeres, aunque en las mujeres todavía están cerca de 4 puntos porcentuales por debajo.

³³ Hay disparidades en la región: en Chad y en la República Centroafricana, las mujeres constituyen menos del 10 por ciento de los estudiantes de las instituciones de educación superior. Sin embargo, en Lesotho constituyen más del 60 por ciento. En Nigeria, la matriculación femenina en el norte musulmán es más baja que en el resto del país, mientras que en Sudán la matriculación femenina en el norte musulmán es más alta que en el sur, tradicional y cristiano.

³⁴ India es principalmente hindú (cerca del 80 por ciento de la población), con minorías musulmanas, budistas y cristianas. Pakistán y Bangladesh son predominantemente musulmanas; Bután, Tíbet y Burma son principalmente budistas; Nepal es ampliamente hindú. Sri Lanka es parte budista y parte hindú.

³⁵ Sin embargo, con excepción de Pakistán, el promedio de crecimiento del PIB de la región fue más lento que el de los países de ingreso bajo.

³⁶ Cinco de los países incluidos en este análisis clasifican en el grupo de países de bajos ingresos. Particularmente Bangladesh, India, Nepal, Pakistán y Sri Lanka (en orden ascendente, de 160 a 400 US\$ per capita, PIB de 1987).

de salud, especialmente a servicios de maternidad, métodos anticonceptivos y servicios seguros de manejo de abortos. Sólo una de cada tres mujeres recibe atención prenatal o cuenta con un asistente entrenado durante el parto. En consecuencia, las tasas de muerte e incapacidad relacionadas con el embarazo y el parto son muy altas. Las enfermedades de transmisión sexual son comunes y los casos de infección por VIH van en aumento.

· *Educación.* En Asia del Sur, como en Africa al sur del Sahara, la educación de las niñas está muy atrasada con relación a la de los niños. En general, en estos países la matriculación en las escuelas primarias creció significativamente entre 1960 y 1987, aumentando de 51 a 78 por ciento. Sin embargo, en todos los países de Asia del Sur (excepto Sri Lanka³⁷) las tasas de matriculación femenina en primaria son notablemente más bajas que las masculinas. En 1987 la diferencia oscilaba entre 15 puntos porcentuales (Bután) y más del 50 por ciento (Nepal).

Cuadro 11. Asia del Sur. Tasa de analfabetismo femenino, 1994

(% de mujeres de 15 años en adelante)

Bangladesh	73,9
Bután	71,9
India	62,3
Nepal	86,8 ^a
Pakistán	75,6
Sri Lanka	12,8

a. Datos de 1990.

Fuente: Indicadores Sociales de Desarrollo del Banco Mundial, 1997.

Muestra seleccionada, países por área geográfica.

Más aún, en los niveles de secundaria y educación superior, Asia del Sur presenta la brecha más amplia entre géneros de toda la región en desarrollo, a pesar del alto aumento de la matriculación femenina en las últimas décadas³⁸.

Asia Oriental y Suroriental. Combinados, los países de estas regiones responden por más del 30 por ciento de la población mundial y varían notablemente en área geográfica y desarrollo económico³⁹. En efecto, el Asia Oriental no industrializada⁴⁰ (conformada por cerca de una docena de países grandes y pequeños, sin contar a Japón, y unas pocas islas pequeñísimas en el Pacífico) disfruta de la tasa de crecimiento económico más rápida y del nivel de educación más alto de todo el mundo en desarrollo⁴¹.

³⁷ Sri Lanka supera con creces a los otros cuatro países en términos de alfabetismo; el 80 por ciento de la población rural y el 90 por ciento de la urbana pueden leer desde 1981. Sri Lanka también es una excepción en la región en cuanto a la educación secundaria.

³⁸ Sin embargo, la brecha absoluta en secundaria es en realidad menor que en primaria; esto se debe a que las tasas generales de matriculación en secundaria son mucho más bajas.

³⁹ En orden ascendente, de 290 a 7.940 US\$ per capita, PIB 1987: China, Indonesia, Filipinas, Tailandia, Malasia, República de Corea, Taiwan (China), Singapur. Como dato curioso, el PIB de Hong Kong (en ese entonces independiente) era de 8,070 US\$ per capita en 1987.

⁴⁰ Incluye Camboya, China (y la antigua Hong Kong), Indonesia, República de Corea, República Democrática Corea, República Democrática Popular de Lao, Malasia, Mongolia, Filipinas, Singapur, Taiwan (China), Tailandia y Vietnam.

⁴¹ Estos dos logros se relacionan entre sí, pues la rápida expansión de la educación afecta el crecimiento económico, el cual a su vez afecta la expansión de la educación.

· *Salud.* Prácticas discriminatorias influyen en las condiciones de salud de la mujer: por ejemplo, la selección del sexo en China y República de Corea y la mutilación genital femenina en partes de Indonesia y Malasia. En ciertos países, como Laos y Camboya, las condiciones de salud de la mujer se parecen a las de las mujeres de Asia del Sur o África. En otras partes de Asia Oriental y Suroriental, las mujeres están alcanzando niveles sociales, de educación y de salud típicos de los países de ingreso medio. En Asia Oriental, el 95 por ciento de las mujeres reciben asistencia capacitada durante el parto, aunque menos de la mitad de todos los partos tienen lugar en instituciones de salud. Sin embargo, existen considerables diferencias regionales y brechas entre la ciudad y el campo: el estilo de vida y las condiciones económicas influyen en los patrones de enfermedad. Entre las mujeres del campo, las enfermedades infecciosas son la causa principal de los fallecimientos, mientras que las mujeres de la ciudad presentan elevadas tasas de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares y de cáncer cervical y de seno. Asia Oriental presenta la incidencia más alta de cáncer cervical de todas las regiones en desarrollo. En varios países de la región es poco común el servicio adecuado de maternidad, por lo que las tasas de mortalidad y morbilidad materna siguen siendo altas (OMS 1991a). El uso de anticonceptivos es relativamente alto en Indonesia, República de Corea, Malasia y Tailandia, pero en algunos países, como Filipinas por ejemplo, no existe una variedad suficiente de métodos de control natal. Un número cada vez mayor de niñas adolescentes se dedica a la prostitución, generalmente debido a dificultades económicas o porque las obligan a ello. A nadie sorprende entonces que el VIH/SIDA esté aumentando más rápidamente en Asia Suroriental que en cualquier otra parte del mundo (USAID, 1991).

El abuso del cigarrillo y el alcohol entre las mujeres es motivo de preocupación en algunas partes de Asia Oriental. Parte de la culpa de este fenómeno se atribuye a las multinacionales tabacaleras, las cuales enfocan cada vez más su publicidad a la población femenina.

· *Educación.* La región ha logrado una matriculación casi universal en la escuela primaria. La brecha educativa entre géneros es menos pronunciada en esta región que en la mayoría del mundo en desarrollo y la participación de la mujer en la fuerza laboral es mayor que en cualquier otra región en desarrollo. En general, más de la mitad de las mujeres adultas de Asia Oriental pueden leer y escribir, y particularmente en Corea, Filipinas y Tailandia, cuatro de cada cinco pueden leer. A pesar de esto, las tasas de alfabetismo (desiguales a través de la región) son sustancialmente más bajas para las mujeres que para los hombres, excepto en Filipinas. El problema es más agudo en China, donde cerca de la mitad de las mujeres son analfabetas. Sin embargo, el problema sigue siendo menor aquí que en los países vecinos de Asia del Sur, donde las tasas de analfabetismo están entre el 70 y el 80 por ciento. En toda la región, el analfabetismo es mayor en las áreas rurales que en las urbanas.

Medio Oriente y África del Norte. Esta región⁴² incluye exportadores de petróleo como Kuwait y Arabia Saudita y países de ingreso medio como Egipto y Marruecos. La diferencia en el nivel de desarrollo económico es extrema: el PIB per capita de los siete

⁴² División de los países del Medio Oriente y África del Norte por nivel de ingreso. Ingreso medio (en orden ascendente, de 610 a 1.560 US\$ per capita, PIB 1987): Marruecos, Egipto, Túnez y Jordania. Exportadores de petróleo con ingresos altos (en orden ascendente, de 6.200 a 14.610 US\$ per capita, PIB 1987): Arabia Saudita y Kuwait.

países incluidos en este estudio oscilaba entre US\$14.610 (en Kuwait) y US\$610 (en Marruecos). La expectativa de vida también varía mucho: de 61 años en Marruecos y Egipto, a 73 en Kuwait. Los países son predominantemente musulmanes: Túnez y Turquía tienen leyes comparativamente más liberales para la mujer y los asuntos familiares, mientras que Arabia Saudita aplica una interpretación más estricta de las leyes del Islam.

· *Salud.* El acceso a los servicios de salud es muy bajo: las normas culturales prohíben a la mujer el uso de los servicios. Además, en algunas áreas se practica la mutilación genital femenina. En el Medio Oriente y África del Norte las tasas de uso de anticonceptivos son bajas y las tasas de fertilidad se encuentran entre las más altas del mundo; son casi iguales a las del África Al sur del Sahara. La alta fertilidad y los embarazos a temprana edad contribuyen a la mala salud de la mujer. La baja posición social y los bajos niveles de alfabetismo de la mujer, así como la falta de información y datos sobre los problemas de salud femenina son los mayores obstáculos para mejorar su salud.

· *Educación.* La diversidad económica y cultural de la región se refleja en sus sistemas de educación⁴³ y en su actitud hacia la educación. Medida según las tasas de matriculación femenina, tasas de alfabetismo y años de escolaridad, la brecha educativa entre géneros es (a pesar del progreso reciente) más amplia en esta región que en muchas otras partes del mundo en desarrollo, con excepción de Asia del Sur. Las escuelas para hombres son mucho más numerosas y de mejor calidad que las escuelas femeninas. Es menos probable que las niñas entren a la escuela primaria, y si se matriculan, es menos probable también que terminen el ciclo o que pasen a secundaria. La matriculación femenina en primaria (41 por ciento en 1960 y 45 por ciento en 1987, en promedio) es casi universal en Túnez y Turquía, pero más de un tercio de las niñas en edad escolar no asisten a la escuela primaria en Marruecos y Arabia Saudita.

Cuadro 12. Medio Oriente y África del Norte. Tasa de analfabetismo femenino
(% de mujeres de quince años y más)

Egipto	61,2
Jordania	20,6
Kuwait	25,1
Marruecos	69
Arabia Saudita	49,8
Túnez	45,4
Turquía	27,6

Fuente: Indicadores Sociales de Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Muestra seleccionada, países por área geográfica.

En general, la alfabetización femenina y los logros educativos han sido más bajos en el Medio Oriente y África del Norte que en América Latina y Asia Oriental. Las tasas nacionales de analfabetismo femenino oscilaba en los años ochenta entre cerca del 30 por ciento hasta muy por encima del 70 por ciento. Los datos disponibles más recientes

⁴³ Los sistemas de educación se desarrollaron en diferentes momentos: en Egipto, la educación pública para la mujer data del siglo XIX, mientras que en Arabia Saudita comenzó apenas en 1960.

sugieren que las tasas de analfabetismo de la mujer kuwaití son más bajas y que las de la mujer egipcia y marroquí son más altas.

América Latina y el Caribe. La población de América Latina y el Caribe⁴⁴ supera los 400 millones. Más del 70 por ciento es urbana, lo que refleja una fuerte migración a las ciudades. En una gran proporción - los cálculos oscilan entre 15 y más de 40 por ciento en la región en general (Banco Mundial, 1993) - de hogares latinoamericanos, la cabeza del hogar es la mujer. La desigualdad entre géneros predomina⁴⁵ en los países donde impera la pobreza y en algunas áreas rurales en las que las poblaciones indígenas⁴⁶ no están integradas debido a la indigencia o a las barreras del idioma.

· ***Salud.*** En muchas naciones latinoamericanas, los servicios de salud son generalmente ineficaces y de baja calidad⁴⁷. En la mayoría de los países la fertilidad es moderadamente elevada⁴⁸. Los embarazos indeseados, particularmente entre adolescentes, son un problema grave. Las proporciones de mortalidad materna de la región son más altas que las de cualquier otra área con niveles de ingreso comparables, debido en gran parte a los abortos peligrosos. Factores como altas tasas de tabaquismo, obesidad y anemia aumentan los riesgos de enfermedad entre las mujeres; aproximadamente una de cada tres mujeres es anémica en esta región (OPS, 1993). La violencia contra la mujer se reconoce cada vez más como causa de que el bienestar mental y físico sea deficiente. Al aumentar la proporción de ancianos, las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares se vuelven más significativas entre las mujeres. El cáncer de seno es cada vez más común, particularmente en los países de ingreso alto y el cáncer cervical va en aumento. En general, las enfermedades no contagiosas causan más muertes e incapacidades entre las mujeres que las enfermedades contagiosas y las causas relacionadas con la maternidad y el parto combinadas. Sin embargo, las enfermedades de transmisión sexual se están volviendo motivo de preocupación. Aunque la epidemia de SIDA se encuentra en las primeras etapas,

⁴⁴ Países seleccionados según el ingreso (en orden ascendente, de 360 a 3.230 US\$ per capita, PIB 1989): Haití, Bolivia, República Dominicana, Cuba, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Paraguay, Ecuador, Colombia, Chile, Perú, Costa Rica, México, Brasil, Uruguay, Panamá, Argentina y Venezuela. El análisis incluye Bahamas, Barbados, Jamaica y Trinidad y Tobago del Caribe de habla inglesa.

⁴⁵ En Haití, uno de los países más pobres de la región, con un PIB de US\$360 en 1987, las tasas de analfabetismo se aproximaban al 63 por ciento en los hombres y al 68 por ciento en las mujeres. En Bolivia, con una población indígena grande y pobre y un PIB per capita de US\$550 en 1987, el 29 por ciento de los hombres y el 49 por ciento de las mujeres eran analfabetas. En Argentina, en cambio, a donde la industrialización y la expansión de la educación llegaron más rápido y el PIB per capita era de US\$2.390 en 1987, menos del 6 por ciento de la población era analfabeta y no había diferencias significativas entre hombres y mujeres.

⁴⁶ La población indígena constituye una porción grande y definida de la población latinoamericana: se estima que cerca de 40 millones habitan la región (aproximadamente el 10 por ciento de la población total). Definir el término "indígena" es difícil. Un informe publicado por El Centro Demográfico de las Naciones Unidas (1992. Boletín Demográfico No. 50) recogió estadísticas resumidas sobre poblaciones indígenas de los datos del censo nacional de varios países latinoamericanos. No hay una definición clara de lo que significa "indígena": las definiciones difieren de un país a otro debido al uso de diferentes instrumentos de encuesta. En el método de uso más común, tres variables identifican a los encuestados indígenas: idioma, percepción personal y concentración geográfica. El idioma define a la población indígena de Bolivia, Honduras, México, Panamá y Perú. En algunos países, como Bolivia, por ejemplo, es posible distinguir entre individuos que hablan un solo idioma y los bilingües (español y un idioma indígena), mientras que en otros, como Perú, sólo se pueden identificar los indígenas que hablan un idioma o los que hablan español. En la mayoría de los casos, la población indígena se identifica con un solo indicador, bien sea el idioma, la identidad o la ubicación. Los pocos datos disponibles provienen de las encuestas a hogares.

⁴⁷ Las instalaciones de nivel terciario y superior se sobreutilizan en casos de maternidad y algunos países tienen tasas anormalmente altas de cesáreas, lo que empeora los riesgos en la salud de la mujer.

⁴⁸ Las tasas de fertilidad han bajado sustancialmente en todos los países durante las últimas décadas, pero siguen siendo altas en Bolivia, Ecuador, Guatemala y Honduras, entre otros. En Chile, Cuba y Uruguay las tasas totales de fertilidad se comparan con las de los países industrializados.

la proyección es que el número de casos entre las mujeres aumente significativamente en el año 2000 (OPS, 1993).

· *Educación.* Los países de América Latina en general han mejorado notablemente la educación de sus poblaciones en los últimos treinta años. Desde 1960, la mayoría de ellos han logrado una educación primaria universal o casi universal (con excepción de los países de ingreso más bajo: Bolivia, El Salvador, Guatemala⁴⁹ y Haití) y sus tasas de matriculación en secundaria están entre las más altas del mundo en desarrollo. Sin embargo, en algunos países los niveles promedio de educación todavía son bajos y presentan deficiencias⁵⁰.

Cuadro 13. Brasil. Promedio de años de escolaridad, 1960-1995

	1960	1970	1980	1990	1995
Género					
Femenino	2,4	2,6	3,9	5,1	5,4
Masculino	1,9	2,2	3,5	4,9	5,7
Raza					
Blanca	2,7	n.d.	4,5	5,9	n.d.
Negra	0,9	n.d.	2,1	3,3	n.d.
Mestiza	1,1	n.d.	2,4	3,6	n.d.
Asiática	2,9	n.d.	6,4	8,6	n.d.
Regiones					
Norte/Centro-Occidente	2,7	n.d.	4	n.d.	5,6
Nororiente	1,1	1,3	2,2	3,3	4,1
Suroriente	2,7	3,2	4,4	5,7	6,2
Sur	2,4	2,7	3,9	5,1	6

Fuente: Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil, 1996; y Evolução da Educação Básica no Brasil, 1991-1997, Ministério da Educação e do Desporto, Brasília, 1997. Nota: los datos de 1995 fueron calculados por MEC/INEP/SEEC.

En general, las mujeres se han beneficiado y las cifras de logros educativos muestran pocas diferencias entre géneros. En los niveles de primaria, secundaria y educación superior⁵¹ el aumento de las oportunidades para la mujer ha sido consecuencia de la expansión general de los sistemas de educación y de las economías de América Latina. Sin embargo, las disparidades entre géneros surgen en la transición del sistema de educación formal al mercado laboral.

⁴⁹ En general, el 60 por ciento de las mujeres guatemaltecas son analfabetas y el 80 por ciento de ellas son de las regiones rurales indígenas del país. Cuando la familia puede mandar a un hijo a la escuela, manda a un niño; un poco menos de la mitad de todas las niñas guatemaltecas no se matricula en la escuela primaria y entre las de la Guatemala rural que se matriculan en el primer grado, el 66 por ciento desiste antes del tercer grado. En 1991, aproximadamente 500 mil niñas entre los 7 y los 15 años no iban a la escuela, en comparación con 300 mil niños.

⁵⁰ La brecha entre sexos en términos de alfabetismo es más grande en los países que tienen grandes poblaciones indígenas y bajos ingresos per capita.

⁵¹ La mujer está sobre presentada en el nivel de educación superior como en secundaria.

Europa Oriental y Asia Central.

· *Salud.* Las condiciones de salud de la mujer en Europa Oriental y Asia Central son peores de lo que se podría esperar, dados los elevados niveles de educación femenina y la disponibilidad de una infraestructura de servicios de salud razonablemente bien desarrollada. La escasez de medicamentos y suministros es común, y las prácticas médicas, que no siempre son costo-efectivas, son obsoletas. Aunque casi todas las mujeres reciben atención prenatal, se hace demasiado énfasis en las pruebas de diagnóstico y muy poco en la asesoría y la prevención. El aborto, ilegal en muchos países de esta región, es el método más común de control de la fertilidad, pues prácticamente no hay disponibilidad de anticonceptivos; de hecho, hay más abortos que nacimientos (Banco Mundial, 1994b). Las necesidades de las mujeres divorciadas, viudas y ancianas requieren más atención.

· *Educación.* Las oportunidades de educación para la mujer en Europa Oriental y Asia Central son en general mejores en comparación con otras regiones en desarrollo. La alfabetización y la matriculación de niñas y mujeres son altas y generalmente comparables con los niveles de los países industrializados. Las economías de los países de esta región difieren significativamente entre sí en términos de sus características socioeconómicas, políticas, demográficas y educativas.

Agenda de salud

Los puntos clave de la agenda incluyen políticas preventivas y curativas; una salud mejor requiere conciencia de salud y servicios.

Medicina preventiva. Es preciso resaltar la importancia de la medicina preventiva y de una mayor provisión de este servicio; y es particularmente importante para los jóvenes y adolescentes, debido al alto número de niñas que se encuentran en situación de riesgo.

Una mayor información sobre prácticas saludables (como una buena nutrición, ejercicio físico regular, prácticas sexuales más seguras y postergación del embarazo) junto con un énfasis en los peligros del sexo sin protección, el tabaquismo y el abuso de sustancias, podrían evitar un conjunto importante de enfermedades. Al mismo tiempo, la entrega de servicios de medicina preventiva debería ser más accesible: los programas de salud deben prestar más atención a la nutrición de las mujeres jóvenes; así mismo, es importante capacitar personal médico femenino y realizar campañas comunitarias de educación. Los programas inter-sectoriales son necesarios para poder manejar casos de matrimonios entre personas demasiado jóvenes, difundir el uso de métodos anticonceptivos e incrementar el acceso a la planificación familiar, los servicios de maternidad y servicios seguros para el manejo de abortos. Además, las políticas públicas deben atender el problema de la violencia contra la mujer.

Medicina curativa. Es esencial expandir los servicios para tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por VIH. Se debe prestar más atención a la detección oportuna de complicaciones relacionadas con el embarazo: más servicios de emergencia y mejores servicios de obstetricia en las clínicas podrían salvar muchas más vidas (Population Reference Bureau, 1998). Por último, pero no menos importante, se debe

prestar un servicio adecuado a las mujeres que ya pasaron la edad reproductiva, incluyendo, si hay disponibilidad de recursos, el manejo del cáncer cervical y de seno (detección y tratamiento).

Prioridades regionales. Todas las regiones del mundo en desarrollo tienen problemas comunes de salud, pero los puntos críticos no son los mismos en todas partes.

- *Africa al sur del Sahara.* Lo que se requiere en Africa para mejorar la salud de la mujer incluye evitar la mutilación genital e iniciativas especiales para las adolescentes, debido al gran número de mujeres jóvenes en riesgo. El mejor potencial para mejorar la salud se encuentra en la postergación de la actividad sexual y los embarazos, en las prácticas sexuales seguras y en la buena nutrición. Se ha hecho un gran esfuerzo para incrementar el acceso a la planificación familiar, los servicios de maternidad y de manejo del aborto. Las políticas públicas deben abordar el problema de la violencia contra la mujer. Sobre todo, es esencial ampliar los servicios para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por VIH.

- *Asia del Sur.* El componente clave en la agenda de salud para la mujer en esta región es combatir los efectos de la discriminación ampliando su acceso a los servicios de salud. Es imperativo entrenar personal médico femenino y realizar campañas comunitarias de salud. Los programas de salud deben prestar mayor atención a las condiciones de nutrición de las jóvenes y adolescentes, así como a la detección y remisión rápida de complicaciones relacionadas con el embarazo. Las iniciativas entre sectores deben abordar los problemas de los matrimonios de parejas demasiado jóvenes y la violencia contra la mujer.

- *Asia Oriental y Suroriental.* Las prioridades en el servicio de salud para la mujer pueden variar considerablemente dentro de la región, dependiendo de la disponibilidad de políticas e infraestructura de salud. En los países donde los servicios son limitados, las instituciones de salud tendrán que concentrarse en la expansión y mejora del servicio para asegurar el acceso a servicios de maternidad, planificación familiar y servicios seguros para el manejo del aborto. La mayoría de los países de la región tienen que prestar más atención a la prevención oportuna de enfermedades entre las mujeres jóvenes y adolescentes, haciendo énfasis especialmente en los peligros del sexo sin protección, el tabaquismo y el abuso de sustancias que crean dependencia. Allí donde los recursos lo permitan, se debe entregar el servicio de detección y tratamiento del cáncer.

- *Medio Oriente y Africa del Norte.* La principal prioridad de esta región es aumentar el acceso de la mujer a los servicios de salud, satisfaciendo su necesidad de contar con personal médico femenino, instalaciones apropiadas e información sobre prácticas saludables. Mejores servicios de maternidad también son una necesidad apremiante en la mayoría de estos países. La mujer también se podría beneficiar de un mayor acceso a los métodos de anticoncepción y a una mayor variedad de métodos.

· *América Latina y el Caribe.* La agenda para mejorar la salud de la mujer latinoamericana incluye el desarrollo de estrategias que promuevan prácticas saludables, como la buena nutrición, prácticas sexuales seguras y el evitar el cigarrillo y la obesidad. También es importante satisfacer las necesidades de salud relacionadas con la reproducción y las prácticas sexuales de los adolescentes y abordar los problemas de embarazos no deseados y el aborto peligroso. Algunos países tendrán que prestar mayor atención a áreas de problemas específicos como el uso excesivo de instalaciones de servicios de salud de alta tecnología, procedimientos médicos innecesarios, el VIH/SIDA, la violencia contra la mujer y los servicios inadecuados para mujeres que ya pasaron la edad reproductiva, incluyendo el manejo del cáncer cervical y de seno.

· *Europa Oriental y Asia Central.* Las iniciativas clave para la agenda de esta región incluyen información sobre planificación familiar y más servicios para reducir la práctica del aborto. Es importante incrementar la capacitación para mejorar la práctica clínica, asegurar la disponibilidad de drogas y suministros, incrementar el énfasis en la medicina preventiva (particularmente para evitar el consumo de tabaco, promover el valor del ejercicio y la buena nutrición) y para satisfacer las necesidades de las mujeres que ya superaron la edad reproductiva.

Cuadro 14. Agenda de salud

	PROBLEMA	CAUSA PRINCIPAL	PRINCIPALES CONSECUENCIAS	ACCIONES SUGERIDAS (preventivas y curativas)	POBLACIÓN BENEFICIARIA
FACTORES BIOLÓGICOS	Deficiencia de hierro	Menstruación (ASS – AS)	Anemia	Acceso a suplementos ricos en hierro y promoción de dieta balanceada	Niñas jóvenes
	Enfermedades de transmisión sexual (incluyendo VIH)	Actividad sexual	Cáncer cervical, SIDA (ASS)	Acceso a métodos anticonceptivos y más métodos alternativos Expansión de servicios de detección oportuna de enfermedades y tratamiento (ASS) Manejo explícito del VIH/SIDA (ALC) Manejo del cáncer cervical (ALC)	Niñas jóvenes adolescentes
	Embarazo y sus complicaciones	Actividad sexual prematura (ASS)	Maternidad prematura (ASS) Prolapso uterino, fistula obstétrica (ASS)	Iniciativas especiales para adolescentes: postergación de la actividad sexual y el embarazo, prácticas sexuales seguras, servicio de maternidad (ASS – ALC) Acceso a métodos anticonceptivos y más métodos alternativos (MOAN) Más servicios de urgencias: detección oportuna y rápida remisión de complicaciones relacionadas con el embarazo (AS) Mejores servicios de obstetricia y maternidad (AOASO – MOAN) Abordar el tema de los matrimonios prematuros (AS)	Adolescentes
		Matrimonio Prematuro (AS)	Aborto (EOAC) Muerte por aborto peligroso (ALC)	Planificación familiar (ASS – AOASO – EOAC) Servicios de aborto sin riesgos (ASS – AOASO – ALC)	
	Problemas cardiovasculares	Menopausia (ASS)	Complicaciones cardiovasculares		Mujeres mayores de 45 años y ancianas

Nota: Todos los problemas son característicos de todas las regiones y particularmente predominantes (problemas) o necesarios (acciones) en las regiones indicadas entre paréntesis.

Siglas: ASS, África al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y África del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central.

	PROBLEMA	CAUSA PRINCIPAL	PRINCIPALES CONSECUENCIAS	ACCIONES SUGERIDAS (preventivas y curativas)	POBLACIÓN BENEFICIARIA
FACTORES SOCIOLOGICOS	Nutrición	Pobreza	Crecimiento físico atrofiado	Promoción de una buena nutrición (ASS – ALC)	Niñas jóvenes, adolescentes
	Violencia doméstica (abuso sexual y físico)	Falta de información Desigualdad en el ejercicio del poder	Obesidad (ALC)	Mayor atención al estado de nutrición (AS)	
			Embarazos no deseados	Iniciativas entre sectores	
			Enfermedades de transmisión sexual (inclu. VIH)	Manejo de matrimonios de parejas demasiado jóvenes	
	Peligro de cocinar en lugares cerrados Escaso acceso a los servicios de salud	Papeles familiares Papeles familiares Cultura	Incapacidad permanente Depresión	Manejo explícito de la violencia (ASS – AS – ALC)	Niñas jóvenes, adolescentes, mujeres, ancianas
Repercusiones crónicas			Política de información sobre el peligro de la inhalación de humo y gases tóxicos y sobre quemaduras		
Mutilación genital	Cultura (ASS)	Imposibilidad de recibir atención	Disminuir el costo de oportunidad por el tiempo utilizado en servicios de salud	Adolescentes, mujeres Niñas jóvenes, adolescentes, mujeres, ancianas	
		Restricción para viajar solas	Realización de campañas educativas comunitarias		
		Prohibición de ser atendidas por personal masculino	Capacitación de personal femenino (SA – MOAN)		
		Inmediatas: dolor, hemorragia, tétano. A largo plazo: cicatrización, infecciones tracto urinario, complicaciones en la micción, menstruación y partos.	Iniciativas para evitar la mutilación genital (ASS)	Niñas jóvenes	

Nota: Todos los problemas son característicos de todas las regiones y particularmente predominantes (problemas) o necesarios (acciones) en las regiones indicadas entre paréntesis.

Siglas: ASS, Africa al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central.

	PROBLEMA	CAUSA PRINCIPAL	PRINCIPALES CONSECUENCIAS	ACCIONES SUGERIDAS (Preventivas y curativas)	POBLACIÓN BENEFICIARIA	
FACTORES INSTITUCIONALES	Políticas públicas sesgadas	Políticas mal diseñadas	Mala salud	Rediseñar la focalización: iniciativas que no sólo cubran a las mujeres casadas y con hijos; asistencia a las mujeres que ya pasaron la edad reproductiva (ALC – EOAC)	Niñas jóvenes, adolescentes, mujeres, ancianas	
		Medicina preventiva insuficiente		Detección y tratamiento del cáncer (AOASO) Manejo del cáncer de seno (ALC)		
		Falta de campañas de información	Actividad sexual sin protección (AO)	Información y promoción de prácticas saludables (buena nutrición, valor del ejercicio) (MONA – ALC- EOAC)		
		Mala administración de recursos (ALC) (EOAC)	Abuso del tabaco (ASO y ALC)	Políticas de información: énfasis en el peligro del sexo sin protección, abuso del tabaco y abuso de sustancias (AOASO – ALC – EOAC)		
	Bajo desarrollo del país	Malos caminos	Escaso acceso a los servicios de salud	Limitación del abuso de servicios terciarios de salud, limitación de procedimientos médicos innecesarios (algunos países de ALC)		Niñas jóvenes, adolescentes, mujeres y ancianas
		Falta de transporte		Aseguramiento disponibilidad de medicinas (EOAC)		
		Instalaciones inadecuadas para servicio obstetricia	Imposibilidad de recibir tratamiento médico oportuno	Expansión y mejora de la infraestructura para asegurar el acceso a servicios de urgencia, maternidad y obstetricia, planificación familiar y aborto sin riesgo (algunos países de AOASO)		
		Falta de infraestructura		Suministro de instalaciones apropiadas (MOAN)		
				Capacitación orientada a mejorar la práctica clínica (EOAC)		

Nota: Todos los problemas son característicos de todas las regiones y particularmente predominantes (problemas) o necesarios (acciones) en las regiones indicadas entre paréntesis.

Siglas: ASS, Africa al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central.

Agenda de educación

Educar a la mujer trae beneficios no sólo a la mujer misma, sino también a la sociedad en general. La mujer que ha sido educada espera más tiempo para casarse, tiende a tener menos hijos y es más probable que reciba atención antes, durante y después del parto, factores que conducen a una menor tasa de mortalidad infantil⁵² y materna. Por lo tanto, es urgente un mandato claro para lograr la igualdad en la educación de hombres y mujeres. Entre los principales intereses de la agenda de políticas públicas están el de incrementar la matriculación femenina y la transición de la mujer de la educación al mercado laboral. Estas metas se pueden lograr no sólo aumentando el gasto, sino definiendo políticas especiales.

Incremento del gasto. Las reformas deben incluir la mejora de infraestructuras (principalmente la expansión de las instalaciones educativas de las áreas rurales) y estrategias escolares como la diversificación de los currículos, cambios en el calendario escolar, la educación preescolar, revisión de los procedimientos de promoción y mejoras en los métodos de enseñanza. En muchos casos, también se necesitan políticas adicionales como el suministro de transporte, almuerzos, libros de texto gratuitos, disposición de servicios de guardería y campañas a través de los medios de comunicación.

El gasto también se debe focalizar en términos de género para reducir el costo de oportunidad de las niñas. Se pueden eliminar las barreras que impiden que las niñas asistan a la escuela y se queden matriculadas, llegando a los padres y reduciendo la necesidad de que ellas trabajen (dentro y fuera del hogar).

Cuadro 15. Fuerza laboral femenina (porcentaje del total)

	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994
Africa al sur del Sahara	43,1	43,0	43,1	43,1	43,1	43,0	43,0	43,0	43,1	43,1
Asia del Sur	24,8	24,6	27,6	34,0	34,4	35,0	35,1	35,2	35,4	35,5
Asia Oriental y Suroriental	38,1	39,2	40,4	41,7	42,3	42,9	43,0	43,0	43,1	43,1
Medio Oriente y Africa del Norte	12,0	13,2	16,9	22,8	23,7	24,9	25,3	25,7	26,2	26,6
América Latina y el Caribe	23,8	25,0	27,2	29,7	31,5	33,4	33,6	33,9	34,2	34,5
Europa Oriental y Asia Central	46,6	47,6	47,8	48,0	47,6	47,2	47,3	47,3	47,3	47,4

Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales de Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Muestra seleccionada, países por área geográfica.

La capacitación de la mujer en habilidades que le sirvan para obtener un empleo o desarrollar actividades productivas debe reforzar la relación que existe entre educación y acceso al mercado laboral.

Políticas especiales. Aumentar la matriculación no es sólo cuestión de incrementar el gasto; se deben tener en cuenta las normas culturales de los distintos grupos étnicos, con el fin de

⁵² Un estudio (Banco Mundial, 1993) realizado en 25 países encontró que cuando la educación de la mujer aumenta de uno a tres años, la mortalidad infantil durante el primer año de vida disminuye en un 15 por ciento. Con respecto a los padres, el mismo incremento en la educación resultó en una reducción de apenas el seis por ciento en las tasas de mortalidad infantil. Los hijos de mujeres que tienen aunque sea de tres a seis años de educación formal tienden a estar mejor nutridos y es más probable que se matriculen y permanezcan en la escuela que los hijos de madres sin educación.

cambiar las actitudes de los padres hacia la educación de sus hijos. Estas medidas se deben complementar con políticas que promuevan la participación comunitaria.

Prioridades regionales. Todas las regiones en desarrollo tienen los mismos problemas en el campo de la educación femenina, pero según la región, la prioridad cambia y los temas clave de la agenda son distintos.

- *Africa al sur del Sahara.* Es probable que un determinado gasto en políticas específicas incremente la matriculación. Aparte del gasto en las estrategias usuales (como almuerzos, libros de texto, guarderías y campañas a través de los medios de comunicación), se debe considerar la eliminación de las barreras que impiden a las niñas asistir a la escuela. Las estrategias que focalizan cada género (como la asesoría a los padres sobre la importancia de educar a sus hijas y la distribución de cupones o la transferencia de efectivo para cubrir los costos de oportunidad) podrían reducir la brecha entre hombres y mujeres. El reto es diversificar los medios de financiación, maximizar la eficiencia y la calidad de los sistemas existentes y expandir la infraestructura de la educación.

- *Asia del Sur.* El crecimiento de la provisión de servicios de educación ha sido menos impresionante en esta región y el gasto público ha sido comparativamente bajo. Puesto que las tasas de mortalidad infantil y la esperanza de vida están estrechamente relacionadas al nivel de alfabetización, se necesita una mayor intervención pública. Se podría sugerir el ofrecimiento de guarderías de atención diurna en las que las niñas pudieran dejar a sus hermanos menores para poder asistir a clase o que se les permitiera llevarlos al salón de clase. En preciso tener en cuenta las normas culturales de cada religión y grupo racial y desarrollar material didáctico en el idioma de los estudiantes. También se debe estimular la participación de las comunidades locales.

- *Asia Oriental y Suroriental.* La diferencia de condiciones sociales, económicas, políticas e históricas explica en cierta medida la diferencia en los niveles de educación femenina de un país a otro. Las políticas gubernamentales deberían tener en cuenta estas variables: los libros de texto, currículos y métodos de enseñanza diferenciados son importantes, pero no pueden superar la desigualdad entre géneros. Los esfuerzos por realizar comités de padres y reducir el costo directo de la educación para las familias también podrían surtir un efecto significativo en la matriculación femenina.

- *Medio Oriente y Africa del Norte.* Las reformas no se deben limitar a expandir las instalaciones educativas en las zonas rurales, diversificar los currículos y perfeccionar los métodos de enseñanza; también deben buscar una voluntad social y política explícita para mejorar la equidad entre los géneros en términos de educación, con el fin de beneficiar tanto a las mujeres como a la sociedad. Hasta ahora ningún país del Medio Oriente o de Africa del Norte ha impartido políticas diseñadas específicamente para promover la equidad entre los géneros, como las políticas de acción afirmativa del Reino Unido y Estados Unidos. Además, es necesario coordinar las actividades de los estudiantes, padres, maestros, líderes comunitarios y altos funcionarios del gobierno.

· *América Latina y el Caribe.* Los gobiernos han dado prioridad a los problemas de la mujer en planes y programas amplios, pero casi nunca han definido estrategias y políticas específicas de acuerdo al género,⁵³ y deberían hacerlo. Entre las estrategias relacionadas con las escuelas están el desarrollo de la infraestructura, cambios en el calendario escolar, educación preescolar, asesoría para los padres, revisión de los procedimientos de promoción y suministro de almuerzos y transporte. Estas medidas se deben complementar con políticas que cambien la actitud de los padres con respecto a la educación de sus hijos y con esfuerzos para reducir el costo de oportunidad de las niñas, aliviando las limitaciones que imponen la necesidad de que las niñas trabajen dentro y fuera del hogar. Además, es indispensable desarrollar, donde quiera que sea necesario,⁵⁴ material didáctico en lenguas indígenas y contratar mujeres indígenas que trabajen como asistentes en la educación.

· *Europa Oriental y Asia Central.* En muchos países las condiciones de educación de la mujer son cada vez peores y su acceso a servicios como la educación subsidiada por el estado está amenazado. Es necesario ofrecer becas a los estudiantes individuales y capacitación a los funcionarios oficiales, maestros y padres. Además, la reorganización de los recursos existentes y la implementación de políticas más eficientes que no exigen nuevos recursos podrían lograr tanto o más que los programas amplios y costosos. Las acciones clave son incluir a la mujer en los equipos de planeación, seguimiento y evaluación de proyectos. La relación entre la educación y el acceso al mercado laboral se debe reforzar a través del apoyo de proyectos productivos para la mujer.

⁵³ Incluso los proyectos de educación emprendidos por las instituciones de desarrollo internacional casi no han tenido en cuenta estrategias dirigidas a la mujer.

⁵⁴ Existen cerca de 400 diferentes lenguas indígenas en toda América Latina y cada país tiene de 7 a 200. En algunos, la población indígena es sustancial; Uruguay es el único país del continente que sólo habla español. En muchos sentidos, las poblaciones indígenas de América Latina son extraordinariamente diversas; son poblaciones conformadas por diferentes etnias y hablan diferentes idiomas.

Cuadro 16. Agenda de educación

	PROBLEMA	CAUSA PRINCIPAL	PRINCIPALES CONSECUENCIAS	ACCIONES SUGERIDAS (Incremento del gasto y políticas especiales)	POBLACIÓN BENEFICIARIA
ALFABETISMO	Bajas tasas de alfabetismo	Falta de políticas orientadas según el género	Altas tasas de mortalidad materna	Mandatos claros para mejorar la equidad entre géneros (MOAN)	Padres, niñas jóvenes,
			Altas tasas de mortalidad infantil	Capacitación de funcionarios oficiales, maestros y padres (EOAC)	
	Disparidades en los logros de alfabetización por género	Entrega deficiente del servicio de educación	Alto número de hijos	Mayor intervención pública: incremento de la matriculación de niñas	
			Servicio deficiente de atención infantil	Promoción de la permanencia de los estudiantes en la escuela y prevención de la deserción en sexto grado	
			Deserción en el nivel de educación primaria	Promoción de la educación preescolar (ALC)	
			Baja matriculación en secundaria	Contratación de mujeres indígenas para que trabajen como asistentes de educación (ALC)	
		Baja expectativa de vida	Formación de comités de padres de familia (AOASO)		

Nota: Todos los problemas son característicos de todas las regiones y particularmente predominantes (problemas) o necesarios (acciones) en las regiones indicadas entre paréntesis.

Siglas: ASS, Africa al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central.

	PROBLEMA	CAUSA PRINCIPAL	PRINCIPALES CONSECUENCIAS	ACCIONES SUGERIDAS (Incremento del gasto y políticas especiales)	POBLACIÓN BENEFICIARIA
MATRICULACION				Definición de estrategias específicas a cada género para promover la equidad (v.g. acción afirmativa) y políticas de implementación (MOAN – ALC)	
				Expansión de la infraestructura educativa, particularmente en las áreas rurales (ASS – MOAN – ALC)	
				Incremento del gasto para proporcionar almuerzos, libros de texto gratuitos, transporte, organización de servicios de guardería infantil y amplias campañas a través de los medios de comunicación (ASS – ALC)	
	Bajas tasas de matriculación (en primaria, secundaria y universidad)	Políticas mal diseñadas	Brecha educativa entre hombres y mujeres	Desarrollo de material didáctico en el idioma de los estudiantes (AS y ALC)	
		Falta de financiación	Matrimonios demasiado jóvenes	Diversificación de los currículos y reforma de los métodos de enseñanza (AOASO – MOAN)	Padres, niñas jóvenes, adolescentes, mujeres
	Disparidades entre la matriculación femenina y masculina	Altos costos de oportunidad	Menor acceso de la mujer al mercado laboral	Asesoría a los padres sobre la importancia de la educación de sus hijas (ASS – ALC)	
	Instrucción inadecuada		Estrategias focalizadas para cada género: cupones o transferencias para cubrir los costos de oportunidad (ASS – AOASO – ALC)		
	Falta de infraestructura		Diversificación de los medios de financiación (ASS)		
Brecha entre la ciudad y el campo	Gerencia de recursos deficiente		Atención a las normas de cultura entre los diferentes grupos étnicos y religiones (AS)		
			Promoción de la participación de las comunidades locales (AS)		
			Asistencia técnica para los Ministerios de Educación, ONG y escuelas		

Nota: Todos los problemas son característicos de todas las regiones y particularmente predominantes (problemas) o necesarios (acciones) en las regiones indicadas entre paréntesis.

Siglas: ASS, Africa Al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central.

	PROBLEMA	CAUSA PRINCIPAL	PRINCIPALES CONSECUENCIAS	ACCIONES SUGERIDAS (Incremento del gasto y políticas especiales)	POBLACIÓN BENEFICIARIA
ESCOLARIDAD	Baja escolaridad	Altas tasas de deserción		Maximización de la eficiencia y calidad del sistema educativo	Padres, niñas jóvenes, adolescentes, mujeres
				Cambios en los calendarios escolares (ALC)	
	Disparidades en el nivel promedio de educación entre géneros	Políticas mal diseñadas	Brecha de logros educativos entre hombres y mujeres	Reducción de los casos de repetición del primer grado	
				Revisión de los procedimientos de promoción (ALC)	
	Disparidades en el nivel promedio de educación entre géneros	Calendarios escolares, procedimientos de promoción, materiales y currículos inadecuados	No se logra una escolaridad funcional	Ofrecimiento de becas para estudiantes individuales (EOAC)	
				Reducción de los costos de oportunidad de las niñas focalizando a los padres y reduciendo su necesidad de trabajar (ALC)	
				Ofrecimiento de guarderías donde las niñas puedan dejar a sus hermanos mientras asisten a clase, o permiso para que los lleven al salón de clase (AS)	
				Refuerzo del vínculo de la educación y el acceso al mercado laboral	
				Coordinación de las actividades de estudiantes, padres, maestros, líderes comunitarios y altos funcionarios del gobierno (MOAN)	
				Apoyo a los proyectos generadores de ingresos para las mujeres (EOAC)	
			Reorganización de los recursos y gerencia más eficiente (ALC – EOAC)		

Nota: Todos los problemas son característicos de todas las regiones y particularmente predominantes (problemas) o necesarios (acciones) en las regiones indicadas entre paréntesis.

Siglas: ASS, Africa al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central.

Conclusiones

“Un hombre preguntó a su jardinero cuánto tiempo tardaría una semilla en convertirse en árbol. El jardinero dijo que se tomaría cien años. Y el hombre replicó: ‘Entonces siémbrela hoy en la mañana. No hay tiempo que perder.’”

Una historia que JOHN F. KENNEDY acostumbraba contar.

En los países en desarrollo, el reto es invertir más en la salud y la educación de la mujer. Más aún, es imperativo rediseñar los sistemas de provisión existentes, adaptándolos a las necesidades de la mujer, con el objetivo último de lograr una mayor equidad y eficiencia. Para emparejar las oportunidades, es definitivo expandir y mejorar la calidad de los servicios sociales de la mujer.

Mejores servicios de salud para la mujer. Es una necesidad *sine qua non* incrementar el acceso de las mujeres de bajos ingresos a los servicios de salud, especialmente a aquellos relacionados con la maternidad y la planificación familiar. Es urgente evitar la violencia contra la mujer y controlar la diseminación del VIH/SIDA entre ellas. También es indispensable hacer publicidad a la importancia que tiene la protección de la salud de la mujer. Muchos países deben fortalecer su infraestructura de salud si quieren proveer los servicios preventivos y clínicos necesarios, especialmente en las zonas rurales.

- *Equidad.* La inversión en salud es fundamental para mejorar el bienestar y reducir la pobreza (Banco Mundial, 1993b). La mujer corre riesgos de salud particularmente altos, debido en gran medida a su baja condición socioeconómica y su papel en la reproducción. Las iniciativas para mejorar la salud de la mujer podrían evitarles sufrimientos innecesarios o la muerte prematura a millones de ellas, mejorando así su calidad de vida.

- *Desarrollo económico.* Invertir en la salud de la mujer trae consigo múltiples compensaciones: una de ellas es el crecimiento económico sostenible. Un buen nivel de salud permite a la mujer llevar una vida totalmente productiva, lo que representa amplios beneficios para la economía nacional. En particular, la salud de la mujer de hoy tendrá un fuerte efecto en la salud y productividad de la próxima generación.

- *Cohesión social.* Además de mejorar el bienestar y la productividad de la mujer, esta inversión también implica beneficios para las familias, las comunidades y la sociedad en general. Para llegar a la mujer de una manera efectiva, los sistemas de salud deben tener en cuenta los factores biológicos, culturales, socioeconómicos (como la edad al momento del matrimonio) y psicológicos (como la depresión provocada por la violencia) que incrementan los riesgos de salud.

Mejor educación para la mujer. Lo mismo sucede con la educación: el desempeño educativo de la mujer es inadecuado a pesar de que se ha realizado una mayor inversión y

se ha logrado algún progreso. La expansión de la educación no ha llegado a todos los miembros de la sociedad por igual y en muchos casos el tipo de instrucción que se ofrece no es apropiado para la mujer. Además, la calidad de la educación es más baja de lo que se espera.

· *Equidad.* En este momento muchas mujeres están excluidas del servicio de educación. La educación de las niñas es la mejor esperanza para romper el ciclo de dificultades del género femenino. Más aún, la instrucción es una de las principales formas de equilibrar las oportunidades en la vida adulta: permite a la gente tomar su destino en sus propias manos. La educación proporciona a la mujer la capacidad de diseñar su propio futuro. Además, la escolaridad conlleva menores tasas de mortalidad infantil y materna y tasas de fertilidad más bajas.

· *Desarrollo económico.* La educación es un medio para capacitar y asignar la fuerza laboral futura; la mujer, a medida que adquiere conocimientos, desarrollará habilidades y confianza en sí misma, lo que le permitirá obtener un empleo. Además, la educación de las niñas tiene un efecto importante en todas las dimensiones del desarrollo: mayores logros educativos en sus hijos; mayor productividad; y mejor manejo ambiental. Todo esto en conjunto puede significar un crecimiento económico más rápido, e igualmente importante, una distribución más amplia de los frutos de ese crecimiento.

· *Cohesión social.* La educación de las niñas abre las puertas de las oportunidades políticas y económicas a las generaciones futuras. Cuando las escuelas abren más sus puertas para recibir niñas y mujeres, al igual que a niños y hombres, los beneficios se multiplican. La mujer educada puede ejercer un impacto en el desarrollo y el bienestar de sus sociedades todavía mayor que el que pueden ejercer los hombres, gracias a su papel en el mercado, en la comunidad y en el hogar. Además, la educación forma capital humano y genera condiciones propicias para la estabilidad social; la mujer educada tiende a ser una participante más activa y más efectiva en los gobiernos locales, particularmente en temas relacionados con los servicios sociales.

Integración de las políticas. Es imperativo integrar las dos políticas: en el largo plazo, un esfuerzo más amplio (particularmente en más educación para la mujer) ayudará a disminuir los problemas de salud de la mujer y la sociedad en general saldrá beneficiada. Por ejemplo, la educación disminuye el riesgo que representan los problemas relacionados con el alumbramiento tanto para las madres como para los bebés. Invertir en salud y educación en la mujer es una de las inversiones más costo-efectivas disponibles para los países en desarrollo: la redistribución del gasto público a través de intervenciones costo-efectivas mejorará la eficiencia de la asignación.

BIBLIOGRAFÍA

- Adler, J.M., 1987. Moral Development and the personal Point of View, en “Kittay, E., Meyers, D. (1987), Women and Moral Theory, Rowman y Littlefield, Savage (Md.)”.
- Allen, A. 1988. Uneasy Access: Privacy for Women in a Free Society, Rowman y Allanheld, Totowa (N.J.).
- Baier, A. 1987. Hume, the Women’s Moral Theorist?, en “Kittay, E., D. Meyers (1987), Women and Moral Theory, Rowman y Littlefield, Savage, (Md.)”.
- Banco Interamericano de Desarrollo, Progreso Económico y Social en América Latina (IPES), varios números, Washington, D.C., BID, 1992-96.
- Banco Interamericano de Desarrollo. Base de Datos Económicos y Sociales (ESDB) Washington, D.C.: BID, enero de 1998.
- Banco Mundial, 1995. Fomentando el Desarrollo Social. Washington, D.C.
- Becker, Gary S., 1993. Nobel Lecture: “The Economic Way of Looking at Behavior”, Journal of Political Economy 101 (3), junio, pgs. 385-409.
- _____. 1995. “Human Capital and Poverty Alleviation” HRO Working Paper Number 52. World Bank, Human Resource and Operation Policy, Washington, D.C.
- Coale, Ansley J., y Paul G. Demeny. 1983. Regional Model Life Tables and Stable Populations. 2ª Edición, Nueva York, Academic Press.
- Cohn, Elchanan, 1979. The Economics of Education. Cambridge, Mass.: Ballinger Publishing Company.
- Coleman, J. 1990. Equality and Achievement in Education. Boulder: Westview Press.
- Das Gupta, Monica. 1987. “Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India.” Population and Development Review 13:1 (marzo): 77-100.
- Deininger, Klaus y Squire, Lyn. “Measures Income Inequality: A New Database”. World Bank Economic Review. Septiembre 1996.
- Ettling, M.B., K. Thimasarn, S. Krachaiklin y P. Bualombai. 1989. Evaluation of Malaria Clinics in Maesot, Thailand: Use of Serology to Asses Coverage. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 83:325-30.
- Gertler, Paul y Jacques van der Gaag. 1990. The Willingness to Pay for Medical Care: Evidence from Two Developing Countries. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Glenn, Charles L. 1995. Educational Freedom in Easter Europe. Washington: CATO Institute.
- Herz, Barbara y Anthony R. Measham. 1987. The Safe Motherhood Initiative: Proposals for Action. Discussion Paper 9. Washington, D.C.: World Bank.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo de 1991, (www.ibge.gov.br).
- International Fund for Agricultural Development (IFAD). 1992. The State of World Rural Poverty: An Inquiry into Its Causes and Consequences. Nueva York: New York University Press.

- Keyfitz, Nathan y Wilhelm Flieger. 1990. *World Population Growth and Aging: Demographic Trends in the Late Twentieth Century*. Chicago: University of Chicago Press.
- Khan, Atiqur Rahman, Farida Akter Jahan y S. Firoza Begum. 1986. *Maternal Mortality in Rural Bangladesh: The Jamalpur District*". *Studies in Family Planning* 17 (1): 7-12.
- Kittay, E., Meyers, D. (1987). *Women Moral Theory*, Rowman y Littlefield, Savage (Md.).
- Lockheed, Marlaine E., y Emmanuel Jimenez. 1994. "Public and Private Secondary Schools in Developing Countries". HRO Working Paper 43. World Bank, Human Resources and Operations Policy, Washington, D.C.
- Lopez, Alan D. 1993. *Causes of Death in Industrial and Developing Countries: Estimates for 1985-90*". En Dean T. Jamison, W. Henry Mosley, Anthony R. Measham y José Luis Bobadilla, Eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ministério de Educação e do Desporto, Brasília, 1997. *Evolução da Educação Básica no Brasil, 1991-1997*.
- Mwabu, Germano, Martha Ainsworth y Andrew Nyamete, 1993. "Quality of Medical Care and Choice of Medical Treatment in Kenya: An Empirical Analysis". Technical Working Paper 9. World Bank, Africa Technical Department, Human Resources and Poverty Division, Washington, D.C.
- OMS (Organización Mundial de la Salud. 1986. *Young People's Health: A Challenge for society*. Ginebra.
- _____. 1991. *Maternal Mortality: A Global Fact Book*. Ginebra.
- _____. 1992a. *Global Programme on Aids: 1991 Progress Report*. Ginebra.
- _____. 1992b. *Women's Health: Across Age and Frontier*. Ginebra.
- _____. 1993. "13 Million HIV Positive Women by 2000". Press Release. WHO/69, 7 de septiembre, Ginebra.
-
- PAHO (Pan-American Health Organization). 1993. *Gender, Women and Health in the Americas*. Scientific Publication No. 541. Washington, D.C.: PAHO/WHO.
- Parkin, D.M., E. Laara y C. S. Muir. 1988. *Estimates of the Worldwide Frequency of Sixteen Major Cancers in 1980*". *International Journal of Cancer* 41 (2): 184-97.
- Perotti, Roberto, "Growth, Income Distribution and Democracy: What that Data Say". *Journal of Economic Growth*, junio de 1996.
- PNUD, Data 1997.
- Population Reference Bureau. 1998. *Population Action International, Data 1998*.
- _____. 1992. *Adolescent Women in Al sur del Saharan Africa*, Washington, D.C.
- Psacharopoulos, G. Y H. A. Patrinos, eds. 1993. *Indigenous People and Poverty in Latin America: an Empirical Analysis*. Latin America and the Caribbean Technical Department. Regional Studies Program, Report No. 30. Washington, D.C.: The World Bank.
- _____. *The Profitability of Investment in Education: Concepts and Methods*, HCO Working Papers, The World Bank, Diciembre de 1995.
- *Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil, 1996*; PNUD/IPEA, 1996.

- Sandefur, G.D. and A. Pahari. 1989. "Racial and Ethnic Inequality in Earnings and Educational Attainment". *Social Service Review* 63: 199-221
- Sen, Amartya (con aportes de John Muellbauer, Ravi Kanbur, Keith Hart, y Bernard Williams), 1987. *The Standard of Living*, Editado por Geoffrey Hawthorn, Cambridge University Press, Cambridge.
- _____. 1988. *The Concept of Development*, Handbook of Development Economics, Volumen I, Capítulo I, Handbooks in Economics, (Hollis Chenery, T.N. Srinivasan, Editores) Norte de Holanda, Amsterdam, Países Bajos.
- The World Bank. 1986. *Financing Education in Developing Countries*. Washington, D.C.: The World Bank.
- _____. 1992. *World Development Report 1992: Development and the Environment*. Nueva York: Oxford University Press.
- _____. 1993a. Elizabeth M. King and Ann M. Hill, editores; *Women's Education in Developing Countries: Barriers, Benefits and Policies*. University Press Books, The John Hopkins University Press.
- _____. 1993b. *Effective Family Planning Programs*. Washington D.C.
- _____. 1993c. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Nueva York: Oxford University Press.
- _____. 1994a. *Enhancing Women's Participation in Economic Development*. A World Bank Policy Paper. Washington D.C.
- _____. 1994b. *A New Agenda for Women's Health and Nutrition, Development in Practice*, Washington, D.C.
- _____. 1995a. *Fighting Poverty: The Role of Government and the Private Sector*. Draft for Human Resources and Operations Policy.
- _____. 1995b. *Priorities and Strategies for Education*. Education Sector Review, Washington, D.C.
- _____. 1996. *The World Bank's Participation Sourcebook*. Washington, D.C.
- _____. 1997a. *Economic Indicators 1997*.
- _____. 1997b. *Social Indicators of Development, 1997*. Washington, D.C.: The World Bank.
- _____. Varias ediciones, 1990-1997, *World Economic Report*. Washington, D.C.: The World Bank.
- _____. "Indigenous People and Poverty in Latin America: An Empirical Analysis2. (RP0677-68), Technical Department, Latin America and the Caribbean Region, The World Bank.
- UN (United Nations), Department of International Economic and Social Affairs, 1991. *The World's Women, 1970-1990: Trends and Statistics*. Nueva York.
- _____. Department of International Economic and Social Affairs, 1993. *World Population Prospects: The 1992 Revision*. ST/ESA/SER.A/135. Nueva York.
- UNESCO, Data 1997.
- USAID (United States Agency for International Development). 1991. *HIV Infection and AIDS: A report to Congress on the USAID Program for Prevention and Control of HIV Infection*. Washington, D.C.
- Van Der Gaag, Jacques, *Private and public initiatives: Working together for health and education*. The world Bank, 1995.

- Vlassof, Carol, and Elssy Bonilla. 1992. Gender Differences in the Determinants and Consequences of Tropical Diseases: What Do We Know? World Health Organization, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, Ginebra.

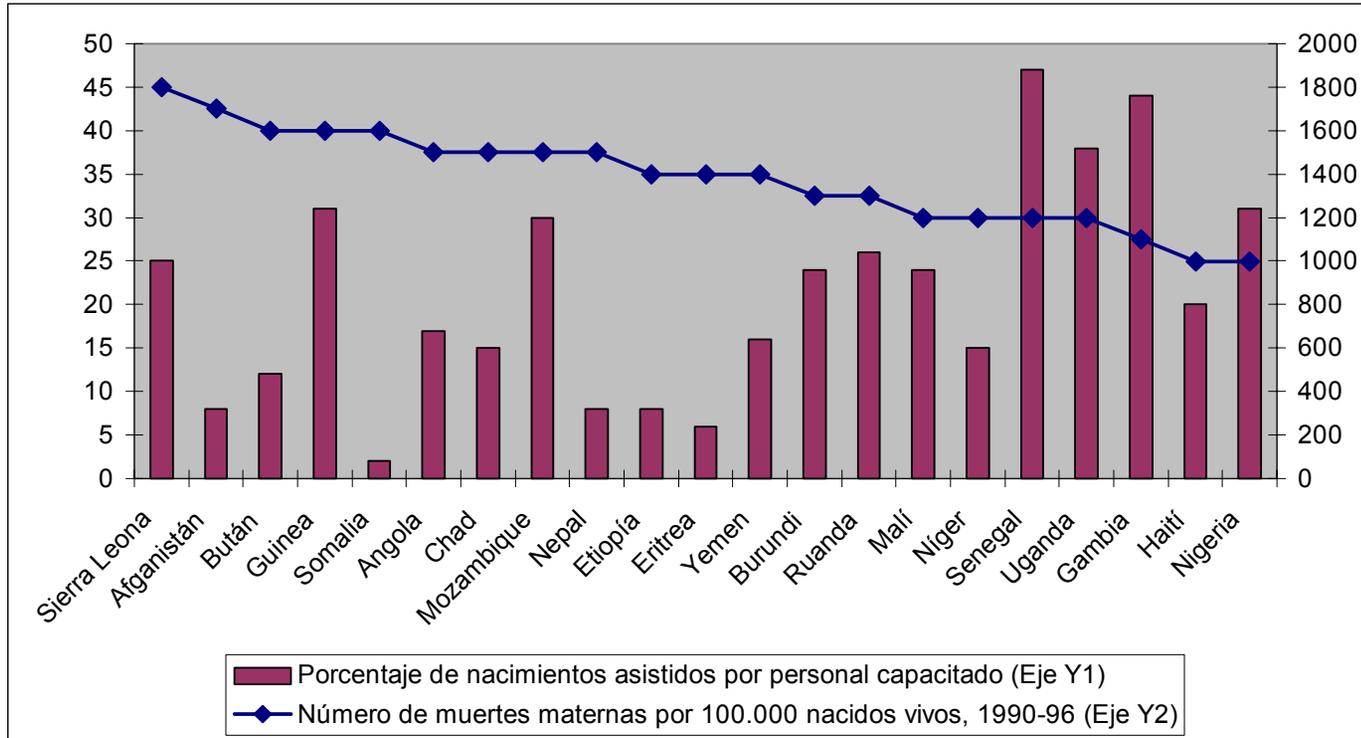
BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- Ackerman, Bruce, Social Justice in the Liberal State, Yale University Press, New Haven 1980.
- Adelman, I. (1975). Development economics – a reassessment of goals, American Economic Review, Papers and Proceedings, 65.
- Adler, J.M. The Idea of Freedom. A Dialectical Examination of the Conceptions of Freedom. Nueva York, 1958.
- Alexander, L., Shwarzschild, M. (1987). Liberalism, Neutrality and Equality of Welfare vs. Equality of Resources, en “Philosophy and Public Affairs”. 16/1, pp. 85-110.
- Arneson, R (1981). What’s Wrong with Exploitation?, en “Ethics”, 9/12, pp. 202-227.
- _____. 1989. Equality and Equal Opportunity for Welfare, en “Philosophical Studies”, 56, pp. 77-93.
- Arrow, Kenneth Joseph, Social Choice and Individual Values, Wiley, Nueva York, 1963.
- Baier, A. (1987). The Need for More than Justice, en “Canadian Journal of Philosophy”, volumen suplementario 13, pp. 14-56.
- Bay, Ch., The structure of freedom, Standford, 1958.
- Berlin, Isaiah, Four Essays on Liberty, Oxford University Press, Oxford, 1969.
- Blinder A.S. (1987), Hard Heads, Soft Hearys, Tough-Minded Economics for a Just Society. Readings, Ma., Addison, Weasly.
- Bobbio, Norberto, Della libertà dei moderni comparata a quella dei posteri, en Politica e cultura, Torino. 1995, pp. 160-194.
- _____. Liberalismo e democrazia. Milano, 1984.
- _____. Eguaglianza e libertà, Einaudi contemporanea, Torino, 1995.
- _____. Il futuro della democrazia, Einaudi, Torino, 1984.
- Buchanan, James M., Freedom in Constitutional Contract, Texas A & M University Press, College Station and London 1977.
- Croce, Benedetto, Principio, ideale e teoria: a proposito della teoria filosofica della libertà, en Il carattere della filosofia moderna, Bari, 1941, pp. 104-124.
- Dahrendorf, R., Fragmente einen neues Liberalismus, Stuggart, 1987.
- _____. Lebenchancen. Anlaufe zur sozialen und politishen Theorie, Frankfurt am Mein, 1979.
- De Sebastián, Luis, 1996. La Solidaridad. Guardián de mi hermano. Ariel, Barcelona.
- _____. 1992. Mundo rico, mundo pobre. Pobreza y solidaridad en el mundo de hoy, Sal Terrae, Santander.
- Dworkin, Ronald, 1978. Liberalism, en S. Hampshire (Editor), Public and Private Morality, Cambridge University Press, Cambridge.

- _____. 1981. What is Equality? I Parte: Equality of Welfare; II Parte: Equality of Resources, en "Philosophy and Public Affairs", 10/3-4, pp. 185-246, 283-345.
- _____. 1983. In Defense of Equality, en "Social Philosophy and Policy", 1/1, pp. 24-40.
- _____. 1987. What is Equality? III Parte: The Place of Liberty, en "Iowa Law Review", 73/1, pp. 1-54.
- _____. 1988. What is Equality? IV Parte: Political Equity, en "University of San Francisco Law Review" 22/1, pp. 1-30.
- _____. A Matter of Principle, Harvard University Press, Cambridge (Mass.). 1977.
- Elster, Jon, Local Justice. How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens. Russel Sage Foundation, Nueva York, 1992.
- _____. Ulysses and the Sirens. Study in Rationality and Irrationality. Maison des Sciences de l'Homme and Cambridge University Press, Cambridge, 1979.
- Frankena, William K., Ethics, Prentice Hall, Englewood Cliffs (N.J.) 1963.
- Friedrich, C.J., (Editor), "Nomos" IV Yearbook of the American Society for Political and Legal Philosophy: Liberty, Nueva York, 1962.
- Fromm, E., Escape from freedom, Nueva York, 1959.
- Gillis, Perkins, Roemer, Snodgrass, Economics of Development, Norton & Company, Nueva York, 1992.
- Graaff, J. de V., Theoretical Welfare Economics, Londres, Cambridge University Press, 1957.
- Hare, Richard M., Essays in Ethical Theory, University of California Press, Berkeley 1972, Clarendon Press, Oxford 1989.
- _____. Moral Thinking, Oxford University Press, Nueva York, 1981.
- Hayek, Friedrich A. Von. (1945). The use of knowledge in society. American Economic Review 35. 519-553. Reprinted in F. Von Hayek, Individualism and Economic Order. Chicago: University of Chicago Press, 1949, 77-92.
- _____. Law, Legislation and Liberty, Routledge, Londres, 1982.
- Heller, Agnes. Beyond Justice, Basil Blackwell. Oxford y Nueva York, 1987.
- Nozick, Robert. Anarchy, State of utopia, Basic Books, Nueva York, 1974.
- _____. Philosophical Explanations, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) 1981.
- Okun, Arthur M. Equality and Efficiency, the Big Tradeoff, The Bookings Institutions, Washington D.C., 1975.
- Rawls, John. A Theory of Justice. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1971.
- Sen, A.K. (1980). Equality of What?, en S. McMurrin (1980).

ANEXO

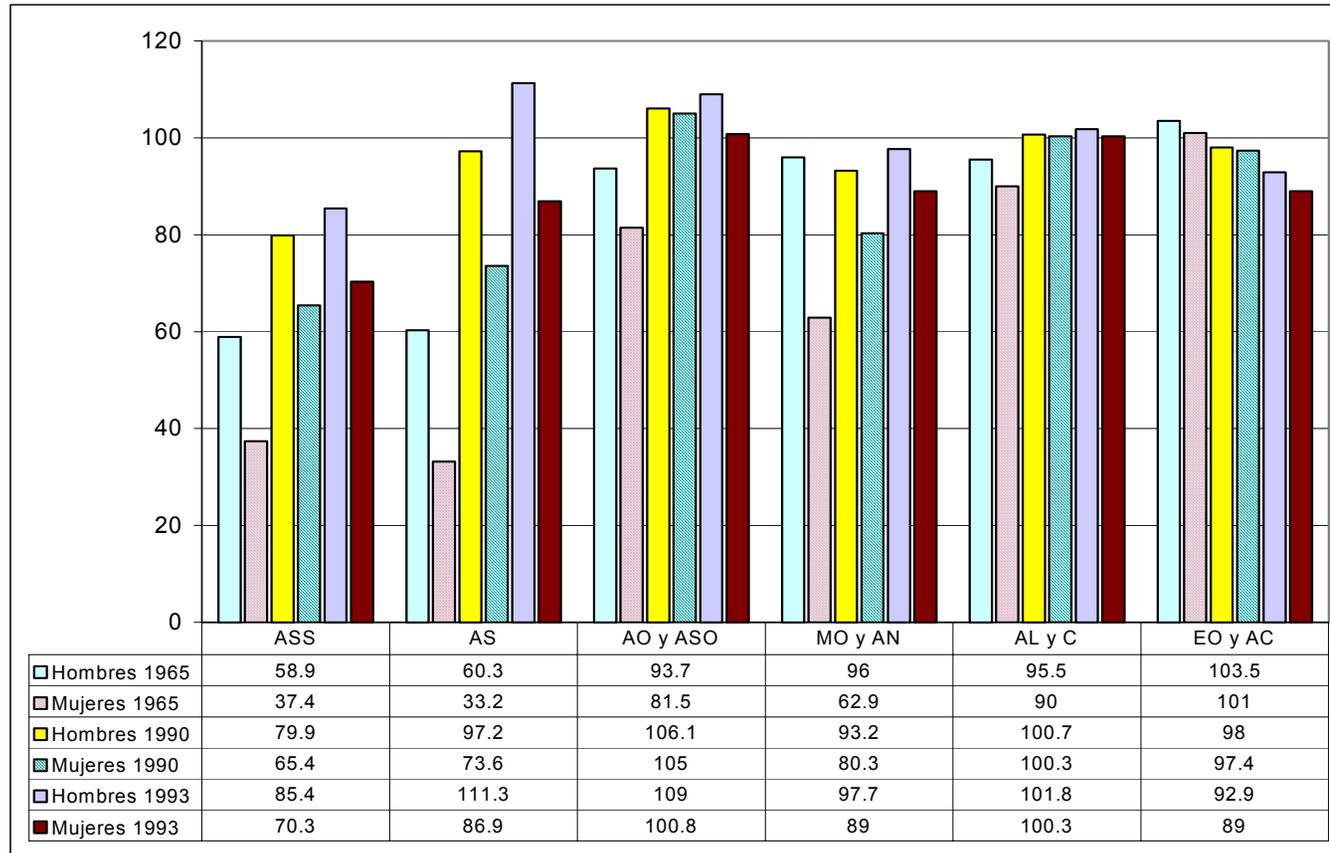
**Gráfico 1. Naciones que presentan la proporción más alta de mortalidad materna
(en orden descendente y nacimientos atendidos por personal capacitado)**



Nota de referencia: las proporciones de mortalidad materna en los países industrializados oscilan entre 3 y 11 por 100.000 nacidos vivos y la tasa de profesionales que asisten los nacimientos se aproxima al 100%.

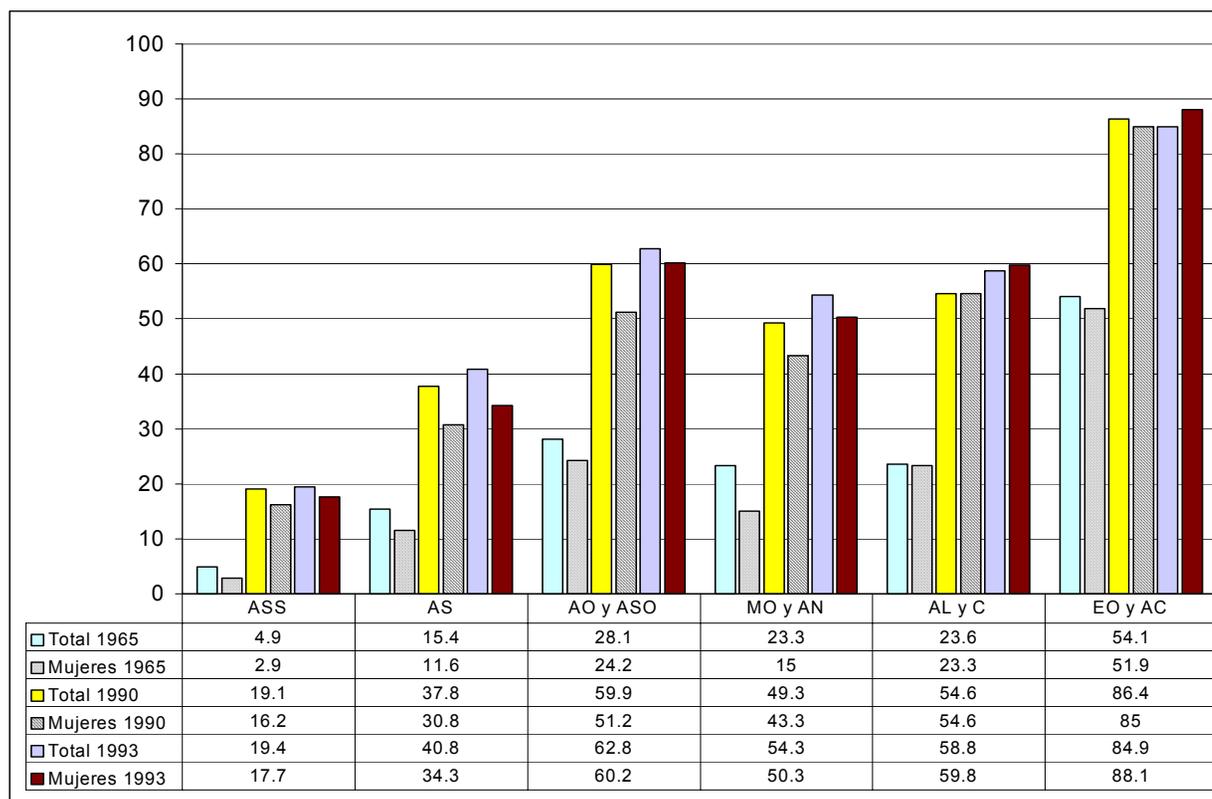
Fuente: Population Reference Bureau, 1998.

Gráfico 2. Primaria, promedio de la proporción de matriculación bruta (% de población escolar)



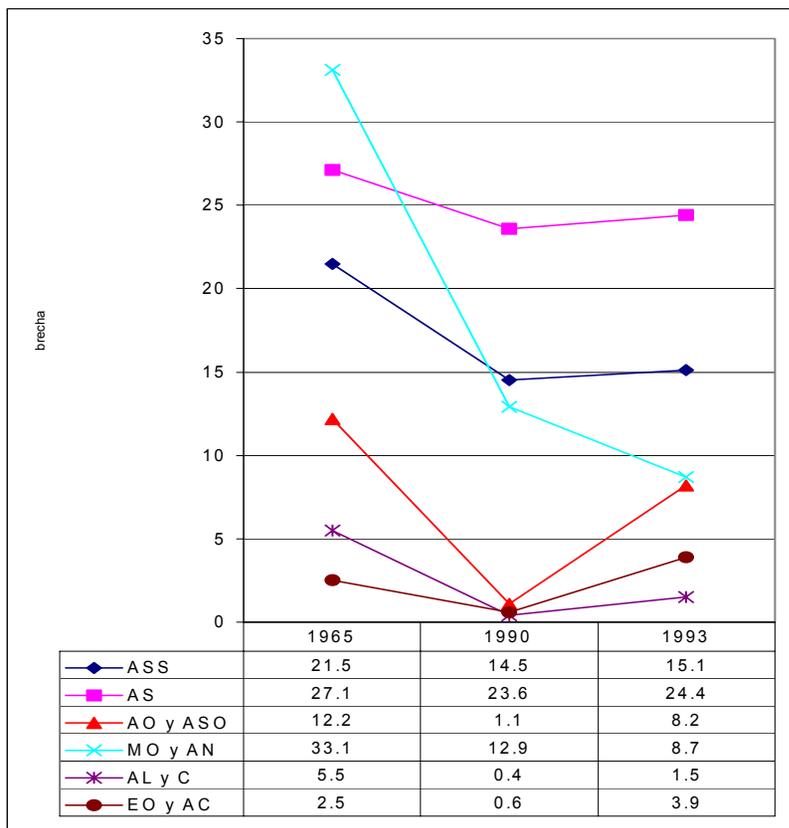
Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales del Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Promedios ponderados por país. Muestra seleccionada, países por región geográfica. Siglas: ASS, Africa al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central. **Nota:** Los datos de Hombres 1993 corresponden a 1992.

Gráfico 3. Secundaria, promedio de la proporción de matriculación bruta (% de población escolar)



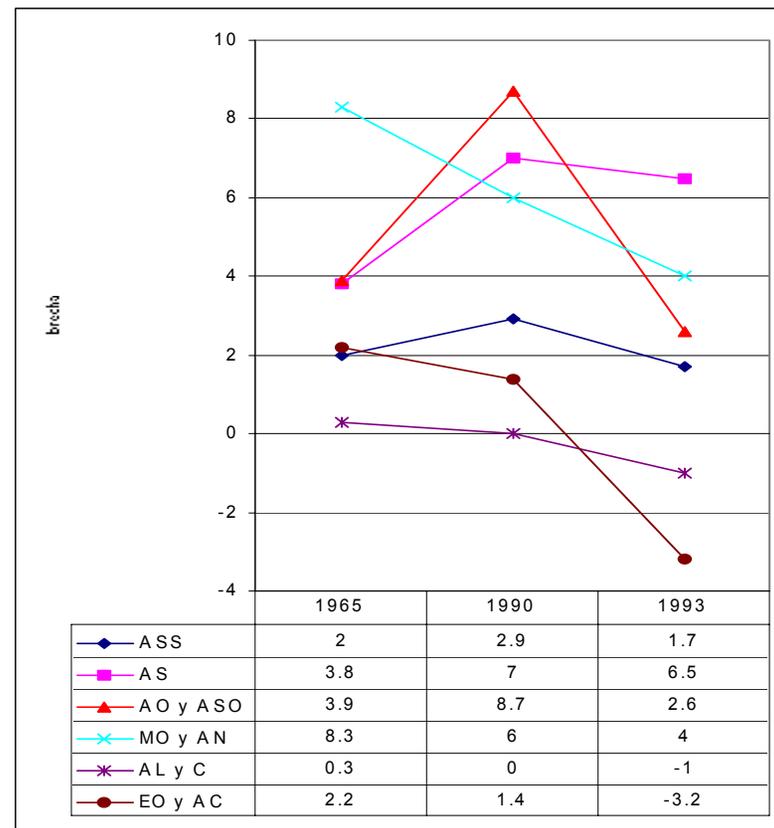
Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales del Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Promedios ponderados por país. Muestra seleccionada, países por región geográfica. Siglas: ASS, Africa al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central. **Nota:** El total 1993 y Mujeres 1993 corresponden a datos de 1992.

Gráfico 4. Brecha femenina en primaria, promedio de la proporción de matriculación bruta (% de población escolar)



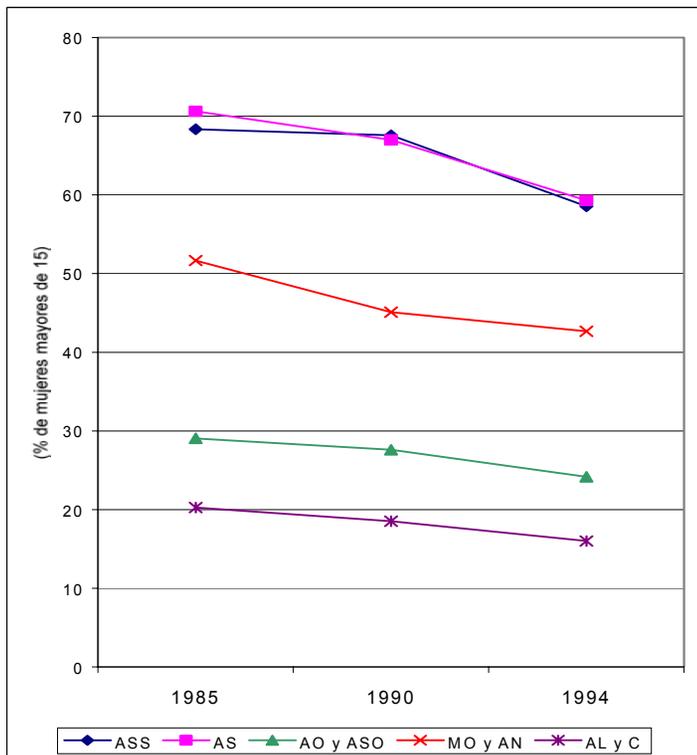
Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales del Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Promedios ponderados por país. Muestra seleccionada, países por región geográfica. Siglas: ASS, Africa al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central. **Nota:** El dato Hombres 1993 para EOAC corresponde a 1992.

Gráfico 4. Brecha femenina en secundaria, promedio de la proporción de matriculación bruta (% de población escolar)



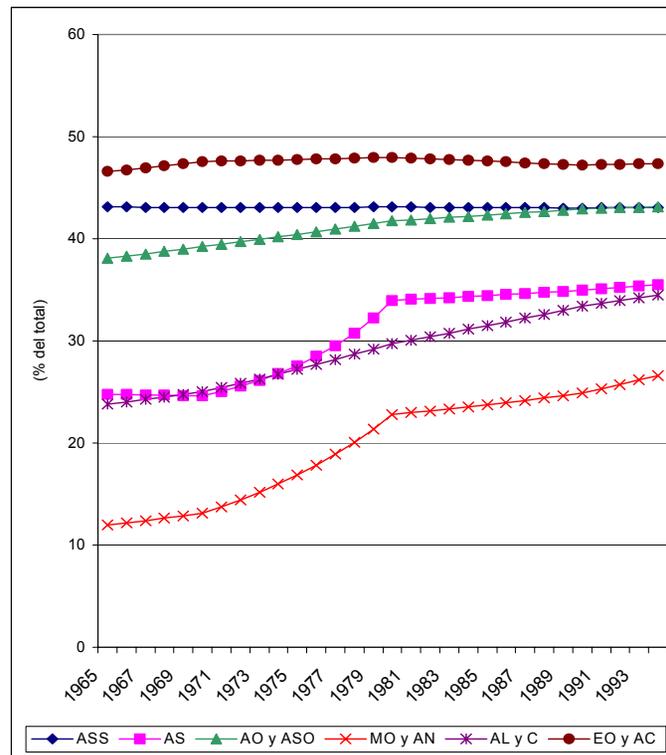
Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales del Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Promedios ponderados por país. Muestra seleccionada, países por región geográfica. Siglas: ASS, Africa al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central. **Nota:** El dato Total 1993 para ALC corresponde a 1992.

**Gráfico5. Tasa de alfabetismo femenino
(% de mujeres mayores de 15)**



Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales del Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Promedios ponderados por país. Muestra seleccionada, países por región geográfica. Siglas: ASS, Africa al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe.

**Gráfico 5. Fuerza laboral femenina
(% del total)**



Fuente: Cálculos del autor con base en los Indicadores Sociales del Desarrollo del Banco Mundial, 1997. Promedios ponderados por país. Muestra seleccionada, países por región geográfica. Siglas: ASS, Africa al sur del Sahara; AS, Asia del Sur; AOASO, Asia Oriental y Suroriental; MOAN, Medio Oriente y Africa del Norte; ALC, América Latina y el Caribe; EOAC, Europa Oriental y Asia Central.