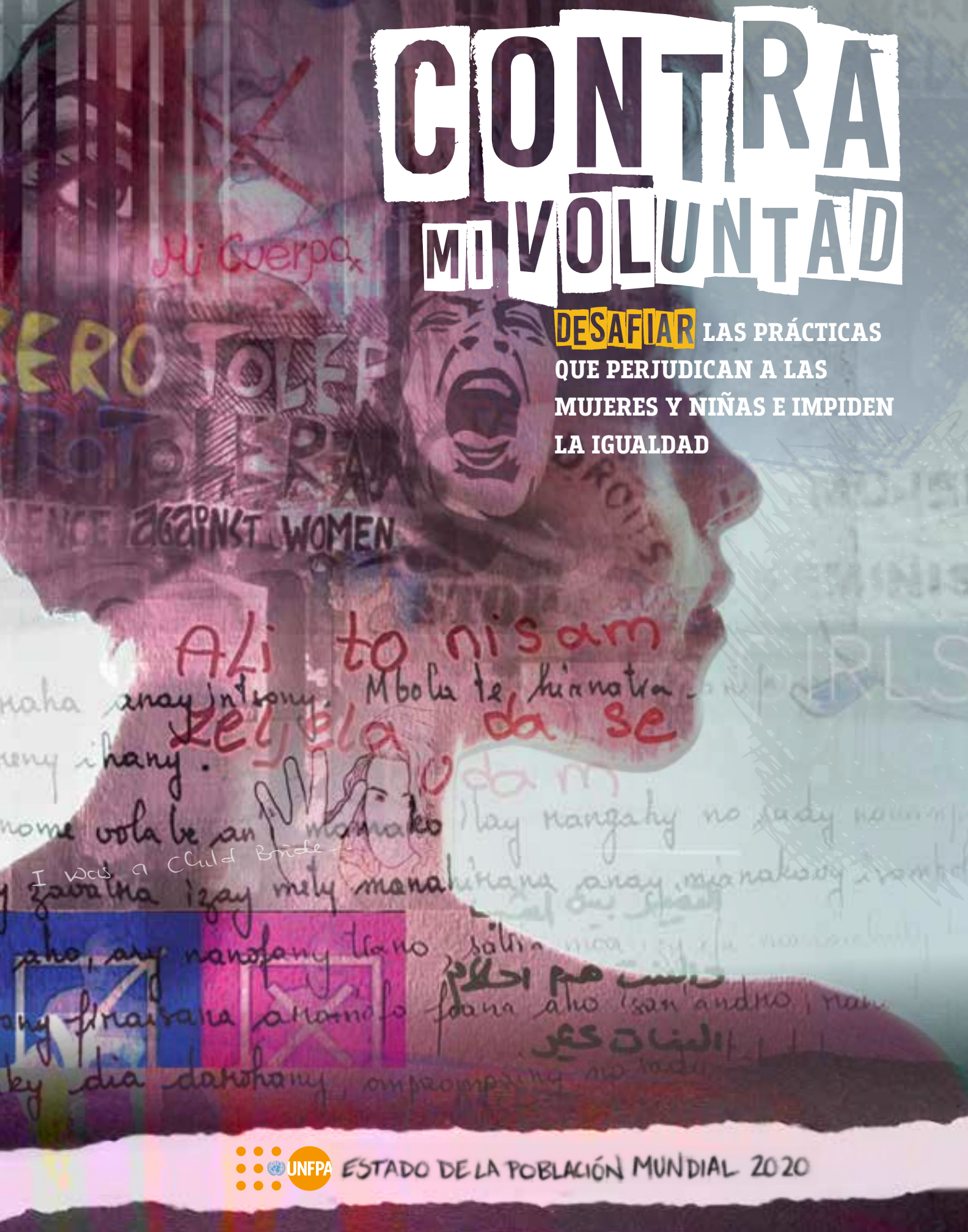


CONTRA MI VOLUNTAD

DESAFIAR LAS PRÁCTICAS
QUE PERJUDICAN A LAS
MUJERES Y NIÑAS E IMPIDEN
LA IGUALDAD



Estado de la Población Mundial 2020

El presente informe ha sido elaborado bajo los auspicios de la División de Comunicaciones y Alianzas Estratégicas del UNFPA.

REDACTOR JEFE

Arthur Erken, Director, División de Comunicaciones y Alianzas Estratégicas

EQUIPO EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge

Redactora: Rebecca Zerzan

Editora adjunta: Katie Madonia

Directora de la edición digital: Katie Madonia

Asesor de la edición digital: Hanno Ranck

Diseño y producción de la edición impresa y el sitio web interactivo: Prographics, Inc.

ASESORA EN INVESTIGACIÓN Y AUTORA

Gita Sen

ASESORES TÉCNICOS DEL UNFPA

Satvika Chalasani

Nafissatou Diop

Mengjia Liang

Kathrin Weny

INVESTIGADORES Y AUTORES

Daniel Baker

Stephanie Baric

Christophe Z. Guilmoto

Gretchen Luchsinger

Kathleen Mogelgaard

Bruce Rasmussen

Mindy Roseman

ILUSTRACIONES Y COMPOSICIONES

Diseño de portada y composiciones de las páginas 8, 14, 40, 64, 94 y 115 por cortesía de Tina Larson. Estas composiciones incluyen ilustraciones y fotografías de: Cynthia Oningoi (Kenya); Daniel Quesada-Rebolledo, Horizontes de Amistad; Dashni Murad, artista y activista (Iraq); Elizabeta, de 15 años (Bosnia y Herzegovina); Fatma Mahmoud Salama Raslan (Egipto); Lightfield Studios; Sandra Al Moussa, Y-Peer Siria; Sufian Abdul-Mouty, UNFPA Sudán; Plan International; Maia Bobo, organización de derechos de las mujeres y asociada de TackleAfrica (Burkina Faso).

Logotipo y rotulación del eslogan por cortesía de Joe Nasatka.

Ilustraciones originales de las páginas 24, 58, 88, 104, 117, 126 y 128 por cortesía de la artista egipcia Fatma Mahmoud Salama Raslan.

AGRADECIMIENTOS

El UNFPA agradece a las personas siguientes por compartir con nosotros algunos aspectos de su vida de cara a la elaboración de este informe:

Janoghlan Ilyasov (Azerbaián); Arelis Cortés (Colombia); Randa Diaa, Dra. Hania Sholkamy (Egipto); Abebech Kabla, Boge Porre (Etiopía); Jasbeer Kaur, Mandeep Kaur, Pardeep Kaur, Sandeep Kaur (India); Suci Maesaroh (Indonesia); Youngsook Cho, Dr. Eun Ha Chang, Kyung-Jin Oh (República de Corea); Rhobi Samwelly (Tanzania); Angeli Gajadhar, Brenda Gopeesingh, Dra. Gabrielle Hosein, Dr. Peter Douglas Weller, Kevin Liverpool, Marcus Kisson (Trinidad y Tabago); Sherry Johnson, Donna Pollard, Sara Tasneem (Estados Unidos de América).

Las personas a continuación —compañeros del UNFPA y otros colaboradores de todo el mundo— brindaron orientación técnica o contribuyeron a la preparación de artículos y demás contenidos: Kamran Aliyev, Liliana Arias, Esther Bayliss, Nilanjana Bose, Shobana Boyle, May El Sallab, Ingrid Fitzgerald, Rose Marie Gad, Abraham Gelew, Celeste Hibbert, Sina Jones, Diego Muñoz, Meron Negash, Lucky Putra, Dalia Rabie, Aurora Noguera-Ramkissoon, Samidjo, Casey Swegman, Jeanne Smoot y Bright Warren.

El UNFPA también expresa su agradecimiento a las mujeres y niñas de todo el planeta que, en calidad de supervivientes de prácticas nocivas, aportaron sus ideas y dibujos, con los que nos hicieron partícipes de sus vivencias y opiniones al respecto. Estas contribuciones aparecen a lo largo del informe.

Los editores agradecen a la Subdivisión de Población y Desarrollo del UNFPA los datos regionales agregados que aparecen en la sección dedicada a los indicadores en este informe. La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud facilitaron los datos de origen para los indicadores contenidos en el informe.

MAPAS Y DESIGNACIONES

Las designaciones utilizadas y la presentación de material en los mapas de este informe no entrañan la expresión por parte del UNFPA de ningún tipo de opinión con respecto a la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona ni de sus autoridades, ni con respecto a la delimitación de sus fronteras. Una línea punteada marca aproximadamente la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes no han acordado todavía la situación definitiva de Jammu y Cachemira.

© UNFPA 2020

UNFPA

ASEGURANDO DERECHOS Y OPCIONES PARA TODOS



ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2020

CONTRA MI VOLUNTAD

DESAFIAR LAS PRÁCTICAS
QUE PERJUDICAN A LAS
MUJERES Y NIÑAS E IMPIDEN
LA IGUALDAD

Si bien puede
haber grandes
DIFERENCIAS
entre ellas, **TODAS**
son **VIOLACIONES** de
los **DERECHOS** de las
niñas y las mujeres.

ÍNDICE

OBLIGADA, REPUDIADA, MUTILADA

Las prácticas nocivas: una crisis silenciosa y endémica

PÁGINA 6

NEGADOS, INVALIDADOS, VULNERADOS

Sufrimiento y derechos humanos

PÁGINA 14

DESDEÑADA, DESAMPARADA, ANULADA

La preferencia por los hijos varones atenta contra múltiples derechos

PÁGINA 40

MUTILADAS, RASPADAS, SUTURADAS

La mutilación genital femenina: violencia de género con la aprobación de la sociedad

PÁGINA 64

COMPROMETIDAS, ENTREGADAS, COMERCIALIZADAS, VENDIDAS

El matrimonio infantil socava 33.000 vidas cada día

PÁGINA 94

DESAFIANTES

Acciones para un mundo libre de daño

PÁGINA 114

TOMAR MEDIDAS PARA PONER FIN al SUFRIMIENTO

Día tras día, a decenas de miles de niñas se les arrebató la salud, los derechos y su futuro. Algunas son víctimas de la mutilación genital femenina. A algunas las obligan a contraer “matrimonio” en su infancia, y otras sufren desamparo y pasan hambre solo por su condición femenina.

Es posible que, en muchos casos, los progenitores que someten a sus hijas a prácticas nocivas tengan buenas intenciones. Se equivocan al asumir que, en las comunidades en las que la mutilación genital femenina es una costumbre generalizada, se trata de algo inevitable para lograr la aceptación de los demás. Tienen la idea errónea de que casar a una menor servirá para asegurar su porvenir. Algunos no están al tanto de los riesgos para la salud física y mental que esto entraña.

Sin embargo, las buenas intenciones no son de mucha ayuda para la niña que tiene que abandonar sus estudios y separarse de sus amigos porque van a casarla a la fuerza, o para la niña que va a padecer problemas de salud de por vida debido

a la mutilación que se le practicó como parte de un rito iniciático pernicioso.

En 1994, durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), los gobiernos de todo el mundo propugnaron el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y reivindicaron con firmeza la erradicación de las prácticas nocivas. Al año siguiente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, los gobiernos reiteraron que dichas prácticas han de cesar.

Se ha conseguido reducir la persistencia de ciertos hábitos dañinos; sin embargo, debido al crecimiento demográfico, la realidad es que la cifra de niñas damnificadas ha aumentado. Está claro que las promesas y las resoluciones no han bastado para acabar con las prácticas nocivas de una vez por todas. Lo que necesitamos ahora es que haya un auténtico cambio y resultados tangibles.

El año pasado, en la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, los representantes de los gobiernos, las organizaciones comunitarias, los organismos de desarrollo y el sector privado fueron más allá de las promesas y las resoluciones, comprometiéndose a cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, atajar la mortalidad materna evitable y erradicar la violencia por razón de género y las prácticas nocivas.

Este año marca el comienzo de una “década de acción” encaminada a alcanzar para 2030 los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que abarcan en su meta 5.3 la eliminación de este tipo de prácticas. Si queremos conseguir nuestro propósito y proteger la integridad física de millones de mujeres y niñas en peligro, ha llegado el momento de poner todavía más empeño. Es imperativo que avancemos con más celeridad.

Los gobiernos han de cumplir con su deber de salvaguardar a las mujeres y las niñas. Los tratados de derechos humanos como la Convención sobre los Derechos del Niño guían a las autoridades para que adopten “todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”.

Suprimirlas por completo puede resultar difícil, pero no me cabe duda de que es factible. Al fin y al cabo, algunas de ellas han sobrevivido al paso de los siglos. Aun así, las cosas deben cambiar, y cambiarán. Para transformar la mentalidad y las normas sociales, el primer paso es informar a los progenitores acerca de las consecuencias que acarrearán para sus hijas estas prácticas nocivas y sobre las ventajas para las familias y las comunidades que se derivan de que las niñas estén sanas, se fomente su autonomía y se respeten sus derechos. Tenemos claro que las actuaciones que equiparan la situación de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños en todos los ámbitos de la vida contribuyen a modificar tradiciones perjudiciales muy arraigadas. Somos conscientes de que dismantelar los sistemas de propiedad y herencia por vía paterna puede ser también de ayuda a la hora

de disolver la institución del matrimonio infantil. Sabemos lo que da resultado.

Además, ahora sabemos a cuánto ascendería el costo de poner fin a la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, las dos prácticas nocivas más habituales: 3.400 millones de dólares de los Estados Unidos al año, como promedio, entre 2020 y 2030. Un dinero bien empleado para acabar con el sufrimiento de unos 84 millones de niñas.

Contamos con los conocimientos necesarios, el respaldo de los acuerdos internacionales en materia de derechos humanos y el aliento de los nuevos compromisos que han asumido los gobiernos y la sociedad civil. Esto nos faculta para hacer frente a las fuerzas que perpetúan el dolor y crear un mundo en el que todas y cada una de las mujeres y las niñas tengan la libertad de escribir su propio destino.

Desde principios de 2020, el mundo afronta una pandemia inaudita. El coronavirus, que se extiende por todo el planeta, está causando estragos sociales y económicos y cobrándose muchas vidas. En estos momentos difíciles, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) no va a dejar de defender la salud y los derechos de las niñas y las mujeres en los países y comunidades en los que desarrollamos nuestra labor.

Dra. Natalia Kanem

Secretaria General Adjunta y

Directora Ejecutiva

UNFPA, el organismo de las Naciones Unidas que se encarga de la salud sexual y reproductiva

OBLIGADA

REPUDIADA

MUTILADA

LAS prácticas
nocivas: una

CRISIS silenciosa

Y endémica



Es una mercancía con la que se comercia.

Es un objeto de deseo.

Es un estorbo del que librarse.

Es mano de obra gratuita.

ES una NIÑA.

Y eso quiere decir que su cuerpo, su vida y su futuro no le pertenecen, a pesar de los derechos humanos que le son inherentes.

En el mundo en que vivimos, muchos aspectos del poder y del libre albedrío todavía dependen del género. La mayoría de mujeres y niñas se enfrentan a algunos, si no muchos, obstáculos discriminatorios que dificultan la igualdad. Entre las muchas causas y consecuencias de la discriminación de género, las prácticas nocivas son uno de los exponentes más insidiosos.

Estas costumbres ocasionan daños graves y, con frecuencia, irreversibles, pero puede que se consideren algo normal e incluso positivo. En muchos casos, dejan la impronta del desempoderamiento y la desigualdad en el cuerpo y la mente traumatizada de una niña o una adolescente desde los primeros compases de su vida. Puede que, cuando ya sea una adulta y a lo largo de toda su vida, la priven de la posibilidad de recibir una educación, tener un parto seguro, ganarse la vida dignamente o defender sus derechos.

Los matrimonios infantiles, precoces y forzados y la mutilación genital femenina son algunos de los ejemplos más destacados de prácticas nocivas derivadas de la falta de poder de decisión y derechos de las mujeres y las niñas; a su vez, también agudizan estas carencias. Las prácticas nocivas, de las que hay numerosas variantes, están extendidas y se dan en todos los rincones del mundo, ya sean países desarrollados o en desarrollo. Ninguna nación puede proclamar que le son totalmente ajenas. Aunque es posible que algunas de estas costumbres (como el matrimonio infantil) afecten también a los niños, la inmensa mayoría de quienes las sufren, que se cuentan por cientos de millones, son mujeres y niñas.

A fin de eliminar todas las prácticas nocivas de aquí a 2030 en todos los países y comunidades —un propósito del UNFPA, el organismo de las Naciones Unidas que se encarga de la salud sexual y reproductiva, y una de las metas fundamentales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible—, será necesario que las posturas que todavía ven con buenos ojos la violencia contra las mujeres y las niñas y negarles sus derechos y su autonomía física cambien rápidamente. Asimismo, es imprescindible transformar los sistemas económicos, educativos, judiciales y sanitarios que se entrelazan con estas normas y ponen de manifiesto la discriminación de género mientras perpetúan sus secuelas.

Existen indicios de que las niñas de las nuevas generaciones, que están mejor informadas sobre sus derechos, rechazan estas prácticas nocivas de una forma sin precedentes (UNICEF, 2020). El consenso

a escala mundial para abolirlas viene de largo y, por su parte, los hombres y los niños cuestionan cada vez más la desigualdad de género y propugnan cambios que redunden en beneficio de todos (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020).

Una violación de los derechos

El alcance de estas prácticas es muy amplio. Algunas se aplican a escala nacional o regional, e incluso siguen las pautas de la migración internacional. Otras pasan desapercibidas, circunscritas a las comunidades aisladas (Banda y Atansah, 2016). El presente informe se centra en tres prácticas nocivas —la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y la preferencia por los hijos varones— que se denuncian desde hace mucho tiempo en los acuerdos internacionales en materia de derechos humanos y en las constituciones y legislaciones de los países, y que están ligadas estrechamente a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Si bien puede haber grandes diferencias entre ellas, todas son violaciones de los derechos de las niñas y las mujeres.

Tal vez se “justifiquen” estos actos con el pretexto de la tradición, la religión o la cultura. Quizás incluso se lleven a cabo con, en apariencia, buenas intenciones. Es posible que una familia crea de veras que casar a su hija muy joven servirá para asegurar su porvenir económico o que esté a salvo de agresiones sexuales. De hecho, someter a la niña a una mutilación genital puede garantizar que su comunidad la acepte cuando llegue a la edad adulta.

Sin embargo, todas las prácticas nocivas se basan en la premisa de que los derechos y el bienestar de una mujer o de una niña son menos importantes que los de los hombres y los niños. Como consecuencia de ello, las mujeres y las niñas tienen menos opciones a su disposición y es más probable que otros tomen decisiones por ellas que las dejen a merced de los hombres desde el punto de vista sexual, legal y económico.

Existen numerosos tratados internacionales en materia de derechos humanos y acuerdos de otro tipo que casi

todos los países han suscrito y que exigen que los Estados acaben con las prácticas nocivas. Por ejemplo, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer estipula la necesidad de adoptar todas las medidas oportunas para erradicar los prejuicios y prácticas que nacen de la discriminación de género. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 reconoce explícitamente que la mutilación genital femenina constituye una violación de los derechos fundamentales y que debe prohibirse allá donde se practique.

Los perpetradores de las prácticas nocivas pueden ser parientes, comunidades religiosas, proveedores de servicios de salud, empresas privadas o instituciones públicas. Con independencia de quien esté detrás de ellas, los gobiernos tienen la obligación de suprimirlas.

En muchas ocasiones, esto implica ir más allá de su mera ilegalización, aunque esto es algo imprescindible. Para lograr una verdadera igualdad de género que sea patente en el día a día de las mujeres y las niñas, es indispensable emprender una serie de acciones a fin de garantizar su seguridad y cambiar radicalmente los patrones de discriminación y las relaciones de poder desiguales que se entablan entre los hombres y las mujeres.

Una situación desigual en cuanto a avances

Algunas de las prácticas nocivas a las que se ha prestado atención de forma sistemática durante los últimos años —como el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina— están decayendo en los países en los que sucedían con mayor frecuencia. No obstante, a menos

Arte callejero de Tegucigalpa (Honduras). Foto por cortesía de Daniel Quesada-Rebolledo, Horizontes de Amistad



que la **tasa de prevalencia** se reduzca pronto y de manera considerable, el crecimiento demográfico se traducirá en un aumento sin precedentes del **número** de mujeres y niñas que tendrán que padecer estas costumbres en los próximos decenios.

A las presiones demográficas y el hecho de que no se han dado cambios bastantes se suma la situación desigual en cuanto a avances en materia de igualdad de género a escala global. A pesar de que la paridad de género a la hora de acceder a la atención sanitaria y la educación ha mejorado considerablemente,

Mural de Fidel Évora en Largo do Intendente, Lisboa, que busca crear una mayor conciencia para luchar contra la mutilación genital femenina.
©CML | DPC | José Vicente 2014

la discriminación y la marginación graves siguen resultando evidentes en el mundo entero.

En 57 países, solo el 55% de las mujeres entre 15 y 49 años casadas o en unión libre tiene el poder de tomar sus propias decisiones respecto a las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos y servicios de salud reproductiva (UNFPA, 2020). Según otro cálculo reciente, se tardará un promedio de casi 100 años en paliar la disparidad general entre los géneros a escala mundial; si hablamos de la brecha de género en lo tocante a la participación en la economía, la cifra aumenta espectacularmente: 257 años (Foro Económico Mundial, 2020). Las percepciones de la gente frenan el progreso. Un estudio que abarcaba al 80% de la población mundial concluyó que el 90% de



los hombres —y de las mujeres— tiene algún tipo de prejuicio contra las mujeres (PNUD, 2020).

En general, el telón de fondo de la discriminación de género es el aumento de las desigualdades y la agudización de la exclusión en todo el planeta. Estas disparidades —que están presentes en todas las sociedades y se afianzan como resultado de los modelos económicos vigentes— alimentan las divisiones y tensiones sociales. Sirven de sostén a las desigualdades de género y las empeoran aun cuando las contraofensivas premeditadas para minar la igualdad de género cobran impulso.

En algunas regiones, han aumentado las restricciones que afectan a la salud y los derechos sexuales y reproductivos; además, se ha limitado o eliminado la educación sexual integral en el ámbito escolar (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020). Todavía hay más de 100 países en los que la ley impide que las mujeres ocupen determinados puestos

de trabajo (Banco Mundial, 2018). No se han realizado muchos esfuerzos por mitigar la influencia de las nuevas tecnologías, que es cada vez más acusada; si bien aportan muchas ventajas, han expuesto más a las mujeres y las niñas al riesgo de sufrir violencia y abusos (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020).

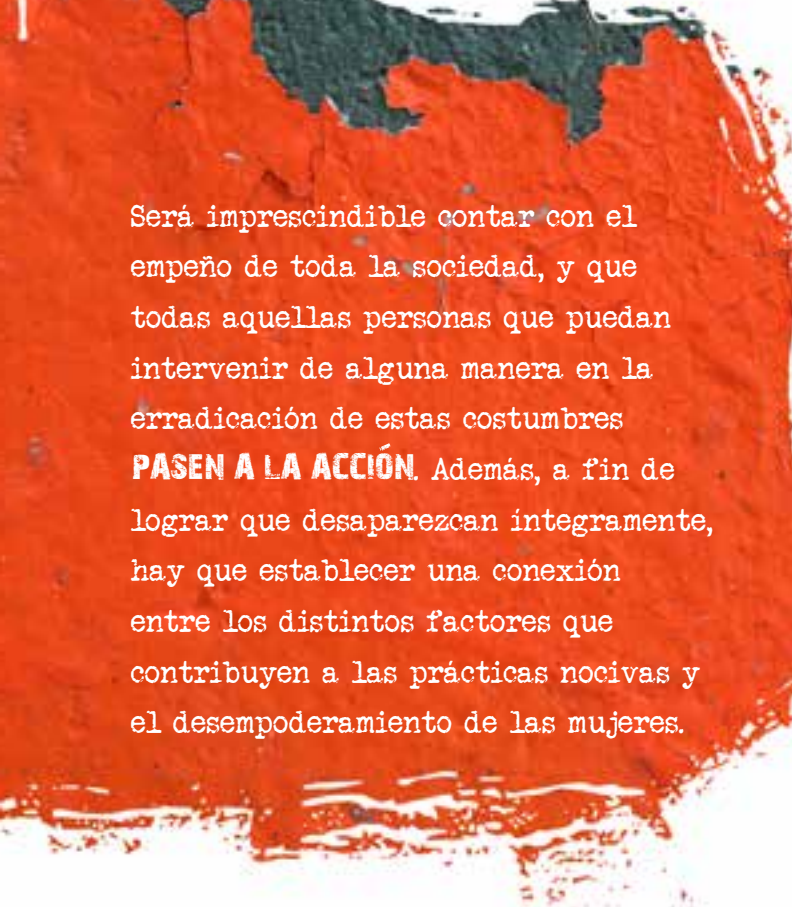
Las prácticas nocivas tienden a ir de la mano del deterioro de factores de presión tales como las diferencias económicas y los conflictos, además del aumento de las crisis relacionadas con el cambio climático. Las medidas de austeridad pueden acarrear recortes en el gasto público destinado a servicios de salud y de otra índole de los que dependen las comunidades pobres y, sobre todo, las mujeres con pocos recursos. Para 2021, unos 5.800 millones de personas residirán en países que han implantado planes de austeridad; en torno a 2.900 millones de ellas serán mujeres y niñas, el equivalente a casi tres cuartos de la población femenina en el ámbito mundial (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020).

El efecto dominó del sufrimiento

Una práctica nociva puede empezar como un hecho aislado. Abren las piernas de una niña a la fuerza y le cercenan una parte de sus genitales. Una niña vestida de novia pronuncia con abatimiento sus votos matrimoniales. Ese momento en concreto, que concentra tanto dolor y tanta conmoción, es sin embargo el punto de partida de otros muchos. Una práctica nociva se convierte en un efecto dominó del sufrimiento.

Las niñas y las mujeres a las que se enseña que, en esencia, sus cuerpos sirven para que los hombres los controlen o los usen a placer también tienen menos probabilidades de estar informadas sobre sus derechos. Desde el punto de vista de los derechos humanos, estamos ante varios tipos de violaciones, ya que se les niega el derecho a la igualdad y a no sufrir discriminación, además del derecho a la seguridad y la autonomía para tomar sus propias decisiones. También es posible que se les prive del derecho a la salud sexual





Será imprescindible contar con el empeño de toda la sociedad, y que todas aquellas personas que puedan intervenir de alguna manera en la erradicación de estas costumbres **PASEN A LA ACCIÓN**. Además, a fin de lograr que desaparezcan íntegramente, hay que establecer una conexión entre los distintos factores que contribuyen a las prácticas nocivas y el desempoderamiento de las mujeres.

y reproductiva y a la educación, así como a gozar de oportunidades laborales y tener una vida próspera.

Aunque es difícil cuantificar empíricamente algunos de estos perjuicios, no dejan de ser violaciones de los derechos humanos, ya que se derivan de unas normas de género discriminatorias que perpetúan la desigualdad. Asimismo, son una imposición para las mujeres y las niñas tanto si consienten como si no.

Los daños físicos y psicológicos que provocan son tanto inmediatos como a largo plazo. En un primer momento, una niña que es víctima de una mutilación genital femenina experimenta un dolor intenso y corre el riesgo de sufrir una infección, una hemorragia e incluso de morir. Tal vez tenga que soportar a lo largo de su vida infecciones del aparato reproductor, lumbalgia crónica y dolores al mantener relaciones sexuales, incapacidad para obtener placer sexual y dificultades al dar a luz, entre otras muchas posibles secuelas. Si se la compara con una niña que no haya sido sometida a esta práctica, es mucho más probable

que padezca trastornos psicológicos, como el síndrome de estrés postraumático.

En muchos casos, una niña obligada a aceptar un matrimonio precoz abandona sus estudios, lo que frustra sus expectativas de tener ingresos y ser independiente más adelante. Quizás se vea aislada socialmente y sea vulnerable a la depresión. A diferencia de un niño que contraiga matrimonio de forma precoz, puede que se quede embarazada sin importar su voluntad y antes de que su cuerpo esté preparado, lo cual conlleva un sinnúmero de riesgos y consecuencias tanto para ella como para el bebé.

En los lugares en los que existe la preferencia por los hijos varones (otra práctica nociva), la selección del sexo en favor de los niños puede producirse antes del nacimiento o traducirse en que, más adelante, a las niñas se las amamante durante menos tiempo, reciban una alimentación peor, su educación sea deficiente y se les administren menos vacunas. Esto hace que, una vez que llegan a la edad adulta, las mujeres estén menos preparadas en cuanto a cualificaciones, empleo, derechos políticos y situación familiar.

Las prácticas nocivas tienen consecuencias trágicas a nivel personal, pero también repercusiones más amplias. El matrimonio infantil está vinculado estrechamente a una tasa de fecundidad más elevada y la perpetuación de la pobreza de generación en generación. Dificulta que se logre contar con mano de obra cualificada y productiva, algo que tiene un efecto directo en la solidez de la economía.

La preferencia por los hijos varones ha provocado que el índice de población masculina y la femenina estén muy desequilibrados, hasta tal punto que puede que una gran cantidad de hombres no tenga la posibilidad de encontrar pareja y tener hijos. Este hecho puede provocar un incremento del riesgo de violencia contra las mujeres, fomentar la trata de personas y agravar la situación de vulnerabilidad de las mujeres ante otras clases de perjuicios (Kaur, 2013). Pero, ante todo, la preferencia por los hijos varones y todas las formas en

las que se materializa hacen que perduren las posturas negativas hacia las mujeres y las niñas y, a su vez, ocasionan un mayor sufrimiento.

Llegar a cero

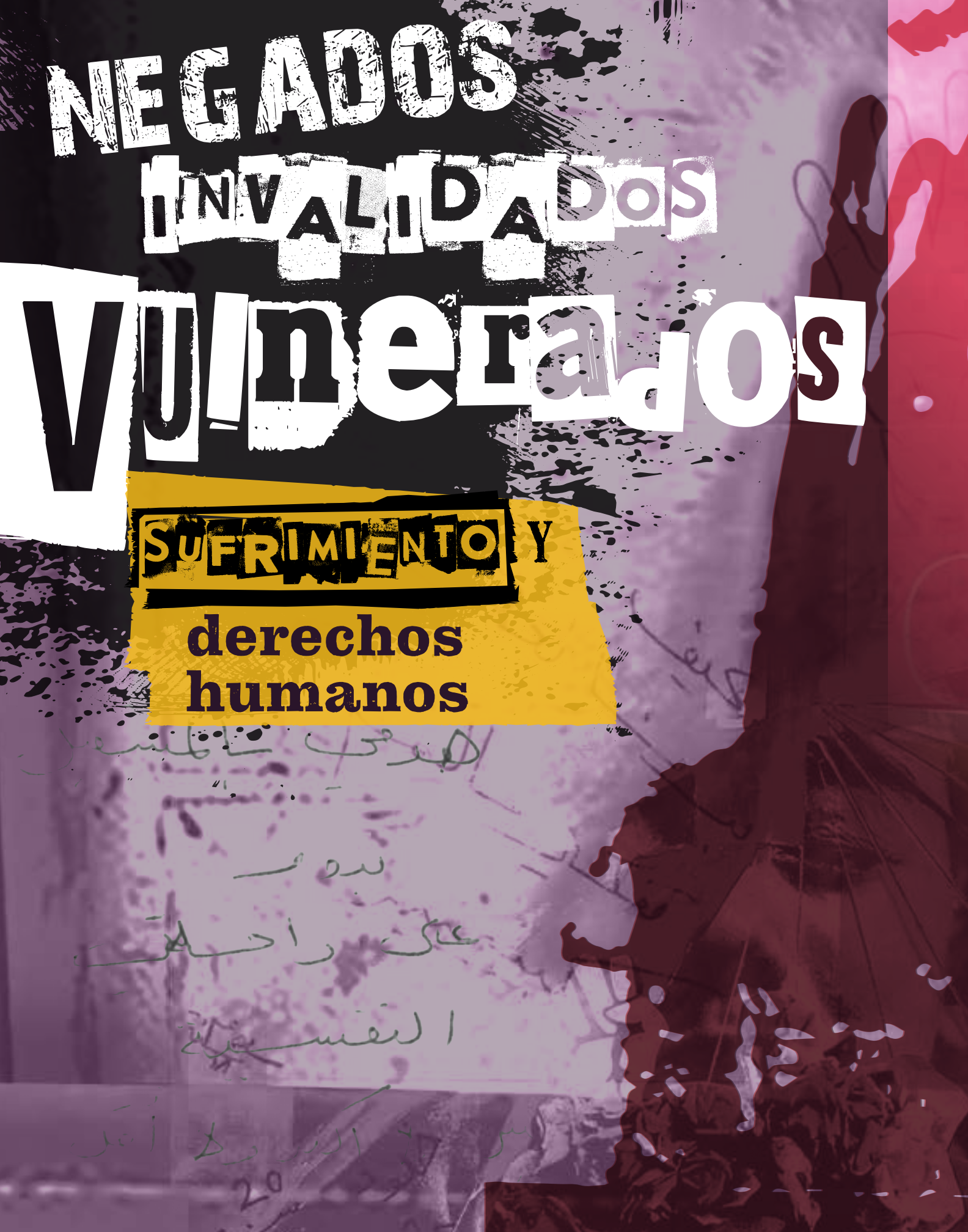
La igualdad de género es un objetivo mundial acordado en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que también recoge un llamamiento expreso para eliminar todas las formas de discriminación, violencia y prácticas nocivas contra las mujeres y las niñas allá donde estén. En 2019 se celebró la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25 con el objeto de conmemorar el vigésimo quinto aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Allí, los participantes recalcaron su firme determinación de erradicar por completo dichas costumbres. El año 2020 marca el vigésimo quinto aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995; esta efeméride ha generado un impulso renovado para la campaña mundial en pos de la consecución de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Una de las estrategias para conquistar ese logro es movilizar a una nueva generación de personas que abogan por el feminismo y que, con su dinamismo y sus competencias como nativas digitales, se hacen oír a lo largo y ancho del planeta.

Las prácticas nocivas son una parte del espectro de la violencia contra las mujeres y las niñas que sigue estando muy extendida: se trata de una “crisis silenciosa y endémica” (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020). Un tercio de las mujeres sufrirá abusos físicos o sexuales en algún momento de su vida (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020). A pesar de que la legislación y las iniciativas encaminadas a refrenar la violencia y las prácticas nocivas han mejorado de forma sostenida, muchas de sus manifestaciones siguen siendo invisibles, no se comprenden y no se consideran un problema. Tendencias como la “medicalización” de la mutilación genital femenina —que consiste en que la escisión esté a cargo de personal médico capacitado—, la “venta” de

niñas obligadas a casarse a través de las redes sociales y la utilización de tecnologías de salud reproductiva que permiten hacer realidad las preferencias discriminatorias en favor de los hijos varones, son muestras preocupantes de que, pese a que a menudo sus orígenes se remontan a mucho tiempo atrás, las prácticas nocivas se están adaptando al mundo de hoy.

La evolución de la opinión pública es un rayo de esperanza. Mientras que los movimientos populares surgidos en las redes sociales han roto el largo silencio en torno al acoso y el abuso sexuales, las nuevas investigaciones están llegando a la conclusión de que, en los países en los que la mutilación genital femenina es una realidad, 7 de cada 10 mujeres y niñas opinan que se debería poner fin a esta costumbre. Y es posible que la oposición sea cada vez más numerosa: los resultados de algunos estudios apuntan a que las adolescentes tienen un 50% más de probabilidades de estar en contra de esa práctica que las mujeres de mayor edad (UNICEF, 2020).

Sin embargo, llegar a cero casos de prácticas nocivas exigirá que los avances sean mucho más rápidos. Será imprescindible contar con el empeño de toda la sociedad, y que todas aquellas personas que puedan intervenir de alguna manera en la erradicación de estas costumbres pasen a la acción. Además, a fin de lograr que desaparezcan íntegramente, hay que establecer una conexión entre los distintos factores que contribuyen a las prácticas nocivas y el desempoderamiento de las mujeres. Las comunidades han de comprometerse a proteger a sus hijas. Debe permitirse que las niñas continúen sus estudios en escuelas de alta calidad, reciban información sobre sus derechos y las opciones que tienen a su disposición, y expresen abiertamente sus deseos y necesidades. Los servicios públicos tienen que respaldar la distribución equitativa de las tareas domésticas y los cuidados no remunerados a fin de atajar la discriminación de género en el contexto familiar. Es necesario que las economías pongan al alcance de todas las mujeres oportunidades para forjarse una vida digna que destaque por su autonomía, su dignidad y sus decisiones.



NEGADOS INVALIDADOS Vulnerados

SUPRIMIENTO Y

**derechos
humanos**

لهذا في فلسطين

يوم

على راحت

النفسية

س. الكوردا

20



Día tras día,
cientos de miles
de NIÑAS de
todo el mundo
sufren daños físicos
o psicológicos
con el conocimiento y el
consentimiento plenos de sus
familias, amigos y comunidades.
A veces, ese perjuicio estriba
en someterlas a una mutilación
genital; es frecuente que, para
racionalizarla, se esgrima el
argumento de que se trata
de un rito iniciático a la edad
adulta. En ocasiones, el daño
consiste en regalar, vender o
intercambiar a una niña por
dinero o un objeto de valor,
a menudo con el pretexto
del “matrimonio”. En otros
casos, el sufrimiento es más
insidioso, como el que provoca
la preferencia por los hijos
varones frente a las hijas,
algo que también afianza las
posturas negativas respecto al
valor de las mujeres y las niñas
en la sociedad y perpetúa la
desigualdad de género.

Estas prácticas nocivas, con sus diferencias, tienen una característica común: son violaciones de los derechos humanos.

A lo largo de los años, la comunidad internacional ha llegado al consenso de que ciertas prácticas nocivas son intolerables y erradicarlas es el deber de todos los gobiernos, comunidades y personas. A pesar de ello, todavía se llevan a cabo en todos los rincones del planeta —incluso en países donde la legislación las prohíbe—, por lo que las violaciones de los derechos humanos no cesan.

Conocer más a fondo el sufrimiento

Las prácticas nocivas que dañan y veján el cuerpo de una niña no se limitan al hecho en sí, sino que le causan un sufrimiento añadido al negarle la posibilidad de disfrutar de otros muchos derechos. Las consecuencias se propagan por toda la sociedad y apuntalan los mismos estereotipos y la desigualdad de género que motivaron aquel acto tan perjudicial.

Para los expertos del campo de los derechos humanos internacionales, el concepto de sufrimiento y su alcance son amplios. No se trata solo de una herida física, mental o emocional que afecta a quien la padece. Va más allá de ser un detrimento económico que deja su marca en los ingresos y ahorros de la víctima y no se restringe al menoscabo de su reputación, que deteriora su posición social en la comunidad. Esta clase de secuelas puede cuantificarse, pero el daño que ocasiona un matrimonio infantil o la preferencia por los hijos varones trasciende con creces la experiencia personal y puede ser, en una palabra, inconmensurable.

La Organización de las Naciones Unidas afirma que, muchas veces, las prácticas nocivas tienen el propósito o el efecto de “menoscabar el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres y los

niños”, según lo expuesto en diversos convenios y declaraciones internacionales.

Las prácticas nocivas por las que pasan las niñas “repercuten negativamente en su dignidad, su integridad y desarrollo a nivel físico, psicosocial y moral, su participación, su salud, su educación y su situación económica y social”; esa es la conclusión de una observación general de noviembre de 2014 emitida por los comités de las dos convenciones más importantes de este ámbito: la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (que se conocen como la **Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención de la Mujer**).

La discriminación es el quid de la cuestión. Los atentados contra la dignidad tienen la consideración de violaciones de los derechos humanos porque constituyen un tipo de discriminación que reduce y limita la capacidad de las mujeres y los niños para participar plenamente en la sociedad y desarrollar todo su potencial.

Asimismo, tienen muchos puntos en común. Las prácticas nocivas surgen a partir de las normas sociales que perpetúan la supremacía de los hombres y los niños sobre las mujeres y las niñas. Su esencia radica en la desigualdad de las mujeres y la infancia, y se basan en el sexo, el género, la edad y otros factores interrelacionados. En última instancia, los parientes, los miembros de la comunidad o la sociedad en su conjunto imponen estas costumbres a las mujeres, los niños y las niñas tanto si consienten como si no.

Los estereotipos de género son parte del problema. En términos de derechos humanos, son perjudiciales porque se basan en “ideas preconcebidas sobre las cualidades o características que los hombres y las mujeres tienen o han de tener, o en los papeles que deberían desempeñar; esto limita sus posibilidades de desarrollar sus propias capacidades, emprender

carreras profesionales y tomar decisiones sobre sus vidas y proyectos vitales” (Cusak, 2013).

Ya sea de manera directa o indirecta, los actos discriminatorios se producen a raíz de que estas prácticas nocivas impiden que las mujeres y las niñas ejerzan sus derechos humanos en un plano de igualdad con los hombres y los niños.

Lo que todos estos hábitos comparten es la convicción subyacente de que existe una dicotomía inamovible y tajante que separa a los hombres de las mujeres y a los niños de las niñas. Esta creencia asigna funciones y expectativas sociales jerárquicas al tiempo que atribuye más valor y valía a los hombres y los niños; de este modo, las mujeres y las niñas quedan en una posición subordinada.

En muchos casos, las familias que someten a sus hijas, mujeres y madres a prácticas nocivas tienen buenas intenciones. Como parte de su deber de acabar con ellas, los gobiernos tienen la obligación de impedir que los parientes cometan estos actos lesivos, así como de transformar las normas sociales y las mentalidades que vinculan el porvenir de las niñas a casarse y tener hijos.

Las prácticas nocivas suponen una violación de una serie de derechos humanos relacionados con la igualdad, la seguridad personal, la salud y la autonomía para tomar decisiones.

Las prácticas que se consideran una violación de los derechos humanos son, entre otras, la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y la selección del sexo con sesgo de género. Sus causas y consecuencias ponen de relieve otras violaciones de los derechos humanos. Si bien la preferencia por los hijos varones no constituye por sí sola una violación de los derechos humanos, es el desencadenante de costumbres dañinas —como la selección del sexo con sesgo de género— que sí atentan contra estos derechos. Los expertos del campo de los derechos humanos también han manifestado su preocupación ante otras prácticas que atañen a la alimentación y los tabús respecto a la menstruación.

PRÁCTICAS

**que se consideran nocivas
en virtud de los tratados
internacionales en materia
de derechos humanos**

- Acusaciones de brujería
- Ataduras, arañazos, marcas con objetos candentes o provocación de marcas tribales
- Castigos corporales
- Delitos que se cometen alegando motivos de honor
- Incesto
- Infanticidio
- Lapidación
- Modificaciones corporales, como el uso de discos en los labios o el alargamiento de cuello
- Mutilación genital femenina
- Pago de una cantidad por la novia y violencia relacionada con la dote
- Planchado de los senos
- Prácticas nocivas relativas a la viudez
- Proporcionar muy pocos o demasiados alimentos a las niñas
- Pruebas de virginidad
- Ritos iniciáticos violentos
- Selección del sexo con sesgo de género
- Tabús alimentarios y prácticas tradicionales en el parto
- Tabús o costumbres que impiden que las mujeres controlen su propia fecundidad

Los derechos humanos y la Organización de las Naciones Unidas

La Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada en 1948, establece lo que está permitido y lo que no para los gobiernos hoy en día, así como las medidas que deberían tomar en beneficio de todos, sin discriminación. Todos los países han respaldado la Declaración Universal de Derechos Humanos, que plasma el criterio común en cuanto al concepto de los derechos humanos y los motivos por los que han de ser una realidad para todas las personas allá donde estén, sin importar el sexo, el género, la raza o el origen étnico, el color, la religión, la nacionalidad, el idioma, la discapacidad, el lugar de residencia o cualquier otra circunstancia.

Con frecuencia, la ley contempla y garantiza los derechos humanos a través de tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales de la legislación y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional consuetudinario hace referencia a la relación entre las naciones

independientemente de si hay un tratado en vigor. Se trata de formular leyes a partir del comportamiento que exhiben los Estados.

La "Carta Internacional de Derechos Humanos" es el nombre con el que se bautizó a la resolución 217 (III) de la Asamblea General, que ratificó la Declaración Universal de Derechos Humanos, y dos tratados internacionales establecidos por las Naciones Unidas:

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

Además, otros muchos acuerdos amparan y exponen con más detalle los derechos humanos:

- La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes
- La Convención sobre los Derechos del Niño
- La Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias
- La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

- La Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra las Desapariciones Forzadas

Los tratados son contratos entre gobiernos, los "Estados partes". En los tratados, dichos Estados partes llegan a un acuerdo sobre las condiciones o los artículos. Cuando los gobiernos los firman y ratifican, los tratados pasan a ser vinculantes y las naciones contraen el compromiso ineludible de defender y garantizar el ejercicio de los derechos que se recogen en tales documentos.

Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas han ratificado como mínimo un tratado de este tipo, lo que les obliga a respetar, proteger y hacer efectivos todos los derechos humanos, puesto que se considera que son universales e interdependientes y están interconectados. Para lograrlo, uno de los procedimientos a los que recurren los gobiernos es cerciorarse de que la legislación y las políticas nacionales son compatibles con las obligaciones en materia de derechos humanos que figuran en los tratados.

Todos los tratados cuentan con un "órgano creado en virtud de un tratado", un comité de expertos independientes que, a partir de los informes de los Estados partes, hace un seguimiento de si las naciones se adhieren lo acordado. Cada pocos años, los gobiernos han de remitir informes a estos órganos de tratados en los que se detallen los avances logrados y los obstáculos que han dificultado el cumplimiento de sus responsabilidades. Los órganos de tratados

formulan unas "observaciones finales" con sugerencias para los países sobre las medidas que deberían adoptar para atender mejor a sus obligaciones en lo tocante a los derechos humanos.

Además, publican recomendaciones y observaciones generales que ayudan a las autoridades a entender su cometido en virtud de estos acuerdos y brindan una interpretación bien fundamentada acerca del significado del tratado. Sin embargo, las observaciones finales y las recomendaciones y observaciones generales no obligan a los gobiernos a actuar, sino que les proporcionan unas directrices y son una fuente cada vez más habitual a partir de la cual se reconocen normas, principios y leyes consuetudinarias internacionales.

Los acuerdos políticos, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), son otra fuente destacada de normas relacionadas con los derechos humanos. Junto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, estos acuerdos determinan las políticas y las metas comunes orientadas a dar efectividad a los derechos de las niñas y las mujeres —sin olvidar la salud sexual y reproductiva— y a lograr la igualdad de género a escala mundial.

Todas las medidas adecuadas

La Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención de la Mujer abordan de manera expresa las prácticas nocivas y profundizan en la responsabilidad de los Estados a la hora de eliminarlas.

La Convención de la Mujer exhorta a los gobiernos a “adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer” y a tomar “todas las medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra

índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres”. Todas las naciones, salvo siete excepciones, han ratificado la Convención de la Mujer o se han adherido a ella.

La Convención sobre los Derechos del Niño, que concierne a cualquier persona menor de 18 años, exige a los Estados que implanten “todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

“Poder Femenino”, mural de Andrea Fonseca, Salamanca (España), 2018



Solo uno de los Estados Miembros de las Naciones Unidas no ha ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño.

En la Carta Internacional de Derechos Humanos, la igualdad de género, el derecho a no sufrir discriminación por razón de sexo y género y el derecho a recibir un trato igualitario están ampliamente reconocidos como derechos humanos.

Marcos internacionales de derechos humanos

En virtud de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los Estados partes han de:

- Tomar todas las medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta...

En el marco del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados partes deben:

- Velar por que las prácticas nocivas de carácter social o tradicional no afecten al acceso a la atención prenatal y posnatal y a la planificación familiar
- Impedir que terceros induzcan a las mujeres a someterse a prácticas tradicionales

En virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados partes tienen la obligación de:

- Proteger a los niños y las niñas contra la violencia física, sexual y mental, lo que abarca la protección contra los actos perpetrados por los progenitores u otros cuidadores

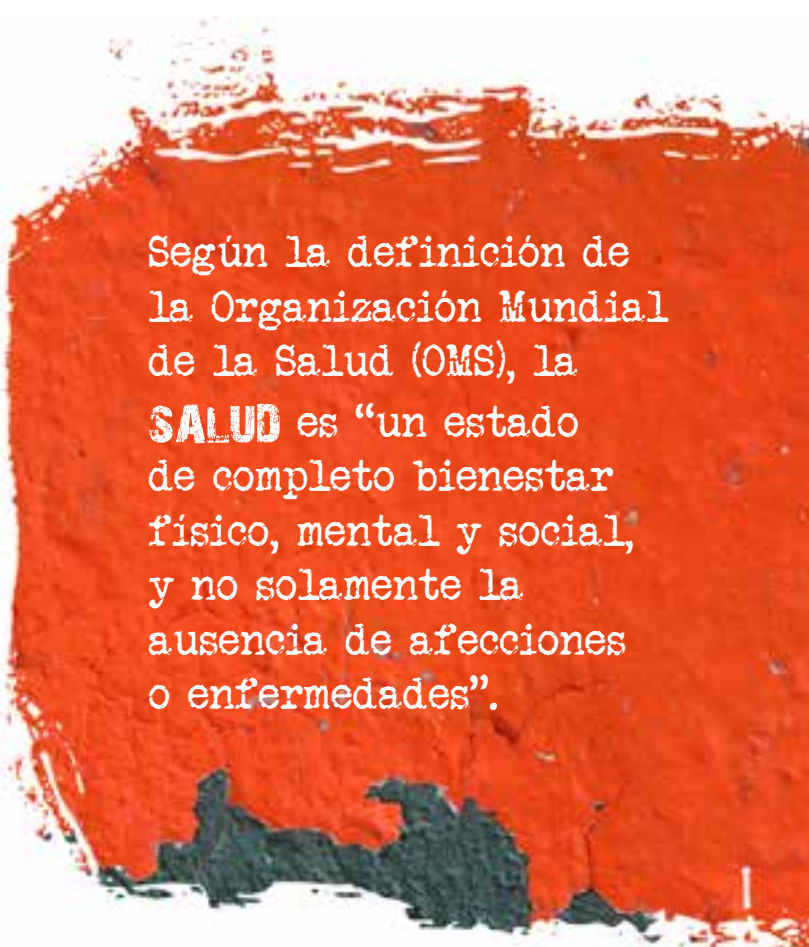
Los órganos de tratados han instado a los países a:

- Empezar eficazmente una serie de intervenciones sociales orientadas a transformar las normas y respaldar la igualdad de género significativa y los derechos de las niñas y las mujeres. Entre ellas se cuentan las campañas informativas y educativas a largo plazo para concienciar a distintos segmentos de la población (líderes comunitarios y religiosos;

parientes; hombres y niños; así como mujeres y niñas).

- Emplear todos los medios a su alcance — presupuestarios, legislativos, administrativos y políticos— tanto en solitario como en coordinación con la sociedad civil y los grupos religiosos y comunitarios a fin de suprimir estas prácticas.

Los órganos de tratados también han exhortado a los Estados partes a recoger el cumplimiento de estos deberes en la legislación. Por ejemplo, la observación general sobre las prácticas nocivas adoptada de manera conjunta (párrafo 49 de la Observación general núm. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, 2016; Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, 2014), sostiene que los gobiernos han de:



Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la **SALUD** es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

- Promulgar y aplicar una ley por la que se prohíban las prácticas nocivas y la violencia de género, incluida la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, y asegurar al mismo tiempo la intimidad, la confidencialidad y la adopción libre, informada y responsable de decisiones, sin coacción, discriminación o miedo a la violencia, en relación con las necesidades y los comportamientos sexuales y reproductivos de las personas.

Respetar, proteger y hacer efectivos los derechos

Se entiende que las obligaciones de derechos humanos exigen que los gobiernos respeten, protejan y hagan efectivos los derechos humanos de los pueblos. *Respetar* implica que no pueden violar directamente esos derechos; *proteger* significa que tienen la responsabilidad de impedir que terceros atenten contra los derechos humanos y de habilitar un proceso para que las víctimas obtengan reparación por esas violaciones; y *hacer efectivos los derechos* supone que las autoridades han de proporcionar la información y los servicios imprescindibles para llevar a la práctica dichos principios (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, s. f.).

Puesto que, en muchos casos, las prácticas nocivas conllevan el ejercicio de violencia contra las mujeres y las niñas, los gobiernos tienen que prevenir, investigar y castigar tales hechos, también cuando los autores de los actos de violencia sean agentes no estatales, como los parientes de las víctimas (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, 2017, 1992).

Se entiende que haya una mayor demora a la hora de desempeñar las obligaciones gubernamentales en materia de derechos económicos y sociales —como la salud y la educación—, ya que lograr el pleno cumplimiento requiere más tiempo y recursos y una programación más extensa. Sin embargo, se

considera que los derechos políticos y civiles —a no sufrir discriminación ni violencia, por ejemplo— pueden abordarse de manera más fácil y rápida con la aprobación y la aplicación de leyes.

Según ONU Mujeres, las constituciones de todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas recogen una disposición que garantiza la igualdad de género y el derecho a no sufrir discriminación en algunas esferas, como la participación política (ONU Mujeres, s. f.). Existen 181 cartas magnas que reconocen el derecho a la igualdad en el matrimonio y en la vida familiar, y el derecho a la protección contra la violencia se consagra en 182.

No basta con legislar

La legislación es el instrumento fundamental del que disponen los Estados para velar por los derechos humanos. No obstante, aunque es indispensable promulgar leyes y proclamar derechos en las constituciones, estas medidas distan mucho de ser suficientes para prevenir y eliminar las prácticas nocivas basadas en el género. Por ejemplo, la mayoría de países en los que la mutilación genital femenina es una realidad cuenta con leyes que la prohíben, pero esto no ha logrado que se erradique (OMS, 2020). Que se cercenen los genitales de las mujeres y las niñas, se las obligue a casarse, se les proporcionen muy pocos o demasiados alimentos o se las tenga en menos estima como descendencia casi nunca se debe a un vacío en cuanto a legislación.

Según los órganos de tratados que se ocupan del seguimiento de la adhesión a la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención de la Mujer, las iniciativas eficaces destinadas a prevenir y acabar con estas prácticas han de ser parte de “una estrategia holística bien definida, basada en los derechos y localmente pertinente”. Dicha estrategia debe abarcar leyes, políticas e intervenciones sociales “que se combinen con un compromiso político acorde y la correspondiente rendición de cuentas a todos los niveles”.

Los Estados tienen la obligación de, como mínimo, recopilar, actualizar y divulgar información sobre la incidencia y la prevalencia de las prácticas nocivas; formular y hacer cumplir las “leyes y reglamentos oportunos” con la participación de las comunidades afectadas; y llevar a cabo labores de prevención para establecer normas sociales y culturales basadas en los derechos, empoderar a las mujeres y las comunidades mediante oportunidades educativas y económicas, fomentar una mayor conciencia y poner de relieve su compromiso, y hacer lo posible para que las mujeres y las niñas más vulnerables a estas costumbres lesivas tengan a su alcance medidas de protección y servicios que den respuesta a sus necesidades.

Mutilación genital femenina

Tratados

La lista de tratados en materia de derechos humanos y demás acuerdos que se pronuncian sobre los males de la mutilación genital femenina es larga, al igual que la lista de directrices para que los agentes estatales y no estatales le pongan fin.

Según los órganos de tratados de esta índole, la mutilación genital femenina es una práctica **basada en el género** que afecta a las mujeres y las niñas de modo que su capacidad para disfrutar de sus derechos humanos en un plano de igualdad con los hombres se ve reducida de forma directa, algo que atenta contra el derecho a la igualdad y a no sufrir discriminación.

Además, es una costumbre que refleja las creencias discriminatorias y estereotipadas sobre la sexualidad femenina: la idea de que es algo de lo que hay que proteger a las mujeres y las niñas y que hay que someterla al control de los hombres. La Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias definió esta práctica como el “resultado de estructuras de poder patriarcales que legitiman la necesidad de controlar la vida de la mujer y surgen de estereotipos de la mujer como principal guardiana de la moralidad sexual, pero con deseos sexuales incontrolados”.

La mutilación genital femenina puede entrañar la ablación del clítoris y los labios de la vulva de las niñas, para después practicar una sutura de tal forma que solo quede un pequeño orificio para expulsar la orina y la sangre menstrual. Como esta práctica acarrea un procedimiento quirúrgico para modificar el cuerpo de las niñas, su **salud** es la preocupación primordial. Algunas de las complicaciones que pueden surgir son hemorragias, infecciones y septicemias, así como provocar la muerte. Es habitual que desemboque en depresiones y en incapacidad para obtener placer sexual, además de, en ocasiones, la pérdida de la función sexual. Otras de las consecuencias a largo plazo son infertilidad, dolor crónico, cicatrices, problemas urinarios y

Circuncisión

En 1997, el UNFPA, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud colaboraron para definir la mutilación genital femenina como “todos aquellos procedimientos que consisten en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos, ya sea por motivos culturales u otros motivos no médicos” (OMS, 1997).

¿Algunos elementos de esta definición se aplican también a la circuncisión? La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos afirma que se trata de una falsa equivalencia en tanto que “existen diferencias fundamentales entre la mutilación genital femenina y la ‘circuncisión’ que se practica a niños y hombres en lo que respecta a su efecto nocivo, intención, propósito y consecuencias”, y que “la mutilación genital femenina se suele utilizar para controlar principalmente el deseo de las mujeres y las niñas, mientras que la circuncisión masculina no tiene esa intención ni ese resultado” (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2015).

complicaciones obstétricas y neonatales (Nour, 2008). Los tratados que mencionan expresamente los derechos relacionados con la salud son el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención de la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño.

Debido a que algunas de las lesiones físicas y las consecuencias para la salud que ocasiona la mutilación genital femenina provienen de las condiciones insalubres en las que se ejecuta, los progenitores acuden en ocasiones al personal médico, de enfermería o de partería creyendo que, si el procedimiento se “medicaliza” o está a cargo de profesionales sanitarios en un entorno aséptico, será menos dañino. Sin embargo, los órganos de tratados de las Naciones Unidas, colectivos como la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y múltiples asociaciones médicas nacionales han rechazado tajantemente dicha medicalización, ya que no existe ninguna razón médica para llevar a cabo una mutilación genital femenina y porque acceder a ella convertiría a los profesionales

sanitarios en cómplices de violaciones de los derechos humanos (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2015; Cook *et al.*, 2002). Asimismo, no hay pruebas de que la medicalización de la mutilación genital femenina suponga un menor riesgo para la salud.

El deber de los gobiernos al respecto

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que recibió el respaldo de 179 países en 1994, hace un llamamiento a los gobiernos para “adoptar, con carácter urgente, medidas para poner fin a la práctica de la mutilación genital de la mujer y proteger a las mujeres y niñas contra todas las prácticas peligrosas de esa índole”. Insta a las autoridades y las comunidades a que den respaldo a:

- Programas de divulgación en la comunidad en los que participen los dirigentes religiosos y locales y que incluyan educación y orientación acerca de los efectos de estas costumbres sobre la salud de las niñas y las mujeres.

Ilustración por cortesía de Fatma Mahmoud Salama Raslan



- El tratamiento y la rehabilitación apropiados para las mujeres y las niñas que hayan sufrido una ablación.
- Asesoramiento a mujeres y hombres con miras a desalentar dicha práctica.

Matrimonio infantil

Tratados

En 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos manifestó que “los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho [...] a casarse y fundar una familia” y que “sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio”. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos se hizo eco de ese lenguaje 18 años más tarde; por su parte, la Convención de la Mujer también proclama el derecho a contraer matrimonio sin que medie el uso de la coacción y la fuerza.

Además, el matrimonio infantil es una violación del derecho a la protección contra los estereotipos de género y la violencia y del derecho a la vida, a la seguridad, a la educación y a disfrutar de la salud.

Derecho a casarse: libre y pleno consentimiento

Todos los matrimonios en los que los contrayentes no actúen con libre y pleno consentimiento son uniones forzadas y, sin excepciones, una violación de los derechos humanos. Se considera que solo las personas que hayan alcanzado la mayoría de edad de acuerdo con la legislación de su país tienen la potestad de dar su consentimiento para casarse; en algunos países, el enlace se declara nulo si la edad de los consortes está por debajo de ese umbral. En virtud de los acuerdos internacionales y en una gran cantidad de naciones, el matrimonio infantil tiene la consideración de **forzado** en el sentido de que se entiende que un menor de 18 años no puede dar su consentimiento a dicho enlace, algo que obedece en parte a las “importantes obligaciones” que asume al casarse y a garantizar que ha “alcanzado la madurez y la capacidad de obrar plenas”. El artículo 16 de la Convención de la Mujer declara que “no tendrán ningún efecto jurídico los sponsales

كۆم قەدەرى بىنەكە
عارى- موھبەت بىسە
الغادات و التقاليد
لە ۱۵ سەتە

“Las niñas no pueden alcanzar todo su potencial por culpa de las normas y las tradiciones”.

Lama, de 25 años (Jordania)

y el matrimonio de niños” y apremia a los gobiernos a adoptar “todas las medidas necesarias, incluso de carácter legislativo” para fijar una edad mínima a este fin y hacer obligatoria la inscripción de las nupcias legales en una oficina gubernamental.

A raíz de la Convención sobre los Derechos del Niño, la mayoría de los Estados ha decretado que la edad mínima de consentimiento para contraer matrimonio es 18 años, aunque en algunos contextos se reduce a 16 o se eleva hasta los 21, a veces en función del sexo de la persona (Centro de Investigaciones Pew, 2016).

A pesar de esto, el consentimiento de los progenitores puede prevalecer sobre los requisitos de edad mínima en más de la mitad de los países del mundo (Arthur *et al.*, 2018). Con todo, el consenso internacional en materia de derechos humanos —que se ha articulado en reglamentos y tratados de las Naciones Unidas, informes de organismos y acuerdos políticos internacionales a lo largo de casi 60 años— es que contraer matrimonio antes de cumplir 18 años constituye una práctica nociva y discriminatoria, lo

que la convierte en una violación de los derechos humanos (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2014).

En determinadas circunstancias, el Comité de los Derechos del Niño contempla una excepción para uniones en las que ambas personas dan su consentimiento y tienen edades semejantes, y señala que la capacidad de los menores para ejercer su autonomía a la hora de tomar decisiones evoluciona con el tiempo, algo que obliga a los Estados y a los progenitores a mostrar el debido respeto por la decisión del menor. Es posible que un adolescente de 16 años en adelante desee contraer matrimonio y tenga la madurez necesaria para otorgar su consentimiento, pero serán las autoridades competentes las que estudien cada caso particular y dicten una resolución.

Discriminación y estereotipos

Los estereotipos de género y la discriminación por razones de sexo son los motivos principales por los que las niñas están presentes en la mayoría de matrimonios infantiles, pero no así los niños. Las concepciones patriarcales muy arraigadas que supeditan la valía de las niñas a su virginidad, su fecundidad y el trabajo doméstico que realizan en el hogar se traducen en que el matrimonio sea un vehículo para que los hombres controlen a las mujeres y las niñas (OMS, 2018; Girls Not Brides, 2016). Los estudios indican que las niñas que se casan a una edad temprana tienen muchas probabilidades de perpetuar los papeles asignados tradicionalmente a cada género, tener percepciones estereotipadas y educar a sus propios hijos con estas normas (Asadullah y Wahhaj, 2019).

El miedo a sufrir violencia sexual y al estigma que conlleva —porque “malogra” la virginidad de las niñas— es uno de los factores que incitan al matrimonio infantil. Se cree que casar a una niña servirá para protegerla de las violaciones. Esta convicción también es el desencadenante de otras prácticas nocivas tales como el planchado de los senos, que se lleva a cabo para desfigurar a las menores y que resulten menos atractivas para los posibles agresores (Obaji, 2020).



© Girls Not Brides/Graham Crouch

Juntas, “pusieron en marcha una verdadera coalición a escala nacional e interseccional en cuanto a la clase social y la raza dedicada A PONER FIN al matrimonio infantil”.



LA PROHIBICIÓN DEL MATRIMONIO INFANTIL ES una victoria

y un punto de partida

En 2017, Trinidad y Tabago promulgó una ley que prohibía el matrimonio infantil. Según Angeli Gajadhar, una activista de la Organización de Mujeres Hindúes —que estuvo a la cabeza de la lucha para erradicar esta práctica—, este logro fue una victoria muy ardua que llevaba decenios gestándose.

Antes de que la ley entrara en vigor, estaba permitido que niñas de tan solo 12 años se desposaran. “A los hombres les gustaba decir que ‘si cumple la docena, se abre la veda’. Durante mucho tiempo, tener 12 años era ser una adulta”, afirma Gajadhar.

Las iniciativas orientadas a acabar con el matrimonio infantil en el país dieron comienzo hace casi 30 años, pero no cobraron ímpetu hasta hace cuatro años, cuando una serie de organizaciones comunitarias aunaron esfuerzos y ejercieron presión para lograr la prohibición hasta conseguirlo. Juntas, “pusieron en marcha una verdadera coalición a escala nacional e interseccional en cuanto a la clase social y la raza dedicada a poner fin al matrimonio infantil”, menciona la Dra. Gabrielle Hosein, directora del Instituto de Estudios de Género y Desarrollo de la Universidad de las Indias Occidentales.

Aunque ahora existe una ley, los activistas manifiestan que todavía queda mucho por hacer.

Incluso antes de que se prohibiera el matrimonio infantil, muchos enlaces de este tipo no se inscribían en un registro; una estimación del gobierno indicó que los enlaces en los que uno de los contrayentes tenía 16 años o menos no llegaban al 1% de los matrimonios oficiales. Sin embargo, las relaciones informales — y, en muchos casos, de explotación sexual— entre niñas y hombres más mayores todavía son un motivo de preocupación generalizada.

“Eso nos deja en una situación muy peligrosa, porque no hemos cambiado las normas que motivaban que esos matrimonios infantiles tuvieran lugar”, expone Hosein. “Hemos derogado el matrimonio infantil, pero no la masculinidad abusiva”.

“Los hombres mayores buscan a chicas muy jóvenes”, apunta Gajadhar. “Todavía pueden ser parejas de hecho, convivir o establecer relaciones esporádicas”.

La legislación supone un primer paso importante, explica el Dr. Peter Douglas Weller, psicólogo clínico y cofundador de CariMAN (Red de Acción Masculina del Caribe), que trabaja con hombres y

niños para promover la igualdad de género. “Ahora necesitamos aplicar la ley y transformar la mentalidad de las personas que tal vez incurran en esta práctica”.

En palabras de Weller: “Decimos que los hombres tienen poder y privilegios; si queremos que las cosas cambien, es imprescindible aprovechar esa coyuntura. Es necesario que los hombres opongan resistencia y rechacen las conductas de sus semejantes. Lo ideal es que suceda sin que les expulsen del grupo, porque queremos que estén allí para seguir siendo una buena influencia”.

No obstante, sigue habiendo grandes obstáculos. Kevin Liverpool, uno de los activistas de CariMAN, afirma que hay una visible reacción negativa por parte de los hombres que creen que la lucha de las mujeres representa una amenaza. “Es importante crear conciencia en estos grupos y en estas personas sobre lo que significa el feminismo y la importancia que la igualdad de género tiene no solo para las mujeres, sino también para los hombres y para la sociedad en su conjunto”, expone.

Hosein coincide en que el cambio definitivo será difícil de concretar “hasta que los hombres y los niños estén listos para admitir, en sus conversaciones y en sus vidas, que el patriarcado y las relaciones patriarcales entre los sexos aún

**“ Hemos derogado el
MATRIMONIO INFANTIL,
pero no la masculinidad abusiva”.**

son una realidad, así como que, aunque quizás beneficien a los hombres, también son perjudiciales para ellos además de para las mujeres”.

Desde luego, el matrimonio infantil ha dejado secuelas intergeneracionales tanto en la población masculina como en la femenina.

“Deja una huella profunda y un gran trauma que se ha sufrido en el pasado y se sufre hoy en día, y que ha pasado de generación en generación”, explica Weller. “No podemos dar por hecho que entendemos el trauma emocional que surge cuando eres niño y creces en un hogar en el que la madre a la que quieres sufre el maltrato del padre al que también quieres, y la disonancia cognitiva que aparece”.

Los hombres tienen que “escuchar las vivencias de las mujeres, hablar con ellas y no en su nombre”, opina Marcus Kisson, cuya labor es eliminar el abuso sexual a niños en Trinidad y Tabago. “Si no, se tratará solo de un cambio legislativo, pero no cultural”.

Asimismo, Gajadhar señala la relevancia de que los jóvenes tengan acceso a una educación sexual integral y a servicios de salud reproductiva. La educación sexual integral no solo capacita a los chicos y las chicas para que eviten las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados, sino que también transmite información fundamental sobre los derechos humanos, el consentimiento y cómo entablar relaciones respetuosas.

En opinión de Hosein, hasta que las mujeres y las niñas no se empoderen y logren estar a cargo de su propia salud reproductiva y tomar decisiones autónomas, serán vulnerables: “La sexualidad de las mujeres y las niñas es la última frontera de su emancipación, sus derechos y la liberación frente a los comportamientos predatorios masculinos y la violencia”.

La virginidad de la mujer se considera tan trascendental para el matrimonio que, en muchos países, se somete a las mujeres y las niñas a una prueba de virginidad —que consiste en una exploración vaginal agresiva para encontrar el himen—, la cual se considera una violación de los derechos humanos por sí sola (OMS, 2018).

El matrimonio infantil se asocia a que las niñas pierdan el derecho a tomar decisiones autónomas sobre su vida. Incluso en los lugares en los que la legislación estipula que las niñas casadas deben recibir el tratamiento de adultas, con frecuencia tienen que pedir permiso a su marido para ir a la escuela, trabajar fuera de casa o utilizar métodos anticonceptivos, lo que vulnera sus derechos a la igualdad y a no sufrir discriminación, así como a la educación, al empleo, a la planificación familiar y a la salud.

Vida, salud y educación: derechos interconectados

El matrimonio infantil atenta contra el derecho de las niñas a disfrutar del más alto nivel posible de salud descrito en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención de la Mujer. Por ejemplo, el matrimonio infantil está vinculado a embarazos y partos reiterados, demasiado cercanos en el tiempo y precoces; además, las muertes relacionadas con la gestación son la causa principal de mortalidad para las niñas de entre 15 y 19 años (OMS, 2019).

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité contra la Tortura señalan al matrimonio infantil y precoz como causante de daños de índole física, mental o sexual. Estos órganos de las Naciones Unidas han constatado que las consecuencias del matrimonio infantil son, entre otras, conductas autolesivas en forma de inmoliciones o suicidios; violencia doméstica, que incluye maltrato físico y psicológico; y ataques con ácido y asesinatos (Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2012, 2009; Comité contra la Tortura de las Naciones Unidas, 2011; Comité

La **ALIMENTACIÓN** como instrumento para ocasionar daños

NIÑAS DESNUTRIDAS

Si los niños tienen una nutrición deficiente, su capacidad para crecer y desarrollar todo su potencial se verá comprometida. A escala mundial, uno de cada tres menores de 5 años está subalimentado o tiene sobrepeso, y uno de cada dos padece “hambre oculta”, una deficiencia en la ingesta de vitaminas y otras sustancias nutritivas esenciales (UNICEF, 2019).

A lo largo de sus vidas, las mujeres y las niñas se enfrentan a múltiples situaciones problemáticas relacionadas con sus necesidades nutricionales. Durante la niñez, los efectos de la malnutrición son especialmente lesivos. El retraso del crecimiento y la emaciación pueden derivar en deficiencias de crecimiento, infecciones y la muerte; problemas que afectan a las funciones intelectuales, la preparación para la escuela y el rendimiento académico; y en que se resienta el potencial de ingresos más adelante. La carencia de micronutrientes puede dar como resultado deficiencias de crecimiento y del desarrollo físico, un sistema inmunitario más débil, una salud frágil y el riesgo de muerte. La obesidad plantea sus propios problemas, como la diabetes y otros trastornos metabólicos, así como cardiopatías (UNICEF, 2019).

En las regiones en las que la preferencia por los hijos varones está más extendida, es posible que se alimente menos a las niñas pequeñas o con alimentos menos apetecibles que a sus hermanos (Ramalingaswami *et al.*, 1997; Chen *et al.*, 1981). Los datos apuntan a que, por ejemplo, en algunos lugares en los que existe favoritismo hacia los niños, a las niñas se las amamanta durante períodos más cortos que a los varones. Esto se debe en gran medida a que los progenitores quieren destetar pronto a las niñas para que el

ciclo menstrual de las madres se reanude antes con miras a volver a quedarse embarazada y tener otro bebé, preferentemente un varón (Jayachandran y Kuziemko, 2011).

ALIMENTACIÓN FORZADA

Mientras que, en algunas partes del mundo, las creencias y las prácticas autóctonas implican que las niñas se vayan a dormir con hambre, en otras zonas se da el problema opuesto: a las menores se les impone una alimentación forzada. Esta práctica, que en ocasiones se denomina gavage o leblouh, está relacionada con la creencia cultural de que el sobrepeso o la obesidad hacen de las mujeres unas candidatas más atractivas a convertirse en esposas. Está claro que, puesto que se trata de una costumbre pensada en parte para contribuir a que las niñas parezcan más mayores y listas para casarse, es algo muy vinculado al matrimonio infantil (Smith, 2009).

Hay indicios aislados que sugieren que a las niñas y jóvenes obligadas a comer se las presiona para que ingieran una gran cantidad de alimentos hipercalóricos. Esta práctica puede llevarse a cabo en los hogares bajo el control de las madres o las abuelas, o en “campamentos” de alimentación forzada en los que una anciana supervisa durante semanas o meses a grupos de niñas que se exponen a sufrir violencia si no cumplen con el consumo diario de alimentos que se les ordena.

Si bien esta costumbre está poco documentada, se cree que nació en el seno de algunas comunidades nómadas de África Occidental que consideraban que la obesidad femenina era un signo de belleza y bonanza, ya que, por lo general, las esposas de los hombres ricos no realizaban ningún tipo de esfuerzo físico (Ouldzeidoune *et al.*, 2013).

TABÚS ALIMENTARIOS

Los tabús, restricciones y prohibiciones en lo tocante a la comida están presentes en todo el mundo. Muchas veces, su finalidad es proteger el bienestar de las personas y puede considerarse que fomentan la cohesión social al generar un espíritu de identidad colectiva y un sentimiento de pertenencia (Meyer-Rochow, 2009).

En algunos contextos, los vetos respecto a qué alimentos son inocuos o perjudiciales en el embarazo y tras dar a luz pueden resultar dañinos para la mujer y su bebé (Piperata, 2008).

Estas prohibiciones que se imponen a las embarazadas y madres lactantes se han asociado a bebés de peso bajo al nacer, niños que presentan carencias de micronutrientes y un mayor riesgo de muerte materna y neonatal (Siega-Riz *et al.*, 2009). Algunos tabús son el producto de desigualdades sociales en las comunidades; los hombres u otros grupos con poder social pueden decidir que nadie más tiene derecho a consumir carne u otros alimentos muy apreciados (Meyer-Rochow, 2009).

Del mismo modo que las demás prácticas nocivas, las costumbres dañinas relacionadas con la comida son manifestaciones de la discriminación por razón de género que tienen su origen en los estereotipos, y la responsabilidad de “modificar [estos] patrones socioculturales de conducta” recae en los gobiernos, tal y como expone el artículo 5(a) de la Convención de la Mujer.

para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, 2011, 2011a).

El matrimonio infantil también da lugar a tasas de abandono escolar más elevadas. La educación es la piedra angular del disfrute de muchos derechos y está particularmente ligada a una mejora de los resultados en materia de salud y desarrollo (Federación Internacional de Planificación de la Familia, 2006).

El deber de los gobiernos al respecto

Según el artículo 5(a) de la Convención de la Mujer, puesto que el matrimonio infantil es un producto de la discriminación y los estereotipos de género, los Estados tienen el deber de “modificar [estos] patrones socioculturales de conducta”.

Es importante contar con una legislación que fije en 18 años la edad mínima para contraer nupcias, pero no es de por sí suficiente para erradicar el matrimonio infantil. Aplicarla puede ser una tarea difícil por varias razones, como las excepciones en las que los progenitores han dado su consentimiento o si las leyes consuetudinarias o religiosas no se corresponden exactamente con las leyes nacionales. Por consiguiente, los gobiernos podrían obtener mejores resultados si afrontaran las causas subyacentes de tipo social, cultural y económico que impulsan el matrimonio infantil, y si crearan sistemas precisos y accesibles para registrar los nacimientos, de tal manera que pudiera comprobarse la edad de los contrayentes y anular los enlaces ilegales (Girls Not Brides, s. f.).

Preferencia por los hijos varones

Si bien la preferencia por los hijos varones se manifiesta de muchas formas, la selección del sexo con sesgo de género —que abarca el aborto provocado de los fetos de sexo femenino— es

una muestra particularmente cruda. En general, la selección del sexo con sesgo de género se debe a los estereotipos negativos de género. Esta práctica ha aparecido en los países que en los que las estructuras familiares son marcadamente patrilineales (las parejas casadas viven con los parientes del marido o cerca de ellos), a lo que se suma que la preferencia por los hijos varones es rotunda y pertinaz, y que se infravalora a las niñas. Antes, las mujeres y las parejas no utilizaban anticonceptivos y seguían procreando hasta que nacía un hijo varón (Bongaarts, 2013). Hoy en día, la disponibilidad de tecnologías de detección del sexo (que hace posible saber si se trata de un niño), el descenso de la fecundidad y la reducción del tamaño de las familias (que hacen que escoger el sexo del feto para tener un hijo sea una opción atractiva) se combinan para impulsar la selección del sexo con sesgo de género.

Si se prefiere a los niños frente a las niñas es porque las familias, las comunidades y las sociedades dan más valor a los hombres y a los papeles que se les asignan por razón de género que a los de las mujeres (Browne, 2017). Existen unos factores estructurales muy arraigados que fomentan la preferencia por los hijos varones. La pobreza se invoca como motivo en muchos casos: puesto que, según los estereotipos, los hombres son los “proveedores” y “los protectores” de su hogar —obtienen ingresos y defienden a su familia, su comunidad y los intereses nacionales—, se considera que su bienestar es una prerrogativa (Das Gupta *et al.*, 2003). En cambio, las mujeres son vistas como “cuidadoras” y se les encomiendan las labores domésticas, la crianza de los hijos y la atención a las personas ancianas; para estas tareas se necesita muy poca educación formal y el pago que reciben a cambio es muy escaso, si es que hay alguna remuneración. Por lo tanto, sobre todo en Asia Meridional hay que “casar” a las niñas, algo que exige una dote considerable. En consecuencia, las familias no quieren soportar la carga que supone tener muchas hijas y recurrirán a una serie de prácticas para garantizar que dan a luz a, como mínimo, un hijo (Mittra, 2014).

No obstante, la pobreza no lo explica todo. En los países en los que el patriarcado perdura en el seno de las familias, la preferencia por los hijos varones está presente en todos los niveles socioeconómicos (Miller, 2001). La continuidad de la preferencia por los hijos varones refleja y apunta a los mismos estereotipos que perjudican a las mujeres y las niñas. Así pues, los gobiernos tienen la obligación de combatirla.

Tratados

Las interpretaciones de los tratados en materia de derechos humanos señalan que la “selección del sexo con sesgo de género” para favorecer a los niños es una práctica nociva. En buena medida, el derecho internacional de los derechos humanos deja en manos

Mural de Maia Bobo en colaboración con TackleAfrica (Burkina Faso)



de las naciones su legislación respecto al aborto (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2018). Sin embargo, hay una multitud de derechos humanos reconocidos que, al tomarse en conjunto, plantean la preferencia por los hijos varones en su vertiente de selección del sexo con sesgo de género como una violación de los derechos humanos:

Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación:

- Artículos 2 y 3 de la Convención de la Mujer
- Artículo 2 de la Convención sobre los Derechos del Niño

Derechos a la protección contra los estereotipos de género:

- Artículo 5(a) de la Convención de la Mujer

El derecho a la seguridad personal:

- Artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

El derecho a la protección contra la violencia:

- Recomendaciones generales núm. 19 y 35 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Prácticas tradicionales en el parto

Aunque muchas prácticas tradicionales se centran en cuidar y apoyar a las mujeres tras dar a luz (Dennis et al., 2007), también existen prácticas tradicionales muy arraigadas que ponen en peligro la salud y el bienestar tanto de las madres como de los bebés durante el parto.

Por ejemplo, algunas mujeres turcas creen que, si saltan de un lugar elevado, el parto será más rápido (Ayaz y Efe, 2008). En algunas comunidades del oeste de Etiopía existe el mito de que la sangre de las mujeres está maldita, así que cuando una embarazada se pone de parto, tiene que alejarse de casa y dar a luz sola en el bosque.

Algunas costumbres establecen que, si el alumbramiento se prolonga o se complica, hay que usar la fuerza bruta —como que alguien se siente en el vientre de la mujer, por ejemplo— para hacer que expulse al bebé (Wall, 2012). En algunas zonas de Nigeria y el Níger, se recurre al yankan gishiri (“corte de sal”) cuando se produce una obstrucción del parto. Consiste en que una partera tradicional haga una incisión en la pared vaginal con una cuchilla; está demostrado que provoca otras complicaciones, como fístulas obstétricas (Yola, 2011).

En otras regiones, se cree que las complicaciones que surgen durante el parto se deben a un mal comportamiento de la embarazada, lo que ocasiona que se tarde más en buscar asistencia médica. Se han realizado estudios en África Oriental y Occidental que muestran que, si su parto se prolonga, las mujeres se ven presionadas para confesar que han sido infieles y no recibirán atención sanitaria hasta que lo hagan (Wall, 2012).

Las prácticas nocivas y la menstruación

La menstruación es una realidad en la vida de casi todas las mujeres y adolescentes; sin embargo, en lo tocante a esta función biológica, millones de ellas se enfrentan a tabús y posturas que menoscaban su bienestar de manera considerable. Por ejemplo, algunas comunidades piensan que la menstruación es una fuente de contaminación e impureza (Garg y Anand, 2015), lo que repercute negativamente en la salud mental, emocional y física de las mujeres (Hennegan y Montgomery, 2016). Además, para numerosas sociedades, el primer período marca el comienzo de la edad adulta de las niñas y el momento en el que pasan a estar preparadas para el matrimonio y la maternidad. Debido a esto, la menstruación puede ser un factor impulsor o un determinante fundamental del matrimonio infantil (UNFPA, 2019).

En muchos casos, los tabús relativos al período someten a las mujeres al control patriarcal de sus cuerpos, lo que genera discriminación y llega incluso a influir en sus posibilidades de acceso a la educación, la asistencia sanitaria y a un trabajo digno (Winkler y Roaf, 2014; Koutroulis, 2001; Grosz, 1994; Young y Bacdayan, 1965).

Uno de ellos es el exilio menstrual o chhaupadi, una costumbre nepalí que consiste en que, cuando las mujeres y las niñas tienen el período, están obligadas a abandonar sus casas y vivir en chozas o cabañas (Adhikari, 2020; Robinson, 2015; Upreti, 2005). Esta práctica aumenta las probabilidades de sufrir diarreas y deshidratación, hipotermia e infecciones urinarias (Kadariya y Aro, 2015; Ranabhat *et al.*, 2015; Robinson, 2015; Crawford *et al.*, 2014; ONU Nepal, 2011; Padhye *et al.*, 2003). Si alguna de ellas enferma, tiene que esperar hasta el fin de la menstruación para solicitar asistencia sanitaria (Dahal *et al.*, 2017; Dahal, 2008). Las mujeres y las niñas que tienen que abandonar sus casas durante esos días manifiestan sensaciones de abandono, inseguridad, culpa y humillación por ser “impuras” e “intocables” (Thomson *et al.*, 2019; Amatya *et al.*, 2018; ONU Nepal, 2011). El exilio menstrual también hace que las mujeres sean más vulnerables a la violencia sexual (Thomson *et al.*, 2019). Si bien el chhaupadi es más habitual en la zona central occidental de Nepal, el 89% de las niñas del país afirma haber sufrido algún tipo de exclusión o restricción mientras tenían el período (WaterAid, 2009).

DAVID TALUKDAR/AFP via Getty Images



Existen otras creencias que dictan qué alimentos pueden consumirse durante la menstruación o si está permitido bañarse y en qué momento. Si las mujeres y las niñas quebrantan estas normas, el resultado puede ser miedo, culpa, reproches y castigos. Por el contrario, se estigmatiza a las mujeres y jóvenes que no menstrúan por no ajustarse a las concepciones tradicionales de feminidad (UNFPA, 2019).

Los estigmas que tienen que ver con la menstruación reafirman la mentalidad de que la condición femenina es una enfermedad y las mujeres son inferiores a los hombres. Pueden esgrimirse como argumento para impedir que las mujeres y las niñas vayan a clase, cocinen y asistan a ceremonias religiosas.

En virtud de la Convención de la Mujer, las prácticas que conciernen a esta función biológica constituirían un acto de discriminación si tienen “por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer [...] de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”. Por ejemplo, no tener acceso a agua limpia, saneamiento y productos de higiene que posibiliten gestionar adecuadamente la menstruación podría ser una violación de los derechos humanos (UNFPA, 2019; Boosey y Wilson, 2014).

El derecho a disfrutar de la salud:

- Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Artículo 12 de la Convención de la Mujer

Estereotipos de género, igualdad y no discriminación

La decisión de llevar un embarazo a término si el feto es un niño e interrumpirlo si es una niña da testimonio del punto de vista discriminatorio por razón de género que sostiene que la valía de las mujeres y las niñas es inferior a la de los hombres y los niños. Rechazar fetos de sexo femenino porque no se desea tener hijas (pero sí hijos) transmite el mensaje de que las niñas y las mujeres son inferiores, lo que atenta contra los derechos humanos como acto definitivo de menosprecio. De este modo, la costumbre de seleccionar el sexo con un sesgo de género es tanto la causa como el efecto de la “persistencia de estereotipos muy arraigados respecto del papel y las responsabilidades de las mujeres” y vulnera el derecho humano a recibir un trato igualitario sin tener en cuenta el género (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, 2014). A la larga, una de las muchas expresiones de esta preferencia es que la proporción entre los sexos al nacer se inclina hacia los niños debido a la selección del sexo con sesgo de género (Pande y Malhotra, 2006).

El Comité de Derechos Humanos, que lleva a cabo el seguimiento de la adhesión al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ha recordado a los Estados partes que esta práctica es un reflejo de la subordinación de la mujer y que, por consiguiente, tienen la responsabilidad de remediar las causas fundamentales (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2000).

Violencia y salud

En las sociedades en las que la cifra de hombres en edad para contraer matrimonio supera con creces a la de mujeres en la misma situación, la población femenina está más expuesta a la violencia sexual y por razón de género (Diamond-Smith y Rudolph, 2018). La trata de mujeres para que se dediquen al trabajo

doméstico o a la industria del sexo, así como para casarse con ellas, también es un problema del que se tiene constancia (OMS, 2011). Asimismo, aunque todas las embarazadas corren un mayor riesgo de sufrir violencia infligida por la pareja o intrafamiliar que las mujeres que no lo están, el riesgo para las que no consiguen tener hijos varones es todavía más alto (Muchomba, 2019). Para las mujeres que no pueden tener hijos o a las que se señala como culpables de la infertilidad de una pareja, el riesgo de sufrir violencia doméstica e intrafamiliar también se ve incrementado (Stellar *et al.*, 2016).

La violencia se traduce en lesiones físicas y malestar psíquico, luego las consecuencias en lo tocante al disfrute de la salud son evidentes. La preferencia por los hijos varones perjudica todavía más la salud de las mujeres, ya que es posible que pasen por varios embarazos hasta dar a luz a un hijo. Mientras tanto, su salud se deteriora, puesto que, para muchas de ellas, gozar de una buena alimentación, una nutrición adecuada y una atención prenatal y posnatal satisfactoria está fuera de su alcance (Mitra, 2014). Se enfrentan a factores estresantes para la salud emocional y mental en relación con el embarazo al haber asumido la idea de que su amor propio y su valor social dependen no solo de poder dar a luz a una criatura, sino de que sea un niño (Mitra, 2014). Las causas subyacentes pueden tener que ver con los estereotipos de género sobre el papel que se espera que asuman los hombres y las mujeres; estas funciones acarrearán una multitud de ventajas e inconvenientes financieros, como la dote. Es posible que los ataques contra la autoestima de una persona den lugar a problemas de salud físicos y mentales (Krieger, 2000).

El deber de los gobiernos al respecto

Al igual que sucede con el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina, el hecho de que la selección del sexo con sesgo de género tenga la consideración de discriminación por razón de género exige a los Estados “modificar [tales] patrones socioculturales de conducta”, de conformidad con el artículo 5(a) de la Convención de la Mujer. En



“Incluso después de tener al bebé, no volví a casa hasta pasados siete días, los que tardé en no tener ni rastro de sangre”.

ROMPER la maldición

La erradicación de los partos sin asistencia en la floresta

Desde hace mucho tiempo, la comunidad gumuz (Etiopía) tiene la convicción de que la sangre femenina está maldita. Algunas mujeres están obligadas a marcharse de sus hogares cuando tienen la menstruación o van a dar a luz.

A Abebech Kabla no le quedó otra opción que parir sola en el bosque, y lo hizo tres veces. En cada una de esas ocasiones, pensó que quizás no sobreviviría. La primera vez fue cuando tenía tan solo 13 años y hacía un año que había contraído matrimonio.

“Incluso después de tener al bebé, no volví a casa hasta pasados siete días, los que tardé en no tener ni rastro de sangre”, explica.

Sin embargo, para cuando esperaba su cuarto hijo, las prácticas de la comunidad empezaban a ser distintas.

Una organización dedicada al desarrollo de la mujer, Mujejeguwa Loka (que significa “luz del amanecer” en gumuz), se afanaba para lograr un cambio de mentalidad respecto a los derechos

de las mujeres y las niñas. Los voluntarios de la organización, todos ellos miembros de la comunidad, promovían una mayor conciencia en cuanto a las prácticas nocivas que desembocan en el sufrimiento y la muerte de las mujeres y que no se limitan a los partos sin asistencia, sino que también abarcan el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina.

Abebech no cedió en su decisión de dar a luz bajo techo para que, si surgían complicaciones, alguien pudiera ayudarla. “Al principio, a los hombres les costó mucho aceptarlo. Mi familia no dejaba de lanzarme acusaciones y me decían que, si una maldición caía sobre la casa por haber parido allí, la culpa sería mía”.

Sin embargo, no hubo ningún problema durante el nacimiento ni tras él, y Abebech afirma que sintió que era la confirmación de que tenía razón.

Actualmente, Mujejeguwa Loka lleva a cabo su actividad en la región desde hace más de 20 años.

Boge Porre, una de las voluntarias de la organización, sostiene que disuadir a la gente de dar a luz sin asistencia en el bosque ha sido una labor titánica y las mujeres han tenido que

soportar amenazas y coacciones constantes. Esta costumbre sigue adelante incluso ahora, aunque es menos frecuente.

Las mujeres que se ven obligadas a dar a luz a solas están expuestas a riesgos importantes y pueden llegar a morir. En muchos casos, no reciben cuidados antes ni después del parto, ni siquiera si sufren complicaciones graves. “Cuando nos encontramos un prolapso uterino o una fístula, hacemos saber a la paciente que Mujejeguwa Loka le ayudará a recibir el tratamiento oportuno”, expone Boge.

Tanto ella como los demás voluntarios cuentan que se han logrado avances espectaculares a lo largo de los años. En la lista de males que procuran suprimir en la comunidad ahora figura también la violencia sexual y por razón de género. Notifican los casos de prácticas nocivas a Mujejeguwa Loka, que a su vez avisa a las autoridades. Esta forma de proceder ha disgustado a determinados líderes y ancianos de la comunidad, que prefieren solucionar los problemas por los medios tradicionales. A pesar de la resistencia con la que se topa, Boge no se desanima.

“Al principio, a los hombres les costó mucho aceptarlo. Mi familia no dejaba de lanzarme acusaciones y me decían que, si una maldición caía sobre la casa por haber parido allí, la culpa sería mía”.

1994, durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 179 gobiernos adquirieron el compromiso de “eliminar todas las formas de discriminación contra la niña y las causas básicas de la preferencia por los hijos varones, que resultan en prácticas dañinas e inmorales como la selección prenatal del sexo y el infanticidio femenino”. Más recientemente, las naciones que respaldan el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5 (lograr la igualdad de género) han acordado prohibir las prácticas nocivas, como la selección del sexo con sesgo de género.

Los derechos humanos y la eliminación de las prácticas nocivas

Las directrices del sistema formal de promoción y protección de los derechos humanos a nivel internacional respecto a las prácticas nocivas son claras: hay que atajarlas. Todavía persisten costumbres como la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y la selección del sexo con sesgo de género, a pesar de ser una violación de los derechos humanos. Las autoridades pueden promulgar leyes que ayuden a cambiar las normas subyacentes que sustentan dichas prácticas, pero las niñas siguen sufriendo ablaciones y viéndose obligadas a casarse. Se les inculca que son inferiores a los niños y que deben supeditarse a los hombres de distintas maneras que las obligan a amoldarse a los ideales sociales que definen la feminidad.

Con todo, a la hora de legislar en contra de las prácticas nocivas —y, sobre todo, al estipular las duras sanciones que acarrearán—, los Estados han de procurar que las leyes y las políticas no perjudiquen a las mujeres y las niñas que pretenden proteger. Para ello, es indispensable analizar los determinantes sociales de cada uno de estos hábitos y así ayudar a redactar leyes y políticas eficaces que no atenten contra otros derechos. De lo contrario, los gobiernos corren el peligro de que estas no se apliquen, de que las comunidades las rechacen o de que las prácticas sigan adelante en la clandestinidad. Incluso si las prácticas nocivas se investigan, se persiguen y se castigan, sirve de poco en lo que se refiere a lograr que desaparezcan costumbres y creencias tan antiguas y arraigadas. Por consiguiente, y junto con las leyes y las políticas, la educación pública y las labores de sensibilización que llevan a cabo agentes tanto gubernamentales como no gubernamentales son un elemento vital (Das Gupta, 2019). De hecho, desde el punto de vista del cumplimiento de las obligaciones de los países en materia de derechos humanos, tal vez sean más decisivas que la legislación.

DESDEÑADA DESAMPARADA ANULADA

LA PREFERENCIA

por los **HIJOS** varones

ATENTA contra
múltiples **DERECHOS**

*Give them the same free
dreams as you would*



Cuando se valora más a los NIÑOS que a las niñas, la presión para dar a luz a un varón es abrumadora.

En algunas sociedades, esta predilección puede llegar a ser tan acusada como para que las parejas no escatimen esfuerzos para que no nazca una niña o, si ya tienen una hija, no se encarguen de su salud y bienestar porque anteponen el de un hijo.

La preferencia por los hijos varones no es precisamente una tradición inofensiva. Muy al contrario, se trata de un síntoma de que la desigualdad de género está muy enraizada, lo que perjudica al conjunto de la sociedad.

La preferencia por los hijos varones y la selección del sexo

Esta parcialidad es el resultado de sistemas con sesgo de género que asignan a la población masculina una posición social más elevada y la fortalecen, además de favorecer a los niños en detrimento de las niñas (Croll, 2000; Miller, 1981).

En algunas partes del mundo, el nacimiento de un niño es algo digno de celebrar. Sin embargo, el nacimiento de una niña puede suponer una decepción. Tal vez la consideren un estorbo, un lastre, un obstáculo que arruina el porvenir de la familia. Quizás la dejen de lado, se olviden de ella y no le proporcionen alimentos suficientes. Es posible que muera como consecuencia de este abandono o actos más deliberados, todo lo cual equivale a la **selección posnatal del sexo**.

La preferencia por los hijos varones también se manifiesta a través de la **selección del sexo con sesgo de género**: la interrupción de un embarazo si el feto es de sexo femenino, la determinación y la elección del sexo antes de implantar el embrión y la clasificación de espermatozoides para la fecundación *in vitro*. Desde el punto de vista de los derechos humanos, la selección del sexo con sesgo de género es una práctica nociva porque convierte la predilección por los niños en actos premeditados destinados a impedir que nazcan niñas. Es un producto perverso de la desigualdad de género vinculado claramente a las normas y comportamientos discriminatorios.

La preferencia por los hijos varones y la selección del sexo con sesgo de género están relacionadas, pero no son lo mismo: la primera puede darse sin la segunda. Por ejemplo, en algunos países de bajos ingresos de Asia y África Subsahariana, la preferencia por los hijos varones es algo generalizado, pero la selección posnatal del sexo y la selección con sesgo de género son poco corrientes.



©UNFPA/Arvind Jodha

“Tenía una tripa enorme, así que sabía que no era un solo bebé. Lo que no sabía es que todas iban a ser niñas”.



MADRE, INSUMISA Y ejemplo

**La mujer que no se doblega
ante la preferencia por
los hijos varones**

“Tenía una tripa enorme, así que sabía que no era un solo bebé. Lo que no sabía es que todas iban a ser niñas”. Jasbeer Kaur, que tiene 58 años, sonríe a sus trillizas — Mandeep, Sandeep y Pardeep Kaur, de 23 años— mientras se apretujan en la diminuta cocina para preparar el almuerzo.

“La gente del pueblo me suele decir: ‘¡Ay, pobrecilla! Tendrías que haber tenido por lo menos un hijo y no tres hijas’. Yo les contesto que no digan tonterías. Soy una mujer y estoy orgullosa de haber criado a unas niñas que se han convertido en adultas hechas y derechos”, afirma Kaur. “Entonces, esa misma gente mira a mis hijas y se dan cuenta de que tienen

carácter. ¡Y me dicen que han salido a su madre!”.

Cuando su madre cuenta la historia, las tres hermanas se ríen. Con el paso del tiempo, han aprendido a ver el lado bueno de las cosas, aunque son muy conscientes de que el mero hecho de estar vivas es, en muchos sentidos, algo fuera de lo común.

Cuando era más joven, pocos meses después de su boda, Jasbeer Kaur se dio cuenta de que el hombre con el que sus padres la habían casado no era alguien con quien quisiera pasar el resto de su vida. Su marido era un alcohólico que casi nunca la trataba con cariño.

Y la situación estaba a punto de empeorar. “Estaba embarazada y, al hacerme una de las ecografías, la doctora me dijo que no esperaba un bebé... Esperaba tres. Tres niñas. Ahora está prohibido, pero en aquel entonces te decían cuál era el sexo del feto. La doctora se ofreció a practicarme un aborto, porque opinaba que me iba a resultar difícil criar a tres hijas. Llegó incluso a explicarme que era un procedimiento sencillo, parecido a dar a luz. Tuve mucho miedo durante unos instantes, pero Dios me dio la fuerza para negarme”, rememora. “Cuando se lo conté a mi madre, me dijo que si ella había criado a sus hijas, yo también sería capaz”.

Sin embargo, la reacción de su marido y sus suegros no fue tan alentadora.

“Hacía tres generaciones que no nacía una niña en la familia de mi marido. Me dijeron que no estaban dispuestos a permitir que vinieran al mundo tres hijas a la vez en casa. Me dieron un ultimátum: o abortas o te vas”, relata Kaur.

Eligió marcharse y no mirar atrás jamás.

Criar y educar a tres criaturas no fue tarea fácil, pero no le faltaba tesón ni coraje. Trabajó como enfermera partera auxiliar en Rajastán (la India) a cambio de un sueldo escaso con el que mantuvo a su familia a flote.

“Cuando se lo conté a mi madre, me dijo que si ELLA HABÍA CRIADO A SUS HIJAS, YO TAMBIÉN SERÍA CAPAZ”.

Esta madre está muy orgullosa de sus trillizas. En la actualidad, Sandeep es maquilladora en Amritsar y su sueño es poder trabajar en Bollywood algún día. Pardeep se graduó en gestión hotelera y ahora hace sus prácticas en un hotel de cinco estrellas. Por su parte, Mandeep ha seguido los pasos de su madre y está a punto de acabar sus estudios de enfermería.

“Cuando éramos niñas, a menudo nos preguntábamos por qué nuestro padre no venía a las funciones del colegio como todos los demás o por qué muchas veces nos encontrábamos a mamá llorando en casa”, explica Sandeep.

“Nuestra tía y nuestra abuela no nos contaron la historia de cómo nacimos hasta que no fuimos mucho más mayores”, comenta Pardeep. “Y ahí fue cuando todo empezó a encajar”.

“Estamos orgullosísimas de todo lo que nuestra madre ha superado”, afirma Mandeep. “Pero no es un tema del que podamos hablar con nuestros amigos, porque sabemos que su reacción automática será compadecerse de nosotras y no queremos que nadie haga eso”.

Sin embargo, cuando los vecinos hablan sobre la familia Kaur, lo último que se les ocurriría sería sentir lástima. En una sociedad que, en gran parte, todavía está obsesionada con los hijos varones, las Kaur son un ejemplo que llena de orgullo a todas las mujeres de la zona.

“Aquí la gente todavía cree que tener un hijo varón es imprescindible, porque ¿cómo va a transmitirse el apellido de la familia si no tienes un niño? ¿Sabes lo que pasa? Que si eres madre, no has cumplido tu deber hasta que no das a luz a un niño”, cuenta Rajveer Kaur, una vecina con dos hijas. “Pero yo creo que las niñas son más importantes, porque cuidan más de sus padres que los niños. Si Jasbeer Kaur ha podido ocuparse de tres hijas ella sola,

¿por qué no vamos a poder criar a nuestras hijas si contamos con el apoyo de nuestras familias?”.

La preferencia por los hijos varones sigue estando muy enraizada y todavía hay familias que intentan conseguir un aborto si el feto es de sexo femenino — pese a que la selección del sexo con sesgo de género está prohibida— o que priorizan la nutrición y la salud de los niños a costa de la de las niñas. Después del parto, la tasa de mortalidad de las niñas es superior a la de los niños, lo que parece indicar que la atención que reciben se ve influenciada por la discriminación.

Entre 2013 y 2017, en la India “desaparecieron” alrededor de 460.000 niñas respecto a las que se esperaba que nacieran. Según un análisis, la selección del sexo con sesgo de género explica en torno a dos tercios de las niñas que faltan, mientras que la mortalidad posnatal femenina está detrás del otro tercio aproximadamente (cuadro 3.5).

Que una madre soltera críe a unas trillizas es algo excepcional en cualquier lugar del mundo, y más todavía en las zonas rurales de Rajastán. Las hijas de Kaur están al tanto de las dificultades y la estigmatización a las que tuvo que enfrentarse su madre, y están resueltas a ser un motivo de orgullo para ella. Las tres hermanas quieren dejar un legado que rinda homenaje al esfuerzo monumental de Jasbeer.

“Hoy en día, se nos conoce por ser las hijas de Jasbeer Kaur”, cuenta Sandeep. “Queremos triunfar en la vida... Queremos que todo el mundo diga: ‘Por ahí va Jasbeer Kaur, la madre de Sandeep, Mandeep y Pardeep’”.

Inclinarse más por tener un niño que una niña no es de por sí una violación de los derechos humanos. Sin embargo, la preferencia por los hijos varones está envuelta en un entramado de relaciones sociales que reflejan, generan y reproducen estereotipos de género. Lo que sí constituye una vulneración de los derechos humanos es que se perpetúen los estereotipos, en especial los que dictaminan que lo masculino es superior a lo femenino y que redundan en la subordinación de las mujeres a los hombres y de las niñas a los niños.

Cuantificar la preferencia por los hijos varones

Como la preferencia por los hijos varones es el resultado de muchos tipos de discriminación por razón de género, es difícil cuantificar su magnitud y gravedad —así como preparar políticas e intervenciones para combatirla—.

Aun así, es posible formarse algunas ideas al respecto a partir del análisis de encuestas demográficas y domiciliarias. Por ejemplo, las opiniones de los progenitores acerca de la composición por sexos de la familia ideal o sobre si prefieren tener más descendencia pueden poner de relieve si quieren hijos varones en general o si los hogares en los que solo hay niñas desean ampliar la familia (Fuse, 2010). Es posible que las encuestas muestren que los progenitores prefieren que haya un hijo y una hija, pero que lo que realmente les parezca mejor sea cualquier tipo de combinación siempre que nazca al menos un niño. No obstante, tal vez las respuestas a las encuestas expongan lo que piensan estas personas, pero no lo que hacen realmente.

A diferencia de la preferencia por los hijos varones en general, su encarnación en actos de selección del sexo con sesgo de género puede cuantificarse de una manera más directa mediante los datos nacionales sobre el índice de masculinidad al nacer (Guilmoto, 2015). En gran parte del mundo, el

valor normal o “natural” del índice de masculinidad al nacer está entre 105 y 106 niños por cada 100 niñas (Chahnazarian, 1988). Todas las desviaciones respecto a este índice natural de masculinidad al nacer evidencian cierto grado de selección del sexo con sesgo de género (Chao *et al.*, 2019; Tafuro y Guilmoto, 2019).

Poder analizar con precisión los índices de masculinidad depende de que las cifras de registro de los nacimientos sean exhaustivas y fidedignas, y de

que el tamaño de la muestra sea lo suficientemente grande (Shi y Kennedy, 2016; Goodkind, 2011). A fin de que puedan establecerse comparaciones de los índices de masculinidad de distintas naciones —sobre todo en aquellas donde la tasa anual de natalidad sea baja—, la Organización de las Naciones Unidas calcula el índice de masculinidad de los países para períodos de cinco años. Sin embargo, es posible que los datos estadísticos sobre nacimientos que se recopilan en cada Estado (y que suelen obtenerse basándose en los censos) proporcionen una perspectiva más reciente en lo

CUADRO 3.1

Países y territorios seleccionados que presentan o han presentado desequilibrios en el índice de masculinidad

Estimaciones recientes del índice de masculinidad al nacer†

Región	País o territorio	Proyecciones para 2017* (estimaciones basadas en modelos)	Mediciones más recientes** (otras fuentes)	
		Índice de masculinidad al nacer***	Índice de masculinidad al nacer***	Período y fuente
Asia	China	114,3	111,9	2017 ^a
	Región Administrativa Especial de Hong Kong (China)	107,8	106,6	2018 ^b
	Provincia de Taiwán (China)	107,6	107,0	2018 ^b
	India	109,8	111,6	2015–2017 ^c
	Nepal	107,3	110,6	2012–2016 ^d
	República de Corea	105,6	105,4	2018 ^b
	Singapur	106,5	106,1	2018 ^b
	Viet Nam	112,2	111,5	2018 ^e
Cáucaso Meridional	Armenia	111,7	111,1	2018 ^b
	Azerbaiyán	113,4	114,6	2018 ^b
	Georgia	106,5	107,9	2018 ^b
Europa Sudoriental	Albania	108,3	108,0	2018 ^b
	Montenegro	107,2	106,7	2016–18 ^b
	Kosovo ^f	No hay estimaciones disponibles	109,0	2018 ^b
África Septentrional	Túnez	105,4	107,0	2017 ^b

† Los países seleccionados muestran actualmente desequilibrios en el índice de masculinidad o los han tenido en los últimos 30 años, de acuerdo con las estadísticas y las pruebas recabadas sobre el terreno. Las cifras se han calculado a partir de las series disponibles de nacimientos anuales. Las estimaciones de los índices de masculinidad al nacer pueden verse afectadas por errores en la medición debidos a deficiencias en los registros de nacimientos o a la inscripción selectiva de estos, así como a las fluctuaciones anuales.

* Previsiones bayesianas para 2017 a partir de la serie 1950-2015 (Chao *et al.*, 2019).

** A partir de los datos primarios del registro de nacimientos o encuestas.

*** Índice de masculinidad al nacer, expresado en varones nacidos por cada 100 niñas nacidas.

a Oficina nacional de estadística

b Registro de nacimientos

c Sistema de registro por muestreo

d Encuesta demográfica y de salud por muestreo

e Censo de 2019

f Los datos de Kosovo se referencian de conformidad con la Resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas

tocante al porcentaje de hombres y mujeres que forman la población (cuadro 3.1).

Analizar el “índice de masculinidad de la infancia” puede aportar información relativa tanto a la magnitud de la selección del sexo con sesgo de género como a la de la selección posnatal del sexo, ya que también plasma algunas de las repercusiones del desamparo intencionado que sufren las niñas y que desembocan en su fallecimiento antes de alcanzar la edad adulta (Cai y Lavery, 2003). La ventaja de este método es

que se basa en los datos relativos a la distribución de la población por edad y por sexos que se recaban sistemáticamente a través de los censos.

Algunas investigaciones se centran en la tasa de mortalidad de las niñas (la más elevada es la de la India), aunque la tarea de analizar la magnitud y el alcance de la selección posnatal del sexo se ve dificultada por la escasez de información fidedigna desglosada por sexo y edad en los países en desarrollo. Alkema *et al.* (2014) recurrieron a un amplio abanico

CUADRO 3.2 La muerte de algunas niñas puede atribuirse al descuido y otras formas de selección posnatal del sexo

Estimaciones sobre el exceso de mortalidad de las niñas menores de 5 años y porcentaje con respecto a las tasas generales de mortalidad de las menores de 5 años en 2012

País o territorio	Tasa de exceso de mortalidad femenina	Porcentaje con respecto a la mortalidad total de las menores de 5 años
Afganistán	5,2	2,7%
Bahrein	1,1	5,9%
Bangladesh	2,1	2,6%
China	1,0	3,3%
Egipto	2,4	5,6%
India	13,5	11,7%
Irán	1,8	5,2%
Jordania	1,9	5,0%
Nepal	2,9	3,5%
Pakistán	4,7	2,7%

Tasas de mortalidad por cada 1.000 nacidos. Las tasas de exceso de mortalidad femenina se calculan como la diferencia entre la mortalidad observada y prevista de las niñas menores de 5 años. El porcentaje con respecto a la mortalidad total se calcula a partir de las tasas de mortalidad observadas de las menores de 5 años. Los cálculos se basan en las estimaciones bayesianas del índice de masculinidad de las tasas de mortalidad de los menores de 5 años. (Alkema *et al.*, 2014)

„ ႁႁႃႈ ႁႁႃႈႁႃႈ! ” ႁႁႃႈ ႁႁႃႈ ႁႁႃႈႁႃႈ! ” ႁႁႃႈႁႃႈ ႁႁႃႈႁႃႈ ႁႁႃႈႁႃႈ! ”

“Oh, ¡qué pena!” “¡No te preocupes!”
“¡El cuarto será un niño!”

Tekla, de 34 años (Georgia)

de fuentes con objeto de elaborar estimaciones del “exceso de mortalidad femenina” incluso en los países en los que no se realizan censos de forma periódica y que no disponen de cifras fiables de registro de los nacimientos (cuadro 3.2). Según su análisis, la India presenta el mayor exceso de muertes femeninas: 13,5 fallecimientos por cada 1.000 nacimientos de mujeres. Esto apunta a que aproximadamente una de cada nueve defunciones de niñas menores de 5 años puede achacarse a la selección posnatal del sexo. Este mismo análisis indica que, en el Afganistán, Bangladesh, Nepal y el Pakistán, el exceso de mortalidad femenina supone casi el 3% de los decesos de niñas menores de 5 años. El exceso de mortalidad

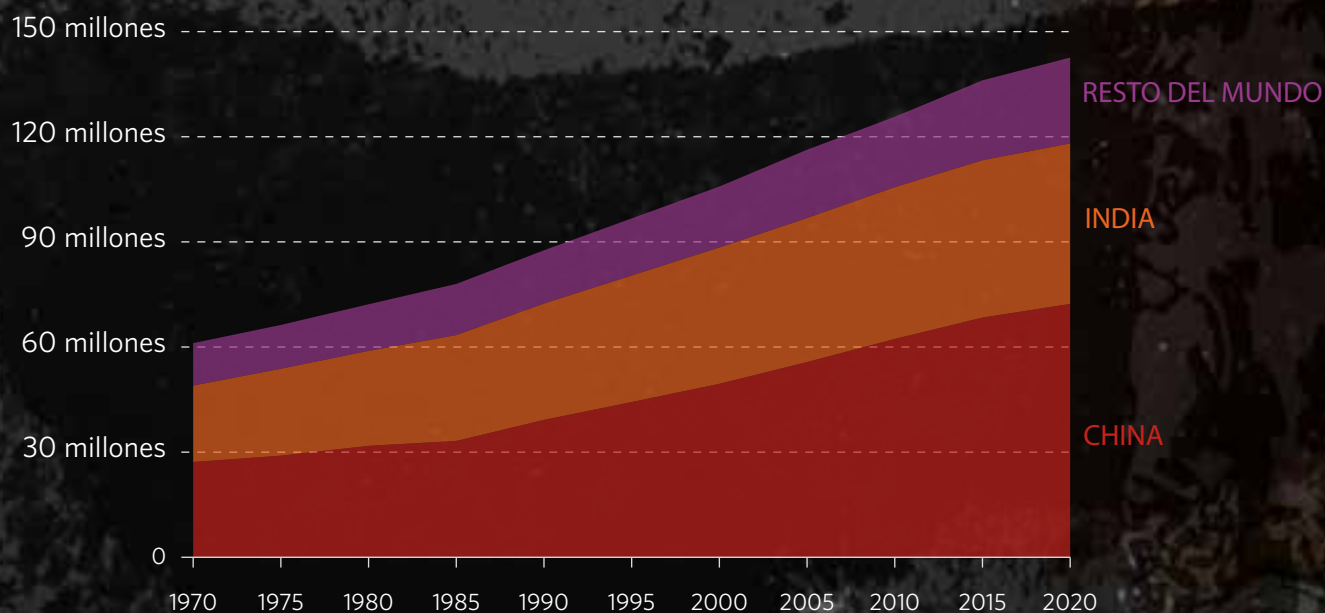
femenina también es una realidad en Bahrein, Egipto, Irán y Jordania, pero los investigadores han llegado a la conclusión de que no hay selección del sexo con sesgo de género en estos países.

Según un estudio basado en las cifras de distribución de la población que proporciona la ONU, el exceso de mortalidad femenina a escala mundial aumentó entre la década de los 70 y 1990, el momento en que llegó a su máximo: unos 2 millones al año (cuadro 3.3 y gráfico 3.1). El posterior descenso de este indicador puede atribuirse en parte a la expansión del uso de ecografías y demás tecnologías, que a su vez se tradujo en un incremento de los casos de

GRÁFICO 3.1

Número de “mujeres desaparecidas” en el mundo

Estimación de las mujeres desaparecidas en las poblaciones seleccionadas, en millones, en 2020



* El número de “mujeres desaparecidas” se refleja en los desequilibrios del índice de masculinidad al nacer a causa de la selección prenatal del sexo con sesgo de género, así como del exceso de mortalidad femenina derivado de la selección posnatal del sexo.

† Las cifras anuales del exceso de mortalidad femenina y nacimientos de mujeres que no se producen corresponden al período 2015-2020, estimadas y descritas en Bongaarts y Guilmo (2015). El exceso de mortalidad femenina y los nacimientos de mujeres que no se producen corresponden a los cinco años anteriores.

selección del sexo con sesgo de género (Bongaarts y Guilмотo, 2015). Ese mismo estudio también arrojó como resultado que, a fecha de 2015, la cifra de mujeres “desaparecidas” debido a la selección del sexo con sesgo de género superaba a la de “desaparecidas” a causa de la selección posnatal del sexo (cuadro 3.3).

Niveles y tendencias

Los datos de las oficinas nacionales de estadística y las estimaciones indirectas muestran que se han producido desequilibrios llamativos del índice de masculinidad al nacer en 15 países o territorios

Poder analizar con precisión los índices de masculinidad depende de que las **CIFRAS DE REGISTRO DE LOS NACIMIENTOS SEAN EXHAUSTIVAS Y FIDEDIGNAS**, y de que el tamaño de la muestra sea lo suficientemente grande.

CUADRO 3.3

El número de “mujeres desaparecidas” se ha duplicado con creces en los últimos 50 años

Estimación de las mujeres desaparecidas en el mundo, el exceso de muertes femeninas y nacimientos de mujeres que no se producen, en millones, 1970-2020

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Mujeres desaparecidas*	61,0	66,4	72,2	79,3	87,6	96,7	105,9	116,4	125,6	136,2	142,6
Exceso de muertes femeninas *		1,79	1,86	1,90	1,97	1,93	1,71	1,78	1,66	1,65	1,71
Nacimientos de mujeres que no se producen***		0,00	0,00	0,37	0,76	1,23	1,36	1,55	1,71	1,69	1,50

*El término “mujeres desaparecidas” se refiere a las mujeres que faltan en la población en una fecha determinada debido al efecto acumulado de la selección posnatal y prenatal del sexo en el pasado.

**El “exceso de muertes femeninas” se refiere a las muertes de mujeres atribuibles a la selección posnatal del sexo.

***Los “nacimientos de mujeres que no se producen” son los nacimientos femeninos que se evitaron mediante la selección prenatal del sexo con sesgo de género.

El exceso de mortalidad femenina y los nacimientos de mujeres que no se producen corresponden a los cinco años anteriores.

Estimaciones de Bongaarts y Guilмотo (2015).

en los que la composición social y religiosa, el sistema político y la economía son muy diversos (cuadro 3.1). Los valores que se han registrado oscilan entre en torno a 115 niños por cada 100 niñas y niveles que se sitúan por debajo de los 110 nacimientos de varones o que incluso se aproximan al índice natural de masculinidad al nacer (de 105 a 106 niños por cada 100 niñas). Antes, tres de esos países —la República de Corea, Singapur y Túnez— habían exhibido desequilibrios en este indicador, pero en la actualidad, el índice de masculinidad al nacer no dista mucho del nivel natural.

En los cuadros 3.4 y 3.5 puede comprobarse que, si se suman los datos de China y la India, el resultado representa entre el 90% y el 95% de los 1,2-1,5 millones de nacimientos de mujeres que no se producen cada año en todo el mundo debido a la selección (prenatal) del sexo con sesgo de género (Chao *et al.*, 2019; Bongaarts y Guilamoto, 2015). También son los dos países con la mayor cifra total de nacimientos al año.

La asimetría del índice de masculinidad al nacer debida a la influencia de la selección del sexo con

CUADRO 3.4 Los nacimientos de mujeres que no se producen ascienden a casi 1,2 millones anuales

Estimación de los nacimientos de mujeres que no se producen debido a la selección prenatal del sexo con sesgo de género en los países y territorios seleccionados, con el promedio de un período de cinco años[†]

	Región, país, territorio	Nacimientos de mujeres que no se producen*
Asia	China	666.300
	Región Administrativa Especial de Hong Kong (China)	100
	Provincia de Taiwán (China)	1.200
	India	461.500
	Nepal	No se dispone de datos nacionales representativos
	República de Corea	0
	Singapur	No se dispone de datos nacionales representativos
	Viet Nam	40.800
Cáucaso Meridional	Armenia	1.100
	Azerbaiyán	6.200
	Georgia	100
Europa Sudoriental	Albania	500
	Montenegro	100
	Kosovo [‡]	No se dispone de datos nacionales representativos
África Septentrional	Túnez	1.400
TOTAL MUNDIAL		1.179.000

[†] Se han seleccionado los países con desequilibrios presentes o pasados en el índice de masculinidad al nacer. No se dispone de datos nacionales representativos para tres de los países o territorios. Las cifras se han estimado a partir de las estimaciones bayesianas medias sobre las tendencias y el índice de masculinidad natural al nacer. Para calcular el promedio anual se utilizaron las estimaciones de 2013 a 2017. Las estimaciones pueden variar en función de la metodología utilizada.

* Los “nacimientos de mujeres que no se producen” son los nacimientos femeninos que se evitaron mediante la selección prenatal del sexo con sesgo de género.

[‡] Los datos de Kosovo se refieren de conformidad con la Resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. (Chao *et al.*, 2019).

sesgo de género apareció en la década de los 80 en China, la India y la República de Corea; una década después en los países de Europa Oriental; y a partir del año 2000 en Nepal y Viet Nam (UNFPA, 2017, 2012; Frost *et al.*, 2013; Guilmoto y Duthé, 2013; Oficina General de Estadística, 2011; Bhat y Xavier, 2007; Das Gupta *et al.*, 2003).

En América del Norte y Europa, la proporción de varones que nacen en el seno de algunas comunidades de la diáspora es más alta de lo que cabría esperar (Almond *et al.*, 2009; Dubuc y Coleman, 2007).

En Hong Kong (Región Administrativa Especial de China), la provincia de Taiwán (China) y Singapur también se constató un aumento de la proporción de varones nacidos. Esto hace pensar que las actitudes y prácticas con sesgo de género pueden sobrevivir incluso en diferentes entornos políticos, sociales y culturales.

A lo largo de los últimos dos decenios, los índices de masculinidad de la mayoría de los países que presentaban asimetrías en este sentido han comenzado a volver a su valor normal. En la República de Corea

CUADRO 3.5 Dos países concentran la mayoría de las mujeres desaparecidas del mundo

Estimación de las mujeres desaparecidas, el exceso de mortalidad femenina y nacimientos de mujeres que no se producen anualmente en 2020 (en millones)

	TOTAL MUNDIAL	China	India	Otros países
Mujeres desaparecidas*	142,6	72,3	45,8	24,5
Exceso de muertes femeninas**	1,71	0,62	0,36	0,72
Nacimientos de mujeres que no se producen***	1,50	0,73	0,59	0,17

* El número de "mujeres desaparecidas" se refleja en los desequilibrios del índice de masculinidad al nacer a causa de la selección prenatal del sexo con sesgo de género, así como del exceso de mortalidad femenina derivado de la selección posnatal del sexo.

** El "exceso de muertes femeninas" se refiere a las muertes de mujeres atribuibles a la selección posnatal del sexo.

*** Los "nacimientos de mujeres que no se producen" son los nacimientos femeninos que se evitaron mediante la selección prenatal del sexo con sesgo de género.

† Las cifras anuales del exceso de muertes femeninas y nacimientos de mujeres que no se producen corresponden al período 2015-2020, estimadas y descritas en Bongaarts y Guilmoto (2015).

Ilustración por cortesía de Fatma Mahmoud Salama Raslan

y Singapur, dicho coeficiente está muy cerca del nivel natural. En Viet Nam, el Estado en el que la desviación del índice de masculinidad al nacer es más reciente, esta tendencia ha llegado por fin a su punto álgido y ha empezado a equilibrarse, lo que denota que podría ser el principio de un movimiento a la baja (Becquet y Guilmoto, 2018). No obstante, en la India, donde los incrementos en determinadas partes del país están neutralizando la disminución en otras zonas y estados, se calcula que nacen 120 niños por cada 100 niñas (Kulkarni, 2019).

Es posible que los promedios nacionales oculten desequilibrios en el índice de masculinidad al nacer en algunas regiones (Kumar y Sathyanarayana, 2012; Oficina General de Estadística, 2011). Las variaciones en los países pueden ser muy marcadas, por ejemplo entre el norte y el sur, las zonas urbanas y las rurales, o en función de la riqueza, la educación o el tamaño de la familia. En China, por ejemplo, los índices de masculinidad más altos se concentran en la zona meridional del país. En la India, por otra parte, los índices suelen ser más elevados en las zonas urbanas (gráfico 3.2), donde, por el contrario, son más bajos en Azerbaiyán, China y Viet Nam.

En un primer momento, la selección del sexo con sesgo de género es generalmente más frecuente en los segmentos más ricos de la sociedad, pero acaba por llegar a las familias de ingresos más bajos cuando las tecnologías que la hacen posible resultan más accesibles y asequibles.

El número de nacimientos y el sexo de cada niño también pueden influir en la decisión. Normalmente, las parejas no seleccionan el sexo del primer hijo. Sin embargo, después pueden recurrir a abortos selectivos en función del sexo del feto si tuvieron primero a una niña. En Armenia, por ejemplo, el índice de masculinidad es normal en los dos primeros nacimientos, pero posteriormente los progenitores con dos hijas pueden optar por el aborto selectivo para asegurarse de que su tercer hijo sea un varón. En 2001, según los datos censales, el índice de masculinidad

en los nacidos de mujeres que ya tenían dos hijas aumentó a 223 (UNFPA, 2013). Se han observado patrones semejantes en Albania, Georgia, Kosovo y ciertas partes de la India, sobre todo en los hogares más educados y acomodados (Kulkarni, 2019).

En China, en 1990, el índice de masculinidad del segundo hijo se situaba en 121 niños por cada 100 niñas. Diez años después se había elevado hasta 152 (Comité Nacional de Trabajo sobre los Niños y la Mujer *et al.*, 2018).

¿Qué factores influyen en la selección del sexo?

La preferencia por los hijos varones y la desigualdad de género subyacente son los principales factores que impulsan la selección del sexo posnatal y la selección del sexo con sesgo de género (Murphy *et al.*, 2011; UNFPA, 2011; Kaser, 2008; Miller, 2001; Croll, 2000). No obstante, existen otros dos requisitos para la selección del sexo con sesgo de género: la tecnología y la tendencia a la baja del tamaño de las familias (Guilmoto, 2009).

Tecnología

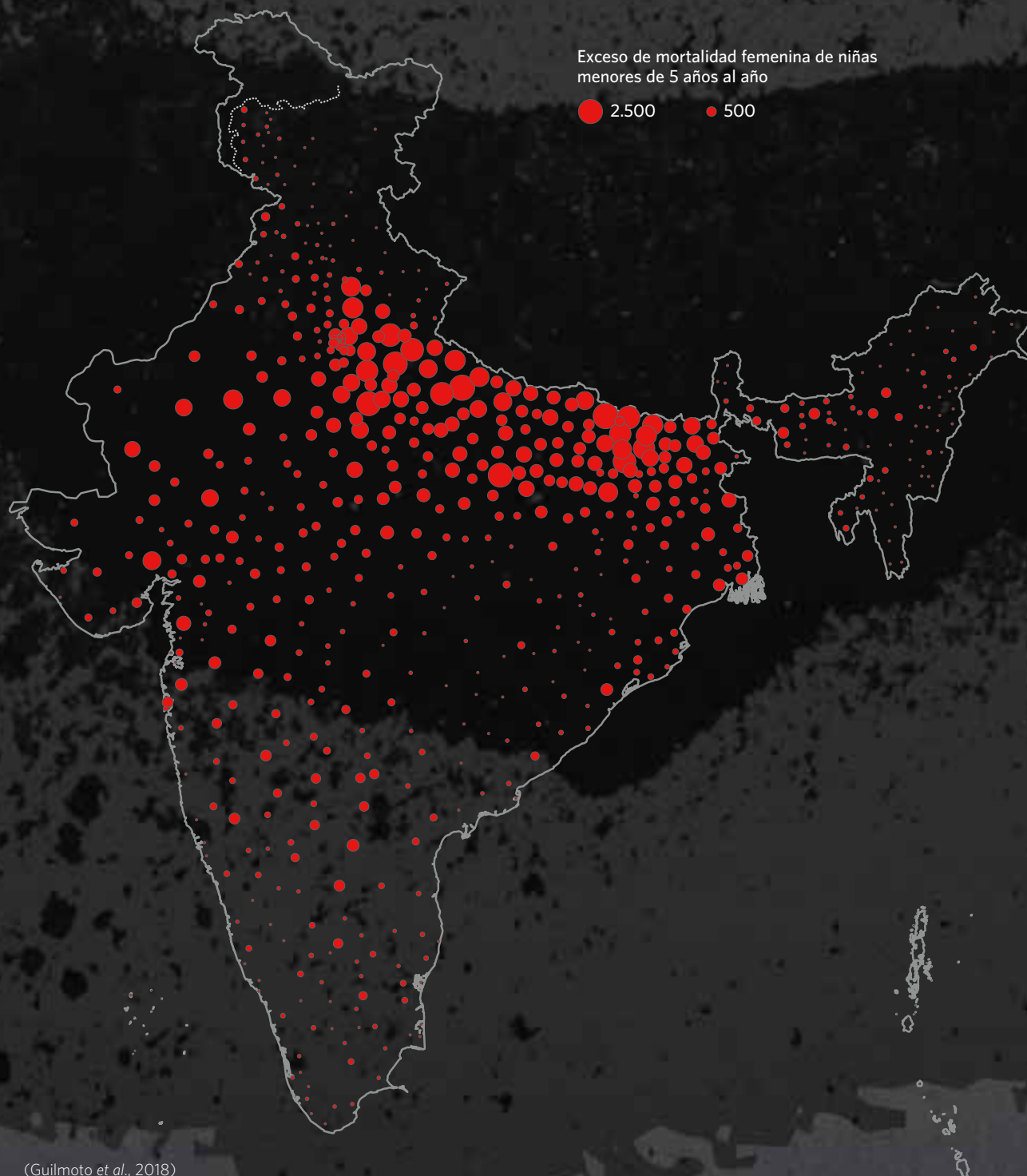
Antiguamente, las parejas que deseaban un hijo varón recurrían a métodos como el consumo de alimentos que, se creía, incrementaban las probabilidades de dar a luz a un niño. Algunas parejas que preferían un hijo varón también aplicaban la selección posnatal del sexo al descuidar la salud y nutrición de las niñas o, en ciertos casos extremos, cometer infanticidio femenino (D'Souza y Chen, 1980). También en el pasado había parejas que, al no lograr tener un varón, empleaban métodos como adoptar al hijo de un pariente o secuestrar al niño de otros.

Desde la década de 1960, los anticonceptivos modernos como la píldora han repercutido en la expresión de la preferencia de determinadas parejas por los hijos varones. Una vez que una pareja tiene un varón, recurre a la anticoncepción para no tener más niños (independientemente de su sexo). Prueba

GRÁFICO 3.2

Muertes de niñas en la India atribuibles al descuido y otras formas de selección posnatal del sexo

Exceso anual de fallecimientos de niñas menores de 5 años, ca. 2003



(Guilmoto *et al.*, 2018)

Las designaciones utilizadas y la presentación de material en los mapas de este informe no entrañan la expresión por parte del UNFPA de ningún tipo de opinión con respecto a la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona ni de sus autoridades, ni con respecto a la delimitación de sus fronteras. Una línea punteada marca aproximadamente la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes no han acordado todavía la situación definitiva de Jammu y Cachemira.

de ello es el gran número de familias cuyo único hijo es un varón (Bongaarts, 2013).

A partir de la década de 1970, la tecnología, en particular las ecografías, han hecho posible conocer el sexo del feto (UNFPA, 2012), y las parejas con una preferencia marcada utilizan esa información para decidir si abortar o llevar a término el embarazo. La selección del sexo con sesgo de género, sin embargo, depende también de la posibilidad de abortar después del primer trimestre, momento a partir del cual es posible determinar el sexo del feto en la ecografía.

Tendencia hacia la creación de familias menos numerosas

Las mujeres tienen menos hijos en todo el mundo. Hace 50 años, una mujer tenía como promedio unos cinco hijos; hoy, menos de tres. Al reducirse el tamaño de la familia, aumentan las probabilidades de no tener hijos varones. Aproximadamente uno de cada cuatro progenitores con dos hijas, por ejemplo, puede recurrir a la selección del sexo con sesgo de género para no tener una tercera niña (Jayachandran, 2014; Guilmoto, 2009). Este fenómeno, conocido como “restricción de la fecundidad”, es más frecuente en países donde se aplican políticas de planificación familiar que restringen el tamaño de la familia a un máximo de uno o dos niños, pues los progenitores no son libres para tener tantos niños como sea preciso hasta tener un varón (Ebenstein, 2010). En China, por ejemplo, la política nacional de planificación familiar anterior a 2015 autorizaba a los progenitores del medio rural a tener un segundo hijo solo si el primero era una niña. Algunas de estas parejas, que ansiaban un varón en lugar de una segunda niña, recurrían al aborto en función del sexo del feto.

En conjunto, la preferencia por los hijos varones, la tecnología y la tendencia hacia familias menos numerosas han impulsado la selección del sexo con sesgo de género. Sucedió primero en países o clases sociales en los que las parejas deseaban familias menos numerosas y tenían acceso a tecnologías como las ecografías, así como a servicios privados



Nos encontramos con Youngsook Cho en la planta superior, repleta de libros, de un edificio dedicado a los derechos de las mujeres. Este edificio de seis plantas en Seúl, capital de la República de Corea, acoge a diversas agrupaciones de mujeres, según nos explica Cho, una de las dirigentes de la coalición feminista de Asociaciones de Mujeres Coreanas (KWAU, por sus siglas en inglés). Explica que “cada grupo se dedica a un asunto diferente y tiene su propia agenda, pero cuando es preciso cambiar una ley, una política o un programa aunamos fuerzas”.



HÉROES anónimos

Cómo una generación de feministas acabó con la arraigada preferencia por los hijos varones

©ImaZinS

Conoce de primera mano el poder de la acción colectiva.

Ella y otras activistas trabajaron durante decenios —con éxito— para transformar la preferencia por los hijos varones, de fuerte arraigo cultural. De hecho, la República de Corea es uno de los pocos países del mundo donde ha habido un gran desequilibrio en el índice de masculinidad —consecuencia del aborto selectivo de los fetos femeninos por parte de las familias— antes de poner fin por completo a tal disparidad. El logro resulta todavía más notable teniendo en cuenta que se alcanzó en una sola generación.

Antes de la década de 1980, la preferencia por los hijos varones era generalizada, si bien la proporción entre sexos no mostraba desequilibrios significativos. En su lugar, las parejas a menudo sufrían presiones para seguir teniendo hijos hasta que naciera un varón. “Nací en 1961. Mis padres tuvieron cinco hijos: mi hermana mayor, después yo, mi hermana pequeña y, por último, los dos varones”, indica Cho. “Mi madre decía que, si no hubiera tenido hijos varones, su suegra la habría abandonado”.

Las leyes y normas patriarcales estipulaban que solo los varones podían celebrar ritos

ancestrales o heredar la fortuna familiar. Cuando las hijas se casaban, se esperaba que participaran en los rituales de su familia política, no en los de la propia. “Mi abuela reprendía a mis padres: ‘¿Por qué invertís en las niñas? Una vez que se casan no sirven para nada’”, recuerda Cho.

Gracias al rápido desarrollo del país, los ingresos de los hogares aumentaron, se amplió la educación y mejoró la salud. El Gobierno también creó una serie de incentivos fiscales y de vivienda para alentar a las familias más pequeñas. En la década de 1980, “la situación de la gente había mejorado”, señala la Dra. Eun Ha Chang, directora del Instituto Coreano de Desarrollo de la Mujer, un órgano público de investigación. Al mismo tiempo, “se les descubrió la tecnología de diagnóstico del sexo del feto”.

Aunque el aborto era ilegal, “en realidad era una práctica bastante habitual entre las mujeres”, explica Cho. “Muchas amigas mías han abortado por sus suegros [...] De alguna manera se ejercía control sobre el cuerpo de la mujer, aunque en aquella época no se consideraba una vulneración de su derecho a decidir. La opinión pública lo aceptaba sin más”.

A raíz del aborto en función del sexo del feto, la relación entre varones y mujeres se inclinó cada vez más en el país en favor de los primeros. Alarmadas por la situación, las autoridades prohibieron las pruebas prenatales para determinar el sexo en 1987, y en la década de 1990 se llevaron a cabo campañas de concienciación sobre los peligros de la escasez de niñas. Pese a todo, el desequilibrio siguió aumentando. En 1994, nacían 115,4 varones por cada 100 niñas.

Sin embargo, la preferencia cultural por los hijos varones empezó a desvanecerse. Chang cree que uno de los factores clave fue la

transformación de la economía; antes rural y agraria, después urbana e industrial. “Las sociedades agrarias suelen preferir a los varones”, indica. También resultaron esenciales las inversiones efectuadas en la educación de las mujeres y las niñas, “que hicieron que las mujeres adquirieran conciencia de la igualdad de género [...]”; posteriormente, el fuerte movimiento de las mujeres de Corea del Sur provocó cambios en la legislación y las políticas”.

La propia experiencia de Cho lo corrobora. “Llegué a la universidad en la década de 1980. La radicalidad imperaba en todas las universidades. Estudié Ciencias Sociales, lo que me permitió descubrir la estructura y las causas profundas de la preferencia por los hijos varones”. Empezó a colaborar con agrupaciones de mujeres que presionaban en favor de un conjunto de cambios normativos. En las décadas de 1980 y 1990 se aplicaron reformas profundas, tales como la aprobación de leyes que reconocían el derecho de herencia de las mujeres, leyes contra la discriminación laboral y la violencia doméstica y, finalmente, en 2005, cambios jurídicos que posibilitaron que las mujeres ejercieran como cabezas de familia.

Kyung-Jin Oh, joven coordinadora de la KWAU, conoció los últimos vestigios de la preferencia por los hijos varones en la década de 1990. Recuerda que se compadecían de su madre por no tener hijos varones. “La gente le decía: ‘Vaya, con tres hijas ya y ni un solo niño. ¿Qué vas a hacer?’”.

Las niñas también eran minoría en la escuela primaria: “Si había 50 alumnos en una clase, 30 eran niños, y 20, niñas”. Señala que, en la actualidad, la huella del desequilibrio entre sexos se hace notar en la actitud de ciertos hombres ante la acusada escasez de mujeres con las que salir. “Muchos hombres se sienten

frustrados por no tener pareja con quien casarse o tener una relación". En los peores casos, esta frustración da pie a episodios de violencia de género. "También han asesinado a algunas mujeres", denuncia.

Oh quiere seguir los pasos de las activistas de generaciones anteriores. "Siento mucho respeto por nuestras feministas más veteranas. Corea era un país muy pobre sin una democracia consolidada. Y había tantas causas por las que luchar: por ejemplo, los derechos humanos, la democracia y el desarrollo económico. Debe de haber resultado muy difícil para las activistas centrarse en los derechos de las mujeres. Hoy contamos con un movimiento fructífero y activo por los derechos de la mujer en todo el país, pero este no habría sido posible sin el legado jurídico y la experiencia del movimiento anterior".

Actualmente el índice de masculinidad de los nacidos en la República de Corea se encuentra en niveles naturales, y una nueva y pujante generación de feministas ha entrado en la escena nacional. Estas activistas más jóvenes luchan contra las nuevas formas de violencia de género, por ejemplo la proliferación de cámaras espía con las que se graba y distribuye pornografía no consensuada; también están cuestionando las normas estéticas convencionales con el movimiento #EscapeTheCorset ("quítate el corsé").

"Se hacen oír más", dice Chang. "Ya en la escuela secundaria hay niñas que participan activamente en el movimiento #MeToo. Observamos con mucha atención cómo este joven movimiento feminista nos lleva al futuro".

Cho es de la misma opinión. "Las jóvenes pueden tomar el relevo. Con la tecnología y sus ideas novedosas, pueden cambiarlo todo".

de atención de salud reproductiva. Posteriormente, la práctica llegó a otros países y clases sociales, conforme aumentaron los ingresos.

Dado que es poco probable que las tasas de fecundidad aumenten, y bastante probable que lo haga el acceso a la tecnología, cabe prever que los factores que impulsan la selección del sexo con sesgo de género seguirán vigentes. Entretanto, las leyes y políticas dirigidas a poner fin a los abortos en función del sexo del feto no han resultado eficaces. Por tanto, es probable que la solución a la selección del sexo con sesgo de género de los hijos resida en combatir la preferencia por los hijos varones mediante cambios en las normas sociales.

Preferencia por los hijos varones y modelos de parentesco

Para los economistas, la preferencia por los hijos varones podría reflejarse en la inversión en el futuro de los niños, en detrimento del de las niñas, al asumir que el primero reportará mayores beneficios. En muchas partes del mundo, las parejas comparten ese punto de vista: creen que un hijo varón aporta seguridad económica a la familia, sobre todo cuando los progenitores envejecen. Por el contrario, a las hijas se las ve fundamentalmente como un costo sin apenas beneficios.

Los antropólogos observan la preferencia por los hijos varones desde una perspectiva muy diferente, centrada en los sistemas familiares y los contextos de género locales (Den Boer y Hudson, 2017; Guilmo, 2012; Murphy *et al.*, 2011; John *et al.*, 2008; Bélanger, 2002). Relacionan la preferencia por los hijos varones con los modelos de parentesco. Allí donde los sistemas familiares son más equilibrados —por ejemplo, en Asia Sudoriental y América Latina— los progenitores tienden a atribuir el mismo valor a las hijas y los hijos, y a veces

favorecen a las primeras (Das Gupta *et al.*, 2003; Croll, 2000; Dube, 1997).

Donde puede atribuirse más valor a los hijos varones es en las sociedades donde la herencia de la tierra es patrilineal, donde el cuidado de los mayores se deja en manos de los varones y donde las mujeres, al contraer matrimonio, toman el apellido del esposo y viven con la familia de este o cerca de ella. En muchas

sociedades rurales, este tipo de sistemas se apoyan o reflejan en una serie de normas y costumbres relacionadas con el honor familiar, el respeto a los progenitores y la autoridad, y las creencias religiosas, entre otras las referentes a la vida después de la muerte (Alesina y Giuliano, 2014).

Los sistemas patrilineales y patrilocales promueven siempre a los hijos varones como el futuro de la

Ilustración por cortesía de Fatma Mahmoud Salama Raslan



familia y enseñan a las niñas que su futuro estará ligado al de su esposo. La situación transitoria de las niñas entre la dependencia de su familia y la dependencia de su esposo y la familia de este merma su valor social y su aportación a la familia de origen. Estas normas y costumbres determinan el comportamiento social y alientan a los progenitores y comunidades a producir hijos varones que garanticen la continuidad del linaje familiar.

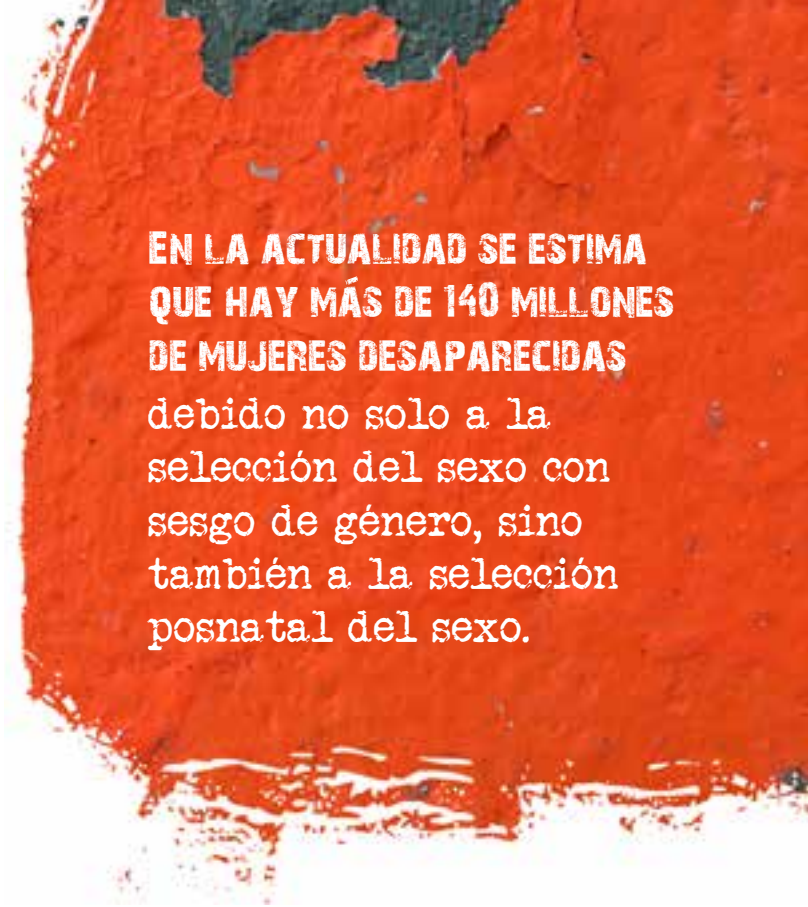
Desviarse de las normas locales acarrea riesgos. En los contextos patrilineales y patrilocales, no producir un heredero varón puede menoscabar el estatus social, político y económico de una mujer o una familia. Para que no se las excluya o margine, las familias pueden decidir atenerse a las normas de parentesco consolidadas, que justifican y aceptan la selección del sexo con sesgo de género con el propósito de no tener niñas.

Impacto demográfico

En la actualidad se estima que hay más de 140 millones de mujeres desaparecidas debido no solo a la selección del sexo con sesgo de género, sino también a la selección posnatal del sexo (cuadro 3.3) (Bongaarts y Guilmo, 2015).

La selección del sexo puede desnaturalizar la composición de la población de un país durante generaciones. Su consecuencia más evidente e inmediata es el incremento del índice de masculinidad al nacer. Con el tiempo, este desequilibrio se traduce en niñas, mujeres y ancianas desaparecidas.

La preferencia por los hijos varones plasmada en la selección del sexo ha provocado alteraciones drásticas y duraderas de la proporción de mujeres y hombres en la población de determinados países. Por ejemplo, el desequilibrio en la relación entre los sexos de los nacidos en China y la India se observó por primera vez en la década de 1980. Hoy, en esos países hay un 11% más de varones menores de 35 años que de mujeres por debajo de esa edad. Según un estudio, una proporción del sesgo del índice de masculinidad



**EN LA ACTUALIDAD SE ESTIMA
QUE HAY MÁS DE 140 MILLONES
DE MUJERES DESAPARECIDAS**

**debido no solo a la
selección del sexo con
sesgo de género, sino
también a la selección
posnatal del sexo.**

en China podría atribuirse en parte a que no se comunican todos los nacimientos de niñas, o bien a demoras en su registro (Shi y Kennedy, 2016).

Este desajuste demográfico repercutirá inevitablemente en los regímenes matrimoniales. En países donde el matrimonio es casi universal, muchos hombres tendrán que retrasarlo o renunciar a él porque no encontrarán esposa. Esta “restricción del matrimonio” —cuando los posibles esposos superan en número a las posibles esposas— ya se ha observado en lugares de China y la India, y afecta principalmente a los jóvenes de los estratos económicos más bajos. Al mismo tiempo, la restricción del matrimonio podría dar pie a un auge del matrimonio infantil (Srinivasan y Li, 2017).

Varios estudios indican que la restricción del matrimonio alcanzará su punto álgido en China entre 2030 y 2055, y en la India, en 2055 (Guilmo, 2012a). Se prevé que el porcentaje

de varones todavía solteros a los 50 años aumente a partir de 2050 en China y la India hasta el 15% y el 10%, respectivamente. De hecho, en estudios recientes ya se ha observado un incremento de los “solteros involuntarios” en ambos países (Srinivasan y Li, 2017; Kaur, 2016).

Los efectos de los desequilibrios en el índice de masculinidad se multiplican en la sociedad y ayudan a perpetuar la desigualdad de género que los provocó (UNFPA, 2012; Sen, 2009).

Consecuencias en materia de derechos humanos

La selección del sexo con sesgo de género no solo perpetúa la desigualdad de género, sino que también puede anular la autonomía reproductiva de las mujeres.

En ciertos países y comunidades donde hay una preferencia por los hijos varones, avances tecnológicos como las ecografías no mejoran la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, sino que transforman las decisiones en obligaciones (Gammeltoft y Wahlberg, 2014). La presión social puede llevar a algunas mujeres a poner fin al embarazo contra su voluntad. En ocasiones, las mujeres que contravienen las expectativas de la sociedad sufren violencia física, exclusión social y divorcios.

La presión social sobre las parejas para que tengan hijos varones también empuja a las mujeres a pasar más embarazos de los deseados, de modo que se les priva de su derecho a decidir de forma libre y responsable el momento de cada embarazo y el intervalo entre ellos.

Los desequilibrios en el índice de masculinidad y la restricción del matrimonio derivada de estos pueden agravar problemas de violencia de género, entre otros las violaciones, las relaciones sexuales forzadas, la explotación sexual, la trata de personas y el matrimonio infantil; todos ellos vulneran los derechos

humanos (South *et al.*, 2014; Tucker *et al.*, 2005; Hudson y den Boer, 2004).

Romper el ciclo

A lo largo de los años, los gobiernos han aplicado políticas encaminadas a poner fin a la preferencia por los hijos varones, en general, y a la selección del sexo con sesgo de género antes y después del parto, en particular, con resultados dispares (Rahm, 2020).

Prohibición

Casi todos los países donde predomina la preferencia por los hijos varones han prohibido los abortos en función del sexo del feto y los procedimientos que llevan a ellos. Sin embargo, los motivos para querer abortar son numerosos y complejos, por lo que resulta complicado —si no imposible— saber cuándo se deben expresamente a la selección del sexo y cuándo hay otras razones.

Países como la República de Corea y Viet Nam han prohibido que los médicos revelen el sexo del feto en las consultas prenatales. No obstante, las ecografías en estas visitas son ahora habituales y suelen tener lugar en centros privados, donde los pacientes pueden pagar a los médicos para que les digan el sexo del feto, o estos facilitar la información de forma indirecta y discreta. El progreso tecnológico puede dar lugar a nuevos métodos para determinar el sexo del feto —por ejemplo, análisis de sangre—, con lo que resultaría más sencillo obtener la información. Asimismo, otras tecnologías permitirán seleccionar el sexo antes de la fecundación *in vitro* y, por tanto, dificultarán la aplicación de las leyes contra la selección del sexo. En términos generales, las prohibiciones en este sentido resultan a menudo ineficaces y también vulneran los derechos reproductivos, por ejemplo el acceso a un aborto sin riesgos en los países donde esta práctica es legal (Ganatra, 2008).

Informar de los perjuicios

Los gobiernos han adoptado otras medidas, sobre todo en Asia, como iniciativas dirigidas a educar a la población sobre las consecuencias que las decisiones de las familias en materia de reproducción tienen en el conjunto de la sociedad. Las primeras campañas hicieron hincapié en la concienciación sobre la discriminación de las niñas que acarrea la selección del sexo. En campañas posteriores se puso el énfasis en que la selección del sexo con sesgo de género provoca la restricción del matrimonio. En cualquier caso, quizá deban pasar decenios hasta que este tipo de campañas consigan modificar las actitudes y conductas. Además, es posible que no consigan llegar a las familias más ricas que practican la selección del sexo con sesgo de género, pues es menos probable que estas se vean afectadas por la restricción del matrimonio. Los hombres en mejor situación todavía podrán casarse. Por el contrario, los de grupos socioeconómicos más bajos —donde la selección del sexo con sesgo de género es menos frecuente debido a su costo prohibitivo— sufrirán en mayor medida la restricción del matrimonio (Srinivasan y Li, 2017; Kaur, 2016).

Introducir normas equitativas en materia de género

Los gobiernos también han tomado medidas para combatir las causas de origen de la selección del sexo. Entre las intervenciones que se han llevado a cabo, por ejemplo en China, la India y Viet Nam, se encuentran campañas contra los estereotipos de género dirigidas a cambiar las actitudes y abrir la puerta a nuevas normas y conductas. En ellas se destaca la importancia de las hijas y se subraya que las niñas y las mujeres han cambiado a mejor la sociedad. Las campañas que celebran los progresos y logros de las mujeres quizá calen más donde sea posible demostrar que las familias que solo tienen hijas están prosperando.

Otras intervenciones como políticas y leyes persiguen situar a mujeres y hombres —y niñas y niños— en un plano de igualdad en ámbitos como la herencia de propiedades y los derechos de la tierra, la participación política, el empleo remunerado y el derecho a una pensión (Den Boer y Hudson, 2017).

Dado que la preferencia por los hijos varones está íntimamente ligada a la desigualdad de género, una parte de la solución puede residir en las medidas de promoción de los mismos derechos y oportunidades para las mujeres, los hombres, las niñas y los niños. Superar los sesgos de género mediante las “tres aes” (activos, autonomía y ancianidad) es fundamental (Brahme, 2016). Para ello se ha de garantizar que las mujeres gozan de los mismos derechos que los hombres en relación con la propiedad y la herencia, respetar el derecho de las mujeres y las niñas a tomar sus propias decisiones en todas las esferas de la vida y cambiar las actitudes según las cuales solo los varones pueden mantener a sus progenitores cuando estos se hacen mayores.

La República de Corea puso en marcha campañas de información y promoción para reafirmar la situación de las niñas y desalentar la selección del sexo con sesgo de género; al mismo tiempo, revisó las políticas que prohíben revelar el sexo del feto. Pese a que el índice de masculinidad al nacer se redujo en el país, no está claro si la merma de la preferencia por los hijos varones debe atribuirse a estas medidas o al cambio social, sobre todo al mayor acceso de las mujeres a la educación y el empleo (Chung y Das Gupta, 2007). En Georgia, que no introdujo políticas específicas sobre la selección del sexo con sesgo de género, también se produjo un descenso sostenido del índice de masculinidad al nacer, del que cabe responsabilizar en gran medida a las medidas de desarrollo económico (UNFPA, 2017).

Un mundo en el que hijos e hijas se valoren por igual

La necesidad acuciante de un cambio es objeto de un consenso amplio —por ejemplo, en el llamamiento a la igualdad de género del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5— y específico —por ejemplo, en la declaración interinstitucional de 2011 de las Naciones Unidas sobre la prevención de la selección del sexo con sesgo de género (“Preventing Gender-biased Sex Selection”)—. En ese sentido, resultan fundamentales los compromisos asumidos por los países para combatir la preferencia por los hijos varones, el escaso valor percibido de las niñas y las desigualdades de género. Por ejemplo, las alianzas establecidas en el marco de un programa del UNFPA están poniendo en común conocimientos y experiencias en sociedades que comparten las mismas prácticas nocivas: Bangladesh, Nepal y Viet Nam en Asia, y Armenia, Azerbaiyán y Georgia en el Cáucaso. Las soluciones deben buscarse en enfoques alejados de la reprobación y la coacción, que fomenten cambios de conducta positivos y ayuden a las mujeres y las niñas sin poner en peligro sus derechos reproductivos. Es indispensable un cambio, como se concluye en la declaración de las Naciones Unidas: “Los desequilibrios en los índices de masculinidad son una manifestación inaceptable de la discriminación de género contra las niñas y las mujeres, y una vulneración de sus –derechos humanos”.



© UNICEF Azerbaijan/Bell/2018

En una etapa temprana de su vida, Janoghlan Ilyasov tenía dificultades para expresarse. Para superarlas, se dedicó a la oratoria, ámbito en el que acabó por sobresalir: en 2010 fue nombrado mejor orador de Azerbaiyán.

Siete años después de encontrar su propia voz, empezó a hablar en defensa de las mujeres y las niñas, y de la protección de sus derechos, en el marco de una iniciativa de divulgación comunitaria apoyada por el UNFPA que forma parte del plan de acción nacional del Gobierno con el propósito de poner fin a la selección del sexo con sesgo de género en el país.

“Los jóvenes de este país se crían con la idea de que los varones son quienes toman las decisiones en el hogar. Sabía que era



ALIADOS

por el cambio

Cómo pueden aprovechar los hombres sus privilegios para aumentar el valor de las niñas

importante llegar al corazón y la mente de estos futuros padres”, explica Ilyasov.

En Azerbaiyán, la preferencia arraigada por los hijos varones está vinculada a factores estructurales que refuerzan la idea de que los niños son más valiosos que las niñas desde un punto de vista social y económico. Por ejemplo, las herencias y los derechos sobre la tierra se transmiten tradicionalmente a los hombres; y los progenitores, al envejecer, suelen depender del apoyo económico de los hijos varones. Las normas sociales establecen que solo estos garantizan la continuidad del linaje familiar.

Hasta principios de la década de 1990, el país presentaba un índice de masculinidad al nacer estándar: 106 niños por cada 100 niñas. Sin embargo, en 2003 el índice aumentó de forma espectacular hasta 118 niños por cada

100 niñas, según los datos de la oficina del UNFPA en Azerbaiyán.

Con el poder y el privilegio notables de los que gozan los jóvenes varones en sus familias, estos podrían desempeñar un papel importante en la promoción de la igualdad de género y la modificación de las normas que alientan la preferencia por los hijos varones. En los talleres que dirige, Ilyasov anima a los hombres a examinar sus actitudes hacia las mujeres y las niñas y les ayuda a entender que la preferencia por los hijos varones es una expresión de la desigualdad de género. Afirmo que “incluso los hombres más intransigentes se replantean sus certezas en estas sesiones”.

“Yo mismo tengo una niña de un año”, añade.

“Me esfuerzo por pasar tiempo con ella todos los días. Aunque es muy pequeña, hablo con ella. Al hablar y escuchar a tu hija, le transmites que es importante. Le enseñas el poder de su propia voz”.

MUTILADAS RASPADAS SUTURADAS

**LA MUTILACIÓN
GENITAL FEMENINA**
violencia de género con
con la aprobación de
la sociedad



**La mutilación
genital femenina
es una**

práctica nociva

que se ejerce
exclusivamente contra
las mujeres y las niñas
y vulnera sus derechos
fundamentales —a
la salud, la integridad
física, la ausencia de
discriminación y a no
sufrir un trato cruel
o degradante—.

La acción para poner fin a
esta práctica nociva está
haciendo que disminuyan
unos índices que ya
estaban en descenso. Las
mujeres y los hombres
que se oponen a los daños
permanentes que provoca
esta práctica dicen no por
sus hijas. Sin embargo,
donde la población crece
con rapidez, también lo
hace el gran número de
niñas afectadas.

La mutilación genital femenina puede provocar lesiones físicas y psicológicas graves. Puede hacer que las relaciones sexuales resulten dolorosas y causar infecciones, quistes e infecundidad, fistula obstétrica, complicaciones durante el parto y mortalidad de los recién nacidos, así como aumentar el riesgo de contraer el VIH. También puede provocar depresión, pesadillas, ataques de pánico y trauma. Dejando a un lado el *porqué* de esta práctica, puede dañar a una niña de por vida.

Los instrumentos mundiales de derechos humanos condenan sin ambages la mutilación genital femenina; no obstante, 4,1 millones de niñas y mujeres podrían verse sometidas a ella solo en 2020. Alrededor de 200 millones de niñas y mujeres que viven actualmente han sufrido alguna forma de mutilación genital en 31 países, padeciendo no solo el hecho en sí, sino también la falta de apoyo y servicios que cubriesen sus necesidades de atención continuada en materia de salud física y mental. La Organización de las Naciones Unidas se propone erradicar por completo esta práctica para 2030, en el marco del Objetivo de Desarrollo Sostenible 5, consciente de los beneficios que reportaría en la salud, la dignidad, la educación y el progreso económico de las niñas y las mujeres.

Sin justificación médica

La mutilación genital femenina es un procedimiento invasivo en un tejido sano, sin justificación médica. Conlleva la ablación parcial o total de los genitales externos de la mujer u otras lesiones en los órganos genitales sin causa médica (OMS, 2020), que pueden abarcar desde el raspado y la cauterización de los genitales hasta la ablación del clítoris o la sutura de ambos labios para estrechar la abertura vaginal. El procedimiento se practica en la mayoría de los casos en niñas, entre la primera infancia y los 15 años (OMS, 2020). La “medicalización” de esta práctica nociva por profesionales de la medicina jamás está justificada.



**“ Veo la
VOLUNTAD
de las niñas
que llegan aquí, su
determinación para
hacer realidad
sus sueños”.**



No DEJARSE SILENCIAR

**Las supervivientes de
la mutilación genital
femenina cambian
su comunidad
desde dentro**

Rhobi Samwelly tenía 13 años cuando su madre le explicó que la iba a someter a la mutilación genital femenina, tradicional en su comunidad. Se sintió aterrorizada. “No quería hacérmela porque mi amiga Sabina había muerto por eso”. Samwelly imploró a su madre que no la mutilara, pero esta insistió y le prometió que buscaría a alguien con experiencia y que Samwelly no moriría.

Pero estuvo a punto de hacerlo. Samwelly tuvo una hemorragia profusa y pasó horas inconsciente. Cuando finalmente recuperó el sentido, su madre se sintió tan aliviada

que prometió a Samwelly que no mutilaría a ninguna de sus seis hermanas pequeñas.

Ese día nació una activista. Samwelly estaba furiosa. No quería que nadie experimentara el dolor que ella había sentido, y se propuso advertir a sus amigas de la escuela acerca de los peligros de la mutilación genital femenina y animarlas a rechazarla. Después de casarse y dar a luz a una niña, la tercera de sus hijos, Samwelly no cedió a la presión de la familia de su esposo y dejó claro que su hija no se iba a someter a la mutilación genital.

Fundó dos albergues en los distritos de Butiama y Serengeti, en la región de Mara (Tanzanía), donde encuentran refugio y apoyo las valientes niñas que huyen para evitar la mutilación genital femenina en la temporada bianual de ablación. “Veo la voluntad de las niñas que llegan aquí, su determinación para hacer realidad sus sueños”, destaca. Dado que las niñas que se alojan en los albergues de Samwelly pueden ir a la escuela o los centros de formación profesional, muchas desarrollan carreras de éxito. Algunas dirigen hoteles, otras quieren ser doctoras o incluso pilotar aviones. Samwelly explica que ahora las familias de esas niñas las miran con respeto y orgullo.

El miedo a incumplir la ley —la mutilación genital femenina es delito en Tanzania desde 1998— y la creciente concienciación de los perjuicios que causa esta práctica han ayudado a reducir su prevalencia; no obstante, sigue presente en varias regiones, sobre todo donde las normas patriarcales tienen mucho peso y los líderes tradicionales y de los clanes conservan su relevancia en la toma de decisiones. “Los líderes tradicionales aún exigen que las esposas de sus hijos se hayan sometido a la ablación”, explica Samwelly. “Todavía persiste de manera generalizada la idea de que las mujeres mutiladas son más fáciles de controlar, de que así es más probable que se queden con su esposo y no se vayan con otros hombres”, añade.

Pero no son solo los hombres quienes perpetúan el ciclo; aún ejercen esta práctica mujeres a

quienes se mutiló en su día. “Para una madre que no recibe una educación, todo son dificultades. No percibe los beneficios de llevar a los niños a la escuela y desconoce los peligros de la mutilación genital femenina”, lamenta Samwelly.

La pobreza también es un factor relevante. Las familias que no pueden pagar la cuota escolar, la alimentación u otros gastos básicos de sus hijas ven el matrimonio infantil como una salida para garantizar su seguridad. Además, el precio de la novia que las familias reciben a cambio de sus hijas —por ejemplo, ganado, dinero y otros bienes de valor— es una forma de mitigar la pobreza. En ambos casos, las niñas deben someterse a la mutilación genital femenina a fin de prepararse para el matrimonio.

Samwelly señala que se están haciendo progresos de cara a eliminar esta práctica para 2030, en consonancia con los objetivos de desarrollo mundiales. En las sesiones de divulgación comunitaria ha visto a *nagribas* (quienes llevan a cabo la ablación) deponer su instrumental y comprometerse como paladines del fin de la mutilación. También conoce a progenitores que han cambiado su postura con respecto a la mutilación de sus hijas. Asimismo, se está aplicando la ley: cada vez más progenitores y mutiladores acaban en prisión. No obstante, para Samwelly todavía quedan demasiados en libertad, por lo que es necesario dotar de más poder a la policía y los funcionarios judiciales para hacer cumplir la legislación.

“ Para una madre que no recibe una educación, todo son dificultades. No percibe los beneficios de llevar a los niños a la escuela y desconoce los peligros de la mutilación genital femenina”.

También es preciso cambiar las actitudes hacia la educación de las niñas, que con frecuencia no constituye una prioridad para las familias. “Las niñas tienen que desempeñar una serie de tareas a primera hora de la mañana y después recorrer a pie largas distancias hasta la escuela, lo que las hace vulnerables. Y también están cansadas”, se queja Samwelly. “Muchos progenitores buscan cualquier excusa para sacar a la niña de la escuela y casarla”.

Se requieren oportunidades para que las mujeres y las niñas generen ingresos, así como para aquellos que se benefician de la mutilación —entre otros los líderes tradicionales y los que llevan a cabo las ablaciones—. De este modo, los practicantes podrían abandonar su actividad y se empoderaría a las mujeres que en este momento no se atreven a oponerse a las normas sociales. Samwelly explica que, con demasiada frecuencia, las madres no pueden ayudar a sus hijas a librarse de la mutilación genital porque temen que las agredan o expulsen del hogar marital. “Al carecer de fuentes de ingresos e independencia económica, guardan silencio”, expone.

También es preciso intensificar las actividades de sensibilización para informar a las familias y comunidades sobre los perjuicios de la mutilación genital femenina. En muchos lugares ya están dando fruto estas iniciativas. “Las niñas rechazan la ablación y algunos chicos no quieren casarse con una chica a la que hayan mutilado. Conocen sus consecuencias para las mujeres, sobre todo las dificultades durante el parto”, dice Samwelly.

Si se prioriza la lucha contra la mutilación genital femenina y se insta a los dirigentes a escuchar a niñas empoderadas, Samwelly tiene la esperanza de que esta práctica pase a la historia en el plazo de una generación.

El origen, en la desigualdad de género

La mutilación genital femenina se basa en la creencia de que mejora la fecundidad, favorece el placer sexual masculino, reprime la sexualidad femenina, mejora la higiene, evita la infidelidad, satisface las demandas de las instituciones religiosas o propicia la aceptación de la comunidad (Kandala *et al.*, 2019; Alhassan *et al.*, 2016; Ashimi *et al.*, 2015; Bogale *et al.*, 2014). Se cree que conserva la pureza, el honor y la limpieza de las niñas, y se utiliza para controlar la sexualidad femenina a fin de aumentar las probabilidades de matrimonio de las niñas y las mujeres, de conformidad con normas sociales que cimentan esta práctica desde hace siglos (Mackie, 2009).

La mutilación genital femenina es violencia de género aprobada por la sociedad. Aunque el acto en sí lo suelen llevar a cabo mujeres mayores, se trata de una práctica patriarcal que tiene su origen en las desiguales relaciones de poder entre las mujeres y los hombres, integradas en un sistema que perpetúa el poder de estos (ONU Mujeres, 2017).

Empoderar a las mujeres —y a los hombres— para decir no por sus hijas sería un acto transformador, pero necesitan capacidad de actuación e información para tomar decisiones diferentes. En casi todos los contextos, los progenitores están convencidos de que, para hacer lo correcto, sus hijas deben someterse a esta práctica. Muchas veces, los progenitores conocen los riesgos físicos y psicológicos, pero aun así siguen adelante para que la sociedad los acepte (Eldin *et al.*, 2018; Tamire y Molla, 2013). Con frecuencia son las madres quienes someten a sus hijas a la mutilación genital femenina, con lo que perpetúan así unas normas desiguales en materia de género que transmiten esta práctica de generación en generación.

Presente en todas las regiones

La mutilación genital femenina se concentra en el continente africano, desde la costa atlántica hasta el Cuerno de África, pero también es frecuente en países como el Iraq y el Yemen, y en algunos países asiáticos como Indonesia, donde se calcula que el 49% de las niñas no mayores de 11 años han sido sometidas a la mutilación genital femenina (Indonesia, 2013) (gráfico 4.1). La migración alcanzó cotas sin precedentes en el último decenio, de modo que esta práctica nociva ya no se circunscribe a los países del Sur Global.

En los últimos datos disponibles se observa que el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años a las que se ha sometido a la mutilación genital femenina oscila entre aproximadamente el 1% en el Camerún (en 2004) y Uganda (en 2011) hasta el 90%, como mínimo, en Djibouti (en 2006), Egipto (en 2015), Guinea (en 2018) y Malí (en 2018).

También hay mutilación genital femenina, por ejemplo, en Australia, los Estados Unidos, el Japón, Nueva Zelandia, el Reino Unido y la Unión Europea. Según las estimaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, 513.000 niñas y mujeres del país estaban en riesgo de sufrir la mutilación genital femenina, o habían sido sometidas a ella, en 2012; el cambio se atribuía principalmente al incremento de la inmigración desde países donde se practica (Goldberg *et al.*, 2016). Esta cifra triplica las estimaciones llevadas a cabo en 1990. En Inglaterra y Gales, en 2015, se calculaba que 137.000 niñas habían sufrido la mutilación genital femenina (Macfarlane y Dorkenoo, 2015). En Australia, en 2017, la estimación se situaba en 50.000 (Instituto Australiano de Salud y Bienestar, 2019).

En el último decenio también se ha informado de la práctica de la mutilación genital femenina en la Arabia Saudita (Alsibiani y Rouzi, 2010), Colombia



“Como todo ser humano, las mujeres indígenas tienen derecho a la intimidad, a una buena salud y a preservar el cuerpo con el que fueron creadas, porque no hay nada imperfecto en nosotras”.

Llamadas AL LIDERAZGO

Las mujeres indígenas ayudan a poner fin a la mutilación genital femenina en Colombia

©UNFPA/Juan Manuel Barrero

Durante su infancia en el Valle del Cauca, en el oeste de Colombia, Arelis Cortés trató con mujeres mayores a las que se había negado el derecho a leer, escribir o expresar su opinión. Un día, una mujer de su comunidad, los embera chamí, le pidió que cambiara las cosas. Y así lo hizo. A los 15 años, Arelis comenzó a alzar la voz por los derechos de las mujeres y las niñas; hoy está al frente de los esfuerzos para poner fin a la mutilación genital femenina, que practican algunos miembros de la comunidad indígena.

“Como todo ser humano, las mujeres indígenas tienen derecho a la intimidad, a una buena salud y a preservar el cuerpo con el que fueron creadas, porque no hay nada imperfecto en nosotras”, defiende Cortés, que a sus 28 años se dirige a un grupo de mujeres durante una reunión comunitaria que tiene lugar bajo un sol abrasador.

En Colombia no hay estadísticas oficiales sobre el número de mujeres y niñas a las que se ha sometido a la mutilación genital femenina. Muchos casos no salen a la luz hasta que una

niña acude a un centro de salud con lesiones graves. Algunas niñas han muerto.

Según Cortés y las autoridades indígenas de la región, la práctica se introdujo en la época colonial y no está establecida en las leyes nativas. Los dirigentes sugieren, como posible explicación, que se impuso a fin de prevenir la infidelidad de las mujeres al aplacar sus apetitos sexuales. Aunque no se ejerce de forma universal, persiste, a menudo en secreto, en la forma de clitoridectomía o, como se conoce localmente, “la curación”. En 2015, las autoridades indígenas firmaron un mandato para erradicar la mutilación genital femenina. Desde entonces, Cortés trabaja con la Organización Regional Indígena del Valle del Cauca, en la región del Pacífico de Colombia, y viaja a distintos territorios para hablar directamente a las comunidades sobre los perjuicios de la mutilación genital femenina. Al mismo tiempo que explica estas cuestiones, transmite mensajes sobre los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

“No ha sido fácil. Tardo hasta ocho o nueve horas en llegar a las comunidades más apartadas, pero la experiencia formativa ha

resultado sumamente útil a las mujeres”, dice Cortés.

También imparte cursos dirigidos a parteras tradicionales y embarazadas acerca de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, en los que las ayuda a valorar la integridad corporal de las niñas.

“En estos territorios tratamos de concienciar a las mujeres de la importancia de poner fin a esta práctica y, sobre todo, de que debemos respetar la vida, los derechos y la intimidad de las mujeres y niñas para las que trabajamos”.

Cortés recuerda que arrojar luz sobre esta práctica nociva tuvo consecuencias al principio: las comunidades indígenas se sentían atacadas por el mundo exterior. “Cuando empezamos a trabajar para evitar esta violación de los derechos de la mujer se nos criticó duramente y se nos humilló por la existencia de esta práctica en nuestras comunidades”, recuerda.

Tanto ella como sus compañeros trataron de explicar que la mutilación genital femenina era el resultado de la falta de información y que, con recursos suficientes, las comunidades indígenas podrían unirse para abandonarla.

Según Cortés, así sucedió. Un consorcio de autoridades indígenas y organizaciones embera chamí trabaja desde 2007 para poner fin a esta práctica. Su labor junto con el empoderamiento de las mujeres y las niñas están cambiando las cosas.

“Pronto la mutilación genital femenina será historia”, proclama Cortés.

**“En estos territorios
tratamos de concienciar
a las mujeres de la
importancia de poner**

**FIN A ESTA
PRÁCTICA...”**

(UNFPA, 2011a), los Emiratos Árabes Unidos (Kvello y Sayed, 2002), Malasia (Dahlui, 2012) y Omán (Al-Hinai, 2014), con disparidades notables en el tipo de mutilación.

En un estudio elaborado en 2015 por el Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE) se estimaba que en 2011 se había sometido a la

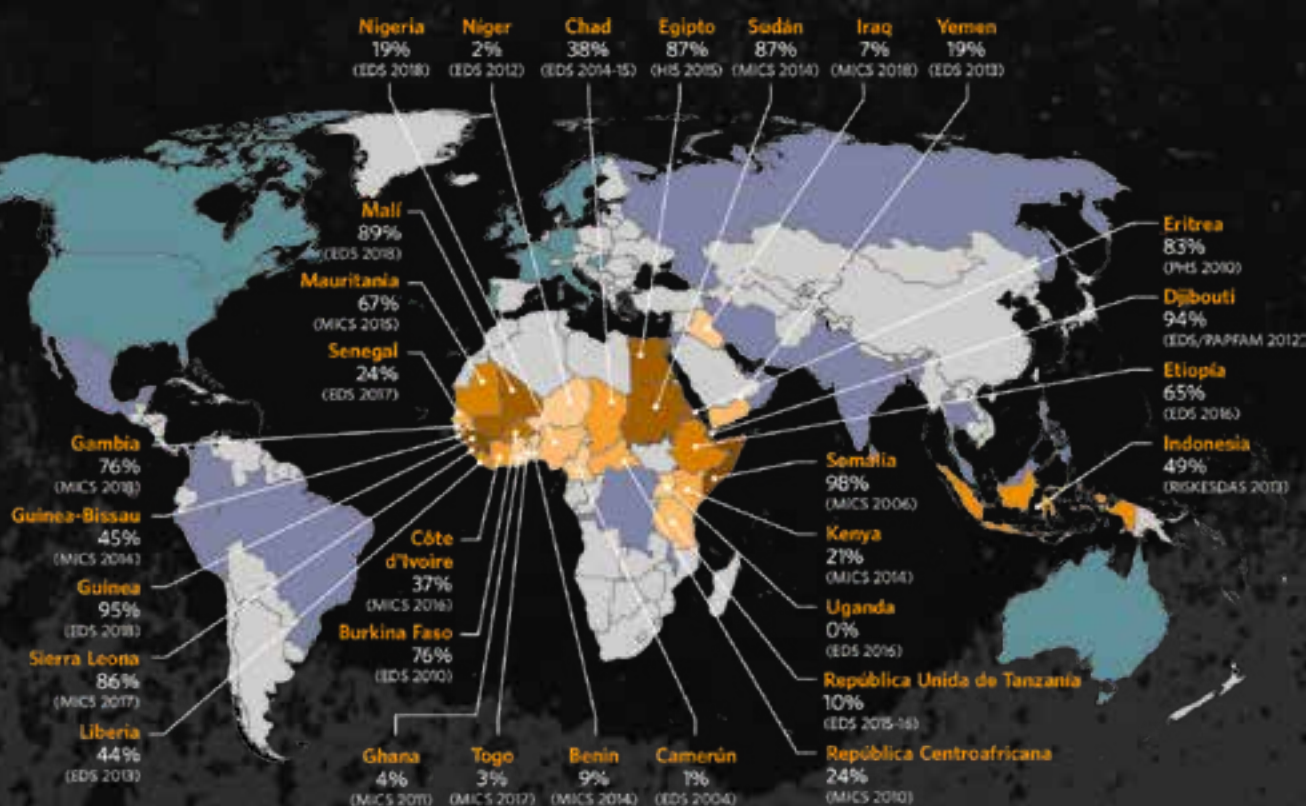
mutilación genital femenina hasta a 1.600 niñas en Irlanda, 1.300 en Portugal y 11.000 en Suecia (EIGE, 2015). En estimaciones más recientes se indica que miles de niñas han sufrido esta práctica en Alemania, Bélgica, Italia y los Países Bajos (EIGE, 2019).

GRÁFICO 4.1

La prevalencia de la mutilación genital femenina varía en gran medida en los países que disponen de datos

Porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sufrido la mutilación genital femenina

- <10 ■ 10-19 ■ 20-29 ■ 30-39 ■ 40-49 ■ 50-59 ■ 60-69 ■ 70-79 ■ 80-89 ■ 90-100
- Países con mutilación genital femenina según las encuestas locales y los estudios a pequeña escala
- Estimaciones indirectas de la mutilación genital femenina



Basado en las encuestas demográficas y de salud, las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y otras encuestas nacionales, 2004-2018.

Notas: Los datos de Indonesia se refieren a las niñas de 0 a 11 años; no se dispone de datos sobre la prevalencia de la mutilación genital femenina entre las niñas y mujeres de 15 a 49 años. Las fronteras, los nombres y las designaciones que aparecen en este mapa no comportan el respaldo o la aceptación oficial por parte de las Naciones Unidas.

Perjuicios con muchas dimensiones

La mutilación genital femenina es un procedimiento que no reporta ningún beneficio para la salud, pero que sí tiene consecuencias inmediatas y a largo plazo, desde infecciones hasta discapacidades permanentes (Cuadro 4.1). Algunas formas agravan el riesgo de problemas obstétricos, mortalidad perinatal, cesárea y hemorragia posparto (Gebremicheal *et al.*, 2018; Berg *et al.*, 2014,

2014a, 2010; OMS, 2006, 2000; OMS, s. f.). En lo que respecta a la salud sexual, hay estudios que demuestran un deterioro de la función sexual en las mujeres a las que se ha sometido a la mutilación genital femenina (Johnson-Agbakwu y Warren, 2017; Abdulcadir *et al.*, 2016; Mahmoud, 2016; Mohammed *et al.*, 2014; Ibrahim *et al.*, 2013; Berg *et al.*, 2010; Banks *et al.*, 2006; Thabet y Thabet, 2003; Vangen *et al.*, 2002; Ismail, 1999).

CUADRO 4.1 Todas las formas de mutilación genital femenina aumentan los riesgos a corto y largo plazo para la salud

RIESGOS DE SALUD A CORTO PLAZO	
Dolor intenso	Cortar las terminaciones nerviosas y el tejido genital sensible provoca un extremo dolor. El período de cicatrización también resulta doloroso.
Sangrado excesivo (hemorragia)	Puede producirse cuando se seccionan la arteria del clítoris u otros vasos sanguíneos.
Choque	Provocado por el dolor, una infección o la hemorragia.
Inflamación del tejido genital	Debida a una reacción inflamatoria a una infección local.
Infecciones	Pueden propagarse por el uso de instrumentos contaminados (p. ej., al emplear los mismos instrumentos en varias operaciones de mutilación genital) y durante el período de cicatrización.
Infección por el VIH	Todavía no se ha confirmado que exista una relación directa entre la mutilación genital femenina y el VIH, si bien el uso del mismo instrumental quirúrgico sin esterilizar para cortar los tejidos genitales podría incrementar el riesgo de transmisión del VIH entre las niñas que sufren juntas la mutilación genital femenina.
Problemas urinarios	Entre otros, retención de la orina o dolor durante la micción. Puede deberse a la inflamación de los tejidos, al dolor o a lesiones en la uretra.
Mala curación de las heridas	Puede causar dolor, infecciones y una cicatrización anormal.
Muerte	A causa de infecciones, por ejemplo el tétanos, o choques provocados por la hemorragia.
Problemas de salud mental	El dolor, la conmoción y el uso de la fuerza física, así como la sensación de traición al ver que los familiares toleran u organizan esta práctica, son algunos de los motivos por los que la mutilación genital femenina resulta traumática para muchas mujeres.

RIESGOS DE SALUD A LARGO PLAZO

Dolor	La lesión y cicatrización de los tejidos puede provocar la compresión o desprotección de las terminaciones nerviosas.
Infecciones genitales crónicas	Causan dolor crónico y secreción y prurito vaginal. También pueden aparecer quistes, abscesos y úlceras genitales.
Infecciones crónicas del aparato reproductor	Pueden provocar dolor de espalda y pélvico crónicos.
Infecciones urinarias	Si no se tratan, estas infecciones pueden llegar a los riñones y provocar insuficiencia renal, septicemia y la muerte. Se ha documentado ampliamente un incremento del riesgo de infecciones urinarias repetidas en las niñas y mujeres que han sufrido la mutilación genital femenina.
Dolor al miccionar	Debido a la obstrucción de la uretra y a infecciones urinarias recurrentes.
Problemas vaginales	Secreción, prurito, vaginosis bacteriana y otras infecciones.
Problemas menstruales	La obstrucción de la abertura vaginal puede causar dolor en la menstruación (dismenorrea), ciclos irregulares y dificultades para expulsar el flujo menstrual, sobre todo en las mujeres a las que se ha practicado la mutilación genital femenina de tipo III.
Tejido cicatricial excesivo (queloides)	Es posible que el tejido cicatricial en torno al corte crezca en exceso.
Infección por el VIH	Dado que la transmisión del VIH se ve facilitada por los traumatismos en el epitelio vaginal, que posibilitan el acceso directo del virus, cabe suponer que el riesgo de transmisión del VIH puede aumentar a consecuencia de la mutilación genital femenina, puesto que incrementa el riesgo de hemorragia durante las relaciones sexuales.
Problemas de salud sexual	La mutilación genital femenina daña las estructuras anatómicas que participan directamente en la función sexual femenina, por lo que puede repercutir en la salud y el bienestar sexual de la mujer. La extracción o lesión de tejido genital muy sensible, sobre todo del clítoris, puede afectar a la sensibilidad sexual y causar problemas de esta índole, entre otros la pérdida de apetito y placer sexual, dolor durante el coito, dificultades en la penetración, disminución de la lubricación durante las relaciones y menos frecuencia o ausencia de orgasmos (anorgasmia). La formación de cicatrices, el dolor y los recuerdos traumáticos relacionados con el procedimiento también pueden generar este tipo de problemas.
Complicaciones durante el parto (obstétricas)	La mutilación genital femenina se asocia a un mayor riesgo de cesárea, hemorragia posparto, episiotomía, dificultad o prolongación del parto, desgarros o laceraciones obstétricas, parto instrumentado y prolongación de la estancia hospitalaria materna. Los riesgos aumentan en función de la gravedad de la mutilación genital femenina.
Fístula obstétrica	No se ha confirmado que exista un vínculo directo entre la mutilación genital femenina y la fístula obstétrica. No obstante, la relación causal entre el parto prolongado y su obstrucción y la fístula, y el hecho de que la mutilación genital femenina se asocie a estas dificultades en el parto, hacen suponer que ambas situaciones podrían guardar relación en las mujeres que han sufrido la mutilación genital femenina.
Riesgos perinatales	Las complicaciones obstétricas pueden propiciar una mayor incidencia de la reanimación de los bebés en el momento del parto, así como de la mortinatalidad y la mortalidad neonatal.
Problemas de salud mental	Varios estudios indican que las niñas y las mujeres que se han sometido a la mutilación genital femenina tienen más probabilidades de sufrir síndrome de estrés postraumático, trastorno de ansiedad, depresión y síntomas somáticos o físicos como dolor y malestar sin causa orgánica.

(OMS, 2000, 2006)

Las mujeres que han sufrido la mutilación genital femenina tienen más probabilidades de desarrollar trastornos psicológicos como depresión, pesadillas recurrentes, pérdida de apetito, ataques de pánico, trauma, ansiedad, somatización, fobias y baja autoestima (Piroozi *et al.*, 2020; Zayed y Ali, 2012; Kizilhan, 2011; Vloeberghs *et al.*, 2011; Elnashar y Abdelhady, 2007; Behrendt y Moritz, 2005; Osinowo y Taiwo, 2003).

Las niñas pobres, del medio rural y con menos educación están más expuestas

En términos generales, la mutilación genital femenina tiene más prevalencia en los hogares más pobres del medio rural que en los hogares urbanos más acomodados (gráfico 4.2). En Egipto, por ejemplo, más del 90% de las mujeres de zonas rurales han sido sometidas a la mutilación genital femenina, frente al 77% de las mujeres de zonas urbanas (en 2015). En Kenya, las mujeres del medio rural tienen casi el doble de probabilidades de sufrirla que las de las zonas urbanas (en 2014).

Una serie de estudios elaborados en Burkina Faso, Egipto y Etiopía demuestran que las mujeres que residen en zonas rurales tienen más probabilidades de haber padecido la mutilación genital femenina o estar dispuestas a practicársela a sus hijas; también

muestran actitudes más favorables hacia dicha práctica en comparación con las mujeres que viven en las zonas urbanas (Mohammed *et al.*, 2014; Tamire y Molla, 2013; UNICEF, 2012 y 2010; Karmaker *et al.*, 2011).

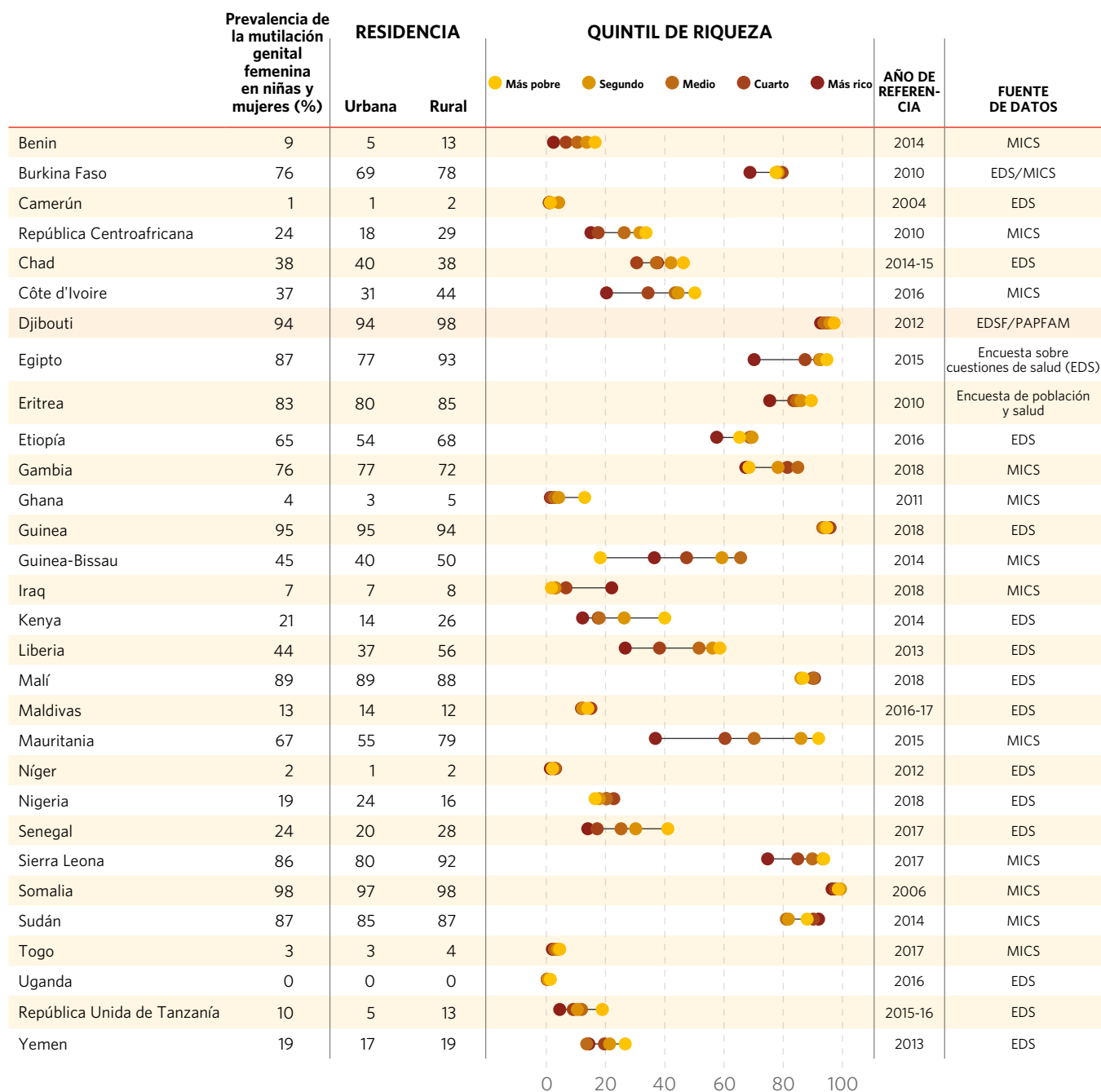
En Mauritania, más del 90% de las mujeres de los hogares más pobres han sido sometidas a alguna forma de mutilación genital femenina, frente al 37% de las mujeres de los hogares más ricos. Entre las excepciones se encuentra Burkina Faso, con una prevalencia del 18% en los hogares más pobres y del 36% en los más acomodados.

Apenas se dispone de pruebas cuantitativas que señalen una asociación entre la mutilación genital femenina y los resultados educativos de las niñas, pues los estudios se han basado en su mayor parte en anécdotas o muestras no representativas (Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer, 2016). Sin embargo, en Kenya las pruebas indican una posible relación entre la mutilación genital femenina y el abandono escolar, así como entre la mutilación genital femenina y una menor participación en las actividades escolares (Nyabero *et al.*, 2016; Magangi, 2015; Blessing y Sironko, 2014). Varios estudios cuantitativos completados en Burkina Faso, Egipto, el Irán, Nigeria y el Yemen muestran que un bajo nivel educativo de la madre anticipa de manera significativa la práctica de la mutilación genital femenina en las mujeres y las niñas (Dehghankhalili *et al.*, 2015; Ahanonu y Victor, 2014; Mohammed *et al.*, 2014; Al-Khulaidi *et al.*, 2013; Modrek y Liu, 2013; Hayford y Trinitapoli, 2011; Karmaker *et al.*, 2011).

“Me tocó a mí primero porque era la mayor. Me dijeron que abriera las piernas, y así lo hice. Empecé a sangrar. Me desmayé. Pero tengo mucha suerte de estar viva, muchas niñas han muerto por esto”.

Pese a la tendencia descendente, más niñas se ven afectadas

El porcentaje de mujeres y niñas sometidas a la mutilación genital femenina disminuye en términos generales, pero el número de mujeres y niñas que la padecen aumenta debido al crecimiento demográfico. Esta cifra podría pasar de 4,1 millones en 2020 a

GRÁFICO 4.2
Prevalencia de la mutilación genital femenina entre las niñas y mujeres de 15 a 49 años, desglosada por lugar de residencia (urbano o rural) y quintil de riqueza (%)


Definición del indicador: Porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sufrido la mutilación genital femenina.

Notas: En Liberia, solo se preguntó si formaban parte de la sociedad Sande a las niñas y mujeres que habían oído hablar de ella; esta información facilita datos indirectos sobre la mutilación genital femenina, ya que se lleva a cabo durante el proceso de iniciación a la sociedad.

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF de 2020, basado en las encuestas demográficas y de salud (EDS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) y otras encuestas nacionales representativas.

4,6 millones de 2030, pues la cohorte de niñas está aumentando en muchos países con una alta prevalencia.

El porcentaje de mujeres y niñas a las que se ha sometido a la mutilación genital femenina disminuye desde hace años. Al extrapolar las tendencias que se observan en los datos de 30 países se estima que, a finales de la década de 1980, una de cada dos niñas de 15 a 19 años sufrió la mutilación genital femenina. En esos países, la cifra se ha reducido actualmente a una de cada tres (UNICEF, 2020a).

Disponer de datos fiables puede ayudar a los gobiernos a vigilar los progresos hacia la erradicación de la mutilación genital femenina, fundamentar futuras políticas e intervenciones y determinar dónde hace más falta brindar apoyo a las comunidades.

Los datos representativos a nivel nacional sobre la mutilación genital femenina provienen fundamentalmente de dos fuentes: las encuestas demográficas y de salud (EDS) y las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS). Los datos sobre la mutilación genital femenina se recopilaron por medio de encuestas demográficas y de salud a partir de 1990, y de encuestas de indicadores múltiples por conglomerados desde 2000 (UNFPA, 2015). Si bien estas encuestas han aportado información sobre el alcance y la ubicación de la

práctica, el análisis de los datos obtenidos no siempre resulta sencillo y surgen dudas sobre la fiabilidad de los datos facilitados por los propios encuestados en encuestas demográficas y de salud y encuestas de indicadores múltiples por conglomerados acerca de la mutilación genital femenina que no se corroboraron con un examen clínico.

Crece la oposición

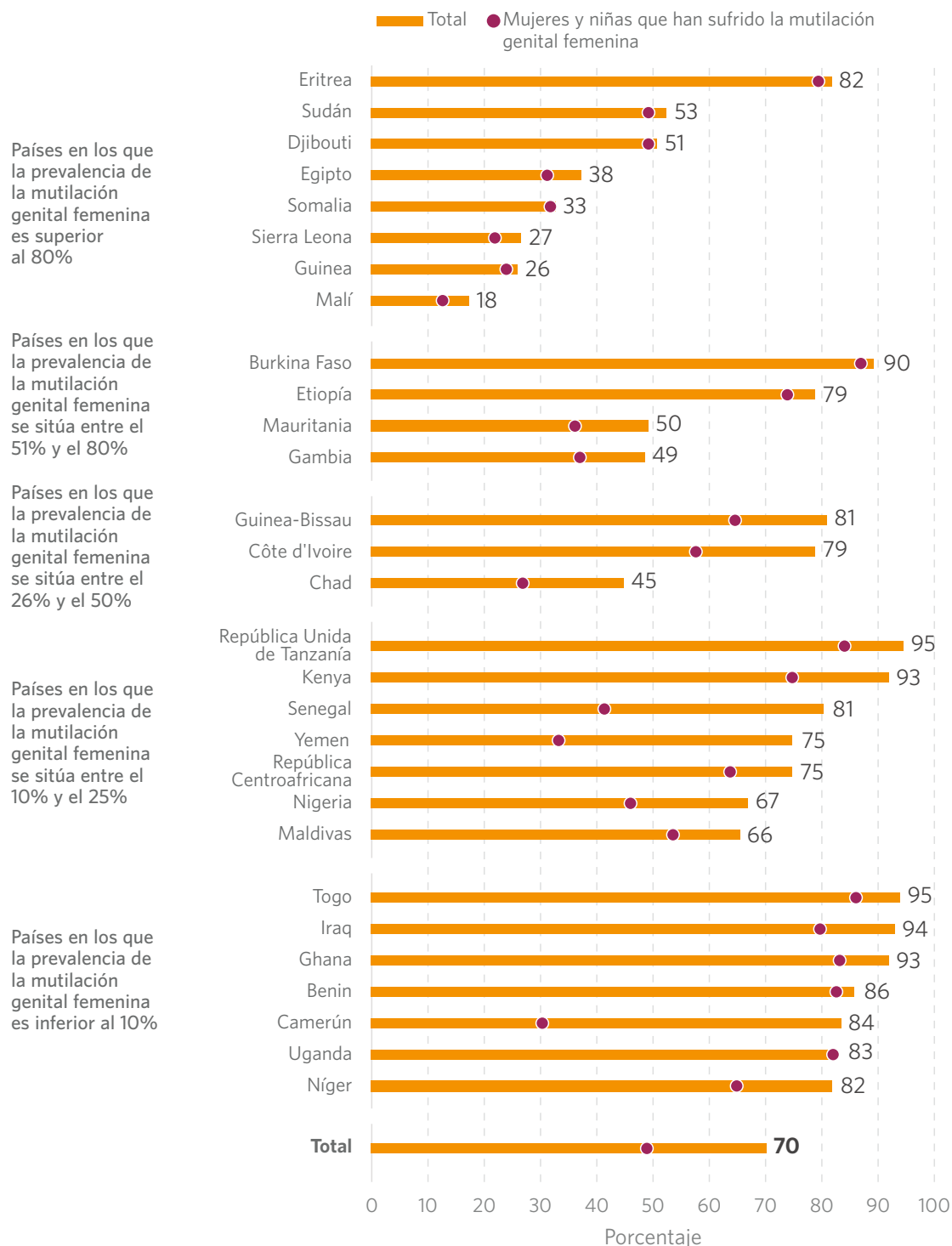
La oposición a la mutilación genital femenina aumenta y cobra impulso para poner fin a esta práctica nociva. En los dos últimos decenios, el porcentaje de niñas y mujeres de países con una alta prevalencia que desean su erradicación se ha duplicado (UNICEF, 2020). Conforme más mujeres, niñas, hombres y niños descubren aspectos de la mutilación genital femenina y sus perjuicios, crece la oposición a ella.

Las actitudes de las niñas y las mujeres son muy dispares en cada país. En la mayor parte de los países donde se dispone de datos, la mayoría de las mujeres y las niñas creen que debe ponerse fin a esta práctica. En Egipto, Gambia, Guinea, Malí y Sierra Leona, sin embargo, más de la mitad de la población femenina considera que esta práctica debe continuar.

Algunos estudios demuestran que las mujeres que conocen los riesgos físicos de la mutilación genital femenina —infección por el VIH, fístula obstétrica y complicaciones durante el parto, entre otros— son menos propensas a mantener la práctica (Ashimi *et al.*, 2015).

Cinco de cada diez mujeres y niñas que han sido sometidas a la mutilación genital femenina piensan que debe erradicarse (gráfico 4.3). Asimismo, las adolescentes se oponen a la mutilación genital femenina en mayor medida que las mujeres de mayor edad (gráfico 4.4). En 12 de los 19 países que cuentan con datos sobre las actitudes de los niños y los hombres, más del 50% de los encuestados son contrarios a proseguir con la mutilación genital femenina (gráfico 4.5) (UNICEF, 2020).

Conforme más mujeres,
niñas, hombres y niños
descubren aspectos de la
mutilación genital
femenina y sus perjuicios,
**CRECE LA OPOSICIÓN
A ELLA.**

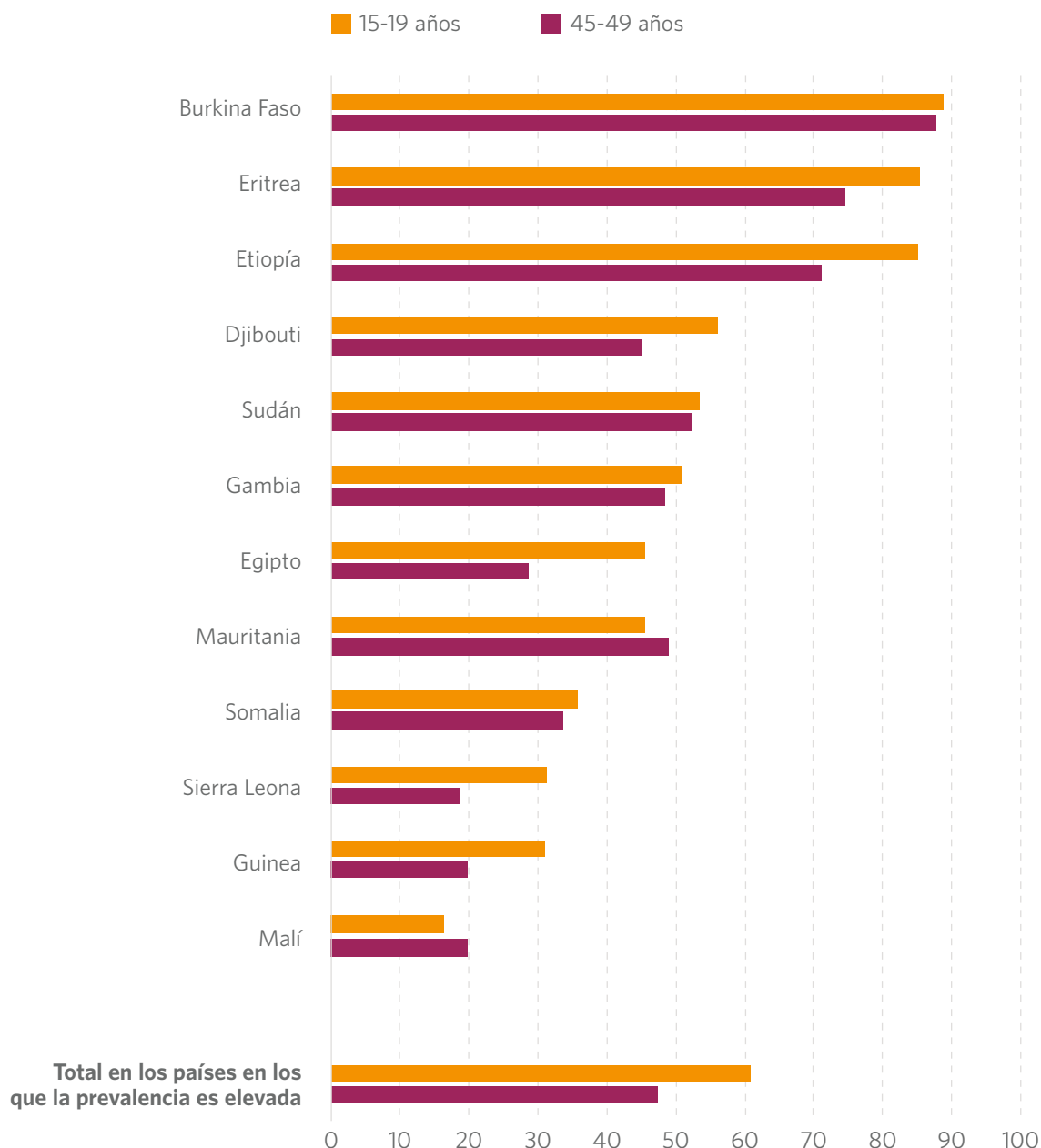
GRÁFICO 4.3
Porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han oído hablar de la mutilación genital femenina y consideran que esta práctica debe erradicarse


Basado en las encuestas demográficas y de salud, las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y otras encuestas nacionales representativas.

Notas: En Egipto y Somalia el cálculo se refiere a la actitud hacia la mutilación genital femenina de todas las niñas y mujeres, pues no se preguntó antes si conocían dicha práctica. No se recogen los datos referentes a Liberia puesto que solo se preguntó sobre la actitud hacia la mutilación genital femenina a las niñas y mujeres que la habían sufrido. No se dispone de datos sobre las actitudes hacia la mutilación genital femenina en Indonesia.

GRÁFICO 4.4

Porcentaje de niñas adolescentes de 15 a 19 años y de mujeres de 45 a 49 años que han oído hablar de la mutilación genital femenina y consideran que esta práctica debe erradicarse (en países con una prevalencia elevada)

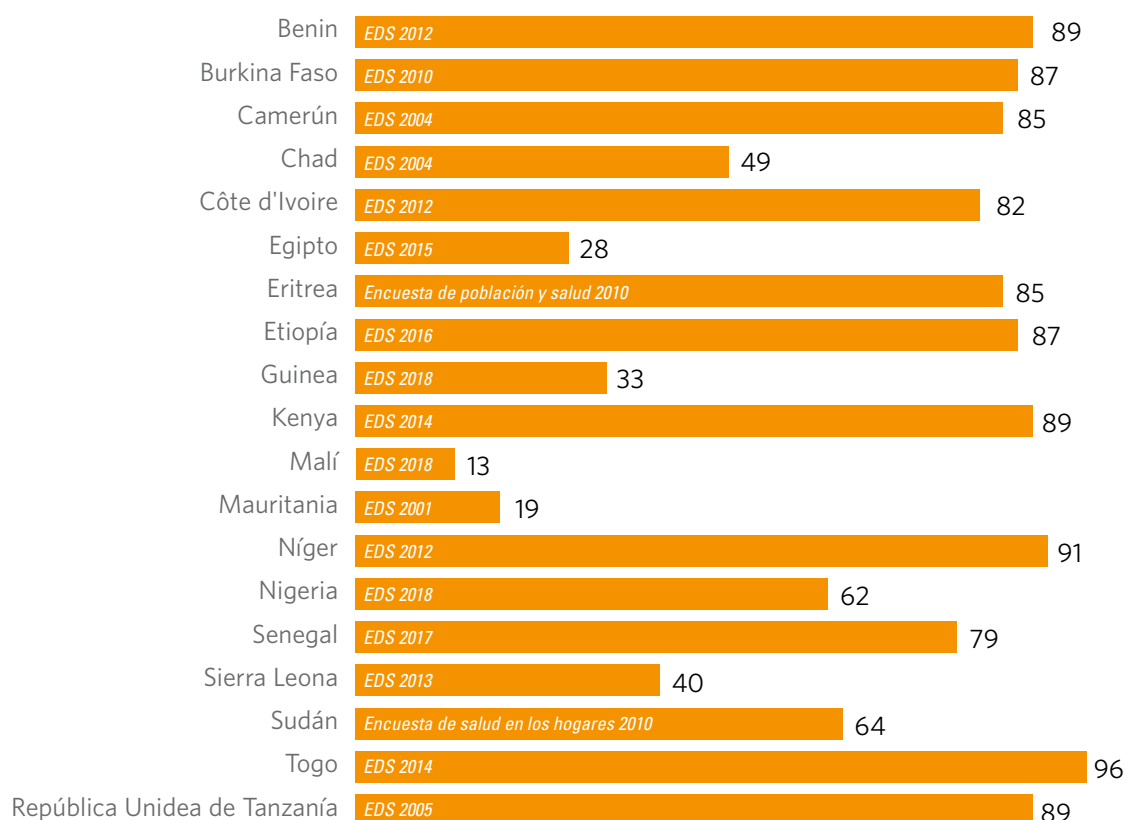


* Son países de prevalencia elevada aquellos donde al menos el 50% de las niñas y las mujeres se han sometido a la mutilación genital femenina. Basado en las encuestas demográficas y de salud, las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y otras encuestas nacionales representativas.

Asimismo, las adolescentes se **OPONEN A LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA** en mayor medida que las mujeres de mayor edad.

GRÁFICO 4.5

Porcentaje de niños y hombres que han oído hablar de la mutilación genital femenina y consideran que esta práctica debe erradicarse



Basado en las encuestas demográficas y de salud, las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y otras encuestas nacionales representativas.

Cuestiones de actualidad

Medicalización de la mutilación genital femenina

Los proveedores de servicios de salud participan cada vez con más frecuencia en la mutilación genital femenina “medicalizada” (UNFPA, 2018). Se calcula que 52 millones de mujeres y niñas han sido sometidas a la mutilación genital femenina por médicos, personal de enfermería y de partería (UNICEF, 2020). En países como Egipto y el Sudán, se estima que, de cada diez niñas que se someten a la mutilación genital femenina, ocho pasan el procedimiento en la consulta de un profesional de la salud (en 2014).

Algunos proveedores de servicios de salud acceden a llevar a cabo el procedimiento porque consideran que la medicalización minimizará los perjuicios, al reducirse el riesgo de infección o complicaciones gracias al uso de instrumental esterilizado en entornos higiénicos, o al proponer el médico opciones menos extremas como perforaciones o cauterizaciones.

Aunque un profesional de la medicina prometa un procedimiento “menos extremo”, no hay garantías de que el resultado sea diferente al que pueda ofrecer un practicante tradicional. Hay pruebas de que lo que suele calificarse de “pequeña incisión” acaba constituyendo una forma más grave de mutilación genital femenina (Leye *et al.*, 2019; Morison *et al.*, 2001). Un estudio desarrollado en el Sudán, en el que se examinó a mujeres que señalaban que solo les habían practicado “una pequeña escisión”, concluyó que aproximadamente una de cada tres había sido sometida a una infibulación, un procedimiento en el que la vagina se cierra parcialmente con puntos de sutura y se extirpan el clítoris y los labios menores (Elmusharaf *et al.*, 2006).

Frente a la medicalización es importante hacer hincapié en que la mutilación genital femenina nunca es “segura” ni está justificada desde una perspectiva médica. Aunque el procedimiento tenga lugar en un entorno esterilizado y lo lleve a cabo un proveedor de

servicios de salud, existe el riesgo de consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud. En cualquier circunstancia, la mutilación genital femenina constituye una violación de los derechos humanos. Infringe también la ética médica (OMS, 2016).

Realizar la mutilación genital femenina en una consulta médica normaliza dicha práctica y menoscaba los esfuerzos encaminados a erradicarla. Al igual que la que ejercen los practicantes tradicionales, la mutilación genital femenina medicalizada provoca lesiones físicas y psicológicas, perpetúa la discriminación de género y la violencia contra las niñas y las mujeres (Askew *et al.*, 2016) y vulnera la integridad corporal y la dignidad de las personas (Nabaneh y Muula, 2019). La mutilación genital femenina también se da en el Norte Global. La Sociedad Británica de Ginecología Pediátrica y Adolescente informó de que se habían llevado a cabo 266 reducciones labiales de niñas menores de 14 años entre 2008 y 2012 (Barbara *et al.*, 2015).

Cruzar fronteras, burlar prohibiciones

La mutilación genital femenina transfronteriza tiene lugar cuando las niñas, las mujeres y los practicantes tradicionales se desplazan a países vecinos para esquivar la prohibición de la mutilación genital femenina en su propio país (Sakeah *et al.*, 2019; Twenty-Eight Too Many, 2018). Algunas de las fronteras actuales separaron a grupos étnicos que comparten una historia y tradiciones comunes, entre ellas prácticas nocivas.

De los 22 países que disponen de legislación que prohíbe la mutilación genital femenina, solamente tres cuentan con leyes que tipifican como delito la mutilación genital femenina transfronteriza: Guinea-Bissau, Kenya y Uganda (Twenty-Eight Too Many, 2018). Esta carencia de los marcos jurídicos “no reconoce la obligación de los Estados de proteger a todos los niños de su jurisdicción y no tiene en cuenta el carácter móvil y transnacional de las comunidades que la practican” (Twenty-Eight Too Many, 2018). Dado que la colaboración entre

gobiernos es insuficiente, las niñas que viven en comunidades que adoptan esta práctica ubicadas a lo largo de fronteras con países con legislaciones más laxas o carentes de legislación se ven expuestas a un mayor riesgo (Twenty-Eight Too Many, 2018).

Vías hacia un mundo libre de mutilación genital femenina

Acuerdos internacionales

Al refrendar de forma unánime la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, 193 Estados Miembros se comprometieron a poner fin a la mutilación genital femenina para 2030. La meta 5.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es “eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina”.

Además, muchos tratados y convenios sobre derechos humanos exigen a los Estados partes que adopten todas las medidas necesarias para poner fin a la mutilación genital femenina, como la promulgación de leyes (cuadro 4.2). Por ejemplo, se calcula que en Burkina Faso se redujo la incidencia de mutilación genital femenina en aproximadamente un 30% después de que en 1996 aprobara una ley al respecto (Crisman *et al.*, 2016). No obstante, este descenso no puede atribuirse únicamente a esta ley, ya que simultáneamente se introdujeron otras intervenciones. En Etiopía, un estudio determinó que las intervenciones paralelas consistentes en legislación, diálogos con la comunidad y religiosos, además de sesiones de educación comunitaria sobre sus efectos nocivos, contribuyeron a cierto descenso de la mutilación genital femenina (UNICEF, 2012).

Cambio de normas

Poner fin a la mutilación genital femenina requiere introducir cambios en las normas sociales: qué

CUADRO 4.2

Países que cuentan con leyes, órdenes ejecutivos o resoluciones relacionadas con la mutilación genital femenina

Australia (6 de 8 estados, 1994-2006)
Austria (2002)
Bélgica (2000)
Benin (2003)
Burkina Faso (1996)
Canadá (1997)
Chad (2003)
Chipre (2003)
Colombia (2009 de las autoridades indígenas)
Côte d'Ivoire (1998)
Dinamarca (2003)
Djibouti (1994, 2009)
Egipto (2008)
Eritrea (2007)
España (2003)
Estados Unidos (1996)
Etiopía (2004)
Francia (1979)
Gambia (2015)
Ghana (1994, 2007)
Guinea (1965, 2000)
Guinea-Bissau (2011)
Irlanda (2012)
Italia (2005)
Kenya (2001, 2011)
Liberia (2018)
Luxemburgo (2008)
Mauritania (2005)
Níger (2003)
Nigeria (2015)
Noruega (1995)
Nueva Zelandia (1995)
Portugal (2007)
Reino Unido (1985)
República Centroafricana (1996, 2006)
Senegal (1999)
Sudáfrica (2000)
Sudán (Kordofán del Sur 2008, Gadarif 2009)
Suecia (1982, 1998)
Suiza (2005, 2012)
Tanzania (1998)
Togo (1998)
Uganda (2010)
Zambia (2005, 2011)

creen las comunidades, cómo actúan y cómo esperan que actúen sus miembros (Johansen *et al.*, 2013; Mackie, 2009). Las normas de género, un subconjunto de normas sociales, determinan la forma en que hombres y mujeres se ven a sí mismos, sus relaciones sociales e íntimas, su sexualidad y la asignación de poder y recursos (Alexander-Scott y Violence Against Women, 2016). Para que una comunidad decida abandonar una práctica nociva, antes deben cambiar las normas tanto sociales como de género.

Es posible que las mujeres mantengan normas que son nocivas para ellas mismas debido a que los costos sociales a los que se exponen en caso de no hacerlo serían inaceptablemente elevados. Pese a que una norma social puede resultar nociva, es posible que otorgue determinado estatus a las mujeres dentro de su comunidad, por lo que algunas podrían tolerar la pérdida de control y de capacidad a cambio de respaldo económico (Sen y Ostlin, 2008).

Hacer hincapié en las normas sociales de cara a la eliminación de esta práctica ha sido fundamental para el éxito de iniciativas como el Programa de Empoderamiento de la Comunidad, puesto en marcha en 1988 en el Senegal e implementado por Tostan, una organización no gubernamental (Diop *et al.*, 2004). Este programa respalda el cambio de las normas sociales mediante la promoción de la reflexión personal y colectiva y el pensamiento crítico a través de diálogo comunitario, sesiones educativas y la “difusión organizada” (UNICEF, 2010).

La difusión organizada implica divulgar y reforzar la información sobre las ventajas de abandonar la mutilación genital femenina tanto dentro de las comunidades como entre estas, por medio de la comunicación entre pares, así como los medios de comunicación de masas y las redes sociales. Este modelo crea un movimiento social que implica a las comunidades, así como a las personas





UNA MATRONA abandona esta práctica

y **TRANSFORMA**
su comunidad

© UNFPA Indonesia

Cuando Suci Maesaroh estudiaba para ser matrona en Indonesia, la mutilación genital femenina no formaba parte del plan de estudios. Pero, al empezar a ejercer, resultó evidente que se esperaba de ella como profesional que practicara la mutilación genital femenina.

“Aprendí a hacer la ablación y la practiqué directamente en la comunidad”,

explica Maesaroh con naturalidad. “Durante el tiempo que trabajé en la clínica, durante dos años, realicé la mutilación genital femenina o ablaciones a mis pacientes, ya que era parte del paquete de servicios que yo prestaba”.

Lo recuerda con claridad: “Cada vez que una familia me lo pedía, circuncidaba a la bebé utilizando una pinza en esa parte

tan sensible de la recién nacida. La pinzaba hasta que la bebé lloraba o la limpiaba justo antes hacerlo. Entonces la bebé lloraba”.

Pese a que la mutilación genital femenina se asocia comúnmente con determinadas partes de África, se trata de una práctica mundial. Se produce en comunidades de todo el mundo, de distintos grupos étnicos y religiones. Se sabe que es una práctica presente en Indonesia, aunque no ha sido muy estudiada.

Maesaroh no era consciente de la mutilación genital femenina hasta que comenzó a realizarla como matrona. “Al principio, desconocía si la ablación era peligrosa o no, porque únicamente se realiza para seguir prácticas religiosas y culturales”, relata.

Tras dos años de carrera profesional, asistió a un taller sobre mutilación genital femenina, respaldado por el UNFPA, en el que se abordaron las consecuencias físicas y psicológicas de esta práctica —desde dolor y pérdida de sensibilidad, hasta el riesgo de hemorragia y muerte—. “Al día siguiente me prometí que no volvería a practicar la mutilación genital femenina

nunca más. Además, comencé a informar a mis pacientes para educarlos sobre los datos de salud relativos a esta práctica”.

Maesaroh también hizo público su punto de vista al publicarlo en las redes sociales y al hablar al respecto dentro de la comunidad.

Descubrió que muchos progenitores no eran muy partidarios de esta práctica. “La mayoría de mis pacientes no sabía que es la ablación ni por qué se practica. Se limitaban a seguir lo que, según ellos, eran creencias religiosas o culturales. Tras informarles pacientemente, también conseguíamos que algunos se negaran a someter a sus hijas a la mutilación genital femenina”.

Pero Maesaroh también se encontró con una firme oposición: sorprendentemente, de su propia familia y de sus homólogos. “Incluso mi madre me dijo que la mutilación genital femenina o ablación era una tradición familiar”, asegura.

“Muchas de mis amigas se posicionaron en mi contra”, afirma, y señala que algunas matronas defendían la mutilación genital

“Al día siguiente me prometí que **NO** volvería a practicar la **MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA** nunca más. Además, comencé a informar a mis **PACIENTES PARA EDUCARLOS** sobre los datos de salud relativos a esta práctica”.

femenina porque suponía una fuente de ingresos. “Hice hincapié en que no deberíamos tratar de obtener beneficios de una práctica si esta podía ser perjudicial para la paciente”.

Maesaroh dejó de trabajar en la clínica en la que la mutilación genital femenina se consideraba un procedimiento rutinario. En la actualidad presta servicios directamente a embarazadas y atención posparto. Durante las visitas domiciliarias, informa a las familias de que la mutilación genital femenina constituye una práctica peligrosa que no tiene fundamentos religiosos ni beneficios para la salud.

Asegura estar atormentada por los años que dedicó a practicarla. “A veces lamento que no se me ocurriera, por ejemplo, que pinzar partes sensibles de la zona del clítoris sería muy doloroso”, lamenta.

Pero tiene esperanza de que las cosas cambien. Con el tiempo, su familia y muchos de sus amigos han llegado a compartir su punto de vista. “Por fin, mis padres también me apoyan ahora en el movimiento para dejar de practicar la ablación”.

Le complace haber podido colaborar con la Asociación de Parteras de Indonesia, firme defensora de la erradicación de la mutilación genital femenina. Maesaroh cree que los trabajadores sanitarios deben marcar el camino a seguir, ya que poseen la autoridad y la credibilidad para convencer a los progenitores de que abandonen esta práctica.

“Estoy convencida de que si se lo explicásemos a nuestros pacientes, no pedirían ni querrían que practicásemos la ablación a sus hijas”, asegura.

influyentes en estas, como son los líderes religiosos. En cuanto se alcanza un número suficiente de miembros de la comunidad involucrados, se alcanza un “punto de inflexión”, que conduce a la adopción de una nueva norma social para mantener intactas a niñas y mujeres (UNICEF, 2010). Este cambio colectivo está marcado por un compromiso de la comunidad: una declaración pública de abandono de la mutilación genital femenina.

Un elemento importante del Programa de Empoderamiento de la Comunidad es el enfoque en los derechos humanos, que da forma a los debates comunitarios sobre las prácticas que violan los derechos de niñas y mujeres y contribuye a hacer que las normas sociales y de género cambien y abandonen la mutilación genital femenina (Costello *et al.*, 2015; UNICEF, 2010).

Para cambiar las normas sociales con el fin de que se abandone esta práctica, este cambio debe iniciarse en la comunidad y debe estar dirigido por esta (Cislaghi, 2019; Spindler, 2015; Johansen *et al.*, 2013; Berg y Denison, 2012). Los planteamientos participativos son más eficaces que aquellos que pretenden educar o adoctrinar a las comunidades (Diop y Askew, 2009). Según una evaluación del Programa conjunto para eliminar la mutilación genital femenina del UNFPA y UNICEF, los enfoques dirigidos por la comunidad han provocado el cambio de la aprobación general de la mutilación genital femenina por parte del público a su condena pública (UNFPA y UNICEF, 2013).

Líderes tradicionales y religiosos

Los líderes tradicionales y religiosos con frecuencia desempeñan una función clave en la toma de decisiones. Asimismo, son guardianes de la tradición, la cultura y los derechos, y su participación puede ser decisiva para convencer a los miembros de la comunidad a fin de que adopten nuevas normas, como el abandono de la mutilación genital femenina (Palitza, 2014; UNICEF, 2010). En aquellos lugares en que puede considerarse que la mutilación genital femenina constituye un requisito religioso, los líderes

religiosos están en posición de hacer declaraciones públicas que desvinculen esta práctica y la religión y, por tanto, influir en las decisiones de las familias al respecto de someter a sus hijas a la mutilación genital femenina, tal como han hecho líderes musulmanes y cristianos en Egipto, Eritrea, Etiopía, Malí, Mauritania y Somalia (UNICEF, 2010; Hadi, 1998).

Enfoques integrales y multisectoriales

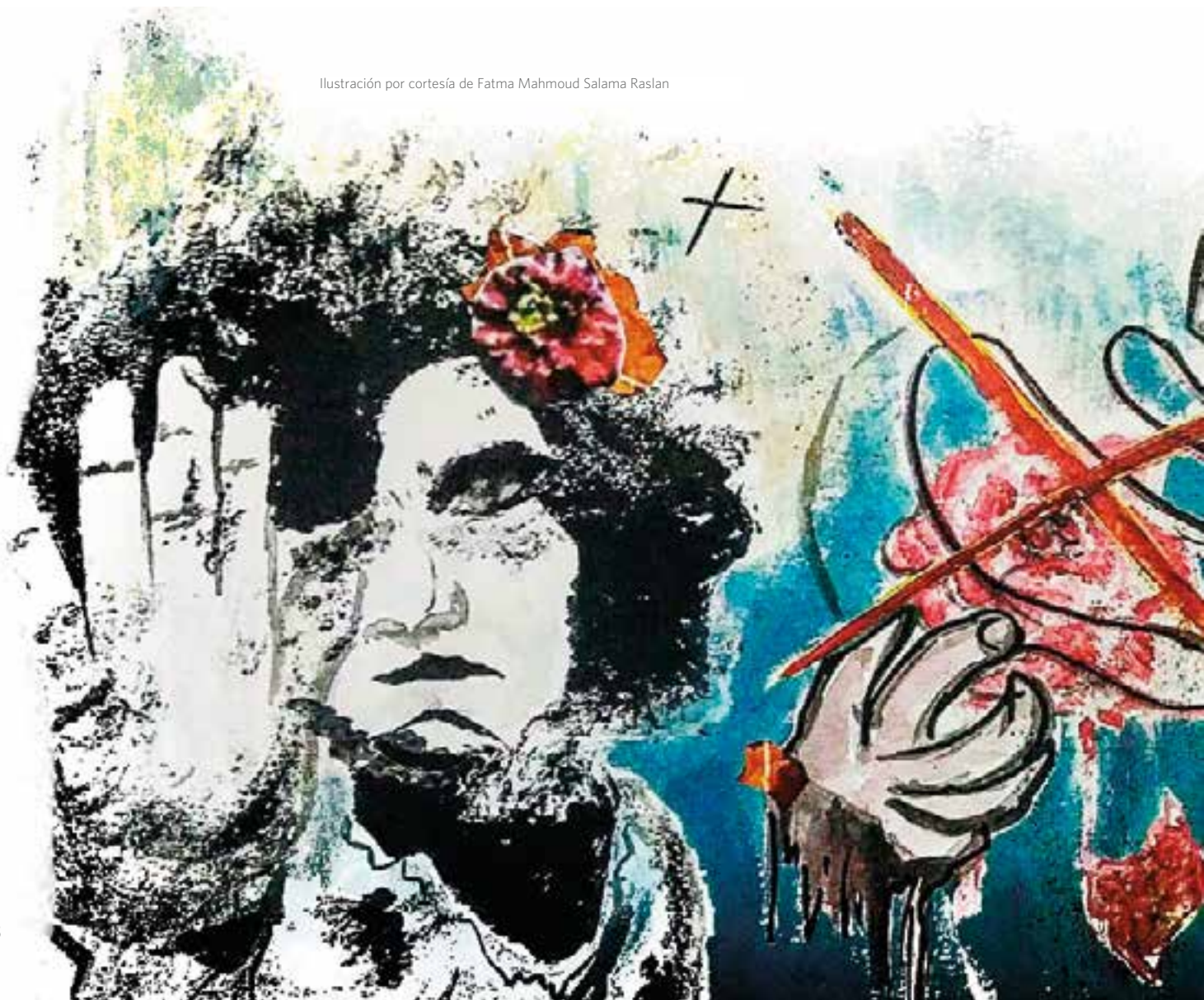
Dado que las prácticas nocivas se mantienen gracias a una combinación de fuerzas sociales, para combatirlas se requieren planteamientos multisectoriales e integrales que involucren a las familias, los líderes de la comunidad, las instituciones y los encargados de formular políticas (Heise y Manji, 2016; Feldmans-Jacobs, 2013).

Por ejemplo, el Programa conjunto para eliminar la mutilación genital femenina del UNFPA y UNICEF tiene un diseño integral que funciona en los planos global, regional, nacional y comunitario, así como entre los distintos sectores que van desde la educación y la salud hasta la protección social y la justicia. Gracias a esto, el programa ha desarrollado sinergias que facilitan la participación de partes interesadas muy diversas, como organizaciones confesionales, docentes, grupos de pares de jóvenes, responsables de la aplicación de la ley, proveedores de servicios de salud y progenitores en apoyo a un cambio estructural (UNFPA y UNICEF, 2013).

Mercadotecnia de normas sociales

La mercadotecnia de normas sociales integra herramientas de mercadotecnia, así como otras técnicas y canales, para modificar específicamente

Ilustración por cortesía de Fatma Mahmoud Salama Raslan



las normas sociales y los comportamientos que estas condicionan. El uso de planteamientos de mercadotecnia y comunicación de masas constituye una forma eficaz de llegar a un gran número de personas con un costo relativamente bajo, y se adapta especialmente bien para cambiar las actitudes hacia normas y comportamientos nocivos a escala (Alexander-Scott *et al.*, 2016).

La campaña *Saleema*, iniciada en 2008 en el Sudán, es un ejemplo de ello, ya que promueve un punto de vista positivo: las niñas que permanecen intactas son respetables (UNFPA y UNICEF, 2013). Esta campaña difunde terminología novedosa y positiva para describir los cuerpos naturales de mujeres y niñas a través de la televisión, la radio y los medios impresos (Rahman *et al.*, 2018).



Mantener los compromisos de la comunidad

Los sistemas basados en la comunidad para dar seguimiento a las declaraciones públicas relativas al abandono de la mutilación genital femenina pueden desempeñar una importante labor para proteger a las niñas de esta práctica. En el Senegal, por ejemplo, las comunidades que han aprobado declaraciones comunitarias en contra de la mutilación genital femenina han establecido comités que rastrean los casos de dicha práctica o dan seguimiento a las familias que desean que una niña se someta a esta. Estos comités conciencian sobre la importancia de abandonar la mutilación genital femenina y convencen activamente a los miembros de la comunidad para que dejen a sus hijas intactas (UNFPA y UNICEF, 2013).

El papel de los clubes de niñas

Los clubes de niñas adolescentes tanto dentro como fuera de la escuela pueden proporcionar oportunidades de aprender sobre la mutilación genital femenina y otras cuestiones que afectan a sus vidas, así como ampliar sus redes sociales. Los clubes de niñas también pueden favorecer el cambio de las normas de género al aumentar su confianza en sí mismas, animarlas a que expresen sus opiniones y proporcionarles acceso a modelos a seguir, personas que también pueden actuar como mentores que las apoyen durante su transición de la adolescencia a la edad adulta (Marcus *et al.*, 2017; Brady *et al.*, 2007).

Un papel para los hombres

A muchos hombres les gustaría que se pusiera fin a la mutilación genital femenina —más de la mitad de los hombres y los niños encuestados en países de los que se dispone de datos— pero tienen miedo a manifestar sus puntos de vista debido a la presión social extrema. Las comunidades pueden promover el cambio desde dentro mediante la creación de un espacio para el diálogo entre hombres y mujeres sobre el daño que causa y los beneficios que se obtendrán si se abandona esta práctica (Mitike y Deressa, 2009). Los clubes de hombres pueden facilitar educación en materia de salud que les permita adoptar decisiones informadas

y saludables para sus familias y ellos mismos (Varol *et al.*, 2015). Los clubes pueden concienciar e impartir enseñanza sobre salud reproductiva a los hombres (Onyango *et al.*, 2010; Spadacini y Nichols, 1998).

El fin de la mutilación genital femenina está próximo

El fin de la mutilación genital femenina antes de 2030 es posible, pero es necesario acelerar las medidas o no se alcanzará este objetivo y serán millones las niñas las que sufrirán este daño, en violación de sus derechos. Si bien se han realizado progresos, no se ha hecho lo suficiente rápido como para eliminar esta práctica nociva en los próximos 10 años. Incluso en los países en los que la mutilación genital femenina es menos prevalente, sería necesario que los avances fuesen al menos diez veces más rápidos para lograr la meta de eliminarla por completo antes de 2030 (UNICEF, 2020).

Los programas deberían empoderar a las mujeres y las niñas que se oponen a la mutilación genital femenina para que su voz se haga oír. Los programas que empoderan a las comunidades y cambian las normas sociales han conseguido el abandono de la mutilación genital femenina a largo plazo. Según un análisis reciente, si se ampliase los esfuerzos comunitarios y contasen con plena financiación, se pondría fin a esta práctica nociva en 31 países antes de 2030 (UNFPA, 2020). Dicho análisis estimó que serían necesarios 2.400 millones de dólares de los Estados Unidos durante 10 años para lograr este objetivo. De esa cifra, se requieren 2.100 millones de dólares de los Estados Unidos para sufragar programas de prevención de la mutilación genital femenina, 225 millones de dólares para costear programas de protección y 130 millones de dólares para financiar la atención y el tratamiento.

Los gobiernos, la sociedad civil, los movimientos sociales y los activistas, así como las propias comunidades, saben qué funciona.



“ Debemos acallar los mensajes de medicalización y adoptar la idea de una sexualidad positiva y saludable ”.



Las supervivientes y los activistas demandan que se **REPLANTEE** la mutilación genital femenina,

así como la sexualidad de las mujeres

Foto por cortesía de Randa Diaa

Randa Diaa recuerda el vestido rojo que estrenaba, la música que sonaba y los adornos de henna que decoraban su mano.

“Estaba muy contenta” recuerda, “me hicieron sentir como una novia”.

Pero luego llegó a la consulta del doctor. Recuerda que el alma se le cayó a los pies

cuando se dio cuenta de que estaba allí para someterse a un procedimiento: la mutilación genital femenina. Tenía 7 años.

En su comunidad, situada en la provincia del Alto Egipto de Asuán, estos eran los rituales asociados con la práctica de la ablación. “Es una celebración”, relata Diaa, “nos vestimos de rojo, aplicamos henna y nos bañamos en el Nilo”.

“Siempre oímos que hacer deporte, por ejemplo, es bueno para la salud. También debemos considerar la sexualidad como algo saludable, algo normal que puede dar lugar a un matrimonio sano y hacer felices a las personas”.

El día no fue según lo previsto. El procedimiento tuvo complicaciones y pasó tres días inconsciente en una unidad de cuidados intensivos. Recuerda que cuando se despertó su madre estaba junto a su cama rezando entre lágrimas.

Cuando pudo irse a casa, su padre no dejaba de recibir a invitados que le felicitaban por la “mayoría de edad” de su hija.

“Recuerdo que mi padre estuvo lloroso todo el tiempo,” asegura Diaa, “y cuando la gente le preguntaba qué pasaba, les contaba que el doctor había seccionado una arteria principal”.

Unos días más tarde, en contra de las indicaciones del doctor, Diaa salió a jugar con sus amigos. “Estábamos jugando a pasarnos la pelota entre nosotros, pero

un chico tropezó conmigo, me caí y comencé a sangrar”, recuerda. La caída había provocado que se reabriera su herida y la envió de nuevo al hospital.

La mutilación genital femenina sigue siendo una de las violaciones de los derechos de las mujeres y las niñas más extendida en Egipto. Un abrumador 92% de las mujeres no solteras, de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años se han sometido a la mutilación genital femenina, según la encuesta demográfica y de salud del país elaborada en 2014.

En la gran mayoría de los casos —el 82%— son profesionales médicos quienes la practican, lo que da un aspecto de legitimidad a una práctica que no tiene ningún beneficio médico y acarrea graves consecuencias de por vida.

Diaa asegura que su experiencia hizo que se plantease esta conversación en su familia. “Siempre hablamos sobre eso. La mutilación genital femenina sigue siendo un tema recurrente de debate en casa”. Tanto ella como sus hermanos han tenido hijas y ninguna de ellas ha sido sometida a la mutilación genital femenina.

Actualmente, Diaa tiene 40 años y es una firme defensora de la erradicación de la mutilación genital femenina. Ha fundado su propia organización no gubernamental, dedicada a ayudar a que su comunidad abandone esta práctica. Visita a los miembros de su comunidad para hablarles sobre los daños que provoca la mutilación genital femenina, e incluso ha publicado un libro de relatos breves inspirados en su experiencia y la de otras supervivientes a las que ha conocido.

A veces se enfrenta a la firme oposición de las personas a las que visita, en especial de mujeres mayores, como son las abuelas y las suegras. “Me atacan constantemente, sobre todo las suegras”, asegura. “Me llaman infiel y en una ocasión una mujer incluso me echó a patadas de su casa”.

Uno de los motivos por los que esta práctica sigue siendo tan persistente en Egipto es que las primeras medidas de sensibilización se centraron en gran medida en los daños físicos de la mutilación genital femenina en lugar de afrontar la causa del problema —la desigualdad de género—, explica la Dra. Hania Sholkamy, antropóloga del Centro de Investigación Social de la Universidad Americana en El Cairo. Hacer hincapié en el daño físico hizo que Egipto escogiera el “sombrío camino” de la medicalización.

En cambio, la gente debería entender que esta práctica procede de tergiversaciones religiosas y creencias culturales que son pretextos para “ocultar el quid de la cuestión, que es controlar la sexualidad de la mujer”, afirma, y añade que el miedo a la sexualidad de la mujer proviene de la profunda creencia de que esta no debería ser dominante.

“También existe la creencia de que la sexualidad de la mujer no tiene razón de ser, por lo que controlarla supone una forma de permitirle mantener su celibato hasta el matrimonio, o de habilitarla para que pueda hacer frente a un matrimonio tardío o a las relaciones sexuales poco frecuentes”, explica.

Sholkamy opina que, en lugar de enmarcar la mutilación genital femenina como riesgo para la salud, debe plantearse la cuestión de la sexualidad.

“Siempre oímos que hacer deporte, por ejemplo, es bueno para la salud. También debemos considerar la sexualidad como algo saludable, algo normal que puede dar lugar a un matrimonio sano y hacer felices a las personas”, asegura.

Sholkamy cree que los mensajes deben centrarse en la “sexualidad saludable y las relaciones de género sanas”.

“Debemos acallar los mensajes de medicalización y adoptar la idea de una sexualidad positiva y saludable”, explica.

“Esto puede facilitar el cambio con respecto a la mutilación genital femenina”.

COMPROMETIDAS ENTREGADAS COMERCIALIZADAS VENDIDAS

El matrimonio

infantil

SOCAVA

33.000 VIDAS

CADA DÍA

I was a Child Bride --
That Walked out of the Marriage...
Today, I am a Graduate



Los derechos de una NIÑA se VIOLAN en el momento en que la casan Termina su escolarización. Comienza la maternidad. Las oportunidades se evaporan. Las puertas del futuro se cierran de golpe.

En ocasiones es regalada. En ocasiones se comercia con ella a cambio de algo de valor. En ocasiones es una carga que se alivia en otra persona. En ocasiones es entregada a alguien a quien se considera capaz de garantizar su seguridad. Pero en contadas ocasiones, si es que las hay, es ella la que decide.

“Solamente tenía 12 años cuando me casaron con mi primo de 25. Yo estaba sentada en el suelo coloreando las princesas de mi libro cuando mi madre entró en la habitación. Se sentó en la cama y me dijo ‘Najma, mañana te casas’”.

El matrimonio infantil está prohibido prácticamente en todo el mundo, pero cada día se producen 33.000 a escala mundial. Se calcula que, de las niñas y mujeres vivas en la actualidad, 650 millones se casaron siendo niñas y en 2030 estarán casadas otros 150 millones de niñas menores de 18 años.

De las prácticas nocivas que el UNFPA se ha comprometido a poner fin, el matrimonio infantil —que socava los derechos y el futuro de 12 millones de niñas cada año— es el que presenta una mayor prevalencia. Conseguir que en 2030 el número de matrimonios infantiles sea igual a cero es el objetivo establecido por el UNFPA y una prioridad de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo Sostenible que la acompañan.

Pese a que el costo para los derechos individuales de las niñas, sus opciones y oportunidades es incalculable, los esfuerzos por medir la pérdida de potencial humano otorgan un elevado precio económico al matrimonio infantil. Según el Banco Mundial, en tan solo 12 países en los que es frecuente el matrimonio infantil, la pérdida de capital humano ascendería a 63.000 millones de dólares de los Estados Unidos entre 2017 y 2030, mucho más de

lo que han percibido estos países en concepto de asistencia oficial para el desarrollo (Wodon *et al.*, 2018). Acabar con el matrimonio infantil acarrearía grandes beneficios no solo para el empoderamiento de las niñas, sino también para su salud, educación y bienestar, así como para las comunidades y naciones.

Sin derecho a decidir si se casan, cuándo lo hacen y con quién

El matrimonio infantil constituye una violación fundamental de los derechos humanos que arrebató a las niñas su educación, su salud y sus perspectivas a largo plazo. Definido como la unión en la que cualquiera de las partes sea menor de 18 años, está presente en todo el mundo, aunque es más común en las zonas pobres y rurales de algunos países en desarrollo. El matrimonio infantil se aplica tanto a niños como a niñas, aunque los efectos más nocivos recaen en estas últimas, debido a que el número de niñas afectadas es mayor, y al daño especial que sufren al casarse a una edad demasiado temprana. Cuando los niños se casan jóvenes, esto acelera su transición hacia la vida adulta y conlleva la presión de tener que mantener a sus familias recién formadas.

El matrimonio infantil constituye una práctica nociva, impuesta por lo general a los niños por los miembros de su familia, de su comunidad o de la sociedad en su conjunto, independientemente de si la víctima otorga su consentimiento o es capaz de otorgarlo de forma plena, libre e informada. En ocasiones el matrimonio infantil se describe con términos como “forzado” o “precoz”. En muchas

sociedades, el matrimonio a los 18 años y tras cumplir los 20 se consideraría un matrimonio “precoz”, pero este no conlleva necesariamente las violaciones ni los daños específicos derivados del matrimonio con menos de 18 años. El matrimonio forzado puede producirse a cualquier edad, pero no todos los matrimonios de personas menores de 18 años son forzados; en algunas partes del mundo, no es poco frecuente que se produzcan uniones o matrimonios consensuados en los que ambos son menores. No obstante, muchos de estos matrimonios y uniones por iniciativa propia están condicionados por la prohibición social de la actividad sexual entre los adolescentes no casados, en especial en el caso de las niñas, y por el deseo de los adolescentes de tener independencia y movilidad; también pueden considerarse una forma de escapar de la pobreza y la violencia familiar (Greene *et al.*, 2018).

El matrimonio infantil existe en todas las regiones

El matrimonio infantil constituye un importante desafío social al que se enfrentan países de distintas partes del mundo, aunque este problema es especialmente grave en Asia Meridional, África Subsahariana y algunas partes de América Latina y el Caribe. Está presente en muchos contextos distintos, tanto en países en desarrollo como desarrollados, pero su prevalencia tanto histórica como en la actualidad es muy diversa (la prevalencia es el porcentaje de mujeres de entre 20 y 24 años casadas o en unión informal antes de cumplir 18 años). En Suecia, un país del que se dispone de amplios registros históricos, por ejemplo, tan solo el 9,3% de las niñas estaban casadas a los 19 años en el período entre 1646 y 1750, y esta cifra se redujo hasta el 7,2% en 1860 (Lundh, 2003). En los Estados Unidos, según cifras recientes obtenidas de Nueva Jersey —en donde, hasta 2019, las parejas podían casarse a los 16 años con el consentimiento de sus padres— aproximadamente 3.500 menores se casaron entre 1995 y 2012; en su mayoría eran

chicas de 16 y 17 años casadas con un adulto mayor de 18 años (Reiss, 2015).

En el ámbito mundial, la prevalencia de matrimonio infantil o precoz es de aproximadamente el 21% (UNICEF, 2019a). La prevalencia del matrimonio infantil era de casi el 60% en Asia Meridional en 1990 (Wodon *et al.*, 2018a). Actualmente, las mayores tasas de prevalencia se registran en África Occidental y Central, con un 40%, seguidas de África Oriental y Meridional, con un 34% (UNICEF, 2019a). En América Latina y el Caribe, una de cada cuatro niñas está casada o en unión informal antes de cumplir los 18 años; en algunas partes de la región, la cifra es superior a una de cada tres (UNICEF, 2019b).

Aunque los avances en la India han contribuido a un descenso del 50% del matrimonio infantil en Asia Meridional —hasta el 30% en 2018 (UNICEF, 2019c)— la región sigue siendo la que registra el mayor número de matrimonios infantiles cada año, el cual se estima que fue de 4,1 millones en 2017, mientras que África Subsahariana presenta 3,4 millones (Wodon *et al.*, 2018a). Otras regiones de países en desarrollo presentan prevalencias notablemente menores, del 18% en Oriente Medio y Norte de África, y del 7% en Asia Oriental y el Pacífico (UNICEF, 2019a). En Bangladesh, la República Dominicana, Nicaragua y 17 países de África Subsahariana al menos el 10% de las jóvenes estaban casadas o en uniones antes de haber cumplido 15 años (UNICEF, 2019a).

La prevalencia del matrimonio infantil se está reduciendo en todo el mundo, y ha descendido de aproximadamente el 25% en 2006 al 21% en 2018, y hay países que han registrado reducciones importantes, entre los que destaca la India (UNICEF, 2018). Un análisis de las tendencias en 56 países respecto a los que se disponía de datos del Banco Mundial para el período de 1990 a 2018 permitió detectar tres tendencias: en un tercio de los países, la prevalencia se redujo 0,6 puntos porcentuales al año en un descenso lineal o constante; en un

tercio de los casos los descensos bruscos (13 puntos porcentuales en promedio) dieron paso a períodos de cambios mínimos o nulos; y en un tercio de los casos no se produjo ni un descenso ni un incremento de 0,5 puntos porcentuales como máximo (cuadro 5.1). Si pretende lograrse el Objetivo de Desarrollo Sostenible de eliminar el matrimonio infantil antes de 2030 es necesario centrar los esfuerzos más concertados en Asia Meridional, África Subsahariana y América Latina y el Caribe.

El matrimonio infantil trasciende países, culturas, religiones y grupos étnicos Tiene lugar porque normalmente se valoran menos a las niñas que a los niños, y porque la pobreza, la inseguridad y el acceso limitado a una educación de calidad y a oportunidades laborales hacen que, con frecuencia, el matrimonio infantil sea considerada la mejor opción para las niñas (Girls Not Brides, 2019) o como una forma de que los padres mitiguen las difíciles circunstancias económicas de la familia. En todas las regiones, el matrimonio infantil está estrechamente relacionado con bajos niveles de educación, pobreza y residencia en zonas rurales.

Elementos impulsores y determinantes

Normas de género y sociales discriminatorias

La discriminación de género, reflejada en las normas socioculturales y las instituciones patriarcales, encomienda a las niñas y las mujeres la labor de empleadas domésticas no remuneradas, gestantes y madres. Esta discriminación se extiende a la atribución de un elevado valor a la virginidad de las niñas y a los temores sobre la sexualidad femenina, que contribuyen a que las niñas sean obligadas a contraer matrimonios precoces mientras todavía están “intactas” (Khanna *et al.*, 2013). Algunos progenitores consideran que el matrimonio prematuro constituye una salvaguarda ante el sexo prematrimonial, además de una protección ante el acoso sexual (UNFPA, 2012a). Es posible que las madres más jóvenes tengan escaso poder para decidir si sus hijas se casan y cuándo lo harán, lo que otorga a su marido y a otros miembros de la familia y de la comunidad el poder de adoptar en nombre de las niñas decisiones que afecten a las vidas de estas, y

CUADRO 5.1 Casi dos terceras partes de los países muestran un descenso del matrimonio infantil, entre 1990 y 2018, número por región

	Número de países que registran un descenso constante	Número de países que muestran un descenso abrupto	Número de países que no muestran ningún cambio o que registran un incremento	Total
África Subsahariana	7	9	12	28
Asia Meridional	2	3	0	5
América Latina	3	1	6	10
Otros	5	4	4	13
Total	17	17	22	56

Niñas casadas en 2018 **16,2 millones** **41,6 millones** **13,1 millones** **70,9 millones**

Nota: subconjunto de países con cuatro o más puntos de datos
Fuente: Indicadores del desarrollo mundial, 2019

Elizabeta, 22 god

Udobu su me od 15 god nisam poznava la tu porodicu
Roditelji su mi rekli da je to tradicija da tako mora,

Su tražila ma mi cerku nebi dopustila da i što sam ja prošla
u životu da ^{nema taku} ~~ima taku~~ pricu ko moju ni za brću
kojudjevoricu, nego da cours skoću. i da su sretu

Me casaron a los 15 años. No conocía a la familia. Mis padres me dijeron que es una tradición y así son las cosas. Si el día de mañana tengo una hija, no voy a permitir que viva una vida como la mía. Yo he pasado por esto para que su historia sea distinta. Ni ella ni ninguna otra niña. Tienen que terminar sus estudios y ser felices.

Elizabeta, de 22 años (Bosnia y Herzegovina)

así perpetuar el ciclo (UNICEF y el UNFPA, 2018).

Otros factores sociales incluyen un sentido de tradición y obligación social, el riesgo de embarazo fuera del matrimonio, evitar las críticas que tachan de impuras a las niñas no casadas de mayor edad, así como la creencia en algunas comunidades de que la religión promueve el matrimonio a partir de la pubertad (Karam, 2015).

Todos los sistemas de matrimonio están sustentados por las normas sociales. Las normas que sustentan el matrimonio infantil en una sociedad concreta se basan en creencias como son las trayectorias previstas hacia la edad adulta, puntos de vista sobre la sexualidad entre chicos y chicas, opiniones sobre los roles de género, la importancia del respeto hacia las jerarquías de edad, las interpretaciones de las creencias religiosas, la desigualdad de género subyacente y las definiciones de los roles económicos basados en el género. Muchas de estas son normas patriarcales que relegan a niñas y mujeres a un estatus inferior y de subordinación, que les niega la capacidad de adoptar sus propias decisiones (Greene *et al.*, 2018).

Las niñas no tienen voz ni capacidad de elección

En las sociedades muy jerarquizadas en las que los hombres tienen poder sobre las mujeres, y las personas de mayor edad tienen poder sobre las más jóvenes, las niñas se enfrentan a la doble desventaja de ser mujeres y jóvenes. El matrimonio infantil existe en situaciones en las que no se escucha a los adolescentes y no se consulta a las niñas sobre las decisiones que afectan a sus vidas (Girls Not Brides, s. f.). Esto se aplica en especial a las niñas menores de 15 años y aquellas con pocos estudios. Cuando las niñas tienen elección, normalmente deciden casarse más tarde. Por ello, muchos programas diseñados para poner fin al matrimonio infantil optan por empoderar a las niñas, especialmente por medio de la enseñanza. La decisión de si una niña se casa o cuándo lo hace tiene que ver con la medida en que está empoderada para conocer sus derechos, tomar sus propias decisiones en la vida y planear su propio futuro.

Nivel de estudios

Las niñas que solo han completado la enseñanza primaria tienen el doble de probabilidades de casarse o formar parte de una unión libre que las que poseen enseñanza secundaria o superior. Las niñas sin ningún tipo de estudios tienen una probabilidad tres veces mayor de casarse o formar parte de una unión libre antes de cumplir 18 años que aquellas que completaron la enseñanza secundaria o estudios superiores (UNFPA, 2012a). En la India, el 51% de las mujeres jóvenes sin ningún tipo de estudios y el 47% de las que únicamente han completado la enseñanza primaria se casaron antes de cumplir 18 años (UNICEF, 2019c). Entre tanto, el 29% de las jóvenes que completaron la enseñanza secundaria y el 4% con educación terciaria se casaron antes de los 18 años. Aunque la prevalencia del matrimonio es mucho menor entre los niños, el gradiente de la educación es similar: el porcentaje de hombres de entre 20 y 49 años que se casaron antes de cumplir los 18 años es mayor en el caso de los que no cuentan con estudios o únicamente han completado la enseñanza primaria, en contraste con los que completaron la enseñanza secundaria o estudios superiores (Misunas *et al.*, 2019).

Según un análisis de los datos sobre matrimonio infantil incluidos en los indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial, de las niñas casadas en la India antes de los 18 años, el 46% se situaba también en el rango con menores ingresos. De igual modo, en el Níger, el tercer país más pobre del mundo, en el que tan solo el 17% de las niñas completan el primer ciclo de la enseñanza secundaria y el 84% de la población es rural, aproximadamente el 76% de las niñas se casaron por primera vez antes de los 18 años.

Muchos de los factores que inciden en la prevalencia del matrimonio infantil tienen una base económica. El matrimonio infantil está presente en muchas culturas, pero siempre es más frecuente entre las personas más pobres —en especial en zonas rurales—, y se ve agravado cuando las familias sufren dificultades económicas, sobre todo en momentos de crisis y desplazamientos.



Fraidy Reiss (centro), una superviviente del matrimonio forzado, fundó y lidera la organización Unchained at Last, dedicada a erradicar el matrimonio forzado e infantil en los Estados Unidos. Fotografía por cortesía de Susan Landmann



Casadas, víctimas de abusos e inquebrantables

Supervivientes del matrimonio infantil demandan un cambio

“Fue una mala experiencia para mi vida”, asegura Sherry Johnson con relación a su matrimonio a los 11 años en el estado estadounidense de Florida.

Johnson describe los horrores que padeció. Fue violada por un reputado miembro de la comunidad que la dejó embarazada. Tras dar a luz a los 10 años, sus padres la casaron para proteger al violador de una posible investigación.

Aunque esto sucedió hace 49 años, Johnson asegura que cada día sufre las consecuencias. “Ha hecho que siga atravesando dificultades en mi vida a consecuencia de ser violada esa edad, ya que estanca tu crecimiento”.

En la actualidad, trabaja de las 7 de la mañana hasta las 8 de la tarde. “Nunca pude ir a la

universidad ni obtener un título. Actualmente tengo que trabajar muy duro para ganarme hasta el último centavo. Tengo tres trabajos para poder sobrevivir, poner un plato de comida en la mesa y tener un techo bajo el que vivir”.

Aunque su experiencia sucedió hace decenios, el fenómeno del matrimonio infantil sigue existiendo en los Estados Unidos en la actualidad. Dado que cada estado establece la edad mínima para el matrimonio, y no el gobierno nacional, existen grandes diferencias respecto a la legalidad de los matrimonios de menores de edad. Según Tahirih Justice Center, una organización no gubernamental de lucha en este ámbito, a fecha de mayo de 2018, solo 4 de los 50 estados del país prohíben el matrimonio infantil sin excepciones. La mayoría de los estados permiten excepciones en caso

de embarazo, consentimiento de los padres o de menores emancipados. Según Tahirih, en 10 estados no existen mínimos de edad establecidos por ley.

Entre 2000 y 2015, más de 200.000 niños menores de 18 años se casaron en los Estados Unidos, según los datos de licencias de matrimonio analizados por la organización de información Frontline. Donna Pollard fue una de esas niñas. Con el permiso de su madre, Pollard pudo casarse con 16 años. Su marido era un hombre de 30 años que trabajaba el centro de salud conductual de Indiana en el que su madre la había internado para recibir tratamiento. Según asegura, abusó de ella durante todo su matrimonio.

El consentimiento parental también permitió que Sara Tasneem se casase, primero informalmente, en una unión espiritual a los 15 años, y después legalmente a los 16. Tasneem no tuvo elección. “Nos criaron con roles de género muy estrictos”, asegura desde su hogar en California. Cuando los chicos empezaron a interesarse por ella, su padre se apresuró a casarla. “Me dijeron... que iba a casarme porque el sexo fuera del matrimonio estaba prohibido... Prácticamente me presentaron a una persona por la mañana y me obligaron a casarme con él esa misma noche”. Su marido tenía 28 años. “Fue una relación de control y abuso intenso”, asegura. “Enseguida me

quedé embarazada y nos casamos legalmente en Reno (Nevada), en donde el único requisito era un permiso firmado por mi padre”.

Estas tres mujeres consiguieron escapar de sus matrimonios y las tres se han convertido en importantes voces en el movimiento para acabar con el matrimonio infantil en los Estados Unidos.

“Hice campaña para que se modificase [la ley] en los estados de Florida, Georgia y Luisiana. Lo hemos conseguido y estoy agradecida por ello”, recuerda.

Tasneem y Pollard también han testificado para respaldar cambios legislativos destinados a aumentar la edad de matrimonio a los 18 años. Entre ellas, se han dirigido a los encargados de formular políticas de California, Nevada, Kentucky, Tennessee y otros lugares. En respuesta a estas iniciativas, muchas asambleas legislativas han aumentado la edad mínima para contraer matrimonio a los 17 años, o han exigido que los jueces autoricen el matrimonio de menores.

“Realmente creo que estamos haciendo avances”, sostiene Pollard. “En tan solo unos años hemos visto como muchos estados por lo menos modificaban sus leyes para aumentar la edad y establecer criterios de autorización judicial en lugar de un consentimiento parental a ciegas”.

“En tan solo unos años hemos visto como muchos estados por lo menos modificaban sus leyes para aumentar la edad y establecer criterios de autorización judicial en lugar de un consentimiento parental a ciegas”.

Para las niñas obligadas a casarse, los obstáculos para abandonar una relación abusiva son prácticamente insalvables: “Puedes casarte, pero si quieres irte, es casi imposible... No tienes los mismos derechos que un adulto. No puedes formalizar un contrato de arrendamiento; no puedes acudir a un refugio; no puedes contratar a un abogado de familia”, explica Tasneem.

Tanto Johnson como Pollard han fundado organizaciones en apoyo a las supervivientes, y aseguran que hablar sobre sus experiencias les ha cambiado la vida. “Hablar de ello forma parte del proceso de curación”, señala Johnson, que creó la Fundación Svon, que defiende a las supervivientes de abusos en Florida. Ha publicado sus memorias y anima a otras supervivientes a que escriban y compartan sus experiencias. “Creen que la vida se ha terminado porque han sufrido abusos, pero no es así. En realidad no es más que el principio”, comenta.

La organización de Pollard, Survivor's Corner, con sede en Kentucky, también ayuda a las supervivientes a contar su historia. “Ha habido gente que ha pasado por nuestros programas y que ahora está trabajando en su propia legislación”, relata. “También hemos tenido personas que luego se han convertido en voluntarias”.

En lo que se refiere a Tasneem, insta a investigadores y a encargados de formular políticas a que miren más allá de las cifras de matrimonios registrados legales y de uniones informales como la que puso fin a su infancia. Asimismo, quiere que el movimiento para poner fin al matrimonio infantil obtenga un mayor apoyo. “¿Cuántas de nosotras debemos dar la cara y compartir nuestras historias de terror para que se adopten medidas?”, pregunta. “Esta labor no debería recaer únicamente en las supervivientes. Necesitamos más ayuda”.

Pese a que en muchos países se ha introducido la enseñanza primaria universal y gratuita, las familias más pobres todavía se enfrentan a obstáculos financieros a la hora de sufragar los costos de transporte, libros y uniformes. Aún es habitual que se cobren matrículas para la enseñanza secundaria. La desigualdad de género en el logro educativo (que perjudica a las niñas) es especialmente evidente en la enseñanza secundaria (Sperling y Winthrop, 2015), y hace que se acelere la transición de las niñas hacia el matrimonio y la maternidad.

Compradas y vendidas

Las transacciones financieras en torno al matrimonio, como son la dote y el precio de la novia, contribuyen también a una elevada prevalencia del matrimonio infantil (Parsons *et al.*, 2015; UNFPA, 2012a; Malhotra, 2011; UNICEF, 2005). Con frecuencia, los progenitores pobres justifican el matrimonio temprano de sus hijas como una forma de garantizar su futuro económico, o puede que las consideren un producto básico económico y una forma de liquidar deudas o disputas familiares (Parsons *et al.*, 2015; Amin, 2011).

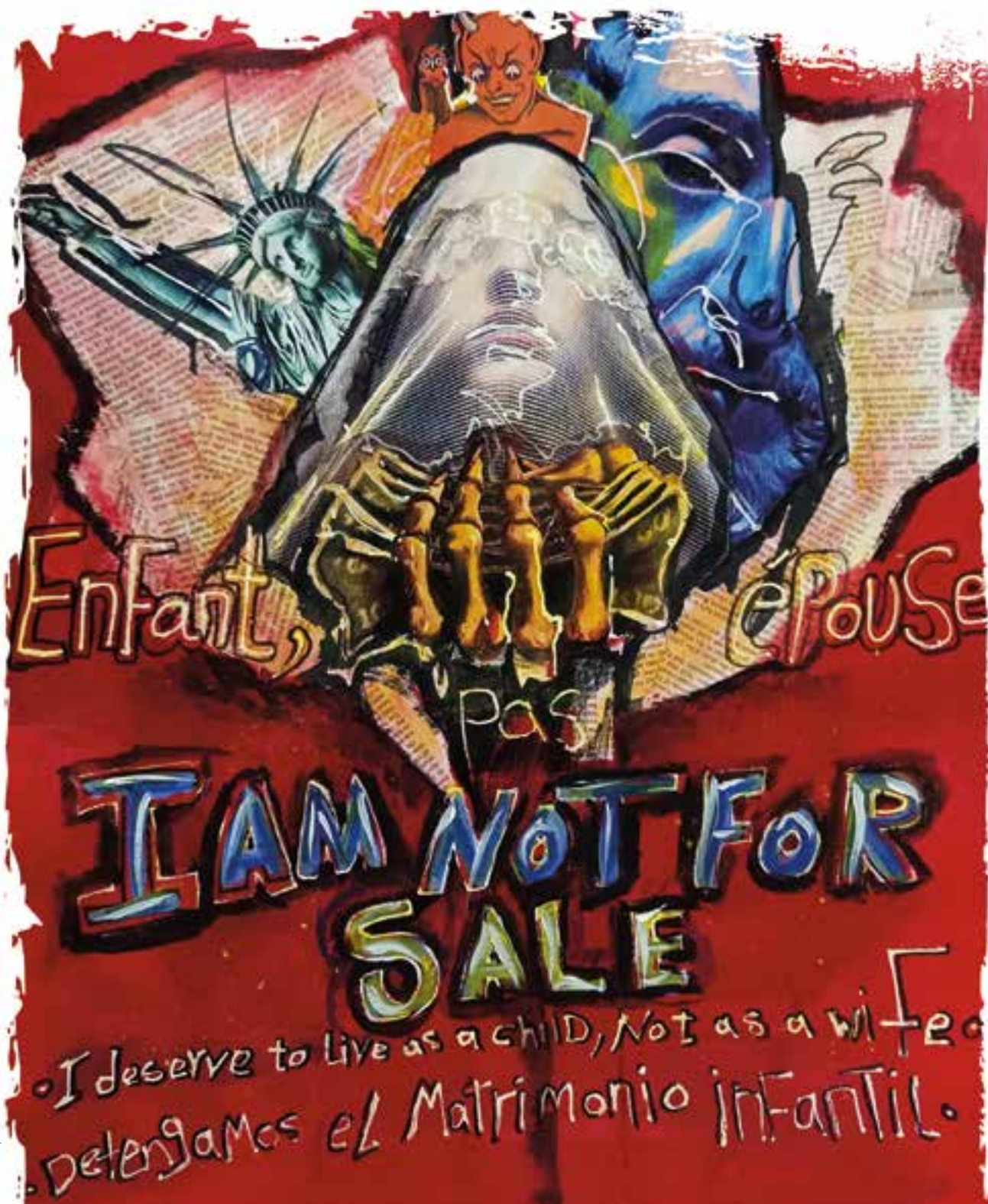
Las dotes son abonadas por la familia de una novia al novio, en principio, para el mantenimiento de la esposa, y el precio de la novia es abonado por el novio o su familia para “comprarla”. Muchos afirman que estas prácticas refuerzan el matrimonio infantil, ya que cuanto más joven sea la niña, menor será la dote o mayor el precio de la novia; se considera que una mujer más joven o una niña es más valiosa, ya que tiene más años por delante para la maternidad y el servicio doméstico (Lee-Rife *et al.*, 2012).

En el caso de la dote, la razón subyacente es que, conforme una niña se hace mayor, tendrá menos pretendientes y la familia deberá incrementar la dote para “quitársela de encima”. Las niñas pueden ser consideradas una carga económica, la cual aumenta si se demora el matrimonio, ya que es necesario abonar una dote mayor (Delprato *et al.*, 2015). En Nepal, los padres prefieren casar a sus hijas mientras son jóvenes a fin de reducir este costo (Onduru, 2019).

Con el precio de la novia, el beneficio es más directo: una niña puede alcanzar un precio más alto cuando es joven y, al mismo tiempo, la familia se libra de la carga financiera que supone mantenerla (Kalamar *et al.*, 2016).

Sea cual sea el sistema vigente, la dote y el precio de la novia constituyen la “mercantilización” de niñas y mujeres, lo cual representa una flagrante violación de su derecho humano a adoptar sus propias decisiones en la vida, en particular sobre

Ilustración por cortesía de Fatma Mahmoud Salama Raslan



el matrimonio. Por esto y otras consecuencias sociales negativas, en la mayoría de los países se ha prohibido el pago de la dote o el precio de la novia, aunque hacer que se cumpla esta prohibición es difícil. En la India —país que posee la mayor experiencia en la lucha para poner fin a la práctica de la dote— lleva vigente desde 1961 la Ley de Prevención de la Dote y esta se aplica mediante distintas secciones del código penal indio, aunque esta práctica sigue estando muy extendida (Chiplunkar y Weaver, 2019).

El matrimonio infantil aumenta en épocas de necesidad

Se ha demostrado que durante las crisis humanitarias provocadas por desastres naturales y conflictos aumenta el matrimonio infantil. En el Yemen, actualmente más del 65% de las niñas se casan antes de haber cumplido 18 años, frente al 50% de antes del comienzo del conflicto (UNICEF, 2017). En el Líbano, el 41% de las jóvenes sirias desplazadas se casaron antes de los 18 años (Bailey-King, 2018). En los campamentos de refugiados de Jordania, al comienzo del conflicto sirio en 2011, el 12% de los matrimonios implicaba a una niña de entre 15 y 17 años; en 2018, la cifra era del 36% (Lemmon y Hughes, 2018).

Existen pruebas de que el valor económico de las niñas aumenta durante períodos de dificultades económicas para la familia. En Tanzania, por ejemplo, cuando los ingresos se vieron perjudicados a causa de las malas cosechas provocadas por las sequías periódicas, aumentaron los matrimonios de niñas para obtener el precio de la novia (Corno y Voena, 2016). En el estudio de Tanzania se sugirió también una correlación entre el matrimonio infantil y los efectos del cambio climático. Si las comunidades rurales sufren dificultades económicas a causa de la pérdida de ingresos derivada de las sequías, las inundaciones o un aumento de las tormentas —y dado que no existe ningún otro mecanismo de seguro— deberán

recurrir a lo que las familias consideran un método de probada eficacia para reducir los gastos de la familia y, posiblemente, incrementar los ingresos: es decir, “vender” a sus hijas.

Otro factor que contribuye al matrimonio infantil durante las crisis es el aumento del riesgo de violencia sexual y de agresión que acompaña al debilitamiento de las instituciones sociales. En estas situaciones, algunas familias ven el matrimonio como una forma de proteger el “honor” de las jóvenes y, por extensión, el de la familia (Lemmon y Hughes, 2018; Lemmon, 2014).

Además, se considera que las niñas privadas de oportunidades educativas durante las crisis se quedan “inactivas” en casa, lo cual fomenta la idea de que el matrimonio constituye una transición positiva para las niñas con opciones limitadas.

Por último, el conflicto y el desplazamiento asociado a este han alterado el proceso social del matrimonio, lo que da lugar a períodos de compromiso más breves, menores precios de las novias, cambios en las prácticas del matrimonio entre primos y una menor edad en el primer matrimonio (UNFPA *et al.*, 2018).

Consecuencias

El matrimonio infantil conlleva consecuencias que vulneran los derechos básicos de las niñas. Muchas de estas vulneraciones son caras e imposibles de mitigar, corregir o invertir, como, por ejemplo, la interrupción de la educación; mala salud, en ocasiones asociada con el embarazo y el parto; la amenaza y la experiencia real de violencia por razón de género; exclusión social que desencadena una depresión o incluso el suicidio; restricción de la movilidad; y responsabilidades domésticas. Estas se combinan para socavar el empleo y el potencial de ingresos de las niñas que son obligadas a casarse demasiado jóvenes. Su impacto reverbera más allá de la joven para perpetuar el ciclo de pobreza de su familia y su comunidad.

Embarazo y parto precoces

Una de las consecuencias más nocivas del matrimonio infantil es que generalmente da lugar a un embarazo y un parto precoces. Por lo general, las niñas no están física, emocional, intelectual ni económicamente preparadas para ser madres a edades tan tempranas. Tienen más probabilidades de morir a causa de complicaciones durante el embarazo y el parto que las mujeres en la veintena, y también de que sus hijos nazcan muertos o mueran durante su primer mes de vida.

La maternidad prematura es frecuente entre las niñas obligadas a casarse. En África Subsahariana, un análisis de las encuestas demográficas y de salud de 34 países permitió determinar que, entre las mujeres de entre 20 y 24 años que se habían casado antes de cumplir 18 años, el 96% tenía hijos. De estas, el 56% había dado a luz durante su primer año de matrimonio y el 28% había tenido otro hijo en un plazo de menos de 24 meses contados a partir del nacimiento de su primer hijo (Yaya *et al.*, 2019). En América Latina y el Caribe, el 86% de las mujeres que se habían casado o vivían en una unión libre antes de los 18 años habían tenido un hijo antes de los 20, en contraste con el 34% de las que se casaron después de haber cumplido 18 años (UNICEF, 2019b). En la India, de las mujeres que se casaron antes de cumplir 18 años, el 60% habían dado a luz antes de alcanzar los 18, y el 79% antes de los 20 (UNICEF, 2019c).

Prácticamente el 95% de los casos de partos entre adolescentes se producen en países en desarrollo y, en estos, aproximadamente el 90% de los partos de adolescentes entre 15 y 19 años se producen dentro del matrimonio (OMS, 2008). En todo el mundo, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto se encuentran entre las principales causas de muerte de las adolescentes de 15 a 19 años (OMS, 2018a). Según un estudio del Banco Mundial, los costos de oportunidad de por vida asociados con el embarazo en la adolescencia van desde el 1% del PIB anual en

China al 30% en Uganda (Chaaban y Cunningham, 2011).

Riesgo de muerte y lesiones durante el parto

El matrimonio infantil puede costarle la vida a una niña. La probabilidad de riesgo de muerte materna es aproximadamente un 28% superior en las madres de entre 15 y 19 años que para las madres de 20 a 24 años, aunque entre los factores de riesgo puede que la edad de la madre no sea tan significativa como otros factores relacionados con el matrimonio infantil, como la pobreza o la falta de acceso a los servicios (Blanc *et al.*, 2013). La tasa de mortalidad materna (número de muertes por cada 100.000 nacidos vivos) en 2010 fue de 504 en el caso de las madres de entre 15 y 19 años de África Subsahariana, en contraste con 416 en el caso de las madres de entre 20 y 24 años. Del mismo modo, en Asia las cifras fueron de 269 frente a 201, y en América Latina, de 190 frente a 164. Retrasar el nacimiento del primer hijo, aunque solo sea un par de años —hasta que la mujer cumpla los 20— reduce de forma considerable las probabilidades de muerte materna (Blanc *et al.*, 2013).

Uno de los mayores riesgos que conlleva una maternidad muy temprana para las jóvenes es la fístula obstétrica, una condición prevenible por la que el parto vaginal crea un orificio entre la vejiga y la vagina o el recto, o ambos, lo que provoca que la madre tenga incontinencia (Cook *et al.*, 2004). Es habitual que la incontinencia provoque el rechazo de una mujer por parte de su marido y que sea marginada en su comunidad (Miller *et al.*, 2005).

La obstrucción del parto provoca aproximadamente el 90% de las fístulas obstétricas en los países en desarrollo. La obstrucción del parto es desproporcionadamente común entre las jóvenes que dan a luz antes de los 18 años, como consecuencia de lo que se conoce como “inmadurez pélvica”, cuando el tamaño y el diámetro del hueso pélvico de la joven se combina con un menor

tamaño de apertura pélvica y atrapa al bebé en el canal de parto. Los tejidos blandos de la vagina quedan aprisionados entre la cabeza del bebé y la pelvis ósea, y la presión hace que se abra la fistula (Cook *et al.*, 2004). El número de años transcurridos desde la primera menstruación de una niña (menarquia) tiene relación directa con su capacidad para dar a luz de forma segura.

Según estudios realizados en Nigeria y Etiopía, un número desproporcionado de madres adolescentes padecen fistula obstétrica, y en Nigeria el 46% de las fistulas obstétricas se produjeron durante el primer parto (Miller *et al.*, 2005).

Se calcula que entre 2 y 3,5 millones de mujeres viven con fistula obstétrica en los países en desarrollo, y cada año se registran entre 50.000 y 100.000 nuevos casos (UNFPA, 2019a). El UNFPA, conjuntamente con otras organizaciones dedicadas a la salud y los derechos reproductivos, ha situado como prioridad de su agenda programática la prevención y el tratamiento de la fistula obstétrica.

Mala salud y nutrición de los bebés de niñas obligadas a casarse

Son muchos los estudios que han observado un aumento de la probabilidad de mortalidad neonatal y mortinatalidad, peso bajo al nacer, así como de la enfermedad y la muerte de lactantes y niños en madres menores de 18 años (Fall *et al.*, 2015). Pero es difícil separar los otros factores que contribuyen a estos resultados, como un bajo nivel de estudios de la madre, la mala nutrición tanto de esta como del niño y el acceso a los servicios de salud. Un exhaustivo estudio realizado en la India determinó que cuando se controlaban todos los demás factores, los niños de mujeres casadas siendo menores tenían muchas más probabilidades de sufrir retraso del crecimiento o peso insuficiente, dos de los indicadores más importantes del bienestar infantil (Raj *et al.*, 2009). Un estudio sobre el retraso del crecimiento llevado a cabo en Asia Meridional y

África determinó que las madres que daban a luz antes de los 18 años tenían bebés más pequeños, con un riesgo del 6% superior de que los bebés sufrieran retraso del crecimiento a consecuencia de la corta edad de las madres en Bangladesh y la India, y un riesgo del 10% superior en Burkina Faso y Mozambique (Yu *et al.*, 2016). Asimismo, este crecimiento más lento se mantuvo durante el resto de la vida del niño (Fall *et al.*, 2015).

Las jóvenes que se casan pronto tendrán más hijos

Una mujer que comience a tener hijos a una edad más temprana tendrá más que sus hermanas que se casen más tarde (UNICEF, 2019b, 2019c; Yaya *et al.*, 2019).

Según un estudio elaborado en 2017 por el Banco Mundial sobre las mujeres casadas a una edad temprana en 15 países, una niña que se casa a los 13 años, en promedio, tiene 26% más de niños a lo largo de su vida que si se casa a los 18 o más tarde. Incluso si se casase a los 17 años tendría 17% más de niños que si hubiera esperado hasta los 18 años o más (Wodon *et al.*, 2017).

Las consecuencias de comenzar pronto y de tener más hijos son claras: las mujeres que se casan muy jóvenes pasan la adolescencia y los primeros años de la veintena en casa, cuidando de hijos pequeños sin posibilidad de continuar sus estudios ni de desarrollar sus competencias, así como de trabajar fuera del hogar. Quedan atadas a una vida de cargas domésticas, embarazos no planeados, familias numerosas y dependencia financiera de sus maridos.

Es poco frecuente que las niñas que se casan precozmente continúen con su educación

El matrimonio infantil está correlacionado con un abrupto fin de la escolaridad, elevadas tasas de analfabetismo y peores resultados educativos, lo cual socava las perspectivas de las jóvenes para incorporarse a la fuerza de trabajo remunerada y

lograr la autosuficiencia económica (Wodon *et al.*, 2017a; Delprato *et al.*, 2015; Nguyen y Wodon, 2014, 2012, 2012a; Field y Ambrus, 2008; Lloyd y Mensch, 2008; Adler *et al.*, 2007).

Es poco frecuente que las niñas que se casan y comienzan a tener hijos continúen estudiando o retomen los estudios años más tarde. Es inusual encontrar niñas casadas en las escuelas, debido a las restricciones legales o sociales o a la necesidad de asumir obligaciones domésticas tras el matrimonio (Delprato *et al.*, 2015). Esto tiene importantes consecuencias en su independencia y su capacidad para ser productivas y contribuir a sus familias, comunidades y sociedades. También afecta negativamente en las probabilidades de que sus propios hijos puedan seguir estudiando tras la enseñanza primaria y escapar del ciclo del matrimonio precoz, de tener muchos hijos y de la pobreza.

Las estadísticas son alarmantes y preocupantes. Un análisis de 36 encuestas demográficas y de salud realizadas en 31 países subsaharianos y 5 países de Asia Meridional se centró en las mujeres de 20 a 29 años y las edades a las que se habían casado. Las jóvenes que se habían casado antes de los 18 años en promedio tan solo habían estado escolarizadas 2,9 años en los países africanos y 3,9 años en los asiáticos. Este tiempo se duplicó en el caso de las jóvenes casadas con 18 años o más, con un promedio de 5,3 años de escolarización en África y 7,7 años en Asia. Esta disparidad se reflejó en la tasa de alfabetización: tan solo el 17% de las mujeres africanas y el 35% de las mujeres asiáticas que habían contraído matrimonio antes de cumplir 15 años sabían leer y escribir, mientras que los porcentajes de sus hermanas casadas a los 18 o más tarde correspondían al 53% y el 75%, respectivamente (Delprato *et al.*, 2015).

Mural de Maia Bobo en colaboración con TackleAfrica (Burkina Faso)



Las niñas con menores niveles de estudios se ven expuestas a un mayor riesgo de matrimonio infantil y, a su vez, las niñas casadas se enfrentan a un mayor riesgo de abandonar la escuela temprano. El matrimonio infantil y los embarazos precoces normalmente asociados a este suponen, respectivamente, el 15% y el 33% de la tasa de deserción escolar (Nguyen y Wodon, 2012; Lloyd y Mensch, 2008).

Posponer la decisión de casarse joven tan solo un año incrementaría el logro educativo de las jóvenes de África Subsahariana en 0,54 años de escolarización y supondría un aumento del 22% de la tasa de alfabetización (Delprato *et al.*, 2015).

Violencia por razón de género

Muchos estudios han demostrado que la calidad de vida de las mujeres casadas antes de los 18 años es notablemente peor que la de las mujeres que se casan más tarde. Uno de los principales motivos es porque son objeto de violencia por razón de género. A escala mundial, el año pasado la experiencia de violencia física o sexual fue mayor entre las mujeres casadas siendo niñas (29%) que entre aquellas que se casaron siendo adultas (20%) (Kidman, 2017). El matrimonio infantil perpetúa la violencia por razón de género, ya que se caracteriza por las diferencias de edad entre los cónyuges, los desequilibrios de poder, la autonomía restringida de las mujeres, el aislamiento social y normas femeninas y masculinas que aceptan y justifican la violencia en la pareja. El uso de la violencia —e incluso la amenaza de usarla— constituye una forma fundamental con la que los hombres ejercen el control sobre las jóvenes.

En la India, una tercera parte (32%) de las mujeres que se casaron antes de cumplir 18 años sufrió violencia física a manos de sus maridos, en contraste con el 17% de las que se casaron después de los 18, según una encuesta a gran escala realizada a más de 8.000 mujeres de cinco estados en los que el matrimonio infantil es una práctica extendida (Andhra Pradesh, Bihar, Jharkand, Maharashtra

y Rajastán) (Santhya *et al.*, 2010). Las mujeres casadas más jóvenes no solo son víctimas de una mayor violencia doméstica, sino que tienen más probabilidades de considerar que dicha violencia podría estar justificada en determinadas circunstancias —dos terceras partes de las niñas obligadas a casarse pensaban que era así en contraste con la mitad de las que se casaron más tarde— (Santhya *et al.*, 2010).

Daños psicológicos duraderos

La violencia —física, sexual y emocional—, así como los embarazos precoces, tienen efectos duraderos en la salud mental de las niñas. El matrimonio infantil va acompañado de la presión de criar los hijos cuando las jóvenes son todavía niñas y tienen pocos conocimientos sobre la vida sexual y reproductiva (Yaya *et al.*, 2019).

El matrimonio infantil también puede provocar aislamiento social, estrés, depresión y sensación de impotencia (Delprato *et al.*, 2017; Dufflo, 2011; Nour, 2009).

De acuerdo con un estudio realizado en los Estados Unidos, existe una relación entre el matrimonio infantil y trastornos del comportamiento muy diversos, como la dependencia de la nicotina y uso indebido del alcohol, además de trastornos psicológicos (Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer, 2016a; LeStrat *et al.*, 2011).

En 2013, un grupo de investigadores entrevistó a niñas de entre 10 y 17 años de la región etíope de Amhara y descubrió que las que estaban casadas, comprometidas o habían recibido una oferta de matrimonio tenían muchas más probabilidades de haber tenido pensamientos suicidas en los tres meses anteriores que otras niñas. Resulta sorprendente que también tuvieran el doble de probabilidades de haber intentado suicidarse (Gage, 2013).

En el Níger, una encuesta realizada a 2.463 mujeres permitió constatar un descenso considerable del

bienestar psicológico de las niñas que se habían casado antes de cumplir 15 años, así como un bienestar notablemente menor entre las que se habían casado con 12 años o menos. Esta encuesta empleó una medida estándar del bienestar psicológico y fue elaborada en 2016 por el Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer. Los investigadores llegaron a la conclusión de que “la carga de las responsabilidades conyugales, sobre todo las demandas sexuales de su pareja así como la maternidad y la crianza, provocaban un importante malestar emocional y depresión en estas niñas tan jóvenes, que habían sido obligadas a casarse (con frecuencia con un extraño)” (Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer, 2016a).

Ayudar a las niñas a que adopten sus propias decisiones informadas

Las primeras iniciativas para poner fin al matrimonio infantil surgieron durante la primera mitad del siglo XX, lideradas por los movimientos de reforma de Asia Meridional. Estas iniciativas consiguieron promover la promulgación de leyes que prohibieran el matrimonio infantil, como la Ley de Restricción del Matrimonio Infantil de 1929 de la India anterior a la independencia, así como esfuerzos esporádicos por mejorar el acceso de las niñas a la enseñanza (Khoja-Moolji, 2018). Aunque en la década de 1990 surgieron iniciativas más amplias para poner fin al matrimonio infantil —como el proyecto de estipendios para la enseñanza secundaria femenina de Bangladesh (Schurmann, 2009)—, no fue hasta el primer decenio de 2000 que se observó un aumento considerable del número y la cobertura de los programas comunitarios; por ejemplo, Berhane Hewan en Etiopía (Erulkar y Muthengi, 2009), Ishraq en Egipto (Sieverding y Elbadawy, 2016), y Prachar en la India (Subramanian *et al.*, 2018). Estos programas, llevados a cabo por organizaciones no gubernamentales, proporcionan a las niñas preparación para la vida, educación sexual integral,

información sobre salud y alfabetización financiera, y ofrecen incentivos a sus familias, además de movilización y diálogos organizados con la comunidad.

Partiendo de las iniciativas introducidas a comienzos de siglo, el número de programas comunitarios que combaten el matrimonio infantil, liderados tanto por organizaciones no gubernamentales internacionales como locales, ha ido creciendo de forma constante. Estos programas han retrasado de forma demostrable la edad de matrimonio y han contribuido a la base empírica. Por ejemplo, la asociación Balika, con base en Bangladesh y dirigida por Population Council, ha registrado descensos de hasta un tercio del matrimonio infantil en las comunidades del programa. El matrimonio precoz y la cohabitación se redujeron a la mitad entre las adolescentes que participaron en el programa de Empoderamiento y Medios de Subsistencia para las Adolescentes ejecutado por la organización no gubernamental BRAC en las comunidades de Uganda (Bandiera *et al.*, 2018). En Guatemala, el programa de liderazgo y preparación para la vida Abriendo Oportunidades ha demostrado su impacto en las jóvenes indígenas mayas de zonas rurales: entre las participantes, el 97% no se casó entre los 13 y los 18 años, frente a la media nacional del 88,7% en 2006. El costo del programa de aproximadamente 100 horas de participación es de 106 dólares de los Estados Unidos por niña (Catino *et al.*, 2012).

El aumento del interés por poner fin al matrimonio infantil —evidenciado por la adopción de una meta sobre matrimonio infantil en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la creación del Programa Mundial de las Naciones Unidas para Acelerar las Medidas Encaminadas a Poner Fin al Matrimonio Infantil en 2016— ha traído a la palestra preguntas sobre cuál es la mejor forma de acelerar las reducciones a gran escala, al tiempo que se garantiza que los planes de inversión no desatienden a las niñas, las familias y las comunidades marginadas. El planteamiento ha ido evolucionando y ha pasado

de centrarse sobre todo en transmitir mensajes públicos sobre los peligros del matrimonio infantil a comprender y abordar sus factores estructurales.

Un estudio sobre los factores impulsores tanto a nivel micro como macro del cambio en la prevalencia del matrimonio infantil en los países de Asia Meridional extrajo la conclusión de que, a nivel macro, los factores de la riqueza regional, el crecimiento superior a la media de la actividad económica de una región, una menor edad media de maternidad, las tasas de fecundidad regionales y el acceso a los medios de comunicación son indicadores asociados negativamente con la pobreza infantil. En concreto, existe una sólida relación causal entre el desarrollo económico y la prevalencia de matrimonio infantil (UNICEF y el UNFPA, 2018). Por ello, cada vez es más frecuente que los programas traten de prestar servicios sostenibles a escala mediante la integración con plataformas como los sistemas de enseñanza, salud y protección social, y promuevan el empoderamiento económico de las mujeres y su acceso a las oportunidades; asimismo, buscan impulsar el cambio social e influenciar las normas de género y otro tipo de normas sociales nocivas que sustentan esta práctica.

Una de las estrategias más eficaces para retrasar el matrimonio infantil consiste en mejorar la educación de las niñas. Si bien tener un menor nivel de estudios constituye un factor de riesgo para el matrimonio infantil, disponer de más estudios es un factor de protección. Un estudio realizado por el Banco Mundial y el Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer determinó que, en 15 países de África Subsahariana, cada año adicional de asistencia a la enseñanza secundaria redujo de forma considerable la posibilidad de que las niñas se casasen antes de los 18 años y la probabilidad de ser madres antes de esa edad (Banco Mundial y el Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer, 2017).

Las intervenciones relacionadas con la educación que han tenido éxito incluyen el suministro de

خلود 20
تطوير وتشجيع
الفتيات على
التعليم أو الدورات
التعليمية لتغيير الأفكار
الراسخة في عقل الفتيات

Animar e impulsar a las niñas a través de la educación y los cursos de capacitación para cambiar los estereotipos arraigados.

Khuloud, de 20 años (Jordania)

transferencias en efectivo condicionadas a la asistencia a la escuela; o el apoyo para cubrir los gastos de la matrícula escolar, los libros, los uniformes y el material (Kalamar *et al.*, 2016). Entre los ejemplos de iniciativas de transferencias de efectivo exitosas se incluyen Apni Beti Apna Dhan en la India, el Programa de Transferencia en Efectivo para Zomba en Malawi y el Programa de Asistencia a la Enseñanza Secundaria Femenina en Bangladesh.

En Burkina Faso, Etiopía y Tanzania, el programa Berhane Hewan redujo el matrimonio infantil una media de un 24% por medio de varias estrategias, como, por ejemplo, la transferencia económica condicionada —una cabra o una gallina— a cambio de una buena asistencia a la escuela, material escolar como incentivo por permanecer en la escuela, y concienciación a la comunidad para combatir las normas sociales y culturales (Erulkar *et al.*, 2017).

Reunir a las niñas para que desarrollen preparación para la vida, practiquen deporte y, en algunos casos, se alfabeticen y aprendan aritmética, puede reforzar los resultados positivos para estas. Estos programas les ayudan a superar el aislamiento social y a establecer redes de capital social. La capacitación en educación sexual integral y preparación para la vida empodera a las niñas y desarrolla su autoestima al promover la mejora de la salud y aumentar sus oportunidades en el sector del empleo formal. Cuando se basa en planes de estudios sólidos que cuestionan las relaciones de poder desigual, la educación sexual integral puede promover la masculinidad positiva en los niños. Las participantes en este tipo de programas también reciben información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos que les ayuda a aprender sobre sus cuerpos, la menstruación, los métodos anticonceptivos, la prevención de infecciones de transmisión sexual, y el género y el poder en las relaciones.

En Mozambique, el programa Rapariga Biz ha prestado asistencia a más de 300.000 niñas y ha formado a 4.000 mentores, a la vez que proporciona servicios de salud sexual y reproductiva, involucra a las escuelas y al sector de la justicia, y emplea técnicas como un teléfono de asistencia, mensajes de texto y programas de radio sobre salud sexual, todo con un costo relativamente bajo de 120 dólares de los Estados Unidos por mentor capacitado y 10 dólares por niña (Hilber *et al.*, 2019).

Las leyes también pueden marcar la diferencia. Si bien los estudios no han demostrado una relación causal directa entre la legislación sobre la edad mínima para contraer matrimonio y la prevalencia del matrimonio infantil, las leyes pueden, no obstante, tener un efecto considerable para el conjunto de la población y transmitir las normas actuales (Svanemyr *et al.*, 2013). Una combinación adecuada de leyes que establezcan la edad mínima de matrimonio

a los 18 años, reconozcan y combatan la violación conyugal y que garanticen el derecho al divorcio y a reclamar la custodia de los hijos pueden otorgar a niñas y mujeres recursos judiciales, así como una vía hacia la vida después del matrimonio (Equality Now, 2014).

No obstante, las leyes nacionales no han cumplido los compromisos asumidos en tratados internacionales, los cuales establecen que la edad mínima de matrimonio debería ser 18 años en todo el mundo. En 20 países la edad mínima de matrimonio sin tener que obtener un consentimiento especial de los padres o judicial es de 17 años o menos.

Inversiones para poner fin al matrimonio infantil

Si se replicasen, ampliasen y financiasen por completo las iniciativas y programas que empoderan a las niñas, aumentan su nivel educativo y mejoran su preparación para la vida, podría eliminarse el matrimonio infantil en 68 países antes de 2030. La inversión total necesaria para lograr este objetivo es de 35.000 millones de dólares de los Estados Unidos en un plazo de 10 años (UNFPA, 2020). Sin esta inversión, el mundo no lograría la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para poner fin al matrimonio infantil antes de 2030. Es necesario acelerar y ampliar la acción.

Una de las dificultades consiste en determinar que planteamientos funcionan mejor y cuáles son más eficientes en función de los costos. Se realizó un ejercicio de modelación de 68 países en el que se elaboró un modelo por separado de los estados de la India. En el gráfico 5.1 se muestra el número de matrimonios infantiles con y sin el programa de reducción. El paquete de intervenciones se elaboró a partir de los programas dirigidos a cambiar las normas sociales y culturales, mejorar la preparación para la vida, y aumentar la tasa de escolarización de las niñas. Para ello, dichos programas aumentaron

la accesibilidad de las escuelas, mejoraron la infraestructura de estas (escuelas adaptadas a las niñas) y proporcionaron incentivos por permanecer escolarizadas. Partiendo de una proporción de niñas relativamente pequeña, se asumió que los programas se ampliarían gradualmente para llegar a prácticamente la totalidad de las niñas de 15 años en 2030.

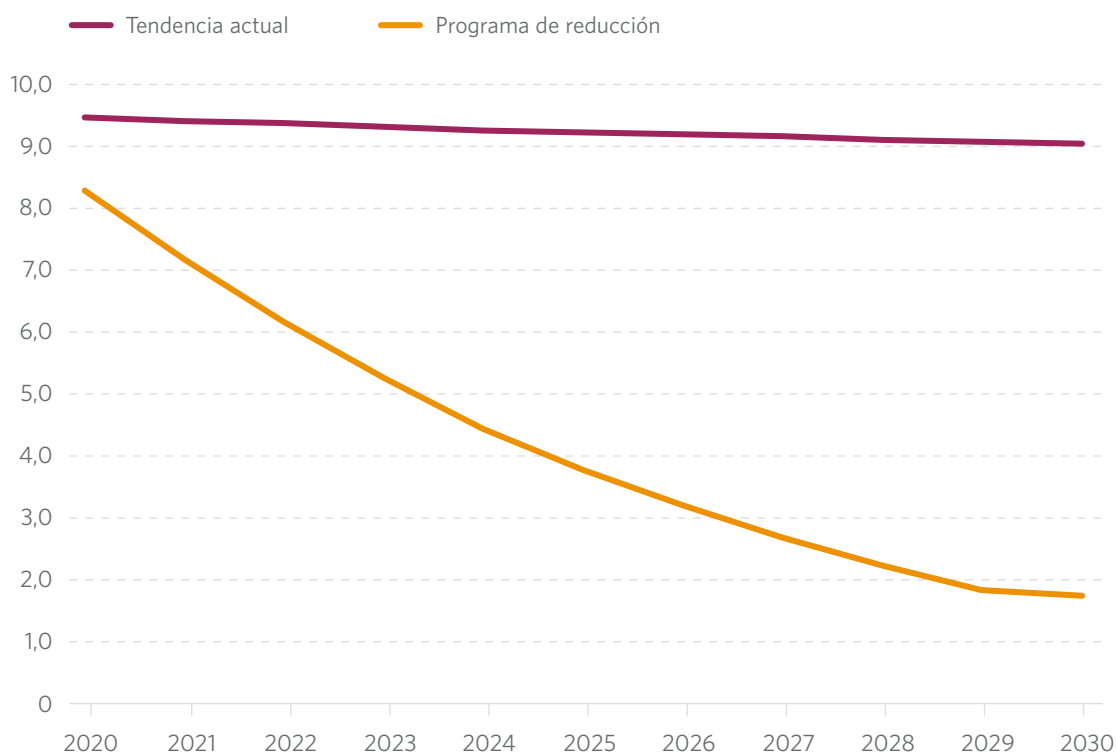
En última instancia, poner fin al matrimonio infantil consiste en defender los derechos de las niñas y las mujeres en todas partes. Cuando todas las niñas pueden disfrutar sus derechos, los beneficios repercuten en todos, como una salud mejor, fuerzas de trabajo más productivas y el avance hacia la igualdad de género. Casarse a los 13 años constituye

prácticamente una garantía de que esa niña tendrá una vida de pobreza y sin educación, con muchos hijos de los que tendrá que cuidar. Casarse antes de los 18 años implica numerosos riesgos para las niñas: pueden ver incrementados los problemas para su salud, su propio bienestar y el de sus hijos y su familia, y estos efectos nefastos se multiplicarán hasta dañar al conjunto de la sociedad.

El final de las esperanzas y los sueños de las niñas; una violación de los derechos humanos y una práctica nociva; un obstáculo para acabar con la pobreza y la desigualdad y lograr el crecimiento y la estabilidad: los costos del matrimonio infantil son tan grandes que eliminarlo debe convertirse en una prioridad mundial.

GRÁFICO 5.1

Proyección del número de matrimonios infantiles con y sin programa de intervención sobre matrimonio, 2020 a 2030*



* 68 países
Fuente: VISES modelling

DESAFIANTE



ACCIONES para
un mundo **LIBRE**
de daño



LAS PRÁCTICAS NOCIVAS SON TENACES.

Los Estados aprueban leyes para detenerlas. Las campañas de sensibilización instan a las personas a que se replanteen sus acciones. Las familias y las comunidades se reúnen y acuerdan abandonar la práctica de mutilar los genitales de las niñas o aumentar la edad de matrimonio. Sin embargo, el daño continúa, destruyendo vidas, violando derechos, en cada una de las regiones del mundo.

La discriminación de género provoca este daño. Las normas profundamente arraigadas en las familias y las comunidades insisten en que una niña debe tener determinada apariencia o actuar o ser de determinada forma, pese a lo que ella pueda elegir y con independencia de sus derechos y su bienestar.

Este tipo de normas moldean —y son moldeadas por— las economías y las sociedades en su conjunto. Una niña es obligada a casarse por su familia y su comunidad. Pero puede que permanezca en esa situación debido a muchas otras presiones provocadas por graves desequilibrios de derechos y de poder. Entre estos es posible que se incluya la idea de que una niña de una comunidad pobre no merece tener una educación, sumada a la falta de inversiones para establecer una escuela adecuada en las proximidades. Puede que la economía esté estructurada para empujarla, en el mejor de los casos, hacia un empleo de escasa calidad y baja remuneración que a duras penas le ofrezca una alternativa económica viable al matrimonio precoz. Entretanto, toda su sociedad depende del trabajo de cuidados que ella y muchas otras mujeres y niñas hacen en casa —gratuitamente—.

Pese a que se han logrado algunos avances, no se ha hecho lo suficiente por acabar con las prácticas nocivas tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados. Esto se debe en gran parte a que no se ha hecho lo suficiente por poner fin a la discriminación de género. Cuando las niñas y las mujeres consiguen derechos y oportunidades —y adquieren una firme confianza en sus capacidades y su valor— suelen reducirse las prácticas nocivas. En los casos en que las mujeres y las niñas no obtienen estos beneficios, siguen siendo vulnerables a una vida de constante abuso y marginación.

Las soluciones para detener las prácticas nocivas difieren entre países. En general, deben englobar la prevención, la protección y el cuidado. Deben alinearse plenamente con el logro de la igualdad de género y los derechos de las mujeres, tanto a nivel de las familias como en las instituciones y las sociedades en conjunto. Asimismo, deben refrendarse como pasos esenciales (y merecedores de inversión) hacia un mundo más pacífico y justo para todas las personas.

Las soluciones deben tener por objetivo, sobre todo, erradicar las prácticas nocivas, sin dejar atrás ningún país o comunidad. Esto requiere un esfuerzo a escala mundial, ya que estas prácticas son malintencionadas y con frecuencia se producen fuera del alcance de las leyes, así como los datos que permiten dar seguimiento a su propagación.

Únicamente la actuación a escala universal podrá materializar los numerosos acuerdos sobre derechos humanos refrendados a lo largo de la historia en todo el mundo. Solo así podrán mantenerse las promesas formalizadas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (CIPD), así como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Igualdad de género: pongámonos serios

Si no se avanza de forma considerable en aras de la igualdad de género, el progreso en la eliminación de las prácticas nocivas seguirá siendo gradual, lo cual supone un riesgo para millones de mujeres y niñas. En 2020 se cumple el 25.º aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, desarrollada con base en la CIPD de 1994 mediante compromisos de gran alcance con los derechos de las mujeres y la igualdad de género en todos los ámbitos de la vida. No obstante, esta visión únicamente se ha materializado parcialmente, dado el contexto de aumento de las desigualdades y la exclusión económica en todo el mundo, así como el refuerzo del rechazo a la igualdad de género (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020).

La igualdad de género es más visible en el discurso público que nunca, desde campañas en las redes sociales hasta casos de conducta sexual indebida de gran resonancia. No obstante, cuando se trata de conseguir resultados, las carencias son evidentes. Por ejemplo, los esfuerzos por incorporar la perspectiva de género en los programas de salud han fracasado

con frecuencia, puesto que la igualdad de género se convierte en un objetivo que es “problema de todos, pero responsabilidad de nadie” (Heymann *et al.*, 2019). Son muy pocos los hombres que emplean su influencia y su poder político para impulsar un avance rápido en la igualdad de género. La financiación asignada a las iniciativas de igualdad de género es considerablemente inferior respecto a la cantidad que sería necesaria a fin de impulsar un cambio duradero.

La elaboración de un menú completo de opciones para lograr la igualdad de género no se inscribe dentro del alcance de este Informe. Pero en este sí se

hace un llamamiento a vincular de forma coherente las actuaciones destinadas a poner fin a las prácticas nocivas con el logro de la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres. Esto requiere que se modifiquen las causas subyacentes de la desigualdad, como las relaciones sociales y los patrones de poder económico y político que siguen favoreciendo a los hombres (Heymann *et al.*, 2019). Más de 100 países cuya población supera los 3.000 millones de habitantes continúan restringiendo la participación de las mujeres en el lugar de trabajo (Banco Mundial, 2019, 2018), lo que limita las oportunidades y perspectivas de empoderamiento que podrían

Ilustración por cortesía de Fatma Mahmoud Salama Raslan



contribuir a reducir las prácticas nocivas. Existen leyes que prohíben a las mujeres trabajar en determinados sectores, o establecer una empresa o abrir una cuenta bancaria sin el permiso de su marido. Tan solo aproximadamente la mitad de los países cuentan con leyes que exigen igual salario por trabajo igual.

Países tan diversos como Bangladesh y la República de Corea han demostrado que, cuando se ofrecen mejores opciones económicas para las niñas y las mujeres, prácticas nocivas como el matrimonio infantil o la preferencia por los hijos varones comienzan a reducirse, en ocasiones de forma drástica (Naved *et al.*, 2001; UNFPA, s. f.). En Georgia, por cada incremento del 1% del empleo femenino fuera de la agricultura se produjo un descenso del 0,25% del índice de masculinidad al nacer sesgado a favor de los hombres (UNFPA y la Delegación de la Unión Europea ante Georgia, 2019). El aumento de las tasas de empleo femenino coincidió con la introducción de la seguridad social, las pensiones y otras políticas sociales que reducen las presiones sobre las familias como principal fuente de apoyo socioeconómico (UNFPA, s. f.).

Hacer un uso más eficiente de las instituciones nacionales de mujeres

Es necesario que las mujeres ocupen más puestos de poder, a fin de hacer justicia y para establecer nuevas agendas de transformación centradas en su igualdad y sus derechos. Los “mecanismos” nacionales específicos de igualdad de género que actualmente existen en 192 países podrían servir de punto de partida: estos van desde ministerios de la mujer totalmente desarrollados hasta coordinadores de igualdad de género en otras instituciones nacionales (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020). Estos mecanismos contribuyen a orientar los planes, políticas, presupuestos e instituciones nacionales en torno al logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, por ejemplo, al encabezar planes de acción y la eliminación de legislación discriminatoria. Podrían estar bien posicionados para liderar una campaña destinada a

eliminar las prácticas nocivas, dado su compromiso explícito con las mujeres y sus derechos, así como su labor existente sobre las distintas dimensiones de la igualdad de género que se refuerzan mutuamente. No obstante, muchos siguen contando con fondos notablemente insuficientes, y tienen escasa capacidad o autoridad.

Si los gobiernos y sus asociados cubrieran estas carencias, los mecanismos nacionales de mujeres podrían convertirse en defensores fundamentales de la igualdad de género y liderar la promoción de numerosas reformas jurídicas y políticas destinadas a poner fin a las prácticas nocivas, quizás mediante la colaboración con aliados naturales como son los grupos parlamentarios de mujeres.

Los gobiernos también podrían plantearse realizar evaluaciones sistemáticas con perspectiva de género de las leyes, así como las políticas sociales y económicas que promueven la infravaloración de niñas y mujeres, tal vez aprovechando el impulso de ONU Mujeres, la Unión Africana y otras organizaciones internacionales para acelerar la revocación o la revisión de las leyes discriminatorias por razón de género en 100 países antes de 2023. Una opción sería utilizar los conocimientos adquiridos en este proceso como orientación a las reformas para poner fin a la discriminación legal asociada con derechos de la propiedad, educación, empleo, pensiones, herencia, matrimonio, divorcio, custodia de los hijos y salud, y derechos sexuales y reproductivos.

Desde su posición central en el gobierno, los mecanismos nacionales de igualdad de género podrían tender puentes con otros órganos nacionales que poseen funciones fundamentales para detener las prácticas nocivas, como son la salud, la educación y la protección social. Juntos, pueden movilizar a los distintos conjuntos de personas que tienen un papel que desempeñar, desde los líderes religiosos, hasta los docentes, otros jóvenes, los responsables de la aplicación de la ley, proveedores de servicios de salud, progenitores y encargados de formular políticas. En

su labor de vigilantes, los mecanismos nacionales de igualdad de género podrían realizar un seguimiento de los presupuestos y los planes de desarrollo nacionales, a fin de obtener datos reales sobre su impacto en las disparidades de género. Podrían controlar las posibles contradicciones entre los distintos ámbitos políticos, de forma que los avances en un lugar no se vean frustrados por una regresión en otro. Dado que con frecuencia los datos sobre prácticas nocivas son escasos, podrían colaborar con los sistemas estadísticos nacionales a fin de cubrir estas carencias, siempre en consonancia con los indicadores del Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre matrimonio precoz y mutilación genital femenina.

Movilización de los movimientos de mujeres

Los mecanismos nacionales de igualdad de género con frecuencia están estrechamente relacionados con los grupos y movimientos de mujeres, lo que les proporciona una perspectiva única de las inquietudes y prioridades de estas, y les permite llegar del ámbito nacional al local, así como a poblaciones que se enfrentan a diversas formas de marginalización y estigma. Por su parte, los grupos de mujeres conocen muchas de las soluciones para la discriminación de género y las prácticas nocivas, las cuales se basan en una prolongada trayectoria de investigación, activismo y experiencia adquirida. Pero, al igual que las instituciones de mujeres nacionales, también sufren una notable escasez de fondos (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020).

Ampliar las inversiones tanto en grupos de mujeres como en mecanismos nacionales de igualdad de género podría empoderar a ambos para cooperar de forma más sistemática en el desarrollo de una corriente de apoyo al cambio en las familias y las comunidades, así como en los servicios y las políticas. Podrían organizar coaliciones y alianzas transversales, y colaborar en torno a una nueva generación de organización, investigación y liderazgo feminista. En un momento de rechazo a la defensa de la igualdad de género, los mecanismos nacionales de igualdad de género podrían

abrir las puertas a las organizaciones de derechos de las mujeres para que influyan en las leyes y políticas con perspectiva de género y les den seguimiento.

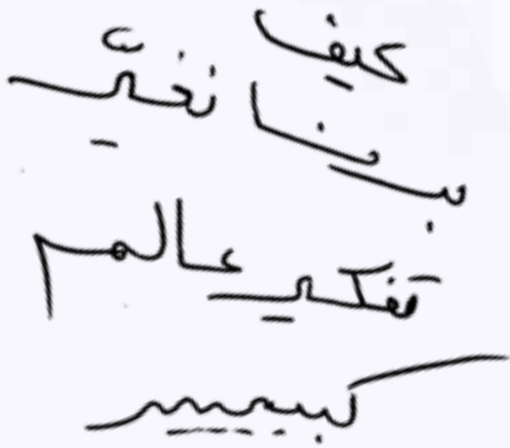
Aprobar una ley no es un remedio universal

Aprobar leyes contra las prácticas nocivas no es una panacea, pero sí constituye una contundente declaración de condena; asimismo, responde a las obligaciones del Estado en el marco de los instrumentos internacionales de derechos humanos. También transmite un mensaje a los comités de los gobiernos con arreglo a la Agenda 2030, el Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing.

Mantener las leyes fundamentadas en los derechos humanos

En los últimos años, los países de todas las regiones del mundo han avanzado en la legislación para combatir la violencia contra las mujeres (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020). Como parte de este proceso —y en consonancia con las obligaciones de los convenios y tratados internacionales sobre derechos humanos— todos los países deben incluir prohibiciones explícitas sobre las prácticas nocivas. Las leyes deben basarse en los derechos humanos y ofrecer un marco integral para la prevención, la protección y la mitigación de este tipo de prácticas. La ley modelo sobre matrimonio infantil desarrollada por la Comunidad de África Meridional para el Desarrollo constituye un ejemplo de ello (SADC-PF *et al.*, 2018).

Las leyes deben considerar la totalidad de los derechos para contribuir a garantizar que los derechos en un ámbito no contradicen los pertenecientes a otro. Esto sucede, por ejemplo, cuando se protege a las personas menores de 18 años del matrimonio infantil al tiempo que también se defienden sus derechos a la salud sexual y reproductiva, así como sus opciones de acuerdo con la evolución de sus capacidades.



¡Así podemos cambiar la mentalidad de un mundo tan grande como este!

Salam, de 18 años (Jordania)

De preferencia, las leyes para detener las prácticas nocivas deberían incorporarse en un marco jurídico más amplio comprometido con los principios de igualdad de género y no discriminación (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020), tal como puede hacerse mediante una constitución. Por ejemplo, esto puede promover que se eliminen las discrepancias que surgen en sistemas jurídicos plurales, en los que algunas comunidades siguen practicando leyes personales tradicionales pero que con frecuencia resultan discriminatorias. Esto establecería un estándar para todos los niveles de ley, tanto nacional como subnacional.

Mitigación de los riesgos de incumplimiento

Dado que la legislación en contra de las prácticas nocivas puede tener el efecto indeseado de trasladarlas a la clandestinidad, es posible que también sea necesario adoptar medidas para mitigar este tipo de

riesgos. Es preciso que las leyes operen conjuntamente con una comprensión clara de los determinantes sociales y económicos de las prácticas nocivas, y su evolución en el tiempo. Los órganos internacionales de derechos humanos han hecho especial hincapié en que la legislación debe ir respaldada por presupuestos adecuados, así como medidas eficaces de aplicación y seguimiento a fin de controlar su repercusión en la práctica (ACNUDH, s. f.).

A la hora de elaborar las leyes y las políticas y servicios asociados —así como, posteriormente, darles seguimiento y evaluarlos—, puede recurrirse a la valiosa participación de las comunidades y personas afectadas con objeto de gestionar los riesgos, por ejemplo, de que no se apliquen, el rechazo de la comunidad y la práctica clandestina (Gruskin *et al.*, 2010). Dado que la discriminación por razón de género y la «autorización» de las prácticas nocivas pueden aparecer en diversos puntos de los sistemas jurídicos —por ejemplo, cuando un agente de policía se pone de parte del autor y se niega a tramitar una denuncia—, capacitar y sensibilizar a los agentes de la policía y judiciales es otro aspecto que hay que tener presente. Las penas diferenciadas en virtud de la ley podrían imponer sanciones más severas a las personas que deberían estar en la primera línea de la prevención. Esto incluye a los proveedores de servicios de salud que participan en la medicalización de la mutilación genital femenina o que se “especializan” en el aborto en función del sexo del feto, prácticas para las que no existe una justificación médica.

Hacer planes que establecen vínculos

Los planes de actuación nacionales sobre prácticas nocivas que cuentan con fondos adecuados pueden servir de importante complemento a las prohibiciones legales, ya que permiten centrar sistemáticamente la atención en traducirlas en programas y servicios. Estos planes pueden instrumentar vínculos esenciales entre la atención sanitaria, la educación, la justicia, la protección infantil, el registro de nacimientos y otros ámbitos fundamentales para acabar con las prácticas

nocivas. Su objetivo puede ser el de promover cambios de comportamiento y de actitud destinados a detener las prácticas nocivas, así como a crear oportunidades —como la educación de las niñas— que contribuirán a mantener estos cambios.

Kenya, por ejemplo, cuenta con un programa nacional para poner fin a la mutilación genital femenina sustentado por la política y las leyes nacionales, e incluye una junta de coordinación y supervisión, la participación de la comunidad, programas de empoderamiento de las niñas, alianzas con los líderes religiosos, divulgación tanto al personal médico como a los practicantes tradicionales, y servicios comunitarios para comunicar los casos y darles respuesta (UNICEF, 2020b).

En aquellos casos en que las prácticas nocivas traspasan fronteras, los países deberían unirse para crear y financiar planes de acción regionales, como se ha hecho recientemente en África Oriental (UNFPA, 2019b). Esto debería incluir un mecanismo para el seguimiento y la rendición de cuentas a escala regional. Asimismo, implica armonizar las políticas y la legislación nacional para hacer énfasis en la sanción generalizada de las prácticas nocivas, y limitar las posibilidades de que las personas crucen fronteras para realizarlas en jurisdicciones más permisivas.

Tener los servicios adecuados para prevenir, proteger, atender —y empoderar—

Los servicios de salud pública, educación y de otro tipo pueden brindar un alcance considerable para poner fin a las prácticas nocivas, pero deben estar dotados de las herramientas para hacerlo. Deben funcionar en consonancia con los principios de los derechos humanos, y responder a las necesidades que manifiestan las personas que los utilizan, tanto mujeres como hombres. Es necesario que, en todas las comunidades, los servicios de gran calidad avancen en la prevención de las prácticas nocivas, ofrezcan protección a las mujeres y las niñas en situación

de riesgo, y proporcionen atención integral a las personas afectadas, como servicios médicos, legales, psicosociales y otros servicios esenciales.

La educación se considera uno de los factores más fructíferos de la transformación de la vida de las niñas y las jóvenes, especialmente como factor protector contra prácticas nocivas como el matrimonio infantil (Chae y Ngo, 2017). Las transferencias en efectivo han conseguido en cierto grado mantener a las niñas en la escuela, pero es necesario que vayan acompañadas de esfuerzos por contrarrestar la discriminación de género que con frecuencia desbarata las oportunidades futuras de las niñas para conseguir empleo. Además, las escuelas también deben ser seguras y encontrarse en las proximidades, así como disponer de instalaciones adecuadas para niñas y niños (Banco Mundial, 2017).

La Agenda 2030 ha demandado la atención sanitaria universal, un objetivo que tiene interés renovado en reforzar los sistemas de salud, en especial para llevar atención de calidad a las comunidades marginadas. Aunque existen diversas formas de hacer esto, todas ellas deberían proporcionar información sexual y reproductiva de calidad y adecuada, además de servicios que incluyan la prevención de las prácticas nocivas y la respuesta a estas. En muchos casos, los profesionales de la atención sanitaria atienden a las supervivientes de las prácticas nocivas —como la mutilación genital femenina— tan solo si se produce una complicación médica (Creighton y Gill, 2010). Estos podrían estar mejor preparados para identificar y remitir los casos de mujeres y niñas que acuden por otros servicios, y comprender quién se encuentra en riesgo.

Es especialmente importante que se disponga una capacitación más regular y sistemática para los profesionales sanitarios de maternidad, obstetricia, ginecología y salud sexual (Creighton y Gill, 2010). Es preciso que esta capacitación se diseñe y gestione cuidadosamente, teniendo en cuenta que las prácticas nocivas están profundamente arraigadas y, en algunos casos, son llevadas a cabo por el personal médico. Sirven de advertencia, por ejemplo, programas que

redundaron en profesionales sanitarios que creían erróneamente que la mutilación genital femenina era segura desde el punto de vista médico y, por consiguiente, aceptable (Arango *et al.*, 2014).

Cambiar la forma de pensar y transformar vidas

La discriminación de género —así como las prácticas nocivas— proliferan debido a las normas sesgadas y los estereotipos. A pesar de que las normas o estereotipos son tan solo ideas, pueden constituir potentes fuerzas destructoras. Al mismo tiempo, dado que son ideas, pueden cambiarse, sin importar lo profundamente arraigadas que estén.

Hasta la fecha, muchos programas han colaborado con las comunidades para transformar las normas

relativas a las prácticas nocivas. Aunque se han logrado algunos avances, no basta con un enfoque relativamente limitado. Las normas más amplias de género y sobre la condición subordinada de las mujeres no solo operan dentro de una comunidad, sino también más allá de esta, y se entrelazan con los sistemas de poder que atrapan a millones de mujeres y niñas en situaciones de opresión y en las que se viola su humanidad (George *et al.*, 2019).

Puesta en marcha de un cambio más profundo

Aunque es importante seguir haciendo llamamientos a las personas y las comunidades para que cambien su forma de pensar y de actuar, como se hace mediante iniciativas de cambio social y del comportamiento, cambiar las normas a mayor escala —al nivel necesario para poner fin a las prácticas nocivas— depende de volver a alcanzar un equilibrio en las disparidades de poder entre economías, gobiernos, servicios, empleo, etc. (Malhotra *et al.*, 2019). La igualdad de acceso a los



recursos, a la representación política y a la seguridad social y económica son fines en sí mismos, y pueden ser argumentos justos y convincentes para abandonar prácticas y normas nocivas.

Con el tiempo se producen algunos cambios generalizados en las normas de forma natural, como ha sucedido con el crecimiento explosivo de la tecnología. Las jóvenes son conscientes ahora más que nunca de sus derechos y opciones, ya que pueden acceder a esta información con facilidad gracias a los teléfonos móviles. Otros cambios son objeto de la política pública deliberada, como la decisión de invertir en una educación universal y de gran calidad. Las niñas se ven expuestas a nuevas ideas y, al mismo tiempo, pueden demostrar al mundo entero lo mucho que pueden lograr. En un futuro no muy lejano —sobre todo si las niñas pueden mantener sus logros educativos y un día encontrar trabajo decente— puede que muchas comunidades de toda una sociedad empiecen a estar de acuerdo, por ejemplo, en que las niñas deberían seguir estudiando en lugar de casarse (Malhotra *et al.*, 2019).



Fotografía © UNFPA Jordan

Mantener el impulso a través de los servicios y las comunidades

Los proveedores de salud, educación y de otros servicios, con sus numerosos soldados que llegan incluso a comunidades remotas, pueden ejercer como impulsores eficaces del cambio en las normas sociales. La contratación de un mayor número de mujeres docentes en aquellos lugares en los que son minoría puede proporcionar modelos a seguir positivos tanto para las niñas como para las comunidades (Malhotra *et al.*, 2019). Puede involucrarse a los profesionales sanitarios para detener la medicalización de la mutilación genital femenina y transmitir mensajes sistemáticos a las familias y a los pacientes de forma sistemática sobre las numerosas consecuencias negativas de las prácticas nocivas para la salud.

Dentro de las comunidades, es posible hacer más esfuerzos para relacionar las intervenciones de cambio social y conductual con las instituciones locales y los servicios que las sacan adelante (Malhotra *et al.*, 2019). En Etiopía, los mecanismos de vigilancia de la comunidad y los grupos de desarrollo de mujeres participan tanto en dar seguimiento a las niñas recién nacidas —a fin de protegerlas de la mutilación genital femenina— como en comunicar los casos que se producen (UNICEF, 2020a).

Aprovechar el poder de la información

Hoy en día el mundo está lleno de lenguaje sexista y violento e imágenes que intensifican el arraigo de la discriminación de género, los estereotipos y el riesgo de prácticas nocivas. Es necesario que los medios de comunicación, la tecnología, las sociedades y las empresas de publicidad asuman papeles de liderazgo para detener este tipo de representaciones y, con la comunidad empresarial en su conjunto, comiencen a cambiar la dependencia de las empresas del sexismo para obtener beneficios (George *et al.*, 2019). Las empresas creativas podrían emplear sus competencias en mercadotecnia social y desarrollar campañas innovadoras para celebrar el avance de las mujeres y mostrar nuevas formas de pensar.

Replantear el matrimonio y la formación de la familia

Con frecuencia se considera que el matrimonio y la familia son fundamentales para la supervivencia y el bienestar de mujeres y niñas. No obstante, también son un foco de discriminación y violencia, especialmente de prácticas nocivas. En la Cumbre de Nairobi de 2019 sobre la CIPD25, celebrada para conmemorar y revitalizar la actuación relativa al Programa de Acción de la CIPD, se hizo un llamamiento concertado a examinar qué sucede en la intimidad del hogar, prestando especial atención a las jóvenes que lideran el cambio en la “cultura” de las relaciones. Otro problema consiste en que, en aquellos casos en que el matrimonio se considera la única relación legítima, puede que se devalúen otras formas de vida y provocar que se denieguen sus derechos a las personas (Burton, 2017).

Dado que normalmente los Estados refrendan el matrimonio mediante la legislación, también deberían emplear las leyes para prohibir los matrimonios de menores de 18 años, con arreglo a la Convención sobre los Derechos del Niño. Pero también podrían iniciar un examen más amplio sobre si, en la práctica, el matrimonio se alinea con los derechos de las mujeres y la igualdad de género, en consonancia con la Convención de la Mujer. Esto podría llevar a explorar cómo las políticas públicas, los programas de estudios, el acceso inmediato a la atención de la salud reproductiva y herramientas como las campañas de sensibilización podrían proteger y apoyar mejor a mujeres y niñas a ir más allá de las opciones por defecto y tomar sus propias decisiones.

En los lugares en los que los cambios sociales y económicos han dado a mujeres y niñas alternativas al matrimonio y les han ofrecido un mayor control sobre la formación de la familia, se está produciendo cierto «replanteamiento» de forma natural. En otros lugares, este podría promoverse mediante el discurso público sobre cómo el matrimonio puede ser una fuente de recursos y respeto; pero existen otras fuentes como la

garantía al acceso equitativo de las mujeres a las tierras, el trabajo remunerado, la herencia y la educación.

En Europa Oriental y Asia Central el resurgimiento del patriarcado y de las familias patrilineales coincidió con la retirada de servicios del Estado y el aumento de las desigualdades en materia de ingresos, salud y nivel de vida. Rápidamente le siguió un incremento acelerado provocado por desequilibrios en el índice de masculinidad al nacer derivados de la selección del sexo con sesgo de género (UNFPA, 2015a). A fin de hacer reprimir la devaluación de las hijas y la perpetuación de la discriminación, las campañas llevadas a cabo por el UNFPA y por ONU Mujeres en algunos países de la región han recurrido a programas de televisión, modelos masculinos muy conocidos y otras técnicas con el objeto de hacer un llamamiento a los hombres para que asuman una mayor responsabilidad con las labores domésticas y ejemplifiquen una dinámica familiar igualitaria. En la mayoría de los países de todo el mundo existen dos prioridades: conseguir un cuidado de la familia y la infancia disponible de forma universal como forma de aliviar la carga del trabajo de cuidado no remunerado que recae en mujeres y niños, y promulgar políticas relativas al permiso de paternidad flexible y remunerado para los hombres (UNFPA, s. f.).

Aprovechar el potencial de la próxima generación, especialmente de las niñas y las jóvenes

Los jóvenes son unos de los defensores más eficaces del abandono de las prácticas nocivas y la eliminación de la discriminación de género. Conocen mejor que nunca las consecuencias y sus derechos, y tienen más opciones de conectar con otros jóvenes y obtener apoyo ante la presión social por adaptarse. Según nuevas evidencias, las generaciones más jóvenes rechazan los estereotipos basados en el género y la preferencia por los hijos varones en China y otros países (OMS, 2011). En los países en los que existe una elevada prevalencia de mutilación genital femenina, es más probable que las adolescentes se opongan a esta práctica en mayor

medida que las mujeres de avanzada edad, con porcentajes de diferencia que alcanzan casi el 50% en algunos países (UNICEF, 2020).

En todo el mundo, las jóvenes feministas “nativas digitales” se sitúan al frente de las demandas que exigen introducir cambios en el sistema que conduzcan a la justicia y la sostenibilidad (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020). Entre ellas se incluyen mujeres jóvenes que han sobrevivido a prácticas nocivas y pueden servir de firme ejemplo para defender su abandono. Los gobiernos, las organizaciones internacionales y las organizaciones benéficas podrían hacer mucho más para invertir en ellas, de forma que cuenten con los recursos y las competencias para establecer organizaciones y movimientos que puedan dirigir su generación hacia un nuevo rumbo.

En las escuelas se debería disponer educación sexual integral adecuada a la edad al alcance de todos y todas, lo cual empoderaría a los jóvenes al conocer estos por completo sus derechos y opciones, y pondría la igualdad de género y el empoderamiento de las niñas en el punto de mira. Los clubes para niñas escolarizadas y sin escolarizar pueden ofrecer oportunidades para promover el conocimiento y la autoestima, formar mentorías y ampliar las redes sociales. Pueden desarrollar la preparación para la vida, por ejemplo, por medio del deporte, la alfabetización y la aritmética. Algunos datos apuntan a que los clubes de niñas favorecen las competencias de liderazgo y pueden ser un buen comienzo para la acción cívica (Marcus *et al.*, 2017).

En Uganda hay aproximadamente 1.500 clubes que ofrecen juegos, música, educación sexual, alfabetización financiera, formación profesional y acceso a las microfinanzas para las jóvenes que quieren convertirse en emprendedoras. Las niñas que han pertenecido un club durante dos años tienen un 58% menos de probabilidades de contraer matrimonio a una edad temprana (Banco Mundial, 2017).

Mobilizar a hombres y niños en la lucha contra las prácticas nocivas

Ya se trate de una niña obligada a casarse o una mujer «purificada» mediante la mutilación genital femenina, hombres y niños son los «beneficiarios previstos» de las prácticas nocivas (Sonke Gender Justice, s. f.). También ocupan muchas de las plataformas más potentes para plantarles cara, como cabezas de familia, como músicos o atletas, o como líderes religiosos, tradicionales o políticos. Hay que reconocer que algunos cada vez son más visibles en su oposición a las prácticas nocivas, y ejercen como pioneros y contribuyen a movilizar a otros niños y hombres.

Para los hombres que todavía no son feministas comprometidos, el interés propio puede ser un argumento persuasivo para el cambio. Por ejemplo, las consecuencias sexuales y para la salud de la mutilación genital femenina. Estas afectan en primer lugar y sobre todo a las mujeres, pero también tienen implicaciones para sus parejas masculinas. Por ejemplo, un estudio realizado en el Yemen atribuyó un descenso del apoyo a la mutilación genital femenina entre los hombres a su participación en programas de educación sobre salud y sobre salud sexual y reproductiva de la mujer (Al-Khulaidi *et al.*, 2013).

Los grupos de hombres en algunos países ofrecen oportunidades a aquellos que de lo contrario nunca discutirían este tipo de cuestiones para que hablen de forma más abierta sobre ellas, aprendan más sobre las opciones y los derechos reproductivos y sexuales, y comiencen a cuestionar y modificar comportamientos como el uso de la violencia para ejercer el poder (Salam, 2019). La educación en general puede asociarse con un cambio de actitud de los hombres hacia la mutilación genital femenina. Según un estudio realizado en Etiopía, una niña tiene el doble de probabilidades de que se le practique la ablación si su padre no tiene educación que si completó la enseñanza secundaria (Tamire y Molla, 2013).

No obstante, conseguir una implicación más eficaz y duradera de hombres y niños depende de un examen más minucioso de los patrones de discriminación de género y poder, en particular aquellos incorporados en la economía y la sociedad en su conjunto (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020). Los hombres no solo deben hablar sobre la definición de nuevas formas de expresarse, sino también renunciar activamente a privilegios injustos. Incluso en las comunidades desfavorecidas en su conjunto, el género sigue sometiendo a las mujeres y niñas a una marginación mayor y hace que estas sean más vulnerables, especialmente ante las prácticas nocivas. En momentos de crisis, en los que las presiones son extremas, es sobre todo a las niñas a las que empuja a matrimonios precoces o con las que se trafica a cambio de sexo, y no a los niños.

Hacer que mujeres, hombres, niñas y niños juntos deconstruyan y comprendan las dinámicas de género, en conjunto, ha demostrado ser más eficaz que las iniciativas dirigidas exclusivamente a hombres y niños (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020). En el Senegal, el diálogo comunitario entre los sexos y las generaciones ha sido un factor fundamental para mejorar esta dinámica, y los hombres explican que ahora están

más involucrados en las “cuestiones de las mujeres” y pueden comprender mejor los problemas desde la perspectiva de estas (UNFPA y UNICEF, 2013). Sin embargo, es necesario seguir investigando sobre cómo pueden ampliarse este tipo de modelos comunitarios, y qué actividades podrían complementarlos y aumentar su impacto en la prevención de las prácticas nocivas (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020).

Utilizar la tecnología para el bien, no para el mal

La violencia contra las mujeres en línea cada vez es más preocupante, siendo las mujeres más jóvenes las que se ven expuestas a un mayor riesgo (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020). En algunos casos se utiliza la tecnología de Internet para llevar a cabo prácticas nocivas, como la venta de niñas obligadas a casarse. Las plataformas con contenido sexista refuerzan los patrones más amplios de discriminación de género que sustentan las prácticas nocivas.

En 2018, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas recordó a los Estados y a

Ilustración por cortesía de Fatma Mahmoud Salama Raslan



las empresas de Internet que la violencia en línea de cualquier tipo viola el derecho universalmente reconocido a una vida libre de violencia. Este estipuló que la ley internacional de derechos humanos se aplica plenamente en los espacios digitales, e hizo una serie de recomendaciones para promulgar nuevas leyes y normativas, y aplicarlas oportunamente. También subrayó que las empresas tienen la obligación de proteger los derechos de las mujeres, por ejemplo, mediante la moderación del contenido y la actuación en respuesta a reclamaciones, entre otras medidas (Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020; Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2018a).

Asimismo, el Consejo señaló el gran potencial de los espacios digitales para acelerar la materialización de los derechos de las mujeres (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2018a). Si algunas plataformas ofrecen contenido misógino, otras ofrecen un espacio para que niñas y jóvenes aprendan y den forma a movimientos para reclamar sus derechos. En Kenya, por ejemplo, cinco chicas desarrollaron la aplicación i-Cut para ayudar a las supervivientes y a las posibles víctimas de mutilación genital femenina a buscar ayuda médica y legal, comunicar los casos y encontrar centros de rescate (*African Exponent*, 2020).

Los campamentos para programadoras y los hackatones para chicas ofrecen la oportunidad de desarrollar más soluciones como estas, al tiempo que facilitan la incorporación de las niñas a trabajos en el ámbito de la ciencia y la tecnología que les permitirán posicionarse para algún día transformar industrias predominantemente masculinas.

Adopción de una política exterior feminista

Algunos donantes internacionales han tenido una incidencia considerable en los programas de financiación para poner fin a las prácticas nocivas en

varios países, de acuerdo con los compromisos con los derechos humanos y la asistencia oficial para el desarrollo. Desde ese punto de vista, resulta prometedor que varios países hayan adoptado una “política exterior feminista”. Esta comporta el potencial de incrementar la asistencia oficial para el desarrollo destinada a igualdad de género como objetivo primario del programa con respecto a la media mundial actual, que tan solo supone el 4% del conjunto de la ayuda exterior (Thompson y Clement, s. f.). La ampliación del apoyo —especialmente en asistencia humanitaria— podría englobar programas que detuvieran las prácticas nocivas, ya que 9 de los 10 países con las mayores tasas de matrimonio infantil se ven afectados por conflictos o crisis (Women’s Refugee Commission, 2016; Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, 2020).

No obstante, una “política exterior feminista” no debería limitarse principalmente a la asistencia internacional para el desarrollo, como sucede con algunos modelos. Una aplicación más amplia y significativa se extendería a todas las interacciones entre los Estados y las personas. Otorgaría prioridad a la igualdad de género y los derechos de las mujeres, y tendría como objetivo un mundo equitativo, con el respaldo de recursos suficientes para lograr estos objetivos. Emplearía distintos recursos para ejercer su influencia —no solo la ayuda, sino también el comercio, la defensa y la diplomacia— para interrumpir las estructuras de poder que sostienen la discriminación de género y manifestaciones como las prácticas nocivas. Recopilaría regularmente información de las perspectivas feministas.

En la práctica, un enfoque de este tipo requeriría analizar cuestiones como los programas de austeridad fiscal ordenados en el ámbito internacional que recortan los servicios sociales, en particular los destinados a prevenir y responder a prácticas nocivas que afectan a mujeres y niñas pobres (Thompson y Clement, s. f.).

Sus derechos, sus decisiones, sus cuerpos

No existe una “solución milagrosa” para detener las prácticas nocivas y, dado que convergen varios factores que les dan forma, es poco probable que se encuentre. Es necesario tener un mejor entendimiento de qué funciona, en particular en el caso de las prácticas concretas de sociedades inmensamente diversas. Sin embargo, lo que sí sabemos con seguridad es que debemos avanzar mucho más rápido para llegar a cero. Invertir en los compromisos formalizados constituye un elemento fundamental, así como reconocer que si no se hace los costos serán mucho mayores. Estos se devengarán en términos financieros mediante los costos de la atención sanitaria y las pérdidas de productividad económica, aunque el precio mayor es el de las vidas perdidas o dañadas de forma permanente. Los montos que se requieren son relativamente pequeños. Para 31 países en los que las niñas tienen muchas probabilidades de verse sometidas a la mutilación genital femenina, el costo de poner fin a esta práctica sería relativamente pequeño:

2.400 millones de dólares de los Estados Unidos en 10 años. Poner fin al matrimonio infantil en todo el mundo supondría un costo de 35.000 millones de dólares de los Estados Unidos (UNFPA, 2020). Una mayor inversión en educación y medidas para lograr la igualdad de género podría catalizar estas inversiones y acelerar el progreso.

La buena noticia es que la situación está cambiando. Cada vez son más las personas que cuestionan la insistente persistencia de las prácticas nocivas. Los parlamentarios aprueban leyes eficaces. Los practicantes tradicionales abandonan sus instrumentos. Madres y padres eligen que sus hijas sigan estudiando. Los líderes de la comunidad dan indicaciones a sus amigos y vecinos para que protejan a las niñas de la violación de su humanidad.

Los derechos, opciones y cuerpos de las niñas les pertenecen a ellas. Cuando se haya materializado plenamente este principio —en todos los países y las comunidades, sin excepción— el daño llegará a su fin de forma definitiva e irrevocable.

Ilustración por cortesía de Fatma Mahmoud Salama Raslan



Indicadores

Indicadores para el seguimiento de los
objetivos de la CIPD: salud

página 130

Indicadores para el seguimiento de los
objetivos de la CIPD: dignidad y derechos humanos

página 136

Indicadores demográficos

página 142

Notas técnicas

página 148

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: salud

SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Zonas mundiales y regionales	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años	Toma de decisiones sobre la salud sexual y los derechos reproductivos, en porcentaje	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje
	2017	2017	2017	2014–2019	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODOS MODERNOS		Todas		Todas	2020	2020
					Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
Zonas mundiales y regionales	2017	2017	2017	2014–2019	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2019
Total mundial	211	199	243	81	49	63	45	57	9	11	77	55	73
Regiones más desarrolladas	12	11	13	99	59	71	53	62	7	9	80	–	84
Regiones menos desarrolladas	232	219	268	79	47	62	43	56	9	12	76	54	69
Países menos adelantados	415	396	477	61	32	42	28	37	16	20	59	50	71
Regiones del UNFPA													
África Occidental y Central	717	606	917	55	20	21	17	18	17	22	45	37	70
África Oriental y Meridional	391	361	463	64	34	42	31	38	16	21	62	53	75
América Latina y el Caribe	74	70	80	94	59	75	55	70	8	10	83	74	66
Asia y el Pacífico	120	108	140	85	52	67	48	62	7	9	80	59	72
Estados Árabes	151	121	208	90	34	53	29	45	10	16	65	–	53
Europa Oriental y Asia Central	20	18	22	99	46	64	36	48	8	12	66	75	82
Países, territorios y otras áreas	2017	2017	2017	2014–2019	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2007–2018	2019
Afganistán	638	427	1010	59	18	25	16	22	17	24	46	–	54
Albania	15	8	26	–	30	43	4	5	12	17	9	69	82
Alemania	7	5	9	99	61	78	60	78	5	5	91	–	–
Angola	241	167	346	47	16	16	15	15	27	36	34	62	66
Antigua y Barbuda	42	24	69	100	45	63	42	61	10	13	78	–	–
Arabia Saudita	17	10	30	99	18	29	15	23	16	26	44	–	–
Argelia	112	64	206	–	35	64	31	56	6	9	76	–	–
Argentina	39	35	43	94	59	71	57	67	9	11	84	–	–
Armenia	26	21	32	100	39	59	20	31	8	12	43	66	87
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australia	6	5	8	97	58	67	56	64	8	11	85	–	–
Austria	5	4	7	98	64	70	62	68	6	8	88	–	–
Azerbaiyán	26	21	32	99	36	56	14	22	9	14	31	–	–
Bahamas	70	48	110	99	45	67	43	65	9	12	79	–	–
Bahrein	14	10	21	100	31	67	22	45	5	11	59	–	–
Bangladesh	173	131	234	53	54	65	48	57	9	11	75	–	–
Barbados	27	17	39	99	50	63	47	60	12	15	75	–	44
Belarús	2	1	4	100	60	70	52	58	6	8	78	–	87
Bélgica	5	4	7	–	59	67	59	66	6	8	90	–	–
Belice	36	26	48	94	44	56	41	53	14	18	71	–	42
Benin	397	291	570	78	16	18	13	14	25	31	32	36	91
Bhután	183	127	292	96	38	60	37	58	9	13	79	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	155	113	213	72	47	67	35	48	12	16	58	–	–
Bosnia y Herzegovina	10	5	16	100	37	48	18	20	11	14	37	–	–
Botswana	144	124	170	100	56	69	56	68	8	11	86	–	–
Brasil	60	58	61	99	65	80	63	77	6	8	89	–	–
Brunei Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	10	6	14	100	65	79	50	56	5	7	70	–	–
Burkina Faso	320	220	454	80	29	33	28	32	20	24	57	20	72
Burundi	548	413	728	85	19	30	16	26	18	29	45	44	64
Cabo Verde	58	45	75	92	48	67	47	65	11	12	79	–	–

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: salud

SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Países, territorios y otras áreas	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^a		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje
	2017	2017	2017	2014–2019	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODOS MODERNOS		Todas		Todas	2007–2018	2019
					Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
Países, territorios y otras áreas	2017	2017	2017	2014–2019	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2007–2018	2019
Camboya	160	116	221	89	42	62	31	45	8	11	62	76	98
Camerún	529	376	790	69	26	22	21	17	16	23	50	38	–
Canadá	10	8	14	98	74	82	70	77	3	5	91	–	–
Chad	1.140	847	1590	24	7	7	6	7	18	24	24	27	75
Chequia	3	2	5	100	63	85	56	76	3	4	84	–	70
Chile	13	11	14	100	63	77	58	71	6	8	85	–	–
China	29	22	35	100	69	85	67	83	5	4	91	–	–
China, RAE de Hong Kong	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	80	–	–
China, RAE de Macao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	6	4	10	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	83	71	98	99	64	82	60	77	6	7	87	–	97
Comoras	273	167	435	–	19	26	15	21	20	30	40	21	–
Congo (República de)	378	271	523	91	42	43	28	26	15	19	48	27	53
Congo (República Democrática del)	473	341	693	80	22	24	12	11	21	26	27	31	–
Corea (República de)	11	9	13	100	56	81	51	73	6	5	82	–	–
Corea (República Popular Democrática de)	89	38	203	100	58	74	55	71	8	9	84	–	83
Costa Rica	27	24	31	99	54	73	53	71	9	11	84	–	62
Côte d'Ivoire	617	426	896	74	26	25	22	21	21	27	48	25	63
Croatia	8	6	11	100	51	71	36	46	7	8	61	–	–
Cuba	36	33	40	100	70	75	69	74	7	8	89	–	–
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	4	3	5	95	65	77	61	73	5	7	88	–	90
Djibouti	248	116	527	–	16	28	15	27	15	27	49	–	–
Dominica	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	59	53	65	96	59	81	53	73	6	6	82	87	–
Egipto	37	27	47	92	44	61	42	59	9	12	80	–	44
El Salvador	46	36	57	100	51	73	49	69	8	10	81	–	83
Emiratos Árabes Unidos	3	2	5	100	35	50	28	40	12	17	60	–	–
Eritrea	480	327	718	–	9	13	8	12	18	29	31	–	–
Eslovaquia	5	4	7	98	56	79	47	66	4	6	79	–	–
Eslovenia	7	5	9	–	54	80	45	66	6	5	76	–	–
España	4	3	5	–	60	63	58	62	9	13	84	–	–
Estados Unidos de América	19	17	21	99	64	76	57	66	5	6	83	–	–
Estonia	9	5	13	99	57	65	52	57	7	12	80	–	–
Eswatini	437	255	792	–	54	68	53	66	10	13	83	49	–
Etiopía	401	298	573	28	28	40	28	40	15	21	65	45	–
Federación de Rusia	17	13	23	100	49	68	41	57	7	10	75	–	–
Fiji	34	27	43	100	35	51	30	44	12	16	64	–	–
Filipinas	121	91	168	84	35	56	26	42	10	16	58	81	75
Finlandia	3	2	4	100	79	82	74	77	3	5	90	–	98
Francia	8	6	9	98	65	78	63	75	4	4	91	–	–
French Guiana	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabón	252	165	407	–	37	37	29	26	19	24	52	48	58

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: salud

SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Países, territorios y otras áreas	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años	Toma de decisiones sobre la salud sexual y los derechos reproductivos, en porcentaje	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje
	2017	2017	2017	2014–2019	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODOS MODERNOS		Todas		Todas	2007–2018	2019
					Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
Países, territorios y otras áreas	2017	2017	2017	2014–2019	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2020	2007–2018	2019
Gambia	597	440	808	–	11	15	11	14	17	25	37	40	83
Georgia	25	21	29	99	32	46	23	33	13	19	51	–	93
Ghana	308	223	420	78	27	35	23	30	19	27	50	52	–
Grecia	3	2	4	100	54	74	38	50	6	7	64	–	54
Grenada	25	15	39	100	44	63	41	59	10	13	76	–	–
Guadalupe	–	–	–	–	45	59	41	53	11	15	72	–	–
Guam	–	–	–	–	41	66	36	55	7	11	74	–	–
Guatemala	95	86	104	70	42	63	35	53	9	13	70	65	–
Guayana Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	576	437	779	55	12	9	10	8	20	25	32	29	–
Guinea Ecuatorial	301	181	504	–	17	17	15	14	23	32	36	–	–
Guinea-Bissau	667	457	995	45	29	19	27	19	16	20	60	–	70
Guyana	169	132	215	96	33	45	32	43	17	26	62	71	75
Haití	480	346	680	42	27	37	25	34	24	35	49	59	65
Honduras	65	55	76	74	52	75	46	67	7	9	78	70	–
Hungría	12	9	16	100	49	70	44	63	6	9	80	–	–
India	145	117	177	81	43	57	38	50	9	12	74	–	–
Indonesia	177	127	254	95	44	62	42	59	8	11	81	–	–
Iraq	79	53	113	96	37	56	26	39	9	13	57	–	39
Irán (República Islámica del)	16	13	20	99	58	81	46	64	4	5	75	–	–
Irlanda	5	3	7	100	66	70	63	66	6	9	88	–	–
Islandia	4	2	6	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Salomón	104	70	157	86	24	32	20	27	13	17	54	–	–
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	–	–	–	–	52	75	48	70	8	8	81	–	–
Israel	3	2	4	–	39	74	31	56	5	8	68	–	–
Italia	2	1	2	100	59	66	48	51	7	9	72	–	–
Jamaica	80	67	98	100	41	67	39	64	9	11	78	–	–
Japón	5	3	6	100	47	55	40	43	12	16	67	–	83
Jordania	46	31	65	100	30	53	21	38	8	14	56	61	–
Kazajistán	10	8	12	100	42	53	40	50	11	15	75	–	63
Kenya	342	253	476	62	46	63	45	62	12	15	77	56	–
Kirguistán	60	50	76	100	29	41	27	38	13	18	65	77	73
Kiribati	92	49	158	–	19	26	16	21	18	26	44	–	–
Kuwait	12	8	17	100	41	59	34	49	10	14	67	–	–
Lesotho	544	391	788	87	52	65	51	64	11	15	81	61	–
Letonia	19	15	26	100	61	72	54	62	6	9	81	–	70
Libano	29	22	40	–	29	62	21	45	6	13	61	–	–
Liberia	661	481	943	–	27	29	26	28	25	28	50	67	–
Libia	72	30	164	–	25	38	16	24	17	26	37	–	33
Lituania	8	5	12	100	46	66	37	53	8	11	70	–	88
Luxemburgo	5	3	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia del Norte	7	5	10	100	40	48	21	20	13	17	39	–	–

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: salud

SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Países, territorios y otras áreas	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^a		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje
	2017	2017	2017	2014–2019	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODOS MODERNOS		Todas		Todas	2007–2018	2019
					Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
Países, territorios y otras áreas	2017	2017	2017	2014–2019	2020		2020		2020		2020	2007–2018	2019
Madagascar	335	229	484	46	40	49	35	43	15	16	64	74	–
Malasia	29	24	36	100	34	57	24	40	9	15	56	–	81
Malawi	349	244	507	90	48	64	47	63	13	16	77	47	76
Maldivas	53	35	84	100	15	21	12	16	22	30	32	58	45
Malí	562	419	784	67	17	19	17	18	21	24	44	8	79
Malta	6	4	11	100	63	85	49	66	4	3	73	–	90
Marruecos	70	54	91	87	42	70	36	60	7	11	73	–	–
Martinica	–	–	–	–	47	62	43	56	11	14	74	–	–
Mauricio	61	46	85	100	43	66	28	42	8	10	55	–	73
Mauritania	766	528	1140	69	11	17	10	15	18	29	34	–	62
México	33	32	35	96	55	73	53	70	10	10	81	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	88	40	193	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldavia (República de)	19	15	24	100	53	64	41	49	9	12	66	–	–
Mongolia	45	36	56	99	41	56	37	50	13	16	69	63	–
Montenegro	6	3	10	99	26	25	18	15	17	22	43	–	52
Mozambique	289	206	418	73	25	27	24	26	19	23	55	49	94
Myanmar	250	182	351	60	33	57	32	55	8	14	78	67	82
Namibia	195	144	281	–	52	61	51	60	10	15	83	71	96
Nepal	186	135	267	58	43	54	37	47	17	22	62	48	48
Nicaragua	98	77	127	96	53	82	51	79	5	6	88	–	–
Níger	509	368	724	39	16	18	15	17	15	18	48	7	–
Nigeria	917	658	1320	43	17	19	13	14	15	19	40	46	–
Noruega	2	2	3	99	67	86	63	79	4	4	89	–	–
Nueva Caledonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelandia	9	7	11	97	65	80	61	75	5	5	88	–	94
Omán	19	16	22	99	20	34	14	23	15	26	39	–	–
Países Bajos	5	4	7	–	63	73	61	71	6	7	89	–	98
Pakistán	140	85	229	69	24	36	18	27	12	17	51	40	65
Palestina ¹	–	–	–	100	40	61	31	47	8	11	64	–	60
Panamá	52	45	59	93	47	60	45	56	14	17	73	79	–
Papua Nueva Guinea	145	67	318	56	27	38	23	31	18	25	50	–	–
Paraguay	84	72	96	98	58	72	54	66	9	9	81	–	–
Perú	88	69	110	92	55	76	41	56	5	7	69	–	–
Polonia	2	2	3	100	53	73	42	56	6	8	72	–	–
Portugal	8	6	11	99	61	75	52	65	7	7	78	–	–
Puerto Rico	21	16	29	–	57	82	52	74	6	5	82	–	–
Qatar	9	6	14	100	30	47	25	40	10	16	63	–	–
Reino Unido	7	6	8	–	74	82	67	74	4	5	87	–	92
República Árabe Siria	31	20	50	–	37	61	27	45	8	13	61	–	77
República Centroafricana	829	463	1470	–	23	26	17	19	18	22	41	–	77
República Democrática Popular Lao	185	139	253	64	38	60	34	54	8	12	74	–	96
República Dominicana	95	88	102	100	57	72	55	70	9	11	84	77	–
Reunión	–	–	–	–	49	72	47	70	9	9	83	–	–
Rumania	19	14	25	97	55	72	45	57	5	8	74	–	–

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: salud

SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Países, territorios y otras áreas	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje
	2017	2017	2017	2014–2019	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODOS MODERNOS ^b		Todas		Todas	2007–2018	2019
					Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
Rwanda	248	184	347	91	33	57	30	52	12	17	68	70	–
Sáhara Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	43	20	97	83	17	29	16	27	24	42	38	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Martín	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	68	44	100	99	50	66	47	64	10	12	80	–	81
Santa Lucía	117	71	197	100	48	61	45	57	12	15	75	–	–
Santo Tomé y Príncipe	130	73	217	93	35	45	33	42	21	28	58	46	54
Senegal	315	237	434	74	22	30	21	28	16	22	55	7	–
Serbia	12	9	17	98	49	56	32	29	10	13	55	–	86
Seychelles	53	26	109	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	1.120	808	1620	87	27	24	26	24	20	24	56	40	65
Singapur	8	5	13	100	40	69	35	60	6	10	77	–	–
Somalia	829	385	1590	–	16	27	7	10	16	27	21	–	–
Sri Lanka	36	31	41	100	45	67	37	55	5	7	73	–	89
Sudáfrica	119	96	153	97	50	57	50	57	11	14	81	65	95
Sudán	295	207	408	78	10	15	9	14	18	28	33	–	57
Sudán del Sur	1.150	789	1710	–	6	7	5	7	20	30	20	–	16
Suecia	4	3	6	–	62	73	57	66	6	9	83	–	100
Suiza	5	3	7	–	72	73	68	68	4	7	89	–	92
Suriname	120	96	144	98	33	45	32	45	15	23	67	–	45
Tajikistan	17	10	26	95	23	31	21	29	16	22	54	33	–
Tanzania (República Unida de)	524	399	712	64	36	43	31	38	16	20	60	47	–
Tayikistán	37	32	44	99	56	80	54	78	4	5	91	–	–
Timor-Leste (República Democrática de)	142	102	192	57	18	30	16	28	14	24	51	40	–
Togo	396	270	557	69	24	26	22	23	23	31	46	30	73
Tonga	52	24	116	–	20	37	17	31	13	25	51	–	–
Trinidad y Tabago	67	50	90	100	40	48	35	44	15	20	65	–	32
Túnez	43	33	54	100	30	58	26	50	8	13	69	–	–
Turkmenistán	7	5	10	100	36	54	34	51	10	15	74	–	–
Turquía	17	14	20	98	48	71	33	49	7	10	60	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	19	14	26	100	53	68	44	54	6	9	74	81	88
Uganda	375	278	523	74	34	43	31	39	19	26	58	62	–
Uruguay	17	14	21	100	57	79	55	77	6	7	87	–	99
Uzbekistán	29	23	37	100	49	69	46	65	6	9	83	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	36	48	31	40	15	20	60	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	125	97	170	99	56	76	52	71	8	10	82	–	–
Viet Nam	43	32	61	94	59	80	50	67	4	5	79	–	54
Yemen	164	109	235	–	26	41	20	31	15	25	47	–	63
Zambia	213	159	289	63	36	52	35	49	15	19	67	47	91
Zimbabwe	458	360	577	86	49	69	49	68	8	10	85	60	–

NOTAS

- No existen datos disponibles.
- a La tasa de mortalidad materna se ha redondeado con arreglo al sistema siguiente: <100, redondeo a la unidad más próxima; 100-999, redondeo a la unidad más próxima; y ≥ 1.000 , redondeo a la decena más próxima.
- 1 El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió a Palestina “la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas [...]”.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos: Número de muertes maternas durante un período concreto por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo. (Indicador 3.1.1 de los ODS)

Partos atendidos por personal de salud cualificado: Porcentaje de partos atendidos por profesionales sanitarios con formación (personal médico, de enfermería o de partería). (Indicador 3.1.2 de los ODS)

Tasa de uso de anticonceptivos: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo.

Tasa de uso de anticonceptivos, métodos modernos: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo moderno.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que desean impedir o retrasar la maternidad pero no emplean un método anticonceptivo.

Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos: Porcentaje de demanda total de planificación familiar entre mujeres de 15 a 49 años de edad satisfecho mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos. (Indicador 3.7.1 de los ODS)

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones en las tres esferas siguientes: su atención de salud, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales con la pareja. (Indicador 5.6.1 de los ODS)

Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva: La medida en que los países cuentan con leyes y reglamentos a escala nacional que garantizan a hombres y mujeres de 15 años y mayores un acceso pleno y en pie de igualdad a servicios de salud sexual y reproductiva y a información y educación en la materia. (Indicador 5.6.2 de los ODS)

FUENTES DE DATOS MÁS IMPORTANTES

Tasa de mortalidad materna: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas).

Partos atendidos por personal de salud cualificado: Base de datos mundial conjunta sobre asistencia cualificada durante el parto, 2020, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la base de datos mundial conjunta.

Tasa de uso de anticonceptivos: División de Población de las Naciones Unidas.

Tasa de uso de anticonceptivos, métodos modernos: División de Población de las Naciones Unidas.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar: División de Población de las Naciones Unidas.

Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos: División de Población de las Naciones Unidas.

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos: UNFPA.

Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva: UNFPA.

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Dignidad y derechos humanos

ADOLESCENTES Y JÓVENES

Zonas mundiales y regionales	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje (2018)		Índice de paridad de género en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje (2018)		Índice de paridad de género en la enseñanza secundaria
	2020	2019	2019	Hombres	Mujeres	2018	Hombres	Mujeres	2018
Total mundial	41	20	–	91	89	0,98	66	66	1,00
Regiones más desarrolladas	12	–	–	96	96	1,00	90	91	1,01
Regiones menos desarrolladas	45	27	–	91	89	0,97	63	63	1,00
Países menos adelantados	91	38	–	83	79	0,95	40	36	0,89
Regiones del UNFPA									
África Occidental y Central	108	39	23	79	70	0,89	42	37	0,88
África Oriental y Meridional	95	32	24	85	83	0,98	34	32	0,95
América Latina y el Caribe	61	25	–	95	95	1,01	76	79	1,04
Asia y el Pacífico	23	26	–	95	93	0,99	68	69	1,02
Estados Árabes	48	20	55	85 ^b	83 ^b	0,97 ^b	64	59	0,93
Europa Oriental y Asia Central	27	12	–	95	95	1,00	88	87	0,98
Países, territorios y otras áreas									
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	2009–2019		2009–2019	2009–2019		2009–2019
Afganistán	62	28	–	–	–	–	63	37	0,58
Albania	16	12	–	94	97	1,03	84	89	1,06
Alemania	6	–	–	90	92	1,02	86	85	0,99
Arabia Saudita	9	–	–	95	95	1,00	99	94	0,96
Argelia	10	3	–	–	–	–	–	–	–
Angola	163	30	–	92	71	0,78	13	10	0,80
Antigua y Barbuda	28	–	–	96	99	1,02	88	90	1,02
Argentina	54	–	–	–	–	–	89	93	1,05
Armenia	21	5	–	91	91	1,00	87	88	1,01
Aruba	26	–	–	94	98	1,04	73	81	1,10
Australia	10	–	–	96	97	1,01	92	93	1,01
Austria	7	–	–	88	90	1,02	87	87	1,00
Azerbaiján	45	11	–	93	92	1,00	89	88	0,99
Bahamas	29	–	–	73	75	1,03	60	65	1,09
Bahrein	14	–	–	99	97	0,98	87	94	1,08
Bangladesh	74	59	–	–	–	–	61	72	1,18
Barbados	50	29	–	99	98	0,98	91	97	1,07
Belarús	14	5	–	95	95	1,00	95	96	1,01
Bélgica	6	–	–	99	99	1,00	95	95	1,00
Belice	64	34	–	99	99	1,00	69	73	1,06
Benin	108	31	2	–	–	–	53	40	0,75
Bhután	28	26	–	89	91	1,02	64	77	1,19
Bolivia (Estado Plurinacional de)	71	20	–	93	93	1,00	76	77	1,01
Bosnia y Herzegovina	11	4	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	50	–	–	87	89	1,02	–	–	–
Brasil	53	26	–	97	97	1,00	80	83	1,04
Brunei Darussalam	10	–	–	–	–	–	81	84	1,03
Bulgaria	38	–	–	88	88	1,00	90	88	0,97
Burkina Faso	132	52	58	80	78	0,98	30	32	1,04
Burundi	58	19	–	92	95	1,03	24	31	1,29
Camboya	57	19	–	91	91	1,00	–	–	–

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Dignidad y derechos humanos

ADOLESCENTES Y JÓVENES

Países, territorios y otras áreas	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje (2018)		Índice de paridad de género en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje (2018)		Índice de paridad de género en la enseñanza secundaria
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	Hombres	Mujeres	2009–2019	Hombres	Mujeres	2009–2019
Camerún	119	31	0,4	97	89	0,91	49	43	0,88
Canadá	8	–	–	–	–	–	100	100	1,00
Cabo Verde	80	18	–	94	93	0,98	66	74	1,12
Chad	179	67	32	83	64	0,78	25	12	0,48
Chile	26	–	–	95	95	1,00	87	90	1,03
China	9	–	–	–	–	–	–	–	–
China, RAE de Hong Kong	2	–	–	–	–	–	96	97	1,01
China, RAE de Macao	3	–	–	96	96	1,00	85	88	1,05
Colombia	61	23	–	97	98	1,01	75	80	1,07
Comoras	70	32	–	82	82	1,00	49	52	1,05
Congo (República de)	111	27	–	85	93	1,09	–	–	–
Congo (República Democrática del)	138	37	–	–	–	–	–	–	–
Corea (República de)	1	–	–	98	98	1,00	98	98	1,00
Corea (República Popular Democrática de)	1	–	–	98	98	1,00	–	–	–
Costa Rica	50	21	–	97	97	1,00	81	84	1,05
Côte d'Ivoire	123	27	27	98	90	0,92	45	35	0,77
Croatia	9	–	–	96	98	1,02	91	94	1,04
Cuba	52	26	–	98	98	1,00	82	87	1,06
Curaçao	23	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	4	–	–	97	98	1,01	95	95	1,00
Chequia	12	–	–	87	89	1,03	90	91	1,02
Dinamarca	3	–	–	98	99	1,01	90	92	1,03
Djibouti	21	5	80	67	67	1,00	38	37	0,97
Dominica	48	–	–	90	93	1,04	84	91	1,08
Ecuador	71	20	–	–	–	–	83	86	1,03
Egipto	52	17	70	98	99	1,00	82	83	1,01
El Salvador	74	26	–	81	82	1,01	61	63	1,02
Emiratos Árabes Unidos	5	–	–	92	95	1,03	95	90	0,95
Eritrea	76	41	69	54	49	0,91	43	40	0,94
Eslovaquia	27	–	–	82	84	1,02	84	85	1,01
Eslovenia	4	–	–	98	99	1,01	95	97	1,02
España	7	–	–	97	98	1,01	96	98	1,02
Estados Unidos de América	19	–	–	96	96	1,00	92	93	1,01
Estonia	11	–	–	93	95	1,01	93	95	1,02
Eswatini	87	5	–	83	82	1,00	36	47	1,30
Etiopía	80	40	47	88	82	0,93	31	30	0,97
Federación de Rusia	22	–	–	97	98	1,01	90	91	1,01
Fiji	23	–	–	99	99	0,99	80	89	1,10
Filipinas	39	17	–	95	95	1,00	60	71	1,19
Finlandia	5	–	–	99	99	1,00	96	96	1,01
Francia	9	–	–	99	100	1,01	94	95	1,01
Gabón	91	22	–	–	–	–	–	–	–
Gambia	86	26	75	78	86	1,10	–	–	–
Georgia	32	14	–	98	98	1,01	95	97	1,02

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Dignidad y derechos humanos

ADOLESCENTES Y JÓVENES

Países, territorios y otras áreas	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje (2018)		Índice de paridad de género en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje (2018)		Índice de paridad de género en la enseñanza secundaria
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	Hombres	Mujeres	2009–2019	Hombres	Mujeres	2009–2019
Ghana	75	21	2	86	87	1,01	57	58	1,02
Grecia	9	–	–	98	98	1,00	94	93	0,98
Grenada	36	–	–	–	–	–	93	83	0,89
Guadelupe	16	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	79	30	–	89	90	1,01	45	43	0,96
Guinea	120	47	92	85	71	0,83	39	26	0,66
Guinea Ecuatorial	176	30	–	44	45	1,02	–	–	–
Guinea-Bissau	106	24	42	75	71	0,95	–	–	–
Guyana	74	30	–	97	94	0,97	80	84	1,05
Guayana Francesa	76	–	–	–	–	–	–	–	–
Haití	55	15	–	–	–	–	–	–	–
Honduras	89	34	–	80	81	1,02	41	47	1,14
Hungría	23	–	–	96	97	1,00	89	90	1,01
India	11	27	–	97	99	1,02	61	62	1,02
Indonesia	36	16	–	97	92	0,95	78	80	1,03
Irán (República Islámica del)	33	17	–	98	98	0,99	82	80	0,98
Iraq	82	28	4	–	–	–	–	–	–
Irlanda	7	–	–	–	–	–	97	99	1,01
Islandia	6	–	–	100	99	1,00	90	92	1,02
Islas Salomón	78	21	–	67	68	1,01	–	–	–
Islas Turcas y Caicos	15	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	10	–	–	–	–	–	98	100	1,02
Italia	4	–	–	97	97	1,00	94	95	1,01
Jamaica	52	8	–	81	82	1,01	72	76	1,06
Japón	3	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	27	10	–	82	80	0,98	62	64	1,03
Kazajistán	26	7	–	–	–	–	93	93	1,01
Kenya	96	23	11	79	83	1,04	49	46	0,93
Kiribati	49	20	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	6	–	–	84	93	1,11	85	89	1,05
Kirguistán	34	13	–	98	97	0,99	85	84	0,99
Letonia	16	–	–	96	98	1,01	93	95	1,02
Líbano	13	6	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	94	16	–	90	92	1,02	33	50	1,53
Liberia ^a	150	36	26	44	45	1,01	17	15	0,87
Libia	11	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	13	–	–	–	–	–	98	98	1,00
Luxemburgo	4	–	–	98	98	1,01	82	85	1,04
Madagascar	152	40	–	–	–	–	29	31	1,08
Malawi	138	42	–	–	–	–	34	35	1,03
Malasia	9	–	–	100	100	1,00	69	75	1,09
Maldivas	9	2	1	94	96	1,02	–	–	–
Malí	164	54	86	62	56	0,90	33	27	0,81

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Dignidad y derechos humanos

ADOLESCENTES Y JÓVENES

Países, territorios y otras áreas	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje (2018)		Índice de paridad de género en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje (2018)		Índice de paridad de género en la enseñanza secundaria
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	Hombres	Mujeres	2009–2019	Hombres	Mujeres	2009–2019
Malta	13	–	–	–	–	–	92	94	1,03
Martinica	17	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	84	37	63	79	81	1,03	30	32	1,05
Mauricio	24	–	–	95	97	1,02	82	87	1,07
México	71	26	–	–	–	–	80	83	1,03
Micronesia (Estados Federados de)	44	–	–	85	86	1,00	–	–	–
Moldavia (República de)	21	12	–	90	90	1,01	78	78	0,99
Mongolia	33	12	–	97	96	0,99	–	–	–
Montenegro	10	6	–	96	97	1,01	88	90	1,01
Marruecos	19	14	–	97	97	1,00	64	64	1,00
Mozambique	180	53	–	95	92	0,97	19	19	1,00
Myanmar	28	16	–	90	88	0,99	61	67	1,08
Namibia	64	7	–	95	98	1,03	–	–	–
Nepal	88	40	–	–	–	–	61	63	1,03
Nueva Caledonia	15	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	14	–	–	98	99	1,01	96	98	1,02
Nicaragua	92	35	–	95	98	1,03	45	52	1,17
Níger	154	76	1	69	58	0,85	23	17	0,74
Nigeria	106	43	14	72	60	0,84	–	–	–
Macedonia del Norte	15	7	–	96	96	1,00	–	–	–
Noruega	3	–	–	100	100	1,00	96	96	1,00
Omán	12	4	–	98	100	1,02	99	93	0,94
Países Bajos	3	–	–	99	99	1,01	93	94	1,01
Pakistán	46	18	–	74	62	0,84	40	34	0,85
Palestina ¹	48	15	–	97	97	1,00	83	91	1,09
Panamá	76	26	–	87	86	0,99	62	66	1,07
Papua Nueva Guinea	68	27	–	78	73	0,93	35	29	0,82
Paraguay	72	22	–	88	88	1,00	66	66	1,00
Perú	44	17	–	96	97	1,01	91	88	0,96
Polinesia francés	42	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	11	–	–	97	97	1,00	94	94	1,00
Portugal	8	–	–	98	97	0,99	94	95	1,01
Puerto Rico	22	–	–	77	80	1,04	73	79	1,09
Qatar	9	4	–	97	99	1,03	96	92	0,96
Reino Unido	12	–	–	100	99	1,00	97	97	1,00
República Árabe Siria	54	13	–	73	71	0,98	49	48	0,98
República Cetroafricana	229	68	18	72	56	0,77	16	10	0,62
República Democrática Popular Lao	83	33	–	92	91	0,98	61	59	0,98
República Dominicana	51	36	–	94	94	1,00	67	75	1,12
Reunión	30	–	–	–	–	–	–	–	–
Rumania	38	–	–	86	86	1,00	82	83	1,01
Rwanda	41	7	–	95	96	1,01	33	39	1,18
Sahara Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Kitts y Nevis	46	–	–	–	–	–	96	100	1,04
Santa Lucía	36	24	–	97	100	1,03	81	82	1,01

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Dignidad y derechos humanos

ADOLESCENTES Y JÓVENES

Países, territorios y otras áreas	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje (2018)		Índice de paridad de género en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje (2018)		Índice de paridad de género en la enseñanza secundaria
	2003–2018	2005–2019	2004–2018	Hombres	Mujeres	2009–2019	Hombres	Mujeres	2009–2019
San Vicente y las Granadinas	52	–	–	–	–	–	87	92	1,05
Samoa	39	11	–	–	–	–	82	90	1,10
San Marino	1	–	–	–	–	–	70	63	0,89
Santo Tomé y Príncipe	92	35	–	94	94	1,00	62	69	1,12
Senegal	78	29	21	72	81	1,12	36	39	1,10
Serbia	15	3	–	98	98	1,00	92	93	1,01
Seychelles	68	–	–	–	–	–	78	83	1,06
Sierra Leona	101	30	64	98	98	1,00	43	41	0,96
Singapur	3	–	–	–	–	–	100	100	1,00
San Martín	–	–	–	–	–	–	68	72	1,06
Somalia	123	45	97	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	41	4	–	90	95	1,05	65	79	1,20
Sudán del Sur	158	52	–	40	30	0,76	6	4	0,70
Sri Lanka	21	10	–	98	97	0,98	90	92	1,03
Sudán	87	34	82	62	61	0,98	32	31	0,95
Suriname	57	36	–	84	88	1,04	52	64	1,23
Suecia	5	–	–	–	–	–	100	99	1,00
Suiza	2	–	–	99	100	1,01	87	84	0,97
Tayikistán	54	9	–	98	97	0,99	87	79	0,90
Tanzania (República Unida de)	139	31	5	81	84	1,04	26	27	1,06
Tailandia	38	23	–	98	98	1,00	77	78	1,01
Timor-Leste (República Democrática de)	42	15	–	94	97	1,03	59	67	1,14
Togo	89	25	1	97	92	0,95	49	33	0,69
Tonga	30	6	–	–	–	–	81	84	1,04
Trinidad y Tabago	38	11	–	99	98	0,99	–	–	–
Túnez	4	2	–	97	100	1,02	–	–	–
Turquía	21	15	–	95	95	0,99	88	86	0,97
Turkmenistán	28	6	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	27	10	–	91	84	0,92	62	71	1,14
Uganda	132	34	0,1	94	97	1,03	–	–	–
Ucrania	19	9	–	91	93	1,02	85	86	1,01
Uruguay	36	25	–	97	97	1,00	85	91	1,07
Uzbekistán	19	7	–	98	96	0,99	91	90	0,99
Vanuatu	51	21	–	92	93	1,01	48	50	1,04
Venezuela (República Bolivariana de)	95	–	–	90	90	1,00	70	77	1,10
Viet Nam	30	11	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	67	32	16	90	79	0,88	55	40	0,73
Zambia	135	29	–	83	87	1,05	–	–	–
Zimbabwe	78	34	–	–	–	–	49	49	0,99

NOTAS

- No existen datos disponibles.
- a Porcentaje de niñas de 15 a 19 años que forman parte de la sociedad Sande. El número de miembros de la sociedad es un indicador indirecto de la mutilación genital femenina.
- b El año de referencia es 2017.
- 1 El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió a Palestina “la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas [...]”.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de natalidad adolescente: Número de partos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años. (Indicador 3.7.2 de los ODS)

Matrimonio antes de cumplir los 18 años: Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio o empezaron a vivir en unión libre antes de cumplir 18 años. (Indicador 5.3.1 de los ODS)

Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años: Porcentaje de niñas de 15 a 19 años sometidas a la mutilación genital femenina. (Indicador 5.3.2 de los ODS)

Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria: Porcentaje de niños y niñas del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la enseñanza primaria matriculados en la enseñanza primaria o secundaria.

Índice de paridad de género en la enseñanza primaria: Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la proporción de matriculación primaria neta ajustada.

Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria: Porcentaje de niños y niñas del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la enseñanza secundaria matriculados en la enseñanza secundaria.

Índice de paridad de género en la enseñanza secundaria: Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la proporción de matriculación secundaria neta.

FUENTES DE DATOS MÁS IMPORTANTES

Tasa de natalidad adolescente: División de Población de las Naciones Unidas.

Matrimonio antes de cumplir los 18 años: UNICEF. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de UNICEF.

Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años: UNFPA.

Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU).

Índice de paridad de género en la enseñanza primaria: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU).

Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU).

Índice de paridad de género en la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU).

Indicadores demográficos

	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN				ÍNDICE DE MASCULINIDAD	FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Índice de masculinidad al nacer por cada niña nacida	Tasa total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años
Zonas mundiales y regionales	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Total mundial	7.795	1,1	25,4	23,7	65,2	9,3	1,068	2,4	73
Regiones más desarrolladas	1.273	0,3	16,4	16,6	64,3	19,3	–	1,6	80
Regiones menos desarrolladas	6.521	1,3	27,2	25,1	65,4	7,4	–	2,6	71
Países menos adelantados	1.057	2,3	38,8	31,8	57,6	3,6	–	3,9	66
Regiones del UNFPA									
África Occidental y Central	459	2,7	43,1	32,2	54,1	2,8	–	5,0	58
África Oriental y Meridional	617	2,6	41,2	32,3	55,6	3,2	–	4,2	64
América Latina y el Caribe	650	1,0	23,9	24,5	67,2	8,9	–	2,0	76
Asia y el Pacífico	4.083	0,9	23,6	23,5	68,0	8,4	–	2,1	73
Estados Árabes	377	1,9	34,0	27,6	61,0	5,0	–	3,3	72
Europa Oriental y Asia Central	250	0,9	23,4	21,2	66,3	10,2	–	2,1	74
Países, territorios y otras áreas	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Afganistán	38,9	2,5	41,8	35,3	55,5	2,6	1,059	4,2	65
Albania	2,9	-0,1	17,2	20,5	68,1	14,7	1,083	1,6	79
Alemania	83,8	0,5	14,0	14,9	64,4	21,7	1,054	1,6	81
Argelia	43,9	2,0	30,8	22,2	62,5	6,7	1,044	2,9	77
Angola	32,9	3,3	46,4	32,8	51,4	2,2	1,027	5,4	61
Antigua y Barbuda	0,1	0,9	21,8	21,9	68,8	9,3	1,031	2,0	77
Arabia Saudita	34,8	1,9	24,7	20,7	71,8	3,5	1,050	2,2	75
Argentina	45,2	1,0	24,4	23,5	64,2	11,4	1,057	2,2	77
Armenia	3,0	0,3	20,8	18,4	67,4	11,8	1,117	1,8	75
Aruba ¹	0,1	0,5	17,4	20,2	68,0	14,6	1,045	1,9	76
Australia ²	25,5	1,3	19,3	18,5	64,5	16,2	1,057	1,8	84
Austria	9,0	0,7	14,4	15,4	66,4	19,2	1,064	1,6	82
Azerbaiyán ³	10,1	1,0	23,5	20,3	69,7	6,7	1,134	2,0	73
Bahamas	0,4	1,0	21,6	24,7	70,6	7,7	1,029	1,7	74
Bahrein	1,7	4,3	18,3	16,1	79,1	2,7	1,041	1,9	77
Bangladesh	164,7	1,1	26,8	27,9	68,0	5,2	1,055	2,0	73
Barbados	0,3	0,1	16,8	19,2	66,5	16,7	1,037	1,6	79
Belarús	9,4	0,0	17,2	14,3	67,2	15,6	1,063	1,7	75
Bélgica	11,6	0,5	17,0	17,0	63,7	19,3	1,050	1,7	82
Belice	0,4	1,9	29,2	29,5	65,8	5,0	1,050	2,2	75
Benin	12,1	2,7	41,9	32,1	54,8	3,3	1,042	4,7	62
Bhután	0,8	1,2	24,9	27,3	68,9	6,2	1,051	1,9	72
Bolivia (Estado Plurinacional de)	11,7	1,4	30,2	28,8	62,3	7,5	1,042	2,7	72
Bosnia y Herzegovina	3,3	-0,9	14,5	17,1	67,6	17,9	1,067	1,2	78
Botswana	2,4	2,1	33,4	28,7	62,1	4,5	1,031	2,8	70
Brasil	212,6	0,8	20,7	22,7	69,7	9,6	1,044	1,7	76
Brunei Darussalam	0,4	1,1	22,3	22,9	72,1	5,6	1,072	1,8	76
Bulgaria	6,9	-0,7	14,7	14,2	63,9	21,5	1,061	1,6	75
Burkina Faso	20,9	2,9	44,4	33,2	53,2	2,4	1,041	5,0	62
Burundi	11,9	3,1	45,3	31,7	52,4	2,4	1,023	5,2	62
Camboya	16,7	1,5	30,9	27,7	64,2	4,9	1,052	2,5	70

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN				ÍNDICE DE MASCULINIDAD	FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Índice de masculinidad al nacer por cada niña nacida	Tasa total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años
Países, territorios y otras áreas	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Camerún	26,5	2,6	42,1	32,4	55,2	2,7	1,026	4,4	60
Canadá	37,7	0,9	15,8	16,8	66,1	18,1	1,056	1,5	83
Cabo Verde	0,6	1,2	28,1	26,2	67,1	4,8	1,033	2,2	73
Chad	16,4	3,0	46,5	33,9	51,0	2,5	1,039	5,6	55
Chile	19,1	1,2	19,2	20,4	68,5	12,2	1,043	1,6	80
China ⁴	1.439,3	0,5	17,7	17,6	70,3	12,0	1,143	1,7	77
China, RAE de Hong Kong ⁵	7,5	0,8	12,7	12,4	69,1	18,2	1,078	1,4	85
China, RAE de Macao ⁶	0,6	1,5	14,4	12,8	73,7	12,0	1,084	1,2	84
Colombia	50,9	1,4	22,2	24,6	68,8	9,1	1,045	1,8	77
Comoras	0,9	2,2	39,0	31,1	57,9	3,1	1,032	4,1	65
Congo (República de)	5,5	2,6	41,3	31,4	56,0	2,8	1,025	4,3	65
Congo (República Democrática del)	89,6	3,2	45,8	32,1	51,2	3,0	1,022	5,7	61
Corea (República de)	51,3	0,2	12,5	15,5	71,7	15,8	1,056	1,1	83
Corea (República Popular Democrática de)	25,8	0,5	19,8	21,3	70,8	9,3	1,062	1,9	72
Costa Rica	5,1	1,0	20,8	22,0	68,9	10,3	1,043	1,7	80
Côte d'Ivoire	26,4	2,5	41,5	32,8	55,6	2,9	1,030	4,5	58
Croatia	4,1	-0,6	14,5	15,7	64,2	21,3	1,058	1,4	79
Cuba	11,3	0,0	15,9	17,2	68,2	15,9	1,073	1,6	79
Curaçao ¹	0,2	0,5	18,2	18,9	64,2	17,7	1,045	1,7	79
Chipre ⁷	1,2	0,8	16,6	19,5	69,0	14,4	1,065	1,3	81
Chequia	10,7	0,2	15,8	14,3	64,1	20,1	1,055	1,7	80
Dinamarca ⁸	5,8	0,4	16,3	18,1	63,6	20,2	1,057	1,8	81
Djibouti	1,0	1,6	28,9	27,3	66,4	4,7	1,038	2,6	67
Dominica	0,1	0,2	–	–	–	–	1,030	–	–
Ecuador	17,6	1,7	27,4	26,5	65,0	7,6	1,046	2,4	77
Egipto	102,3	2,0	33,9	26,2	60,7	5,3	1,054	3,2	72
El Salvador	6,5	0,5	26,6	27,7	64,8	8,7	1,064	2,0	74
Emiratos Árabes Unidos	9,9	1,3	14,8	15,8	83,9	1,3	1,050	1,4	78
Eritrea	3,5	1,2	41,1	32,3	54,4	4,5	1,031	3,9	67
Eslovaquia	5,5	0,1	15,6	15,3	67,7	16,7	1,055	1,5	78
Eslovenia	2,1	0,1	15,1	14,1	64,1	20,7	1,059	1,6	81
España ⁹	46,8	0,0	14,4	15,0	65,6	20,0	1,065	1,4	84
Estados Unidos de América ¹⁰	331,0	0,6	18,4	19,5	65,0	16,6	1,047	1,8	79
Estonia	1,3	0,2	16,5	14,7	63,1	20,4	1,057	1,6	79
Eswatini	1,2	1,0	37,4	33,6	58,5	4,0	1,027	2,9	61
Etiopía	115,0	2,6	39,9	33,6	56,5	3,5	1,055	4,0	67
Federación de Rusia	145,9	0,1	18,4	15,0	66,1	15,5	1,059	1,8	73
Fiji	0,9	0,6	29,0	25,7	65,2	5,8	1,069	2,7	68
Filipinas	109,6	1,4	30,0	28,7	64,4	5,5	1,080	2,5	71
Finlandia ¹¹	5,5	0,2	15,9	16,6	61,6	22,6	1,051	1,5	82
Francia ¹²	65,3	0,3	17,7	17,7	61,6	20,8	1,049	1,8	83
Gabón	2,2	2,7	37,3	27,1	59,2	3,5	1,020	3,9	67
Gambia	2,4	2,9	44,0	32,5	53,5	2,5	1,031	5,1	62

Indicadores demográficos

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN				ÍNDICE DE MASCULINIDAD	FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Índice de masculinidad al nacer por cada niña nacida	Tasa total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años
Países, territorios y otras áreas	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Georgia ¹³	4,0	-0,2	20,2	17,7	64,5	15,3	1,065	2,0	74
Ghana	31,1	2,2	37,1	30,5	59,7	3,1	1,040	3,8	64
Grecia	10,4	-0,4	13,7	15,3	64,1	22,3	1,062	1,3	82
Grenada	0,1	0,5	23,8	22,1	66,4	9,8	1,032	2,0	72
Guadelupe ¹⁴	0,4	0,0	18,4	21,7	62,2	19,4	1,032	2,1	82
Guam ¹⁵	0,2	0,8	23,9	24,3	65,6	10,5	1,073	2,3	80
Guatemala	17,9	1,9	33,3	31,7	61,6	5,0	1,039	2,8	75
Guinea	13,1	2,8	43,0	34,3	54,0	3,0	1,041	4,6	62
Guinea Ecuatorial	1,4	3,7	36,8	28,8	60,8	2,4	1,031	4,3	59
Guinea-Bissau	2,0	2,5	41,9	32,1	55,2	2,9	1,036	4,3	59
Guyana	0,8	0,5	27,7	28,3	65,3	7,0	1,041	2,4	70
Guayana Francesa ¹⁴	0,3	2,7	31,8	27,7	62,6	5,6	1,035	3,3	80
Haití	11,4	1,3	32,5	29,9	62,4	5,2	1,031	2,8	64
Honduras	9,9	1,7	30,6	31,1	64,4	5,0	1,052	2,4	75
Hungría	9,7	-0,2	14,4	15,4	65,4	20,2	1,058	1,5	77
Islandia	0,3	0,7	19,4	19,6	65,0	15,6	1,048	1,7	83
Islas Salomón	0,7	2,6	40,0	30,5	56,3	3,7	1,067	4,3	73
Islas Turcas y Caicos	0,04	1,5	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes de los Estados Unidos ¹⁵	0,1	-0,1	19,3	19,6	60,2	20,5	1,039	2,0	81
India	1.380,0	1,0	26,2	27,2	67,3	6,6	1,098	2,2	70
Indonesia	273,5	1,1	25,9	25,2	67,8	6,3	1,060	2,3	72
Irán (República Islámica del)	84,0	1,4	24,7	20,6	68,7	6,6	1,052	2,1	77
Iraq	40,2	2,5	37,7	31,1	58,8	3,4	1,053	3,5	71
Irlanda	4,9	1,2	20,8	19,4	64,6	14,6	1,050	1,8	82
Israel	8,7	1,6	27,8	23,4	59,8	12,4	1,058	3,0	83
Italia	60,5	0,0	13,0	14,3	63,7	23,3	1,059	1,3	84
Jamaica	3,0	0,5	23,4	24,6	67,6	9,1	1,037	2,0	75
Japón	126,5	-0,2	12,4	13,7	59,2	28,4	1,054	1,4	85
Jordania	10,2	1,9	32,9	30,6	63,2	4,0	1,051	2,6	75
Kazajstán	18,8	1,3	29,1	20,3	63,0	7,9	1,061	2,7	74
Kenya	53,8	2,3	38,6	33,4	58,9	2,5	1,021	3,4	67
Kiribati	0,1	1,5	35,9	28,9	59,9	4,2	1,067	3,5	69
Kuwait	4,3	2,1	21,5	17,3	75,5	3,0	1,046	2,1	76
Kirguistán	6,5	1,8	32,6	24,8	62,6	4,7	1,060	2,9	72
Letonia	1,9	-1,1	16,4	13,7	62,9	20,7	1,059	1,7	75
Líbano	6,8	0,9	25,1	25,3	67,4	7,5	1,052	2,1	79
Lesotho	2,1	0,8	32,2	29,5	62,8	4,9	1,027	3,1	55
Liberia	5,1	2,5	40,4	32,4	56,3	3,3	1,038	4,2	64
Libia	6,9	1,4	27,8	25,1	67,7	4,5	1,056	2,2	73
Lituania	2,7	-1,5	15,5	13,8	63,9	20,6	1,053	1,7	76
Luxemburgo	0,6	2,0	15,6	16,9	70,1	14,4	1,060	1,4	82
Madagascar	27,7	2,7	40,1	32,6	56,8	3,1	1,036	4,0	67
Malawi	19,1	2,7	43,0	34,4	54,4	2,6	1,013	4,1	65

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN				ÍNDICE DE MASCULINIDAD	FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Índice de masculinidad al nacer por cada niña nacida	Tasa total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años
2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Malasia ¹⁶	32,4	1,3	23,4	24,7	69,4	7,2	1,066	2,0	76
Maldivas	0,5	3,4	19,6	20,4	76,8	3,6	1,066	1,8	79
Malí	20,3	3,0	47,0	33,5	50,5	2,5	1,033	5,7	60
Malta	0,4	0,4	14,4	14,9	64,3	21,3	1,067	1,5	83
Martinica ¹⁴	0,4	-0,2	15,7	19,1	62,6	21,7	1,029	1,8	83
Mauritania	4,6	2,8	39,7	30,6	57,1	3,2	1,032	4,4	65
Mauricio ¹⁷	1,3	0,2	16,8	21,2	70,7	12,5	1,037	1,4	75
México	128,9	1,1	25,8	25,8	66,5	7,6	1,037	2,1	75
Micronesia (Estados Federados de)	0,1	1,1	31,2	30,4	64,4	4,4	1,067	3,0	68
Moldavia (República de) ¹⁸	4,0	-0,2	15,9	16,4	71,6	12,5	1,062	1,3	72
Mongolia	3,3	1,8	31,1	22,2	64,6	4,3	1,051	2,8	70
Montenegro	0,6	0,0	18,0	19,1	66,2	15,8	1,072	1,7	77
Marruecos	36,9	1,3	26,8	24,3	65,6	7,6	1,069	2,4	77
Mozambique	31,3	2,9	44,1	33,6	53,1	2,9	1,018	4,7	61
Myanmar	54,4	0,6	25,5	27,0	68,3	6,2	1,066	2,1	67
Namibia	2,5	1,9	36,8	30,3	59,6	3,6	1,011	3,3	64
Nepal	29,1	1,5	28,8	32,1	65,4	5,8	1,073	1,8	71
Nueva Caledonia ¹⁴	0,3	1,0	22,1	23,3	68,2	9,7	1,060	1,9	78
Nueva Zelanda ¹⁹	4,8	0,9	19,4	19,7	64,2	16,4	1,056	1,9	82
Nicaragua	6,6	1,3	29,5	27,5	64,8	5,7	1,034	2,3	75
Níger	24,2	3,8	49,7	33,0	47,7	2,6	1,040	6,7	63
Nigeria	206,1	2,6	43,5	31,9	53,8	2,7	1,036	5,2	55
Macedonia del Norte	2,1	0,0	16,3	17,5	69,2	14,5	1,073	1,5	76
Noruega ²⁰	5,4	0,8	17,3	18,4	65,2	17,5	1,057	1,7	83
Omán	5,1	3,6	22,5	16,8	75,0	2,5	1,043	2,8	78
Países Bajos ²¹	17,1	0,2	15,7	17,4	64,3	20,0	1,054	1,7	82
Pakistán	220,9	2,0	34,8	30,0	60,8	4,3	1,064	3,4	67
Palestina ²²	5,1	2,4	38,4	31,5	58,4	3,2	1,053	3,5	74
Panamá	4,3	1,7	26,5	24,9	65,0	8,5	1,050	2,4	79
Papua Nueva Guinea	8,9	2,0	35,1	30,8	61,3	3,6	1,067	3,5	65
Paraguay	7,1	1,3	28,9	28,2	64,3	6,8	1,051	2,4	74
Perú	33,0	1,6	24,7	23,5	66,6	8,7	1,040	2,2	77
Polinesia francés ¹⁴	0,3	0,6	22,2	23,4	68,7	9,1	1,055	1,9	78
Polonia	37,8	-0,1	15,2	15,0	66,0	18,7	1,059	1,4	79
Portugal	10,2	-0,3	13,1	15,3	64,2	22,8	1,054	1,3	82
Puerto Rico ¹⁵	2,9	-3,3	15,8	18,8	63,4	20,8	1,057	1,2	80
Qatar	2,9	2,3	13,6	16,2	84,7	1,7	1,044	1,8	80
Reino Unido ²³	67,9	0,6	17,7	17,3	63,7	18,7	1,055	1,7	81
República Árabe Siria	17,5	-0,6	30,8	28,2	64,4	4,9	1,052	2,7	74
República Cetroafricana	4,8	1,4	43,5	36,2	53,7	2,8	1,031	4,6	54
República Democrática Popular Lao	7,3	1,5	31,9	29,7	63,8	4,3	1,054	2,6	68
República Dominicana	10,8	1,1	27,4	26,5	65,0	7,5	1,045	2,3	74
Reunión ¹⁴	0,9	0,7	22,4	22,6	64,9	12,7	1,035	2,2	81
Rumania	19,2	-0,7	15,5	16,0	65,2	19,2	1,061	1,6	76
Rwanda	13,0	2,6	39,5	31,6	57,4	3,1	1,027	3,9	69

Indicadores demográficos

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN				ÍNDICE DE MASCULINIDAD	FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Índice de masculinidad al nacer por cada niña nacida	Tasa total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años
Países, territorios y otras áreas	2020	2015–2020	2020	2020	2020	2020	2017	2020	2020
Sahara Occidental	0,6	2,5	27,2	24,9	69,4	3,4	1,050	2,3	71
Saint Kitts y Nevis	0,1	0,8	–	–	–	–	1,037	–	–
Saint Lucia	0,2	0,5	18,0	21,9	71,8	10,3	1,036	1,4	76
San Vicente y las Granadinas	0,1	0,3	21,9	24,1	68,2	9,9	1,029	1,9	73
Samoa	0,2	0,5	37,2	29,5	57,7	5,1	1,067	3,8	73
San Marino	0,03	0,4	–	–	–	–	1,067	–	–
Santo Tomé y Príncipe	0,2	1,9	41,8	33,2	55,2	3,0	1,028	4,2	71
Senegal	16,7	2,8	42,6	32,1	54,3	3,1	1,033	4,5	68
Serbia ²⁴	8,7	-0,3	15,4	17,5	65,6	19,1	1,071	1,4	76
Seychelles	0,1	0,7	23,8	20,6	68,2	8,1	1,034	2,4	73
Sierra Leona	8,0	2,1	40,3	32,9	56,7	2,9	1,032	4,1	55
Singapur	5,9	0,9	12,3	15,4	74,3	13,4	1,065	1,2	84
San Martín ¹	0,04	1,4	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	15,9	2,8	46,1	34,4	50,9	2,9	1,043	5,9	58
Sudáfrica	59,3	1,4	28,8	25,9	65,7	5,5	1,031	2,4	64
Sudán del Sur	11,2	0,9	41,3	32,6	55,3	3,4	1,034	4,5	58
Sri Lanka	21,4	0,5	23,7	22,8	65,1	11,2	1,039	2,2	77
Sudán	43,8	2,4	39,8	32,6	56,5	3,7	1,041	4,3	66
Suecia	0,6	1,0	26,7	25,7	66,2	7,1	1,031	2,4	72
Suiza	10,1	0,7	17,6	16,5	62,0	20,3	1,058	1,8	83
Switzerland	8,7	0,8	15,0	15,2	65,9	19,1	1,055	1,5	84
Tayikistán	9,5	2,4	37,3	27,5	59,6	3,2	1,061	3,5	71
Tanzania (República Unida de) ²⁵	59,7	3,0	43,6	32,4	53,8	2,6	1,027	4,8	66
Tailandia	69,8	0,3	16,6	19,1	70,5	13,0	1,064	1,5	77
Timor-Leste (República Democrática de)	1,3	1,9	36,8	33,1	58,9	4,3	1,070	3,9	70
Togo	8,3	2,5	40,6	32,1	56,5	2,9	1,028	4,2	61
Tonga	0,1	1,0	34,8	31,4	59,3	5,9	1,079	3,5	71
Trinidad y Tabago	1,4	0,4	20,1	19,4	68,4	11,5	1,040	1,7	74
Túnez	11,8	1,1	24,3	20,8	66,8	8,9	1,054	2,2	77
Turquía	84,3	1,4	23,9	24,1	67,1	9,0	1,054	2,0	78
Turkmenistán	6,0	1,6	30,8	24,4	64,4	4,8	1,063	2,7	68
Tuvalu	0,01	1,2	–	–	–	–	1,068	–	–
Uganda	45,7	3,6	46,0	34,5	52,0	2,0	1,024	4,7	64
Ucrania ²⁶	43,7	-0,5	16,0	14,9	67,1	16,9	1,062	1,4	72
Uruguay	3,5	0,4	20,3	21,1	64,6	15,1	1,051	2,0	78
Uzbekistán	33,5	1,6	28,8	24,6	66,4	4,8	1,078	2,4	72
Vanuatu	0,3	2,5	38,4	30,2	58,0	3,6	1,067	3,7	71
Venezuela (República Bolivariana de)	28,4	-1,1	27,3	25,5	64,8	8,0	1,054	2,2	72
Viet Nam	97,3	1,0	23,2	21,0	68,9	7,9	1,122	2,0	75
Yemen	29,8	2,4	38,8	32,4	58,2	2,9	1,058	3,6	66
Zambia	18,4	2,9	44,0	34,3	53,9	2,1	1,013	4,5	64
Zimbabwe	14,9	1,5	41,9	33,2	55,1	3,0	1,023	3,5	62

NOTAS

- No existen datos disponibles,
- 1 A efectos estadísticos, los datos correspondientes a los Países Bajos no incluyen esta zona.
- 2 Incluye la Isla Christmas, las Islas Cocos (Keeling) y la Isla Norfolk.
- 3 Incluye Nagorno Karabaj.
- 4 A efectos estadísticos, los datos correspondientes a China no incluyen Hong Kong ni Macao, Regiones Administrativas Especiales (RAE) de China, ni la provincia de Taiwán de China.
- 5 El 1 de julio de 1997, Hong Kong se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China, A efectos estadísticos, los datos de China no incluyen esta zona.
- 6 El 20 de diciembre de 1999, Macao se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China, A efectos estadísticos, los datos de China no incluyen esta zona.
- 7 Abarca todo el país.
- 8 A efectos estadísticos, los datos correspondientes a Dinamarca no incluyen las Islas Feroe ni Groenlandia.
- 9 Incluye las islas Canarias, Ceuta y Melilla.
- 10 A efectos estadísticos, los datos correspondientes a los Estados Unidos de América no incluyen Samoa Americana, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico ni las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.
- 11 Incluye las Islas Åland.
- 12 A efectos estadísticos, los datos correspondientes a Francia no incluyen la Guayana Francesa, Polinesia Francesa, Guadalupe, Martinica, Mayotte, Nueva Caledonia, la Reunión, San Pedro y Miquelón, San Bartolomé, San Martín (parte francesa) ni las Islas Wallis y Futuna.
- 13 Incluye Abjasia y Osetia del Sur.
- 14 A efectos estadísticos, los datos de Francia no incluyen esta zona.
- 15 A efectos estadísticos, los datos de los Estados Unidos de América no incluyen esta zona.
- 16 Incluye Sabah y Sarawak.
- 17 Incluye Agalega, Rodrigues y San Brandon.
- 18 Incluye Transnistria.
- 19 A efectos estadísticos, los datos correspondientes a Nueva Zelandia no incluyen las Islas Cook, Niue ni Tokelau.
- 20 Incluye las Islas Svalbard y Jan Mayen.
- 21 A efectos estadísticos, los datos correspondientes a los Países Bajos no incluyen Aruba, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Curaçao ni San Martín (parte holandesa).
- 22 Incluye Jerusalén Oriental.
- 23 Alude al Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, A efectos estadísticos, los datos correspondientes al Reino Unido no incluyen Anguila, las Bermudas, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán, las Islas del Canal, las Islas Malvinas (Falkland Islands), Gibraltar, la Isla de Man, Montserrat, Santa Elena ni las Islas Turcas y Caicos.
- 24 Incluye Kosovo.
- 25 Incluye Zanzíbar.
- 26 Abarca el territorio nacional en el momento del censo de 2001.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Población total: Magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Tasa media de crecimiento anual de la población: Tasa media de crecimiento exponencial de la población en un período dado, basada en las proyecciones según la variante media.

Población de 0 a 14 años, en porcentaje: Proporción de la población de 0 a 14 años.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje: Proporción de la población de 10 a 24 años.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje: Proporción de la población de 15 a 64 años.

Población de 65 años en adelante, en porcentaje: Proporción de la población de 65 en adelante.

Índice de masculinidad al nacer: Número de varones nacidos vivos por cada niña nacida viva.

Tasa total de fecundidad: Número de nacimientos por mujer en caso de que viva hasta el final de su edad fértil y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo etario, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Esperanza de vida al nacer: Número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalecientes en una muestra representativa de la población.

FUENTES DE DATOS MÁS IMPORTANTES

Población total: División de Población de las Naciones Unidas.

Tasa media de crecimiento anual de la población: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

Población de 0 a 14 años, en porcentaje: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

Población de 65 años en adelante, en porcentaje: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

Índice de masculinidad al nacer: Chao, F., Gerland, P., Cook, A, R, y Alkema, L, (2019), "Systematic assessment of the sex ratio at birth for all countries and estimation of national imbalances and regional reference levels", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 116(27), 13700; <https://doi.org/10.1073/pnas.1908359116>.

Tasa total de fecundidad: División de Población de las Naciones Unidas, Esperanza de vida al nacer: División de Población de las Naciones Unidas.

La edición de 2020 del *Estado de la Población Mundial* incluye indicadores que reflejan el avance hacia los objetivos del Marco de Medidas para el Seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en las esferas de la salud materna, el acceso a la educación y la salud sexual y reproductiva. Además, en los cuadros figuran diversos indicadores demográficos. Los cuadros estadísticos respaldan el trabajo del UNFPA centrado en el avance y la obtención de resultados para conseguir un mundo donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo.

Distintas autoridades nacionales y organizaciones internacionales pueden emplear diferentes metodologías para recopilar, extrapolar y analizar los datos. A fin de facilitar la comparación internacional de los datos, el UNFPA utiliza las metodologías estándar empleadas por las principales fuentes de datos. Por consiguiente, en algunos casos, los datos que figuran en estos cuadros tal vez difieran de los generados por determinadas autoridades nacionales. Los datos que se recogen en los cuadros no son comparables con los de informes anteriores del Estado de la Población Mundial debido a las actualizaciones de las clasificaciones regionales, las actualizaciones metodológicas y las revisiones de los datos de las series temporales.

Los cuadros estadísticos se basan en encuestas de hogares representativas en el ámbito nacional, como las encuestas demográficas y de salud (EDS) y las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés), estimaciones de organizaciones de las Naciones Unidas y estimaciones interinstitucionales. También incluyen las estimaciones de población más recientes y proyecciones de *World Population Prospects: The 2019 revision* y "Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020" (División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). Los datos van acompañados de definiciones, fuentes y notas. Por lo general, los cuadros estadísticos que se incluyen en el *Estado de la Población Mundial 2020* recogen la información disponible hasta marzo de 2020.

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

Salud y derechos sexuales y reproductivos

Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos) y rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior y superior.

Fuente: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna. Este indicador presenta la cifra de muertes maternas durante un período concreto por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo. Los cálculos han sido elaborados por el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna a partir de datos extraídos de sistemas de registro civil, encuestas de hogares y censos de población. El UNFPA, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, UNICEF y la División de Población de las Naciones Unidas forman parte del Grupo. El Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna y otros organismos e instituciones académicas revisan con frecuencia las estimaciones y las metodologías, siempre que sea necesario, como parte del proceso continuo de mejora de los datos sobre mortalidad materna. Las estimaciones no deben compararse con otras estimaciones interinstitucionales previas.

Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje.

Fuente: Base de datos mundial conjunta sobre asistencia cualificada durante el parto, 2020, UNICEF y OMS. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la base de datos mundial conjunta. Los datos de partos atendidos por profesionales sanitarios (personal médico, de enfermería o de partería) indican el porcentaje de partos con atención de personal capacitado para proporcionar atención obstétrica que salva vidas, incluida la necesaria supervisión, atención e instrucción a las mujeres durante el embarazo, el parto y el período de postparto; para atender el parto sin ayuda y por sí mismos; y para cuidar a los recién nacidos (indicador 3.1.2 de los ODS). No se incluye a las parteras tradicionales, aun cuando hayan recibido un breve curso de capacitación.

Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. Estos datos indican la proporción del total de mujeres en edad fértil y de mujeres casadas (así como las mujeres que viven en unión libre) que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo.

Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo moderno. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. Estos datos indican la proporción del total de mujeres en edad fértil y de mujeres casadas (así como las mujeres que viven en unión libre) que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo moderno. Entre los métodos anticonceptivos modernos figuran la esterilización masculina y femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), los implantes hormonales, los productos inyectables, los anticonceptivos orales, los preservativos masculinos y femeninos, los métodos de barrera vaginal (como el diafragma, el pesario oclusivo o la espuma, gel, crema y esponja espermicidas), el método de lactancia amenorrea, los anticonceptivos de emergencia y otros métodos modernos que se incluyen como parte de las estimaciones.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que desean impedir o retrasar la maternidad pero no emplean un método anticonceptivo. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. No se considera que las mujeres que recurren a métodos anticonceptivos tradicionales tengan una necesidad insatisfecha de planificación familiar. Se asume que todas las mujeres o todas aquellas casadas o en uniones libres son sexualmente activas y corren el riesgo de quedarse embarazadas. La suposición de que la exposición a este riesgo es universal para todas las mujeres o todas aquellas casadas o en uniones libres puede traducirse en unas estimaciones inferiores a los riesgos reales de la población expuesta. Tal vez sea posible que, al aumentar el uso de anticonceptivos, también aumente la necesidad insatisfecha de planificación familiar, sobre todo cuando los niveles de uso de anticonceptivos son bajos. Por lo tanto, es necesario interpretar ambos indicadores de manera conjunta.

Porcentaje de la demanda de planificación familiar satisfecho mediante métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de demanda total de planificación familiar entre mujeres de 15 a 49 años de edad satisfecho mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos

(indicador 3.7.1 de los ODS). Este indicador se calcula al dividir el uso de anticonceptivos modernos entre la demanda total de planificación familiar. La demanda total de planificación familiar corresponde a la suma del uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje.

Fuente: UNFPA. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones en las tres esferas siguientes: su atención de salud, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales con la pareja (indicador 5.6.1 de los ODS).

Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje.

Fuente: UNFPA. La medida en que los países cuentan con leyes y reglamentos a escala nacional que garantizan a hombres y mujeres de 15 años y mayores un acceso pleno y en pie de igualdad a servicios de salud sexual y reproductiva y a información y educación en la materia (indicador 5.6.2 de los ODS).

Adolescentes y jóvenes

Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Número de partos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años (indicador 3.7.2 de los ODS). La tasa de natalidad adolescente representa el riesgo de tener hijos entre las niñas adolescentes de 15 a 19 años. A los fines del registro civil, las tasas están sujetas a limitaciones que dependen del grado de exhaustividad de los registros de nacimientos, la forma en que se inscriban los niños y niñas nacidos vivos pero que mueren antes del registro o dentro de las primeras 24 horas de vida, la calidad de la información proporcionada con respecto a la edad de la madre y la inclusión de nacimientos en períodos anteriores. Es posible que estas limitaciones afecten a las estimaciones de la población, al representar erróneamente las edades y la cobertura. En lo que respecta a datos de encuestas y censos, tanto el numerador como el denominador corresponden a la misma población. Las principales limitaciones atañen a información errónea sobre edades, omisiones de partos, información errónea sobre la fecha de nacimiento de los niños y niñas, y variabilidad en las técnicas de muestreo, cuando se trata de encuestas.

Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje.

Fuente: UNICEF. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de UNICEF. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio o empezaron a vivir en unión libre antes de cumplir 18 años (indicador 5.3.1 de los ODS).

Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje.

Fuente: UNFPA. Porcentaje de niñas de 15 a 19 años sometidas a la mutilación genital femenina (indicador 5.3.2 de los ODS).

Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje.

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Porcentaje de niños y niñas del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la enseñanza primaria matriculados en la enseñanza primaria o secundaria.

Índice de paridad de género en la enseñanza primaria (2009-2019).

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la proporción de matriculación primaria neta ajustada.

Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje (2009-2019).

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Porcentaje de niños del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la enseñanza secundaria matriculados en la enseñanza secundaria.

Índice de paridad de género en la enseñanza secundaria (2009-2019).

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la proporción de matriculación secundaria neta.

Indicadores demográficos

Población

Población total, en millones.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Crecimiento de la población

Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje.

Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Tasa media de crecimiento exponencial de la población en un período dado, basada en las proyecciones según la variante media.

Composición de la población

Población de 0 a 14 años, en porcentaje.

Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 0 a 14 años.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje.

Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 10 a 24 años.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje.

Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 15 a 64 años.

Población de 65 años en adelante, en porcentaje.

Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 65 años en adelante.

Índice de masculinidad

Índice de masculinidad al nacer por cada niña nacida.

Fuente: Chao *et al.*, 2019. "Systematic assessment of the sex ratio at birth for all countries and estimation of national imbalances and regional reference levels". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(27), 13700. Número de varones nacidos vivos por cada niña nacida viva.

Fecundidad

Tasa total de fecundidad, por mujer.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Número de nacimientos por mujer en caso de que viva hasta el final de su edad fértil y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo etario, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Esperanza de vida

Esperanza de vida al nacer, en años.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalecientes en una muestra representativa de la población.

Clasificación por regiones

Los promedios del UNFPA que se presentan al principio de los cuadros estadísticos se han calculado a partir de los datos procedentes de los países y las zonas con arreglo a la siguiente clasificación.

Región de los Estados Árabes.

Argelia, Djibouti, Egipto, Estado de Palestina, Iraq, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez y Yemen.

Región de Asia y el Pacífico.

Afganistán, Bangladesh, Bhután, Camboya, China, Fiji, Filipinas, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Maldivas, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistán, Palau, Papua Nueva Guinea, República Democrática de Timor-Leste, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Samoa, Sri Lanka, Tailandia, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y Viet Nam.

Región de Europa Oriental y Asia Central.

Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Macedonia del Norte, República de Moldova, Serbia, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania y Uzbekistán.

Región de África Oriental y Meridional.

Angola, Botswana, Burundi, Comoras, Eritrea, Eswatini, Etiopía, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

Región de América Latina y el Caribe.

Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Región de África Occidental y Central.

Benin, Burkina Faso, Camerún, Chad, Congo, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República de Cabo Verde, República de Côte d'Ivoire, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona y Togo.

La expresión **regiones más desarrolladas** —que engloba las regiones de la División de Población de las Naciones Unidas para Europa, América del Norte, Australia y Nueva Zelandia, y el Japón— solo tiene una finalidad estadística y no implica juicio alguno sobre la etapa de desarrollo alcanzada por cualquier país o región.

La expresión **regiones menos desarrolladas** —que engloba todas las regiones de la División de Población de las Naciones Unidas para África, Asia (salvo el Japón), América Latina y el Caribe, Melanesia, Micronesia y Polinesia— solo tiene una finalidad estadística y no implica juicio alguno sobre la etapa de desarrollo alcanzada por cualquier país o región.

Los **países menos adelantados**, según la definición de la Asamblea General de las Naciones Unidas en sus resoluciones (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 y 68/18), los conformaban 47 países (en diciembre de 2018): 33 en África, 9 en Asia, 4 en Oceanía y 1 en América Latina y el Caribe: Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Chad, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Islas Salomón, Kiribati, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática de Timor-Leste, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Togo, Tuvalu, Uganda, Vanuatu, Yemen y Zambia. Estos países también se incluyen en las regiones menos desarrolladas. Podrá encontrar más información en <http://unohrlls.org/about-ldcs/>.

Referencias

- Abdulcadir, Jasmine and others, 2016. "Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-sectional Study." *Journal of Sexual Medicine* 13(2): 226-237.
- Adhikari, Rojita, 2020. "Bringing an End to Deadly 'Menstrual Huts' is Proving Difficult in Nepal." *BMJ* 368: m536.
- Adler, Nancy and others, 2007. *Reaching for a Healthier Life: Facts on Socioeconomic Status and Health in the US*. San Francisco: The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health. Website: macses.ucsf.edu/downloads/reaching_for_a_healthier_life.pdf, accessed 12 July 2016.
- African Exponent, 2020. "Kenyan Girls Who Developed App to Fight Female Genital Mutilation Nominated for Sakharov Prize." Website: africanexponent.com/post/4357-kenyan-girls-who-developed-app-to-fight-female-genital-mutilation-nominated-for-sakharov-prize, accessed 16 March 2020.
- Ahanonu, E.L. and O. Victor, 2014. "Mothers' Perceptions of Female Genital Mutilation." *Health Education Research* 29(4): 683-689.
- Alesina, Alberto and Paola Giuliano, 2014. "Family Ties." In *Handbook of Economic Growth*, vol. 2, Aghion, Philippe and Steven Durlauf, eds. Amsterdam: Elsevier, pp. 177-215.
- Alexander-Scott, Michaeljon and others, 2016. *DFID Guidance Note: Shifting Social Norms to Tackle Violence Against Women and Girls (VAWG)*. London: VAWG Helpdesk. Website: oecd.org/dac/gender-development/VAWG%20HELPDESK_DFID%20GUIDANCE%20NOTE_SOCIAL%20NORMS_JAN%202016.pdf, accessed 23 April 2020.
- Alhassan, Yussif Nagumse and others, 2016. "Belief Systems Enforcing Female Genital Mutilation in Europe." *International Journal of Human Rights in Healthcare* 9(1): 29-40.
- Al-Hinai, Habiba, 2014. "Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman." Research Study. Website: stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf, accessed 27 March 2020.
- Alkema, Leontine and others, 2014. "National, Regional, and Global Sex Ratios of Infant, Child, and under-5 Mortality and Identification of Countries with Outlying Ratios: A Systematic Assessment." *The Lancet Global Health* 2(9): e521-e530.
- Al-Khulaidi, Ghadah Abdulmajid, and others, 2013. "Decline of Supportive Attitudes among Husbands toward Female Genital Mutilation and Its Association to Those Practices in Yemen." *PLoS ONE* 8(12): e83140.
- Almond, Douglas and others, 2009. "Son Preference and the Persistence of Culture: Evidence from Asian Immigrants to Canada." NBER Working Paper 15391. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Alsibiani, Sharifa A. and Abdulrahim A. Rouzi, 2010. "Sexual Function in Women with Female Genital Mutilation." *Fertility and Sterility* 93(3): 722-724.
- Amatya, Prabisha and others, 2018. "Practice and Lived Experience of Menstrual Exiles (Chhaupadi) Among Adolescent Girls in Far-western Nepal." *PLoS One* 13(12): e0208260.
- Amin, Sajeda, 2011. *Empowering Adolescent Girls in Rural Bangladesh: Kishori Abhijan*. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/TABriefs/13_KishoriAbhijan.pdf, accessed 28 September 2017.
- Arango, Diana and others, 2014. "Interventions to Prevent or Reduce Violence against Women and Girls: A Systematic Review of Reviews." Women's Voice and Agency Research Series, No. 10. Washington, D.C.: World Bank Group. Website: worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Gender/Arango%20et%20al%202014.%20Interventions%20to%20Prevent%20or%20Reduce%20VAWG%20-%20A%20Systematic%20Review%20of%20Reviews.pdf, accessed 27 March 2020.
- Arthur, Megan and others, 2018. "Child Marriage Laws Around the World: Minimum Marriage Age, Legal Exceptions, and Gender Disparities." *Journal of Women, Politics & Policy* 39(1): 51-74.
- Asadullah, M. Niaz and Zaki Wahhaj, 2019. "Early Marriage, Social Networks and the Transmission of Norms." *Economica* 86(344): 801-831.
- Ashimi, Adewale O. and others, 2015. "Prevalence and Predictors of Female Genital Mutilation Among Infants in a Semi Urban Community in Northern Nigeria." *Sexual & Reproductive Healthcare* 6(4): 243-248.
- Askew, Ian and others, 2016. "A Repeat Call for Complete Abandonment of FGM." *Journal of Medical Ethics* 42: 619-620.
- Australian Institute of Health and Welfare, 2019. "Towards Estimating the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting in Australia." Cat. no. PHE 230. Canberra: AIHW.
- Ayaz, Sultan and Sengul Yaman Efe, 2008. "Potentially Harmful Traditional Practices During Pregnancy and Postpartum." *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 13(3): 282-288.
- Bailey-King, Ettie, 2018. *Child Marriage and the Syrian Conflict: Seven Things You Need to Know*. London: Girls Not Brides.
- Banda, Joyce and Priscilla Atansah, 2016. *An Agenda for Harmful Cultural Practices and Girls' Empowerment*. Washington, D.C.: Center for Global Development. Website: cgdev.org/sites/default/files/agenda-harmful-cultural-practices-and-girls-empowerment_0.pdf, accessed 27 March 2020.
- Bandiera, Oriana and others, 2018. *Women's Empowerment in Action: Evidence from a Randomized Control Trial in Africa*. Washington, D.C.: World Bank. Website: documents.worldbank.org/curated/en/707081502348725124/pdf/118203-WP-ELA-PUBL
- Banks, E. and others, 2006. "Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO Collaborative Prospective Study in Six African Countries." *Lancet* 367: 1835-1841.
- Barbara, Giusy and others, 2015. "'The First Cut is the Deepest'. A Psychological, Sexological, and Gynecological Perspective on Female Genital Cosmetic Surgery." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 94(9): 915-920.
- Becquet, Valentine and Christophe Z. Guilmoto, 2018. "Sex Imbalance at Birth in Vietnam: Rapid Increase Followed by Stabilization." *Population* 73(3): 519-544.
- Behrendt, Alice and Steffen Moritz, 2005. "Post-traumatic Stress Disorder and Memory Problems after Female Genital Mutilation." *American Journal of Psychiatry* 162(5): 1000-1002.
- Bélanger, Danièle, 2002. "Son Preference in a Rural Village in North Vietnam." *Studies in Family Planning* 33(4): 321-334.
- Berg, Rigmor C. and Eva Denison, 2012. "Interventions to Reduce the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting in African Countries." *Campbell Systematic Reviews* 8(1): 1-155.

- Berg, Rigmor C. and others, 2014. "An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting." *Obstetrics and Gynecology International* 1: 1-8.
- Berg, Rigmor C. and others, 2014a. "Effects Of Female Genital Cutting On Physical Health Outcomes: A Systematic Review And Meta-analysis." *BMJ Open* 4: e006316.
- Berg, Rigmor C. and others, 2010. *Psychological, Social and Sexual Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): A Systematic Review of Quantitative Studies*. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Bhat, PN Mari and AJ Francis Xavier, 2007. "Factors Influencing the Use of Prenatal Diagnostic Techniques and the Sex Ratio at Birth in India." *Economic and Political Weekly* 42(24): 2292-2303.
- Blanc, Ann K. and others, 2013. "New Findings for Maternal Mortality Age Patterns: Aggregated Results for 38 Countries." *Public Library of Science* 8(4): e59864.
- Blessing, Anumaka I. and Beatrice Sironko, 2014. "Female Genital Mutilation and Girls' Participation in School Activities in Isinya district, Kajiado County, Kenya." *African Multidisciplinary Journal* 2
- Bogale, Daniel and others, 2014. "Prevalence Of Female Genital Mutilation And Its Effect On Women's Health In Bale Zone, Ethiopia: A Cross-sectional Study." *BMC Public Health* 14: 1076.
- Bongaarts, John, 2013. "The Implementation of Preferences for Male Offspring." *Population and Development Review* 39(2): 185-208.
- Bongaarts, John and Christophe Z. Guilamoto, 2015. "How Many More Missing Women? Excess Female Mortality and Prenatal Sex Selection, 1970-2050." *Population and Development Review* 41(2): 241-269.
- Boosey, Robyn and Emily Wilson, 2014. *The Menstrual Hygiene Management and the International Human Rights System: A Vicious Cycle of Silence. Consultation for the World Bank*. Website: consultations.worldbank.org/sites/default/files/consultation-template/update-world-bank-group-gender-strategy-consultations/submissions/a_vicious_cycle_of_silence_final_version_of_paper_0.pdf, accessed 27 March 2020.
- Brady, Martha and others, 2007. *Providing New Opportunities to Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: The Ishraq Program in Rural Upper Egypt*. New York: Population Council. Website: pdfs.semanticscholar.org/fa90/f24486aaf15be15d5444bf5f2ff5072f0d22.pdf, accessed 3 August 2018.
- Brahme, Dhanashri, 2016. "Learnings From a Decade of Research, Advocacy and Action to Address Son Preference and Gender Biased Sex Selection in India." Presentation. New Delhi: UNFPA
- Browne, Tamara K., 2017. "How Sex Selection Undermines Reproductive Autonomy." *Bioethical Inquiry* 14: 195-204.
- Burton, Neel, 2017. "A Feminist Critique of Marriage." *Psychology Today*. Website: psychologytoday.com/us/blog/hide-and-seek/201708/feminist-critique-marriage, accessed 16 March 2020.
- Cai, Yong and William Lavelly, 2003. "China's Missing Girls: Numerical Estimates and Effects on Population Growth." *China Review* 3(2): 13-29.
- Catino, Jennifer and others, 2012. "Abriendo Oportunidades in Guatemala." In *The Cost of Reaching the Most Disadvantaged Girls: Programmatic Evidence from Egypt, Ethiopia, Guatemala, Kenya, South Africa, and Uganda*, Sewall-Menon, Jessica and Judith Bruce, eds. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2012PGY_CostOfReachingGirls.pdf, accessed 3 August 2018.
- Chaaban, Jad and Wendy Cunningham, 2011. "Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend." Policy Research 5753. Washington, D.C.: World Bank. Website: elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-5753, accessed 28 September 2017.
- Chae, Sophia and Thoi Ngo, 2017. "The Global State of Evidence on Interventions to Prevent Child Marriage." GIRL Centre Research Brief, No. 1. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2017PGY_GIRLCenterResearchBrief_01.pdf, accessed 31 January 2020.
- Chahnazarian, Anouch, 1988. "Determinants of the Sex Ratio at Birth: Review of Recent Literature." *Social Biology* 35(3-4): 214-235.
- Chao, Fengqing and others, 2019. "Systematic Assessment of the Sex Ratio at Birth for All Countries and Estimation of National Imbalances and Regional Reference Levels." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 116(19): 9303-9311.
- Chen, Lincoln C. and others, 1981. "Sex Bias in the Family Allocation of Food and Health Care in Rural Bangladesh." *Population and Development Review* 7: 55-70.
- Chiplunkar, Gaurav and Jeffrey Weaver, 2019. *Prevalence and Evolution of Dowry in India*. Working Paper. New Delhi: Ideas for India.
- Chung, Woojin and Monica Das Gupta, 2007. "The Decline of Son Preference in South Korea: The Roles of Development and Public Policy." *Population and Development Review* 33(4): 757-783.
- Cislaghi, Beniamino, 2019. *The Potential of a Community-led Approach to Change Harmful Gender Norms in Low- and Middle-income Countries*. ALIGN, Advancing Learning and Innovation on Gender Norms. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Website: alignplatform.org/sites/default/files/201901/community_led_approach_report.pdf, accessed 23 April 2020.
- Commission on the Status of Women, 2020. *Review and Appraisal of the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action and the Outcomes of the Twenty-Third Special Session of the General Assembly. Report of the Secretary-General*. Website: undocs.org/E/CN.6/2020/3, accessed 26 March 2020.
- Cook, Rebecca and others, 2004. "Obstetric Fistula: the Challenge to Human Rights." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 87(1): 72-77.
- Cook, Rebecca J. and others, 2002. "Female Genital Cutting (Mutilation/Circumcision): Ethical and Legal Dimensions." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 79(3): 281-287.
- Corno, Lucia and Alessandra Voena, 2016. "Selling Daughters: Age of Marriage, Income Shocks and Bride Price Tradition." Institute for Fiscal Studies Working Paper W16/08. London: Institute for Fiscal Studies.
- Costello Susie, and others, 2015. "In the Best Interests of the Child: Preventing Female Genital Cutting (FGC)." *British Journal of Social Work* 45(4): 1259-1276.
- Crawford, Mary and others, 2014. "'This is a Natural Process': Managing Menstrual Stigma in Nepal." *Culture, Health & Sexuality* 16(4): 426-439.
- Creighton, S. and A. Gill. 2010. "'Harmful' Traditional Practices: Interventions to Address Gendered Forms of Violence Against Women and Girls." *Injury Prevention* 16: A276.

- Crisman Ben and others, 2016. "The Impact of Legislation on the Hazard of Female Genital Mutilation/Cutting: Regression Discontinuity Evidence from Burkina Faso." Working Paper 432. Washington, D.C.: Center for Global Development. Website: cgdev.org/publication/impact-legislation-hazard-female-genital-mutilationcutting-regression-discontinuity, accessed 23 April 2020.
- Croll, Elisabeth, 2000. *Endangered Daughters: Discrimination and Development in Asia*. Routledge: London.
- Cusack, Simone, 2013. "Gender Stereotyping as a Human Rights Violation." Research Report submitted to the OHCHR. Website: esem.org.mk/pdf/Najznachajni%20vesti/2014/3/Cusack.pdf, accessed 26 March 2020.
- Dahal, Bhola P. and others, 2017. "Chhaupadi and Health of Women and Girls: A Study on Effects of Chhaupadi Practices on Health Status of Women and Girls in Karnali, Nepal." Kathmandu: Action Works Nepal & BEE Group. Website: actionworksnepal.org/wp-content/uploads/2018/09/A-Research-Report-on-Chhaupadi-and-Health.pdf, accessed 23 April 2020.
- Dahal, Khagendra, 2008. "Nepalese Woman Dies After Banishment to Shed During Menstruation." *BMJ* 337: a2520.
- Dahlui, M., 2012. "The Practice of Female Circumcision in Malaysia." Paper presented at Universiti Sains Malaysia (USM), Penang, 10 May 2012.
- Das Gupta, Monica, 2019. "Is Banning Sex-selection the Best Approach for Reducing Prenatal Discrimination?" *Asian Population Studies* 15(3): 319-336.
- Das Gupta, Monica and others, 2003. "Why Is Son Preference so Persistent in East and South Asia? A Cross-Country Study of China, India and the Republic of Korea." *Journal of Development Studies* 40(2): 153-187.
- Dehghankhalili, Maryam and others, 2015. "Epidemiology, Regional Characteristics, Knowledge, and Attitude Toward Female Genital Mutilation/Cutting in Southern Iran." *International Society for Sexual Medicine* 12(7):1577-1583.
- Delprato, Marcos and others, 2017. "Intergenerational Education Effects of Early Marriage in Sub-Saharan Africa." *World Development* 91: 173-192.
- Delprato, Marcos and others, 2015. "On the Impact of Early Marriage and Schooling Outcomes in Sub-Saharan Africa and South West Asia." *International Journal of Economic Development* 44: 42-55.
- Den Boer, Andrea and Valerie Hudson, 2017. "Patrilineality, Son Preference, and Sex Selection in South Korea and Vietnam." *Population and Development Review* 43(1): 119-147.
- Dennis, Cindy-Lee and others, 2007. "Traditional Postpartum Practices and Rituals: A Qualitative Systematic Review." *Women's Health* 3(4): 487-502.
- Diamond-Smith, Nadia and Kara Rudolph, 2018. "The Association Between Uneven Sex Ratios and Violence: Evidence From 6 Asian Countries." *PLoS One* 13(6): e0197516.
- Diop, Nafissatou and Ian Askew, 2009. "The Effectiveness of a Community-based Education Program on Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting in Senegal." *Studies in Family Planning* 40: 307-318.
- Diop, Nafissatou and others, 2004. "The Tostan Program: Evaluation of a Community-based Education Program in Senegal." FRONTIERS Final Report. Washington, D.C.: Population Council.
- D'Souza, Stan and Lincoln C. Chen, 1980. "Sex Differentials in Mortality in Rural Bangladesh." *Population and Development Review* 6(2):257-270.
- Dube, Leela, 1997. *Women and Kinship: Comparative Perspectives on Gender in South and South-East*. Tokyo: United Nations University Press.
- Dubuc, Sylvia and David Coleman, 2007. "An Increase in The Sex Ratio Of Births To India-Born Mothers In England And Wales: Evidence For Sex-Selective Abortions". *Population and Development Review* 33(2): 383-400.
- Duflo, Esther, 2011. *Women's Empowerment and Economic Development*. NBER Working Paper No. 17702 December 2011, Revised January 2012 JEL No. D1,O1,O1. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Ebenstein, Avraham. 2010. "The 'Missing Girls' of China and the Unintended Consequences of the One Child Policy." *Journal of Human Resources* 45(1): 87-115.
- ElGE (European Institute for Gender Equality), 2019. *Estimation of Girls at Risk of Female Genital Mutilation in the European Union. Step-by-Step Guide, 2nd Edition*. Vilnius: European Institute for Gender Equality. Website: eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-step-step-guide-2nd-edition, accessed 27 March 2020.
- ElGE (European Institute for Gender Equality), 2015. *Estimation of Girls at Risk of Female Genital Mutilation in the European Union: Report*. Vilnius: European Institute for Gender Equality. Website: eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report, accessed 27 March 2020.
- Eldin, Ahmed Gamal and others, 2018. *FGM/C Decision-making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan*. Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive. New York: Population Council.
- Elmusharaf Susan and others, 2006. "Reliability of Self Reported Form of Female Genital Mutilation and WHO Classification: Cross Sectional Study." *BMJ*: bmj.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.38873.649074.55v1
- Elnashar, R.A. and R. Abdelhady, 2007. "The Impact of Female Genital Cutting on Health of Newly Married Women." *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* 97: 238-244.
- Equality Now, 2014. *Protecting the Girl Child: Using the Law to End Child, Early and Forced Marriage and Related Human Rights Violations*. London: Equality Now. Website: equalitynow.org/protecting_the_girl_child_using_the_law_to_end_child_early_and_forced_marriage_and_related_human_rights_violations, accessed 23 April 2020.
- Erulkar, Annabel and Eunice Muthengi, 2009. "Evaluation of Berhane Hewan: A Program Delay Child Marriage in Rural Ethiopia." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35: 6-14.
- Erulkar, Annabel and others, 2017. *The Impact and Cost of Child Marriage Prevention in Three African Settings*. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2017PGY_ChildMarriageAfrica_brief.pdf, accessed 7 August 2018.
- Fall, Caroline and others, 2015. "Association between Maternal Age at Childbirth and Child and Adult Outcomes in the Offspring." *Lancet Global Health* 3(7): 366-377.

- Feldmans-Jacobs, Charlotte, 2013. *Ending Female Genital Mutilation/Cutting: Lessons From A Decade of Progress*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Website: assets.prb.org/pdf14/progress-ending-fgm.pdf, accessed 23 April 2020.
- Field, Erica and Attila Ambrus, 2008. "Early Marriage, Age of Menarche and Female Schooling Attainment in Bangladesh." *Journal of Political Economy* 116(5): 881-930.
- Frost, Melanie Dawn and others, 2013. "Falling Sex Ratios and Emerging Evidence of Sex-selective Abortion in Nepal: Evidence from Nationally Representative Survey Data." *BMJ Open* 3(5): e002612.
- Fuse, Kana, 2010. "Variations in Attitudinal Gender Preferences for Children Across 50 Less-developed Countries." *Demographic Research* 23: 1031-1048.
- Gage, Anastasia Jessica, 2013. "Association of Child Marriage with Suicidal Thoughts and Attempts Among Adolescent Girls in Ethiopia." *Journal of Adolescent Health* 52(5): 654-665.
- Gammeltoft, Tine M. and Ayo Wahlberg, 2014. "Selective Reproductive Technologies." *Annual Review of Anthropology* 43: 201-216.
- Ganatra, B., 2008. "Maintaining Access to Safe Abortion and Reducing Sex Ratio Imbalances in Asia." *Reproductive Health Matters* 16(31): 90-98.
- Garg, Suneela, and Tanu Anand, 2015. "Menstruation Related Myths in India: Strategies for Combating It." *Journal of Family Medicine and Primary Care* 4(2): 184-186.
- Gebremicheal, Kiros and others, 2018. "Sequela of Female Genital Mutilation on Birth Outcomes in Jijiga Town, Ethiopian Somali Region: A Prospective Cohort Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18: 305.
- George, Asha S and others, 2019. "Gender Equality and Health: Laying the Foundations for Change." *The Lancet* 393(10189): P2369-2371.
- Girls Not Brides, 2019. *Working with Religious Leaders to Address Child Marriage*. London: Girls Not Brides.
- Girls Not Brides, 2016. *Fear of Female Sexuality: Addressing an Unspoken Driver of Child Marriage*. London: Girls Not Brides. Website: girlsnotbrides.org/fear-of-female-sexuality-unspoken-driver-child-marriage/, accessed 17 March 2020.
- Girls Not Brides, n.d. *How Can We End Child Marriage? Mobilise Families and Communities*. London: Girls Not Brides. Website: girlsnotbrides.org/how-can-we-end-child-marriage/#mobilise-families-and-communities, accessed 17 March 2020.
- Goldberg, Howard and others, 2016. "Female Genital Mutilation/Cutting in the United States: Updated Estimates of Women and Girls at Risk, 2012." *Public Health Reports* 131(2): 340-347.
- Goodkind, Daniel, 2011. "Child Underreporting, Fertility, and Sex Ratio Imbalance in China." *Demography* 48(1): 291-316.
- Greene, Margaret E. and others, 2018. *The Centrality of Sexuality for Understanding Child, Early and Forced Marriage*. Washington, D.C. and New York: GreeneWorks and American Jewish World Service. Website: ajws.org/wp-content/uploads/2018/05/centrality_of_sex_final.pdf, accessed 27 March 2020.
- Grosz, Elizabeth, 1994. *Volatile Bodies: Towards a Corporeal Feminism*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- Gruskin, Sofia and others, 2010. "'Rights-based Approaches' to Health Policies and Programs: Articulations, Ambiguities, and Assessment." *Journal of Public Health Policy* 31(2): 129-145.
- GSO (General Statistics Office), 2011. *Sex Ratio at Birth in Viet Nam: New Evidence on Patterns, Trends and Differentials*. Ha Noi: Ministry of Planning and Investment.
- Guilmoto, Christophe Z., 2015. "The Masculinization of Births. Overview and Current Knowledge." *Population* 70(2): 185-243.
- Guilmoto, Christophe Z., 2012. "Son Preference and Kinship Structures in Viet Nam." *Population and Development Review* 38(1): 31-54.
- Guilmoto, Christophe Z., 2012a, "Skewed Sex Ratios at Birth and Future Marriage Squeeze in China and India, 2005-2100." *Demography* 49(1): 77-100.
- Guilmoto, Christophe Z. 2009. "The Sex Ratio Transition in Asia." *Population and Development Review* 35(3): 519-549.
- Guilmoto, Christophe Z. and Géraldine Duthé, 2013. "Masculinization of Birth in Eastern Europe." *Population and Societies* 506.
- Guilmoto, Christophe Z. and others, 2018. "Excess Under-5 Female Mortality Across India: a Spatial Analysis Using 2011 Census Data." *The Lancet Global Health* 6(6):e650-e658.
- Hadi, Amal Abdel, 1998. *We Are Decided: The Struggle of an Egyptian Village to Eradicate Female Circumcision*. Cairo: Cairo Institute for Human Rights Studies.
- Hayford, Sarah R. and Jenny Trinitapoli, 2011. "Religious Differences in Female Genital Cutting: A Case Study from Burkina Faso." *Journal for the Scientific Study of Religion* 50(2): 252-271.
- Hennegan, Julie and Paul Montgomery, 2016. "Do Menstrual Hygiene Management Interventions Improve Education and Psychosocial Outcomes for Women and Girls in Low and Middle Income Countries? A Systematic Review." *PLoS ONE* 11(2): e0146985.
- Heise, Lori and Karima Manji, 2016. "Social Norms." GSDRC Professional Development Reading Pack no. 31. Birmingham, UK: University of Birmingham. Website: gsdrc.org/professional-dev/social-norms/, accessed 23 April 2020.
- Heymann, Jody and others, 2019. "Improving Health with Programmatic, Legal, and Policy Approaches to Reduce Gender Inequality and Change Restrictive Gender Norms." *The Lancet* 393(10190): P2522-2534.
- Hilber, Adriane and others, 2019. *Rapariga Biz: Final Report, March 2019*. Maputo: Technical Assistance Facility (TAF).
- Hudson Valerie M. and Andrea M. den Boer, 2004. *Bare Branches: Security Implications of Asia's Surplus Male Population*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Ibrahim, Zakia M. and others, 2013. "Prevalence and Risk Factors for Female Sexual Dysfunction Among Egyptian Women." *Archives of Gynecology and Obstetrics* 287: 1173-1180.
- ICRW (International Center for Research on Women), 2016. *Leveraging Education to End Female Genital Mutilation/Cutting Worldwide*. Washington, D.C.: ICRW.
- ICRW (International Center for Research on Women), 2016a. *A Life Not Chosen: Early Marriage and Mental Health*. Washington, D.C.: ICRW.
- Indonesia, Republic of, 2013. National Institute of Health Research and Development, Ministry of Health, Basic Health Research (RISKESDAS).
- IPPF (international Planned Parenthood Federation), 2006. *Ending Child Marriage: A Guide for Global Policy Action*. London: IPPF.

- Ismail, N. H. A., 1999. "Urinary Leakage and Other Complications of Female Genital Mutilation (FGM) Among Somali girls in Sweden." Master of Science Program Thesis, Department of Women's and Children's Health, Uppsala University. Uppsala, Sweden.
- Jayachandran, Seema, 2014. *Fertility Decline and Missing Women*. NBER working paper 20272. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Jayachandran, Seema and Ilyana Kuziemko, 2011. "Why Do Mothers Breastfeed Girls Less than Boys? Evidence and Implications for Child Health in India." *The Quarterly Journal of Economics* 126(3): 1485-1538.
- Johansen, R. Elise and others, 2013. "What Works and What Does Not: a Discussion of Popular Approaches for the Abandonment of Female Genital Mutilation." *Obstetrics and Gynecology International* Website: ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3655658/pdf/OGI2013-348248.pdf, accessed 17 March 2020.
- John, Mary E and others, 2008. *Planning Families, Planning Gender: the Adverse Child Sex Ratio in Selected Districts of Madhya Pradesh, Rajasthan, Himachal Pradesh, Haryana, and Punjab*. New Delhi: Action Aid and IDRC
- Johnson-Agbakwu, Crista and Nicole Warren, 2017. "Interventions to Address Sexual Function in Women Affected by Female Genital Cutting: A Scoping Review." *Current Sexual Health Reports* 9(1):20-31.
- Kadariya, Shanti and Arja R. Aro, 2015. "Chhaupadi Practice in Nepal - Analysis of Ethical Aspects." *Medicolegal and Bioethics* 5: 53-58.
- Kalamar, Amash and others, 2016. "Interventions to Prevent Child Marriage among Young People in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Published and Grey Literature." *Journal of Adolescent Health* 59(3 Suppl): S16-S21.
- Kandala, Ngianga-Bakwin and others, 2019. "A Spatial Analysis of the Prevalence of Female Genital Mutilation/Cutting Among 0-14-Year-Old Girls in Kenya." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16(21): 4155.
- Karam, Azza, 2015. "Faith-Inspired Initiatives to Tackle the Social Determinants of Child Marriage." *The Review of Faith International Affairs* 13(3): 59-68.
- Karmaker, Bue and others, 2011. "Factors Associated with Female Genital Mutilation in Burkina Faso and its Policy Implications." *International Journal for Equity in Health* 10: 20.
- Kaser, Karl, 2008. *Patriarchy after Patriarchy: Gender Relations in Turkey and in the Balkans, 1500-2000*. Münster, Germany: LIT Verlag.
- Kaur, Ravinder, ed. 2016. *Too Many Men, Too Few Women: Social Consequences of Gender Imbalance in India and China*. Hyderabad, India: Orient BlackSwan.
- Kaur, Ravinder, 2013. "Mapping the Adverse Consequences of Sex Selection and Gender Imbalance in India and China." *Economic and Political Weekly* 31 August 2013, pp 37-44.
- Khanna, Tina and others, 2013. *Child Marriage in South Asia: Realities, Responses and the Way Forward*. Bangkok: UNFPA Asia Pacific Regional Office, ICRW. Website: n2r4h9b5.stackpathcdn.com/wp-content/uploads/2016/10/Child_marriage_paper-in-South-Asia.2013.pdf, accessed 3 February 2020.
- Khoja-Moolji, Shenila, 2018. *Forging the Ideal Educated Girl: The Production of Desirable Subjects in Muslim South Asia*. University of California Press.
- Kidman, Rachel, 2017. "Child Marriage and Intimate Partner Violence: a Comparative Study of 34 Countries." *International Journal of Epidemiology* 46(2): 662-675.
- Kizilhan, Jan Ilhan, 2011. "Impact of Psychological Disorders After Female Genital Mutilation Among Kurdish Girls in Northern Iraq." *European Journal of Psychiatry* 25(2): 92-100.
- Koutroulis, Glenda, 2001. "Soiled Identity: Memory-Work Narratives of Menstruation." *Health* 5(2): 187-205.
- Krieger, Nancy, 2000. "Discrimination and Health." *Social Epidemiology* 1: 36-75.
- Kulkarni, Purushottam M., 2019. *Sex Ratio at Birth in India - Recent Trends and Patterns*. unpublished report prepared for the United Nations Population Fund, Delhi.
- Kumar, Sanjay, and K. M. Sathyanarayana, 2012. "District-Level Estimates of Fertility and Implied Sex Ratio at Birth in India." *Economic & Political Weekly* 47(33): 66-72.
- Kvello, A. and L. Sayed, 2002. "Omskjering av kvinner i de forente arabiske emirater—er klitoridektomi i tradisjonell praksis et overgrep mot kvinner?" ("Concerning Female Circumcision in the United Arab Emirates: Is Clitoridectomy in a Traditional Context an Assault Against Women?") Thesis, Faculty of Medicine, University of Oslo. Oslo, Norway.
- Lee-Rife, Susan and others, 2012. "What Works to Prevent Child Marriage: A Review of the Evidence." *Studies in Family Planning* 43(4): 287-303.
- Lemmon, Gayle Tzemach, 2014. "Fragile States, Fragile Lives: Child Marriage amid Disaster and Conflict." Working Paper. New York: Council on Foreign Relations.
- Lemmon, Gayle Tzemach and Rebecca Hughes, 2018. "Sixteen and Married: Why Identity Matters for Syrian Girls." Blog Post, 16 July 2018: New York: Council on Foreign Relations. Website: cfr.org/blog/sixteen-and-married-why-identity-matters-syrian-girls, accessed 27 March 2020.
- LeStrat, Yann and others, 2011. "Child Marriage in the United States and Its Association with Mental Health in Women." *Pediatrics* 128(3): 524-530.
- Leye, Else and others, 2019. "Debating Medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): Learning From (Policy) Experiences Across Countries." *Reproductive Health* 16: 158.
- Lloyd, Cynthia and Barbara Mensch, 2008. "Marriage and Childbirth as Factors in Dropping Out from School: An Analysis of DHS Data from Sub-Saharan Africa." *Population Studies* 62(1): 1-13.
- Lundh, Christer, 2003. *Swedish Marriages: Customs, Legislation and Demography in the Eighteenth and Nineteenth Centuries*. Lund Papers in Economic History, no. 88. Lund, Sweden: Lund University Department of Economic History.
- Macfarlane, A. J. and E. Dorkenoo, 2015. *Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales: National and Local Estimates*. London: City University London in association with Equality Now. Website: openaccess.city.ac.uk/12382/, accessed 17 March 2020.
- Mackie, Gerry, 2009. *Social Dynamics of Abandonment of Harmful Practices: A New Look at the Theory*. Innocenti Working Papers no. 2009-06. New York: United Nations. Website: oecd-ilibrary.org/content/paper/9813d82b-en, accessed 27 March 2020.
- Magangi, Magdaline G., 2015. "Effects of Female Genital Cutting on School Attendance and Retention of Primary School Girls in Kuria West District, Kenya." *African Journal of Education and Human Development* 1: 1
- Mahmoud, Manal, 2016. "Effect of Female Genital Mutilation on Female Sexual Function." *Alexandria Journal of Medicine* 52(1): 55-59.

- Malhotra, Anju, 2011. *The Causes, Consequences and Solutions to Forced Child Marriage in the Developing World*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Website: icrw.org/files/images/Causes-Consequences-and%20Solutions-to-Forced-Child-Marriage-Anju-Malhotra-7-15-2010.pdf, accessed 3 February 2020.
- Malhotra, Anju and others, 2019. "Catalyzing Gender Norm Change for Adolescent Sexual and Reproductive Health: Investing in Interventions for Structural Change." *The Journal of Adolescent Health* 64(4 Suppl): S1-S15.
- Marcus, Rachel and others, 2017. *GAGE Rigorous Review: Girls' Clubs, Life Skills Programmes and Girls' Well-being Outcomes*. London: Gender and Adolescence: Global Evidence. Website: gage.odi.org/publication/rigorous-review-girls-clubs-life-skills-programmes/, accessed 23 April 2020.
- Meyer-Rochow, Victor Benno, 2009. "Food Taboos: Their Origins and Purposes." *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 5:18.
- Miller, Barbara D., 2001. Female-selective Abortion in Asia: Patterns, Policies, and *American Anthropologist* 103(4): 1083-1095.
- Miller, Barbara D., 1981. *The Endangered Sex: Neglect of Female Children in Rural North India*. Ithaca: Cornell University Press.
- Miller, Suellen and others, 2005. "Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy." *Journal of Midwifery and Women's Health* 50(4): 286-294.
- Misunas, Christina and others, 2019. "Child Marriage Among Boys in High-prevalence Countries: An Analysis of Sexual and Reproductive Health Outcomes." *BMC International Health and Human Rights* 19: 25.
- Mitike, Getnet and Wakgari Deressa, 2009. "Prevalence and Associated Factors of Female Genital Mutilation Among Somali Refugees in Eastern Ethiopia: A Cross-sectional Study." *BMC Public Health* 9(1): 264.
- Mitra, Aparna, 2014. "Son Preference in India: Implications for Gender Development." *Journal of Economic Issues* 48(4): 1021-1037.
- Modrek, Sepideh and Jenny X. Liu, 2013. "Exploration of Pathways Related to the Decline in Female Circumcision in Egypt." *BMC Public Health* 13(1): 921-929.
- Mohammed, Ghada F. and others, 2014. "Female Genital Mutilation/Cutting." *Journal of Sexual Medicine* 11: 2756-2763.
- Morison, Linda and others, 2001. "The Long-term Reproductive Health Consequences of Female Genital Cutting in Rural Gambia: A Community-based Survey." *Tropical Medicine & International Health* 6(8): 643-653.
- Muchomba, Felix M., 2019. "Sex Composition of Children and Spousal Sexual Violence in Sub-Saharan Africa." *Maternal and Child Health Journal* 23: 1130-1139.
- Murphy, Rachel and others, 2011. "Son Preference in Rural China: Patrilineal Families and Socio-Economic Change." *Population and Development Review* 37(4): 665-690.
- Nabaneh, Satang and A. S. Muula, 2019. "Female Genital Mutilation/Cutting in Africa: A Complex Legal and Ethical Landscape." *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 145: 253-257.
- Naved, Ruchira T. and others, 2001. "The Effects of Migration and Work on Marriage of Female Garment Workers in Bangladesh." *International Journal of Population Geography* 7(2): 91-104.
- Nguyen, Minh Cong and Quentin Wodon, 2014. *The Impact of Child Marriage on Literacy and Education Attainment in Africa*. Washington, D.C.: World Bank. Website: ais.volumesquared.com/wp-content/uploads/2015/02/OOSC-2014-QW-Child-Marriage-final.pdf, accessed 4 February 2020.
- Nguyen, Minh Cong and Quentin Wodon, 2012. *Child Marriage and Education: A Major Challenge*. Washington, D.C.: World Bank.
- Nguyen, Minh Cong and Quentin Wodon, 2012a. *Estimating the Impact of Child Marriage on Literacy and Education Attainment in Africa*. Washington, D.C.: World Bank.
- Nour, Nawal, 2009. "Child Marriage: A Silent Health and Human Rights Issue." *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 2(1): 51-56.
- Nour, Nawal M, 2008. "Female Genital Cutting: a Persisting Practice." *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 1(3): 135.
- NWCCW (National Working Committee on Children and Women) and others, 2018. *Children in China: An Atlas of Social Indicators*. Beijing: UNICEF.
- Nyabero, C. and others, 2016. "Alternative Rites of Passage Potency in Enhancing Girl Child Self-esteem and Participation in Education in Primary Schools in Kisii County, Kenya." *African Journal of Education and Human Development* 2(1): 1-9.
- Obaji, Philip 2020. " 'No Girl is Safe' The Mothers Ironing Their Daughters' Breasts." Al Jazeera News, 3 February 2020. Website: aljazeera.com/indepth/features/girl-safe-mothers-ironing-daughters-breasts-200128130832821.html, accessed 27 March 2020.
- OHCHR (UN Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. *International Human Rights Law*. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/internationalaw.aspx, accessed 27 March 2020.
- Onduru, Erick, 2019. "The Dowry System and Child Marriage." Blog post. Dublin: Actionaid, 6 March 2019. Website: actionaid.ie/dowry-system-child-marriage/, accessed 26 March 2020.
- Onyango, Monica A. and others, 2010. "Factors that Influence Male Involvement in Sexual and Reproductive Health in Western Kenya: A Qualitative Study." *African Journal of Reproductive Health* 14(4): 33-43.
- Osinowo, H. O. and A. O. Taiwo, 2003. "Impact of Female Genital Mutilation on Sexual Functioning, Self-esteem and Marital Instability of Women in Ajegunle." *IFE Psychologia* 11(1): 123-130.
- Ouldzeidoun, Nacerdine and others, 2013. "A Description of Female Genital Mutilation and Force-Feeding Practices in Mauritania: Implications for the Protection of Child Rights and Health." *PLoS ONE* 8(4): e60594.
- Padhye, S. and others, 2003. "A Profile of Menstrual Disorders in a Private Set Up." *Kathmandu University Medical Journal* 1(1): 20-26.
- Palitza, Kristin, 2014. *Traditional Leaders Wield the Power, and They are Almost All Men: The Importance of Involving Traditional Leaders in Gender Transformation*. Johannesburg: Sonke Gender Justice Network. Website: genderjustice.org.za/publication/traditional-leaders-wield-the-power-and-they-are-almost-all-men/, accessed 23 April 2020.
- Pande, Rohini and Anju Malhotra, 2006. *Son Preference and Daughter Neglect in India: What Happens to Living Girls?* Washington, D. C.: International Center for Research on Women. Website: icrw.org/publications/son-preference-and-daughter-neglect-in-india/, accessed 17 March 2020.
- Parsons, Jennifer and others, 2015. "Economic Impacts of Child Marriage." *Review of Faith and International Affairs* 13(3): 12-22.

- Pew Research Center, 2016. "Marriage Laws around the World." Washington, D.C.: Pew Research Center. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf, accessed 23 April 2020.
- Piperata, Barbara A., 2008. "Forty Days and Forty Nights: a Biocultural Perspective on Postpartum Practices in the Amazon." *Social Science and Medicine* 67(7): 1094-1103.
- Piroozi, Bakhtiar and others, 2020. "Effect of Female Genital Mutilation on Mental Health: A Case-control Study." *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 25(1): 33-36.
- Rahm, Laura, 2020. *Gender-Biased Sex Selection in South Korea, India and Vietnam*. Springer, Cham.
- Rahman, Widad and others, 2018. *Understanding the Key Elements for Designing and Implementing Social Marketing Campaigns to Inform the Development of Creative Approaches for FGM/C Abandonment in Sudan*. Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive. New York: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2018RH_SocialMarketingCampaignsSudan.pdf, accessed 23 April 2020.
- Raj, Anita and others, 2009. "Prevalence of Child Marriage and its Effect on Fertility and Fertility Control Outcomes of Young Women in India: A Cross-sectional, Observational Study." *The Lancet* 373(9678): 1883-1889.
- Ramalingaswami, Vulimiri and others, 1997. *The Asian Enigma. The Progress of Nations*. New York: UNICEF.
- Ranabhat, Chhabi and others, 2015. "Chhaupadi Culture and Reproductive Health of Women in Nepal." *Asia Pacific Journal of Public Health* 27(7): 785-795.
- Reiss, Fraidy, 2015. "America's Child-Marriage Problem." *The New York Times*, 13 October 2015.
- Robinson, Hannah, 2015. "Chaupadi: The Affliction of Menses in Nepal." *International Journal of Women's Dermatology* 1(4): 193-194.
- SADC-PF (Southern African Development Community Parliamentary Forum) and others, 2018. *A Guide to Using the SADC Model Law on Eradicating Child Marriage and Protecting Children Already in Marriage*. Gaborone, Botswana: SADC-PF. Website: esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/J7288E%20-%20SADC%20Model%20Law%20Toolkit%20final.pdf, accessed 27 March 2020.
- Takeah, Evelyn and others, 2019. "Persistent Female Genital Mutilation Despite its Illegality: Narratives from Women and Men in Northern Ghana." *PLoS One* 14(4): e0214923.
- Salam, Maya, 2019. "What Is Toxic Masculinity?" *The New York Times*, 22 January 2019. Website: nytimes.com/2019/01/22/us/toxic-masculinity.html, accessed 17 March 2020.
- Santhya, K. G. and others, 2010. "Association between Early Marriage and Young Women's Marital and Reproductive Health Outcomes: Evidence from India." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(3): 132-139.
- Schurmann, Anna, 2009. "Review of the Bangladesh Female Secondary School Stipend Project Using a Social Exclusion Framework." *Journal of Health, Population, and Nutrition* 27(4): 505-517.
- Sen, Gita, 2009. *Gender Biased Sex Selection: Key Issues for Action*. Briefing Paper for WHO. Geneva, Switzerland: WHO.
- Sen, Gita and P. Ostlin, 2008. "Gender Inequality in Health: Why it Exists and How We Can Change It." *Global Public Health* 3(S1): 1-12.
- Shi, Yaojiang and John James Kennedy, 2016. "Delayed Registration and Identifying the 'Missing Girls' in China." *The China Quarterly* 228:1018-1038.
- Siegea-Riz, Anna Maria and others, 2009. "A Systematic Review of Outcomes of Maternal Weight Gain According to the Institute of Medicine Recommendations: Birthweight, Fetal Growth, and Postpartum Weight Retention." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 201(339): e1-14.
- Sieverding, Maia and Asmaa Elbadawy, 2016. "Empowering Adolescent Girls in Socially Conservative Settings: Impacts and Lessons Learned from the Ishraq Program in Rural Upper Egypt." *Studies in Family Planning* 47: 129-144.
- Smith, Alex Duval, 2009. "Girls Being Force-fed for Marriage as Fattening Farms Revived." *The Guardian*. 28 February 2009. Website: guardian.co.uk/world/2009/mar/01/mauritania-force-feeding-marriage/print, accessed 27 March 2020.
- Sonke Gender Justice. n.d. *Involvement of Men and Tough Action by African Leaders Needed to End FGM*. 5 February 2020. Website: genderjustice.org.za/news-item/involvement-of-men-and-tough-action-by-african-leaders-needed-to-end-fgm/, accessed 27 March 2020.
- South, Scott J. and others, 2014. "Skewed Sex Ratios and Criminal Victimization in India." *Demography* 51(3): 1-22.
- Spadacini, Beatrice and Pamela Nichols, 1998. "Campaigning Against Female Genital Mutilation in Ethiopia Using Popular Education." *Gender & Development* 6(2): 44-52.
- Sperling, Gene and Rebecca Winthrop, 2015. *What Works in Girls' Education: Evidence for the World's Best Investment*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Spindler, E., 2015. "'One Hand Can't Clap by Itself': Engagement of Boys and Men in Kembatti Mentti Gezzimma's Intervention to Eliminate Female Genital Mutilation and Circumcision in Kembatta Zone, Ethiopia." EMERGE Case Study 3. Brighton, UK: Promundo-US, Sonke Gender Justice, and the Institute of Development Studies. Website: opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/7067, accessed 23 April 2020.
- Srinivasan, Sharada and Shuzhuo Li, eds. 2017. *Scarce Women and Surplus Men in China and India: Macro Demographics Versus Local Dynamics*. Springer.
- Stellar, Carmen and others, 2016. "A Systematic Review and Narrative Report of the Relationship Between Infertility, Subfertility, and Intimate Partner Violence." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 133(1): 3-8.
- Subramanian, Laura and others, 2018. "Increasing Contraceptive Use Among Young Married Couples in Bihar, India: Evidence From a Decade of Implementation of the PRACHAR Project." *Global Health: Science and Practice* 6(2): 330-344.
- Svanemyr Joar and others, 2013. *The Contribution of Laws to Change the Practice of Early Marriage in Africa*. Geneva: WHO.
- Tafuro, Sara and Christophe Z. Guilmo, 2019. "Skewed Sex Ratios at Birth: A Review of Global Trends." *Early Human Development* 141: 104868.
- Tamire, Mulugeta and Mitike Molla, 2013. "Prevalence and Belief in the Continuation of Female Genital Cutting Among High School Girls: a Cross-sectional Study in Hadiya Zone, Southern Ethiopia." *BMC Public Health* 13: 1120.
- Thabet, Saeed and Ahmed Thabet, 2003. "Defective Sexuality and Female Circumcision: The Cause and the Possible Management." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 29(1): 12-19.

Thompson, Lyric and Rachel Clement. n.d. *Defining Feminist Foreign Policy*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.

Thomson, Jennifer and others, 2019. "What's Missing in MHM? Moving Beyond Hygiene in Menstrual Hygiene Management." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 12-15.

Tucker, Joseph D. and others, 2005. "Surplus Men, Sex Work, and the Spread of HIV in China." *Aids* 19(6): 539-547.

Twenty-Eight (28) Too Many, 2018. "The Law and FGM, September 2018." Website: [28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/the_law_and_fgm_v1_\(september_2018\).pdf](http://28toomany.org/static/media/uploads/Law%20Reports/the_law_and_fgm_v1_(september_2018).pdf), accessed 27 March 2020.

UN CAT (United Nations Committee Against Torture), 2011. "Concluding Observations of the Committee against Torture: Bulgaria, 14 December 2011." CAT/C/BGR/CO/4-5. Website: refworld.org/docid/4f1d594a2.html, accessed 1 February 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2017. "CEDAW General Recommendation No. 35 on Gender-based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19." CEDAW/C/GC/35. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_GC_35_8267_E.pdf, accessed 27 March 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2014. "Concluding Observations on the Combined Seventh and Eighth Periodic Reports of China." CEDAW/C/CHN/CO/7-8. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW/C/CHN/CO/7-8&Lang=En, accessed 14 April 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2011. "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women - Montenegro, 4 November 2011." CEDAW/C/MNE/CO/1. Website: refworld.org/docid/4eea24822.html, accessed 1 February 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women) 2011a. "Concluding Observations of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women - Zambia, 19 September 2011." CEDAW/C/ZMB/CO/5-6. Website: refworld.org/docid/4eeb489a2.html, accessed 1 February 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 1992. "CEDAW General Recommendation No. 19: Violence against Women." Website: refworld.org/docid/52d920c54.html, accessed 1 February 2020.

UN CEDAW and UN CRC (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and United Nations Committee on the Rights of the Child), 2014. "Joint General Recommendation/General Comment No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women and No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on Harmful Practices." CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18; Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?SymbolNo=CEDAW/C/kaurGC/31/CRC/C/GC/18, accessed 27 March 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2012. "Consideration of Reports Submitted by States Parties under Article 44 of the Convention. Concluding Observations: Togo." CRC/C/TGO/CO/3-4. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2009. "Consideration of Reports Submitted by States Parties under Article 44 of the Convention: Convention on the Rights of the Child: Concluding Observations: Mauritania." CRC/C/MRT/CO/2. Website: refworld.org/docid/4a8e97805.html, accessed 1 February 2020.

UNDP (United Nations Development Programme), 2020. *Tackling Social Norms: A Game Changer for Gender Inequalities*. Website: hdr.undp.org/sites/default/files/hd_perspectives_gsni.pdf.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. *Costing the Three Transformative Results*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. "Menstruation and Human Rights - Frequently Asked Questions." New York: UNFPA. Website: unfpa.org/menstruationfaq#Taboos%20and%20Myths%20about%20menstruations, accessed 27 March 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019a. *Campaign to End Fistula*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019b. *Beyond the Crossing: Female Genital Mutilation Across Borders*. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/beyond-crossing-female-genital-mutilation-across-borders.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation: Accelerating Change, Performance Analysis for Phase II*. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA-UNICEF-Phase2Performance_2018_web_0.pdf, accessed 18 March 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. *Trends in the Sex Ratio at Birth. An Overview Based on the 2014 General Population Census Data*. Tbilisi: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2015. *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2015a. "Preventing Gender-biased Sex Selection in Eastern Europe and Central Asia." Issues Brief #4. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/GBSS_Brief_WEB.pdf, accessed 6 March 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2013. *Sex Imbalances at Birth in Armenia. Demographic Evidence and Analysis*. Yerevan: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2012. *Sex Imbalances at Birth. Current Trends, Consequences and Policy Implications*. Bangkok: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2012a. *Marrying Too Young: End Child Marriage*. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf, accessed 3 February 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2011. *Son Preference in Viet Nam: Ancient Desires, Advancing Technologies. Qualitative Research Report to Better Understand the Rapidly Rising Sex Ratio at Birth in Viet Nam*. Ha Noi: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2011a. *Project Embera-wera: An Experience of Culture Change to Eradicate Female Genital Mutilation in Colombia - Latin America*. UNFPA. Website: colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/proyectoembera%20%281%29%20%281%29.pdf, accessed 27 March 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. *Preventing Son Preference and the Undervaluing of Girls in Asia and the Pacific*. UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. *Preventing Gender-Biased Sex Selection in Eastern Europe and Central Asia*. UNFPA. Website: unfpa.org/resources/preventing-gender-biased-sex-selection-eastern-europe-and-central-asia, accessed 27 March 2020.

- UNFPA and The European Union for Georgia, 2019. *Social Economic Policy Analysis with Regard to Son Preference and GBSS*. UNFPA Georgia. Website: georgia.unfpa.org/en/publications/social-economic-policy-analysis-regard-son-preference-and-gbss, accessed 27 March 2020.
- UNFPA-UNICEF (United Nations Population Fund-United Nations Children's Fund), 2013. *Joint Evaluation UNFPA-UNICEF Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change (2008-2012)*. New York and Geneva: UNFPA and UNICEF.
- UNFPA and others, 2018. "Child Marriage in Humanitarian Settings: Spotlight on the Situation in the Arab Region." Website: [unicef.org.mena/sites/unicef.org.mena/files/2018-08/CM%20in%20humanitarian%20settings%20MENA.pdf](http://unicef.org/mena/sites/unicef.org.mena/files/2018-08/CM%20in%20humanitarian%20settings%20MENA.pdf), accessed 27 March 2020.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018. "General Comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the Right to Life." CCPR/C/GC/36. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf, accessed 10 April 2020.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018a. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, its Causes And Consequences on Online Violence Against Women and Girls from a Human Rights Perspective." A/HRC/38/47. Website: ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session38/Pages/ListReports.aspx, accessed 17 March 2020.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2015. "Good Practices and Major Challenges in Preventing and Eliminating Female Genital Mutilation, Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights." A/HRC/29/20. Website: refworld.org/docid/558407fc4.html, accessed 28 January 2020.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2014. "Preventing and Eliminating Child, Early and Forced Marriage: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights." A/HRC/26/22. Website: refworld.org/docid/53999c1b4.html, accessed 19 January 2020.
- UN HRC (United Nations Human Rights Committee), 2000. "CCPR General Comment No. 28: Article 3 (The Equality of Rights Between Men and Women), 29 March 2000." CCPR/C/21/Rev.1/Add.10. Website: refworld.org/docid/45139c9b4.html, accessed 7 June 2020.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020. *Female Genital Mutilation: A New Generation Calls for Ending an Old Practice*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020a. *A Profile of Female Genital Mutilation in Ethiopia*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020b. *A Profile of Female Genital Mutilation in Kenya*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019. *The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing Well in a Changing World*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019a. "UNICEF Global Database: Child Marriage." New York: UNICEF, updated March 2019. Retrieved 31 January 2020.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019b. *A Profile of Child Marriages and Early Unions in Latin America and the Caribbean*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2019c. *Ending Child Marriage: A Profile of Progress in India*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. *Latest Trends and Future Prospects*. New York: UNICEF. Website: data.unicef.org/resources/child-marriage-latest-trends-and-future-prospects/, accessed 23 April 2020.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2017. *Falling Through The Cracks: The Children Of Yemen*. New York: UNICEF.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2012. *Progress In Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting And Child Marriage In Self-Declared Woredas, in Ethiopia*. Website: itacaddis.org/docs/2013_09_24_08_09_26_Ethiopia_FGM_Final.pdf, accessed 9 April 2020.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2010. *The Dynamics of Social Change: Towards the Abandonment of FGM/C in Five African Countries*. Innocenti Insights. Website: unicef-irc.org/publications/618-the-dynamics-of-social-change-towards-the-abandonment-of-fgm-c-in-five-african-countries.html, accessed 9 April 2020.
- UNICEF (United Nations Children's Fund), 2005. *Early Marriage: A Harmful Traditional Practice*. New York: UNICEF. Website: unicef.org/publications/files/Early_Marriage_12_lo.pdf, accessed 3 August 2018.
- UNICEF (United Nations Children's Fund) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Key Drivers of the Changing Prevalence of Child Marriage in Three Countries in South Asia: Working Paper*. Kathmandu: UNICEF, 2018.
- UN Nepal, 2011. *Field Bulletin: Chaupadi in the Far-west*. Kathmandu, Nepal: United Nations Resident and Humanitarian Coordinator's Office. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Water/Contributionsstigma/others/field_bulletin_-_issue1_april_2011_-_chaupadi_in_far-west.pdf, accessed 18 March 2020.
- UN Women, 2017. *Abolishing Chhaupadi, Breaking the Stigma of Menstruation in Rural Nepal*. New York: UN Women. Website: unwomen.org/en/news/stories/2017/4/feature-abolishing-chhaupadi-breaking-the-stigma-of-menstruation-in-rural-nepal, accessed 27 March 2020.
- UN Women, n.d. "Global Gender Equality Constitutional Database." New York: UN Women. Website: constitutions.unwomen.org/en, accessed 18 March 2020.
- Upreti, Aruna, 2005. "Custom-made Injustice." *Nepali Times* Issue 247 (13 May 2005 – 19 May 2005). Website: archive.nepalitimes.com/news.php?id=267#XpmCui2B00o, accessed 23 April 2020.
- Vangen, Siri and others, 2002. "Perinatal Complications Among Ethnic Somalis in Norway." *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 81(4): 317-322.
- Varol, Nesrin and others, 2015. "The Role of Men in Abandonment of Female Genital Mutilation: A Systematic Review." *BMC Public Health* 15: 1034.
- Vloeberghs, Erick and others, 2011. *Veiled Pain. A Study in the Netherlands on the Psychological, Social and Relational Consequences of Female Genital Mutilation*. Utrecht: Pharos.
- Wall, Lewis. 2012. "Overcoming Phase 1 Delays: the Critical Component of Obstetric Fistula Prevention Programs in Resource-poor Countries." *BMC Pregnancy and Childbirth* 12: 68.
- WaterAid, 2009. *Is Menstrual Hygiene And Management An Issue For Adolescent Girls? A Comparative Study Of Four Schools In Different Settings Of Nepal*. WaterAid in Nepal. Website: menstrualhygieneday.org/wp-content/uploads/2016/12/Wateraid_menstrual-hygiene-school-adolescencegirls-Nepal_2009.pdf, accessed 23 April 2020.

- WHO (World Health Organization), 2020. *Female Genital Mutilation, Key Facts*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation, accessed 18 March 2020.
- WHO (World Health Organization), 2019. *Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: documents.worldbank.org/curated/en/793971568908763231/pdf/Trends-in-maternal-mortality-2000-to-2017-Estimates-by-WHO-UNICEF-UNFPA-World-Bank-Group-and-the-United-Nations-Population-Division.pdf, accessed 18 March 2020.
- WHO (World Health Organization), 2018. "Eliminating Virginity Testing: an Interagency Statement." No. WHO/RHR/18.15. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275451/WHO-RHR-18.15-eng.pdf, accessed 18 March 2020.
- WHO (World Health Organization), 2018a. *Adolescents: Health Risks and Solutions*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions, accessed 17 February 2020.
- WHO (World Health Organization), 2016. *WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation*. Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2011. "Preventing Gender-biased Sex Selection: An Interagency Statement. OHCHR, UNFPA, UNICEF, UN Women and WHO." Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/9789241501460/en/, accessed 18 March 2020.
- WHO (World Health Organization), 2008. "Adolescent Pregnancy." Making Pregnancy Safer (MPS) Notes. 1(1). Geneva, Switzerland: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1997. "Female Genital Mutilation: a Joint WHO/UNICEF/UNFPA Statement." Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41903/9241561866.pdf, accessed 18 March 2020.
- WHO (World Health Organization), n.d. *Health Risks of Female Genital Mutilation*. Website: who.int/sexual-and-reproductive-health/health-risks-of-female-genital-mutilation, accessed 18 March 2020.
- Winkler, Inga and Virginia Roaf, 2014. *Bringing the Dirty Bloody Linen Out of the Closet - Menstrual Hygiene as a Priority for Achieving Gender Equality*. Rochester, New York: Cardozo Journal of Law and Gender.
- Wodon, Quentin and others, 2018. *Estimating the Economic Impacts and Costs of Child Marriage Globally*. Washington, D.C.: World Bank.
- Wodon, Quentin and others, 2018a. *Educating Girls and Ending Child Marriage: A Priority for Africa*. Washington, D.C.: World Bank.
- Wodon, Quentin and others, 2017. *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington, D.C.: World Bank and International Center for Research on Women.
- Wodon, Quentin and others, 2017a. *Economic Impacts of Child Marriage: Fertility and Population Growth*. Washington, D.C.: World Bank and International Center for Research on Women. Website: icrw.org/wp-content/uploads/2018/02/ICRW_Brief_FertilityPopGrowth.pdf, accessed 4 February 2020.
- Women's Refugee Commission, 2016. *A Girl No More: The Changing Norms of Child Marriage in Conflict*. New York: Women's Refugee Commission.
- World Bank, 2019. "Despite Gains, Women Face Setbacks in Legal Rights Affecting Work." Washington, D.C.: World Bank. Website: worldbank.org/en/news/press-release/2019/02/27/despite-gains-women-face-setbacks-in-legal-rights-affecting-work, accessed 27 March 2020.
- World Bank. 2018. "Many Governments Take Steps to Improve Women's Economic Inclusion, Although Legal Barriers Remain Widespread." Washington, D.C.: World Bank. Website: worldbank.org/en/news/press-release/2018/03/29/many-governments-take-steps-to-improve-womens-economic-inclusion-although-legal-barriers-remain-widespread, accessed 27 March 2020.
- World Bank. 2017. "Educating Girls, Ending Child Marriage." Washington, D.C.: World Bank. Website: worldbank.org/en/news/immersive-story/2017/08/22/educating-girls-ending-child-marriage, accessed 27 March 2020.
- World Bank and ICRW (International Center for Research on Women), 2017. *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington D. C.: ICRW. Website: icrw.org/publications/economic-impacts-child-marriage/, accessed 23 April 2020.
- World Economic Forum. 2020. *Global Gender Gap Report 2020*. Geneva, Switzerland, World Economic Forum. Website: weforum.org/reports/global-gender-gap-report-2020, accessed 27 March 2020.
- Yaya, Sanni and others, 2019. "Prevalence of Child Marriage and Its Impact on Fertility Outcomes in 34 Sub-Saharan African Countries." *BMC International Health and Human Rights* 19: 33.
- Yola, Amir Imam, 2011. "Yankan Gishiri (Salt Cut)." *International Journal of Obstetric Trauma* 1(1).
- Young, Frank and Albert Bacdayan, 1965. "Menstrual Taboos and Social Rigidity." *Ethnology* 4(2): 225-240.
- Yu, Soo Hyun and others, 2016. "Differential Effects of Young Maternal Age on Child Growth." *Global Health Action* 9: 31171.
- Zayed, Abeer and Abba Ali, 2012. "Abusing Female Children by Circumcision is Continued in Egypt." *Journal of Forensic and Legal Medicine* 19(4): 196-200.

ASEGURANDO DERECHOS Y OPCIONES PARA TODOS



United Nations Population Fund
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel. +1 212 297 5000
www.unfpa.org
@UNFPA

ISSN 2518-671X
ISBN 978-0-89714-051-5



9 780897 140515

Sales No. S.20.III.H.5
S/50/2020

Impreso en papel reciclado.