

REFUGIO EN LA TORMENTA

Un programa transformador para las mujeres y las niñas en un mundo proclive a las crisis

Prólogo	PÁGINA 2
Resumen	PÁGINA 4
1 Un mundo frágil	PÁGINA 12
2 El precio desproporcionado que pagan las mujeres y las adolescentes	PÁGINA 36
3 Una respuesta dinámica: de la atención básica a la atención integral	PÁGINA 56
4 Fortalecer la resiliencia y salvar la brecha entre la asistencia humanitaria y el desarrollo	PÁGINA 74
5 Nuevas direcciones en la financiación de la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios	PÁGINA 90
6 Una visión transformadora para reducir el riesgo y mejorar la respuesta y la resiliencia	PÁGINA 102
Indicadores	PÁGINA 115
Bibliografía	PÁGINA 131

Prólogo

Más de 100 millones de personas precisan asistencia humanitaria, más que en ningún otro momento desde el fin de la segunda guerra mundial. Entre los desplazados a causa de un conflicto o desarraigados por un desastre se encuentran decenas de millones de mujeres y niñas adolescentes. El presente informe es un llamamiento a la acción para satisfacer sus necesidades y velar por el ejercicio de sus derechos.

En el último decenio se han efectuado progresos notables en la protección de la salud y los derechos de las mujeres y las adolescentes en contextos humanitarios, pero las necesidades han crecido a un ritmo superior que la financiación y los servicios. Estos son de vital importancia, especialmente para las adolescentes muy jóvenes, las más vulnerables y las menos capaces de enfrentarse a los numerosos retos que se les plantean incluso en las épocas de estabilidad.

En circunstancias normales, en determinados países en desarrollo, una niña de diez años puede verse obligada a contraer matrimonio, ser víctima de la trata de personas, sufrir la separación de su familia, verse privada de todo apoyo social, y tener dificultades para acceder a la educación, la salud o la oportunidad de aspirar a una vida mejor. Cuando sobreviene una crisis, tales riesgos se multiplican, y con ellos las vulnerabilidades de esa niña. Sus perspectivas empeoran todavía más. Es posible que sea víctima de la violencia sexual, contraiga el VIH o se quede embarazada en cuanto alcance la pubertad. Su futuro se desbarata.

Todas las niñas de 10 años, dondequiera que se encuentren, tienen derecho a la salud, la dignidad y la seguridad, un derecho que 179 gobiernos se comprometieron a defender —en cualquier situación— en 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Sin embargo,

durante demasiados años, la asistencia humanitaria se ha olvidado de esa niña, vulnerable a los partos en condiciones de riesgo y a la violencia y sus devastadoras consecuencias. La salud sexual y reproductiva y el acceso a la información son fundamentales para que todas las niñas realicen una transición segura de la adolescencia a la edad adulta. Imaginemos a esa niña de 10 años, 15 años después, con sus derechos y salud intactos. Imaginémosla ahora en un mundo donde el conflicto armado, la devastación y el desplazamiento le deniegan todo derecho humano, toda oportunidad, toda dignidad.

Abandonar a esa niña, a su comunidad y a su país, no es una opción. De una u otra forma, vivimos en un mismo mundo, y los gobiernos tienen la responsabilidad de proteger los derechos humanos y respetar la legislación internacional. Como ciudadanos globales, tenemos el deber de brindar apoyo y ser solidarios.

En este momento, aproximadamente tres quintas partes de las muertes maternas se registran en contextos humanitarios y frágiles. Todos los días, 507 mujeres y adolescentes mueren por complicaciones en el embarazo y el parto en situaciones de emergencia y en Estados frágiles. Además, la violencia por razón de género sigue cobrándose un número brutal de víctimas, cercenando vidas y las perspectivas de paz y recuperación.

Juntos, debemos transformar la acción humanitaria y otorgar a la salud y los derechos de las mujeres y los jóvenes un lugar central entre nuestras prioridades. Al mismo tiempo, tenemos que invertir decididamente en instituciones y medidas que desarrollen el capital humano y la capacidad de actuación de las niñas y las mujeres, así como en la resiliencia a largo plazo de las comunidades y las naciones. De ese modo, cuando sobrevenga una crisis, se minimizarán los trastornos y desplazamientos, y se acelerará la recuperación.

Por su parte, el UNFPA sigue comprometido con la plena vigencia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres y las niñas, dondequiera que vivan, en todas las situaciones —de crisis o de otro tipo— y en todo momento. Debido a la plétora de conflictos y desastres que nos rodea actualmente, el UNFPA provee una parte mayor de sus servicios en situaciones de crisis.

Cuando las mujeres y las niñas tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y a una serie de programas humanitarios que hacen frente a las desigualdades de manera expresa, los beneficios de las intervenciones crecen exponencialmente y se

prolongan desde la fase aguda de la crisis hasta mucho después, cuando los países y las comunidades se reconstruyen y la población recupera su vida.

Juntos, debemos luchar por crear un mundo en el que las mujeres y las niñas no deban hacer frente a numerosas desventajas, y en el que estén empoderadas por igual para desarrollar plenamente su potencial y para contribuir al desarrollo y la estabilidad de sus comunidades y naciones —antes de una crisis, a lo largo de esta y posteriormente—.

Dr. Babatunde Osotimehin

Secretario General Adjunto de las Naciones Unidas
y Director Ejecutivo
del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)



Foto © UNFPA/Nezih Tavlas

Resumen

Más de 1.000 millones de personas han visto su vida turbada por una crisis. La guerra, la inestabilidad, las epidemias y los desastres han dejado a su paso un reguero de caos y destrucción.

Justo ahora, hay más personas desplazadas por la crisis que en ningún otro momento desde el cataclismo de la segunda guerra mundial: según las estimaciones, 59,5 millones. Los desastres naturales afectan a 200 millones de personas al año.

Algunas se enfrentan a contratiempos pasajeros; en otros casos, tales contratiempos consumen toda una vida. Los refugiados pasan actualmente un promedio de 20 años lejos de su hogar.

El embarazo y el parto son otra causa de vulnerabilidad para las mujeres y las niñas que viven en situaciones de conflicto y crisis. El 60% de las muertes maternas evitables las sufren mujeres que luchan por sobrevivir a los conflictos, los desastres naturales y los desplazamientos.

En una serie de acuerdos internacionales, el mundo ha reafirmado la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas. Dicha promesa conlleva defender y satisfacer esos derechos en todos los casos y en todo momento. Las crisis humanitarias no alivian tal responsabilidad. Para cumplir dicha promesa hay que velar por que las mujeres y las niñas tengan acceso a servicios integrales antes de una crisis, a lo largo de esta y posteriormente. Lo que muchos países afectados precisan es un compromiso y una acción a mayor escala.

En un mundo frágil, las mujeres y las niñas pagan un precio desproporcionado

Según numerosos indicadores, hoy se considera que hay más países frágiles que hace 5 o 6 años, una

RIESGO

Foto © UNFPA/Sawiche Wamunza



situación que los hace más vulnerables a los conflictos y las consecuencias de los desastres. Muchos factores aumentan la vulnerabilidad de la población y los países. Ser pobre es uno de ellos. Más de 1.000 millones de personas viven en condiciones de extrema pobreza. Esta atrapa a los individuos e incluso a países enteros en un peldaño tan bajo de la escala del desarrollo que remontar posiciones se convierte en un sueño inalcanzable. Imposibilita el acceso a un trabajo decente y la calidad de los servicios resulta imprevisible.

La geografía es otro factor. Algunos países están situados directamente en la trayectoria de los desastres naturales, que están aumentando de manera espectacular debido al cambio climático. El nivel de urbanización sin precedentes ha incrementado los riesgos a que hacen frente los pobladores de las ciudades, en especial los pobres, muchos de los cuales viven en asentamientos irregulares de construcción deficiente situados en zonas frágiles, tales como las laderas proclives a los aludes de lodo.

En el caso de las mujeres y las niñas, a este y otros factores hay que sumar la discriminación y la desigualdad entre los géneros. En primer lugar, tienen menos de casi todo: ingresos, tierras y otros activos, acceso a los servicios sociales, la educación y las redes sociales, representación política, protección ante la ley y respeto de sus derechos humanos fundamentales.

Por consiguiente, cuando sobreviene una crisis, las mujeres y las niñas se encuentran en una situación de

Cuando sobreviene una crisis, las mujeres y las niñas se encuentran en una situación de desventaja desproporcionada y están menos preparadas o empoderadas para sobrevivir y recuperarse.

LAS MUJERES Y LAS NIÑAS, EN UNA SITUACIÓN DE DESVENTAJA EXTREMA

Más de
100 MILLONES
de personas necesitadas
de asistencia humanitaria,
**DE LAS CUALES UNA
CUARTA PARTE SON
MUJERES Y NIÑAS DE
15 A 49 AÑOS.**

Más expuestas a

- Las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH
- Los embarazos no deseados
- La muerte y las enfermedades maternas
- La violencia sexual y por razón de género

desventaja desproporcionada y están menos preparadas o empoderadas para sobrevivir y recuperarse. En el curso o después de cualquier tipo de crisis, la violencia sexual y por razón de género puede dispararse, incluso como arma de guerra.

Las dificultades económicas extremas que se derivan de un desastre o conflicto conducen a algunas mujeres a las relaciones sexuales transaccionales o las exponen a la trata de personas. La carencia de incluso los servicios básicos de salud sexual y reproductiva hace del parto en situaciones de crisis un trance potencialmente mortal, sobre todo para las adolescentes.

Todos esos peligros tienen una misma causa: la falta de respeto por los derechos humanos que a todos nos corresponden, con independencia del sexo, la edad o cualquier otro rasgo distintivo. Entre esos derechos se encuentran los reproductivos, reconocidos por 179 gobiernos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, que dio origen a un Programa de Acción innovador en el que se fundamenta la labor del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Las mujeres y las niñas se enfrentan a obstáculos a su salud sexual y reproductiva antes, durante y después de las crisis

De las más de 100 millones de personas necesitadas de asistencia humanitaria en 2015, se calcula que una cuarta parte eran mujeres y niñas adolescentes en edad reproductiva. Resulta difícil considerar eficaz una asistencia que no cubre todas sus necesidades, incluidas las relacionadas de forma específica con el género y la edad.

Hasta la fecha, la provisión de asistencia dirigida a satisfacer las necesidades de las mujeres y las niñas en materia de salud sexual y reproductiva no ha estado a la altura de la demanda. En el último decenio se han efectuado progresos notables en la prestación de servicios humanitarios específicos para las mujeres y las niñas. No obstante, siguen existiendo lagunas importantes, tanto en la acción como en la financiación.

La desigualdad por razón de género y la discriminación —por sexo, edad u otros factores— explican tales deficiencias en cierta medida y se aprecian incluso en las respuestas humanitarias bienintencionadas. Aquellas intervenciones que no tienen en



RESPUESTA

Foto © Panos Pictures/Chris de Bode



cuenta las diversas consecuencias de los desastres y conflictos para distintos grupos pueden a la larga perpetuar las desigualdades; por ejemplo, cuando en una situación de crisis se facilita atención de salud general, pero no servicios relacionados con el embarazo, el parto o la anticoncepción, de manera que las mujeres y las niñas se encuentran en una situación todavía más precaria.

En la tumultuosa fase temprana de una crisis, el alimento, el albergue y la atención de los traumas físicos agudos parecen por lo general las necesidades más acuciantes; problemas como la discriminación de género y de otro tipo pueden posponerse hasta días más propicios. Con tal planteamiento, la respuesta puede cerrar los ojos a los hechos sobre el terreno, incluso cuando se excluye a las mujeres y las niñas de la asistencia o se las expone a la violencia.

La inexistencia de una atención concertada se debe en parte a los escasos datos disponibles desglosados por sexos u otros parámetros, así como a la falta de conocimientos especializados sobre la cuestión de género de muchos equipos de respuesta inicial.

En el último decenio se ha progresado notablemente en la prestación de servicios humanitarios específicos para las mujeres y las niñas. No obstante, siguen existiendo lagunas importantes, tanto en la acción como en la financiación.

Dada la escala que ha adquirido la crisis mundial, y teniendo en cuenta quiénes son la mayoría de las víctimas, ha llegado el momento de transformar el enfoque convencional para tener en cuenta la diversidad de las poblaciones afectadas por las crisis y esgrimirla con el propósito de reducir los riesgos, acelerar la recuperación y aumentar la resiliencia.

MEDIDAS Y SERVICIOS ESENCIALES DESDE EL PRIMER MOMENTO DE UNA CRISIS

SERVICIOS PRIORITARIOS

- Atención obstétrica y neonatal de urgencia
- Sistema de remisión de urgencias obstétricas
- Suministros para partos higiénicos y sin riesgos
- Anticoncepción
- Preservativos
- Antirretrovirales
- Atención clínica para los supervivientes de violaciones

OBJETIVOS



Prevenir la mortalidad materna e infantil



Reducir la transmisión del VIH



Prevenir y gestionar las consecuencias de la violencia sexual

Situar la salud sexual y reproductiva en el centro de la acción humanitaria

Hasta hace tan solo 20 años, la salud sexual y reproductiva se mantuvo en un segundo plano ante prioridades en la respuesta humanitaria como el agua, el alimento y el albergue. Sin embargo, desde principios de la década de 1990, se han realizado numerosos estudios y recogido pruebas que han dado mucha más visibilidad a la salud de las mujeres y las niñas. Numerosas intervenciones humanitarias satisfacen ya las necesidades asociadas al embarazo y el parto, e intentan prevenir y hacer frente a la vulnerabilidad frente a la violencia sexual y por razón de género, y a las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

No solo se ha reconocido de manera más generalizada que cubrir tales necesidades es un imperativo humanitario y una cuestión de defensa y respeto de los derechos humanos, sino que también resulta evidente que garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva es uno de los caminos hacia la recuperación, la reducción del riesgo y la resiliencia. Los beneficios alcanzan a las mujeres y las niñas, pero no solo a ellas. La posibilidad de que accedan a servicios de salud sexual y reproductiva, así como a un conjunto de programas humanitarios que luchan contra las desigualdades de manera expresa,

Se requiere un cambio fundamental: no limitarse a reaccionar a los desastres y conflictos cuando estos se desatan —y en ocasiones se prolongan durante decenios—, y apostar por la prevención, la preparación y el empoderamiento de individuos y comunidades para sobrellevar las crisis y recuperarse de ellas.

tiene efectos positivos que se propagan a todos los aspectos de la acción humanitaria.

La insostenibilidad de la financiación exige transformar la acción humanitaria

El grueso de la acción humanitaria es coordinado y gestionado por los principales actores internacionales —entre ellos, las Naciones Unidas— y ha sido financiado tradicionalmente por naciones donantes pertene-

RESILIENCIA

Foto © UNFPA/Ben Manser

cientes a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, si bien otros países y donantes privados empiezan a asumir también una función importante. La demanda de asistencia humanitaria ha crecido anualmente desde 2011, pero la financiación no lo ha hecho al mismo ritmo. Así pues, han surgido déficits sin precedentes que han dado lugar a respuestas inadecuadas o insuficientes para millones de personas necesitadas.

La ampliación continua del déficit indica que los acuerdos de financiación vigentes pueden resultar insostenibles. Lo mismo puede decirse del enfoque tradicional de la acción humanitaria.

Las crisis se sucederán, y siempre habrá necesidades agudas que satisfacer. Para ello se requiere un cambio fundamental: no limitarse a reaccionar a los desastres y conflictos cuando estos se desatan —y en ocasiones se prolongan durante decenios—, y apostar por la prevención, la preparación y el empoderamiento de individuos y comunidades para sobrellevar las crisis y recuperarse de ellas.

Inclinar la balanza en detrimento de la reacción y la respuesta, y en favor de la preparación, la prevención y la resiliencia

Debemos aspirar a un mundo más resiliente y menos vulnerable. En ese mundo, el desarrollo nacional e

internacional es plenamente inclusivo y equitativo, y defiende los derechos de toda la población. En él, las mujeres y las niñas ya no deben hacer frente a numerosas desventajas y están empoderadas por igual para desarrollar plenamente su potencial y contribuir al desarrollo y la estabilidad de sus comunidades y naciones.

Sería un mundo en el que todos los países gestionarían su economía y su gobierno con el objetivo de que todas las personas tengan acceso a un trabajo decente y a servicios esenciales de buena calidad, incluida la atención de salud sexual y reproductiva. Aquellos que fijan el rumbo de las políticas públicas coincidirían en que la inversión en un desarrollo equitativo e inclusivo es probablemente la mejor inversión y, sin duda, la más justa y humana que puede hacerse. Entre los beneficios de amplio alcance se encuentra la reducción de los riesgos y efectos de las crisis.

La transformación en un mundo más resiliente y menos vulnerable depende también de una gestión mejor de los riesgos y de la existencia de instituciones que cuenten con capacidades suficientes antes de las crisis. El primer paso es conocer los riesgos de manera integral; solo entonces pueden efectuarse inversiones eficaces para reducirlos.

PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y EMPODERAMIENTO



Gestionar mejor los riesgos



Corregir la desigualdad de género



Promover la resiliencia de los individuos a través de la educación y la salud



Desarrollar las capacidades de las instituciones antes de los desastres



Facilitar la vigencia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos



Esforzarse por alcanzar un desarrollo inclusivo y equitativo a largo plazo

Cuando no sea posible evitar totalmente esos riesgos, es fundamental llevar a cabo una preparación proactiva para mitigar sus peores consecuencias. Una de las estrategias más importantes para reducir los riesgos en todos los países consiste en impulsar la resiliencia de la población frente a ellos. Las perspectivas de las

Mientras la desigualdad y el acceso inequitativo merman sus derechos, aptitudes y oportunidades, las mujeres y las niñas seguirán estando entre las personas más necesitadas de asistencia humanitaria y menos preparadas para contribuir a la recuperación y la resiliencia.

personas sanas, educadas, con unos ingresos adecuados y que disfrutaran de todos los derechos humanos son mucho más halagüeñas cuando los riesgos se materializan.

Romper el ciclo vicioso de la discriminación y la desigualdad

Uno de los eslabones más débiles de la resiliencia en este momento son las mujeres y las niñas, y las instituciones que les dan servicio. Mientras la desigualdad y el acceso inequitativo merman sus derechos, aptitudes y oportunidades, las mujeres y las niñas seguirán estando entre las personas más necesitadas de asistencia humanitaria y menos preparadas para contribuir a la recuperación y la resiliencia.

La transformación puede comenzar, en cierta medida, en el periodo posterior a una crisis, aunque ello depende en buena parte de la respuesta. Si esta reproduce fundamentalmente los patrones discriminatorios existentes —por ejemplo, al no prestar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad desde el primer momento—, no será transformadora. Tampoco obtendrá buenos resultados en todos los indicadores de eficacia y relativos a los derechos humanos. Todas las cuestiones humanitarias conllevan



AVANZAR

Foto © Panos Pictures/Sven Torfinn



algún tipo de perspectiva de género, pues los hombres y las mujeres, las niñas y los niños perciben el mundo de maneras notablemente distintas. Toda acción humanitaria, por tanto, debe reconocer y responder a esas diferencias y tratar de corregir las disparidades.

Siempre que sea posible, la asistencia humanitaria ha de cuestionar las formas existentes de discriminación; por ejemplo, mediante la provisión de servicios integrales para los supervivientes de la violencia por razón de género. También puede conseguir que los hombres y los niños contribuyan a promover la aceptación de las nuevas normas sociales, tales como las referentes a los derechos inherentes a la mujer y la resolución pacífica de las diferencias.

Acabar con la distinción artificial entre la acción humanitaria y el desarrollo

Las crisis y la agitación que asolan el mundo en la actualidad demandan mucho más de nosotros. Se requiere un desarrollo mejor; una acción humanitaria mejor; una gestión del riesgo mejor; una mayor atención a la prevención, la preparación y la resiliencia; y vínculos más sólidos entre todos esos aspectos.

Comparten un hilo conductor: la igualdad entre los géneros y en todas sus otras formas —cuya consecución depende en parte de la plena vigencia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos— conduce a una vulnerabilidad mucho menor y a una resiliencia mucho mayor para los individuos y las sociedades en general.

La distinción entre la respuesta humanitaria y el desarrollo es hoy errónea. La acción humanitaria puede sentar las bases del desarrollo a largo plazo. El desarrollo, cuando beneficia a toda la población y permite que esta disfrute de sus derechos, incluidos los derechos reproductivos, ayuda a los individuos, las instituciones y las comunidades a resistir las crisis. Asimismo, puede acelerar la recuperación.

Un desarrollo equitativo, inclusivo y fundamentado en los derechos, así como la resiliencia que este impulsa, hacen innecesarias en muchos casos las intervenciones humanitarias. Con la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible acordada a nivel internacional y la proximidad de la Cumbre Humanitaria Mundial de 2016, ha llegado el momento de actuar y replantear la acción humanitaria, otorgando un lugar preponderante a la salud y los derechos de las mujeres y las niñas.

NUEVA VISIÓN PARA LA ACCIÓN HUMANITARIA



En el centro de los elementos interrelacionados de la acción humanitaria, desde la respuesta hasta la resiliencia y el desarrollo, se encuentran la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Un mundo frágil

El número de desastres naturales, en especial de inundaciones y tormentas, dobla la cifra registrada hace 25 años. Los conflictos, sobre todo los que ocurren dentro de las fronteras nacionales, fuerzan a millones de personas a huir de sus casas.

El conflicto, la violencia, la inestabilidad, la pobreza extrema y la vulnerabilidad a los desastres son condiciones profundamente relacionadas entre sí que en la actualidad impiden a más de 1.000 millones de personas disfrutar de los enormes logros sociales y económicos alcanzados desde el final de la segunda guerra mundial.

Cuando no hay tiempo que perder: cobertura de las necesidades básicas de salud de las embarazadas durante los desplazamientos.



Ashur con su familia en Gevgelija.

Foto © UNFPA/Nake Batev

«Estaba embarazada de tres meses. Aunque me preocupaban las consecuencias del viaje para mi bebé, no tenía elección; teníamos que irnos», cuenta Leyla Ashur, una de los centenares de sirios a los que se permitió acceder a la ex República Yugoslava de Macedonia desde Grecia un día de agosto.

Ashur, de 35 años, explica que en 2012 huyó junto a su esposo y sus cuatro hijos de los combates en su ciudad natal, Dayr Az-Zawr (Siria). Pasaron alrededor de un año en el Iraq. Sin embargo, el miedo a la violencia del autoproclamado Estado Islámico del Iraq y el Levante (EIL) los empujó a cruzar otra frontera hasta Turquía, donde permanecieron tres años, hasta que incluso allí la situación se hizo insostenible. Dice que no solo les atemorizaba una posible intensificación de la violencia en la frontera, sino que también se sentían explotados y rechazados por su comunidad de acogida.

«Cuando veían que éramos sirios, nos hacían pagar el triple de alquiler que el resto de la gente», recuerda. «Y todo el mundo nos decía: “Marchaos, marchaos”».

Así pues, los seis miembros de la familia embutieron sus escasas pertenencias en mochilas y se marcharon. Tardaron diez días en atravesar Turquía, en los que apenas descansaron ni comieron durante el trayecto. «Nadie nos ayudó», se queja Ashur.

Cuando ella y su familia alcanzaron la ciudad de Bodrum, en la costa turca, entregaron 10.000 euros a un contrabandista, junto a otras 20 personas, para que transportase al grupo a bordo de una balsa inflable, a través del mar Egeo, hasta la isla griega de Íos. Desde allí llegaron a la ex República Yugoslava de Macedonia.



Leyla Ashur con su familia.
Foto © UNFPA/Nake Batev

Una vez en la ciudad sureña de Gevgelija, Ashur y su familia emprendieron la siguiente etapa de su viaje hacia el norte, con el propósito de cruzar a Serbia y Hungría para llegar a Bélgica, donde vive la hermana de su esposo.

«Alcanzaremos nuestro destino o moriremos en el intento».

Mientras centenares de personas se agolpaban en trenes y buses atestados, o sencillamente recorrían a pie los 178 kilómetros que los separaban de la ciudad fronteriza de Kumanovo, al norte, Ashur y su familia encontraron un taxi dispuesto a llevarlos a cambio de 100 euros. Sus dos hijos pequeños hicieron gestos de despedida desde la ventana trasera.

Alrededor del 80% de las personas en tránsito por el país son sirios como Ashur y su familia. Aproximadamente el 5% son

afganos e iraquíes. El resto proceden del Pakistán, Somalia, Palestina y cinco países de África Subsahariana.

Entre junio y agosto de 2015, un promedio de 700 refugiados y migrantes siguieron cada día el mismo camino hacia el norte de Europa a través de la ex República Yugoslava de Macedonia. Uno de cada 4 son mujeres, y en torno al 6% están embarazadas.

Son muchas las embarazadas con problemas de salud derivados de recorrer largas distancias a pie sometidas a las altas temperaturas, la mala nutrición, la deshidratación y la ausencia de sistemas de saneamiento, lo que puede dar lugar a complicaciones en el embarazo o incluso a abortos. Además, muchas están traumatizadas, afirma Suzana Paunovska, que trabaja para la Cruz Roja en la capital, Skopie. «Se les nota de inmediato en la cara».

En junio, el Gobierno anunció que los refugiados y migrantes podrían acceder gratuitamente a la atención de salud, incluidos los servicios de obstetricia y ginecología, en los centros de salud y hospitales públicos, entre ellos el de Gevgelija.

Sin embargo, dado que los refugiados y migrantes tienen prisa por alcanzar la frontera con Serbia en el plazo de 72 horas que el Gobierno les concede para transitar el país, la mayoría decide no aprovechar los servicios gratuitos por miedo a perder uno de los pocos trenes o buses que viajan hacia el norte.

Las embarazadas solo usarán servicios rápidos y de fácil acceso desde los centros de tránsito próximos a los pasos fronterizos, explica Bojan Jovanovski, que dirige la Asociación para la Educación y la Investigación en materia de Salud (HERA) en Skopie.

Nuestro mundo vive un paroxismo de violencia, inestabilidad y agitación que no conocía desde el fin de la segunda guerra mundial. En los dos últimos decenios, miles de millones de personas se han visto afectadas por desastres, incluidos aquellos relacionados con fenómenos meteorológicos extremos. Hoy, las crisis, como los grandes desplazamientos de personas que huyen de la pobreza extrema y de sociedades inestables, son cada vez más visibles. Da la impresión de que regiones enteras del planeta están en un estado de agitación; además, en un mundo más conectado, incluso la población de las zonas estables se siente más insegura que nunca.

Muchas crisis se prolongan durante decenios sin que se vislumbre una solución real. Los refugiados llevan un promedio de 20 años alejados de sus hogares, sin acceso a una solución duradera ni a medios de vida sostenibles. En algunos casos, las crisis han persistido durante generaciones (Milner y Loescher, 2011).

Cada crisis, ya se trate de una guerra, una epidemia mortal, un terremoto o una inundación, plantea retos únicos para la salud, la seguridad, los medios de vida y los derechos de las personas, las familias y las comunidades.

Los conflictos en curso, la devastación causada por los desastres, la inestabilidad, y la vulnerabilidad ambiental y económica han propiciado una demanda sin precedentes de acción humanitaria por parte de los gobiernos, la sociedad civil y las organizaciones internacionales.

Las inundaciones y las tormentas, los desastres naturales más frecuentes

El número de desastres naturales se triplicó entre 1980 y 2000. Aunque ha descendido ligeramente desde entonces, hoy todavía dobla la cifra registrada hace 25 años, según los datos del Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres.

Casi todos los años sufrimos entre 1 y 3 desastres de gran envergadura que provocan una mortalidad mucho mayor que otros sucesos. En casi todas las décadas se presentan también 1 o 2 desastres de tal magnitud y que dejan tal huella en la conciencia pública que se los conoce como «megadesastres».

Por cada persona que muere en un desastre hay centenares que sufren las consecuencias cuyas necesidades primarias básicas inmediatas es preciso

HERA despliega su única clínica móvil en la frontera con Grecia, a unos centenares de metros de Gevgelija, un día a la semana para brindar servicios ginecológicos básicos gratuitos y rápidos a los refugiados y migrantes. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)



Lidija Jovcevska

Foto © UNFPA/Nake Batev

cubre parcialmente los gastos de funcionamiento de la clínica.

Lidija Jovcevska es ginecobstetra en Kumanovo. Un día por semana trabaja como voluntaria en la clínica móvil. Las 5 o 6 mujeres a las que atiende en una jornada quieren saber fundamentalmente si el feto está sano. Se sirve de un aparato de ultrasonido para tranquilizar a la mayoría de las futuras madres, pero también las informa si existe riesgo de complicaciones. Algunas mujeres, después de días e incluso meses de viaje, piden también suplementos vitamínicos para aumentar sus posibilidades de dar a luz bebés sanos. Son frecuentes las infecciones vaginales y en las vías urinarias, para las que Jovcevska receta antibióticos y otros medicamentos.

A veces, algún problema grave requiere atención hospitalaria. Jovcevska remite el

caso al hospital más cercano, que atiende urgencias y partos.

Según Jovcevska, viajar en condiciones tan extremas durante el embarazo acarrea grandes riesgos. «Como madre de dos hijos, no puedo entender cómo son capaces de plantearse semejante viaje», dice, aunque reconoce que muchas de estas mujeres están desesperadas. «Una mujer a la que he atendido me ha dicho que no le importaba morir en el camino».

La clínica móvil también ofrece anticonceptivos, aunque pocas personas se benefician de ello, explica Vesna Matevska, coordinadora de programas de HERA. Los refugiados y migrantes con quienes tiene contacto son personas muy reservadas, reacias a pedir o aceptar preservativos o píldoras anticonceptivas, a pesar de que tales artículos son gratuitos y pueden obtenerse de proveedores

cubrir, tales como alimento, agua, albergue, saneamiento o atención de salud. Las personas afectadas por un desastre suelen perder sus hogares y medios de vida, verse separadas de sus familias, hacer frente a una vida de enfermedad, discapacidad u oportunidades limitadas, y ser desplazadas de sus comunidades.

Si se tiene en cuenta el crecimiento demográfico, la probabilidad de ser desplazado por un desastre es hoy un 60% más alta que hace 4 decenios. En los últimos 20 años se han producido un promedio de 340 desastres anuales que han afectado a 200 millones de personas y han costado la vida de 67.500 personas al año.

Las inundaciones causaron el 43% de los desastres registrados entre 1994 y 2014 en la Base de Datos Internacional sobre Desastres (EM-DAT) del Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres, y afectaron a casi 2500 millones de personas. Las tormentas fueron el



Por cada persona que muere en un desastre hay centenares que sufren las consecuencias cuyas necesidades primarias básicas inmediatas es preciso cubrir, tales como alimentos, agua, albergue, saneamiento o atención de salud.

segundo tipo de desastre más frecuente; provocaron la muerte de más de 244.000 personas y costaron 936.000 millones de dólares en daños materiales a lo largo de esos 9 años. Según esos datos, las tormentas han sido el tipo de desastre más caro y el segundo más letal en los dos últimos decenios.

Entre 1994 y 2013, los terremotos (incluidos los tsunamis) se cobraron la vida de casi 750.000 personas, más que todos los demás tipos de desastre juntos. Los tsunamis fueron el subtipo de terremoto más mortal, con un promedio de 79 muertes por cada 1.000 personas afectadas, en comparación con las 4 muertes por cada 1.000 de los movimientos sísmicos. Así pues, los tsunamis

fueron casi veinte veces más letales que los terremotos terrestres.

Las sequías afectaron a más de 1.000 millones de personas entre 1994 y 2014, lo que equivale a 1 de 4 personas afectadas por desastres naturales.

de servicios que no emiten juicios de valor. Afirmo que este sentido de la privacidad y las barreras lingüísticas dificultan asimismo que muchas mujeres denuncien o hablen sobre la violencia por razón de género.

Además de los servicios que proporcionan las organizaciones no gubernamentales y el Ministerio de Salud del país, existen otros que facilitan extraoficialmente personas como Lence Zdravkin, una mujer de 48 años que se define a sí misma como activista y afirma haber ayudado a centenares de mujeres embarazadas que cruzaban el país en dirección norte con el propósito de alcanzar la frontera con Serbia.

Hasta junio de 2015, los refugiados y migrantes tenían prohibido usar los trenes, autobuses o taxis, así que la mayoría sencillamente recorría a pie esa

distancia, por lo general siguiendo las principales vías ferroviarias, que pasan a tan solo diez metros de la casa de Zdravkin.

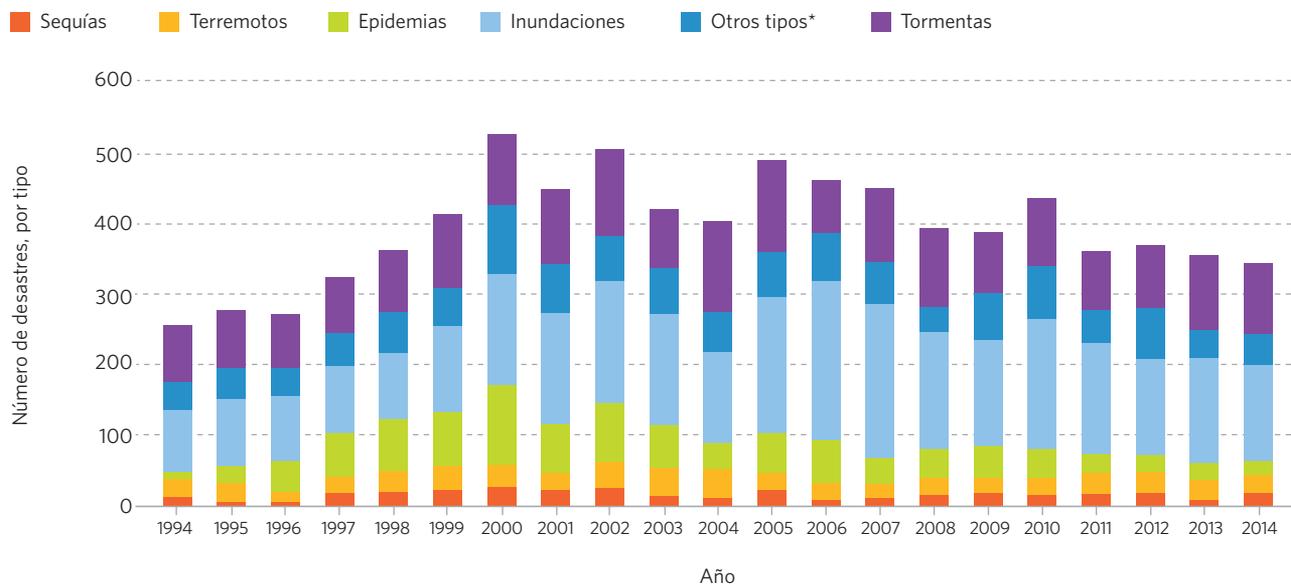
Zdravkin empezó a ofrecer a los refugiados y migrantes alimentos y agua, y abrió las puertas de su casa a personas que solo necesitaban descansar. Llevó a mujeres embarazadas al centro de salud local para que les hicieran un reconocimiento médico o para que les trataran las inevitables heridas tras días de camino en pleno verano.

«Todo sucedía ante mis ojos», recuerda Zdravkin. «No podía limitarme a mirar hacia otro lado».

Lence Zdravkin

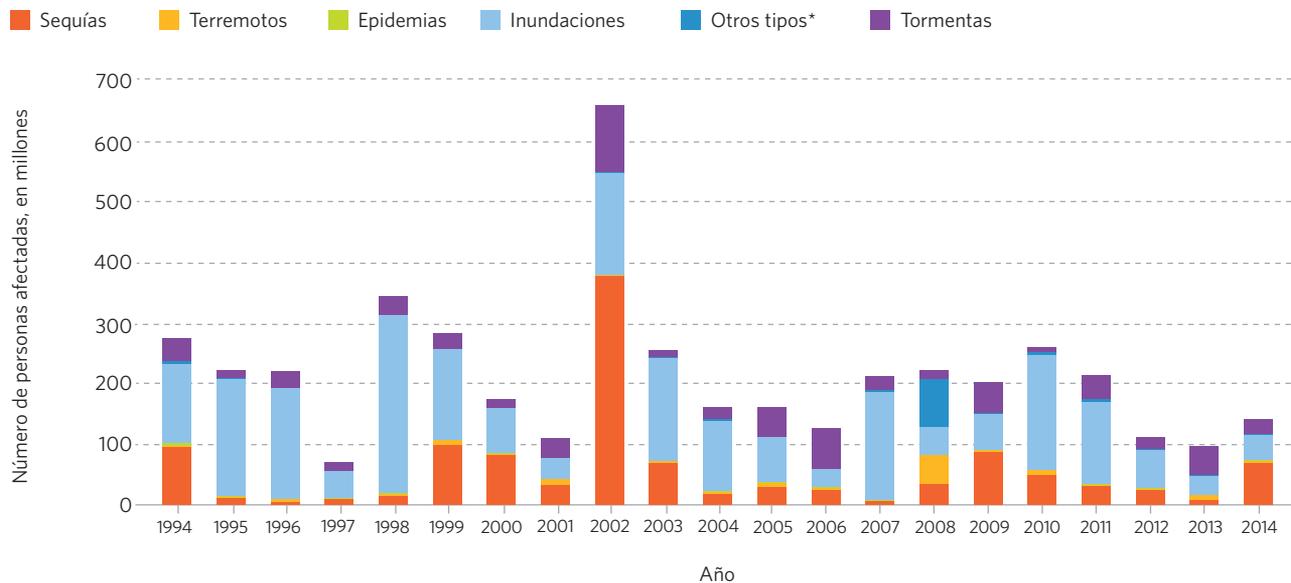
Foto © UNFPA/Nake Batev

DESASTRES NATURALES REGISTRADOS EN TODO EL MUNDO, POR TIPO, ENTRE 1994 Y 2014



*Se incluyen aquí los datos de desastres como las infestaciones de insectos, las temperaturas extremas, los deslizamientos de tierras, la actividad volcánica y los incendios forestales. (CRED, 2015a)

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRES NATURALES, POR TIPO, ENTRE 1994 Y 2014



*Se incluyen aquí los datos de desastres como las infestaciones de insectos, las temperaturas extremas, los deslizamientos de tierras, la actividad volcánica y los incendios forestales. (CRED, 2015a)

Sin embargo, solo constituyeron el 5% de tales fenómenos. Alrededor del 41% de los desastres por sequía en dicho periodo tuvieron lugar en África.

En cifras absolutas, los Estados Unidos y China registraron la mayoría de los desastres naturales entre 1994 y 2014, principalmente debido a su tamaño, a la diversidad de su territorio y a la elevada densidad de población. Entre los continentes, Asia fue el más castigado por los desastres, con 3.300 millones de personas afectadas tan solo en China y la India. Al normalizar los datos para reflejar el número de personas afectadas por cada 100.000, Eritrea y Mongolia fueron los países no insulares más afectados del mundo. Haití registró el mayor número de víctimas mortales tanto en valores absolutos como relativos al tamaño de su población, debido a las consecuencias del terremoto de 2010.

Aunque en los últimos 20 años se han registrado desastres con más frecuencia, en realidad el promedio de personas afectadas ha disminuido, desde 1 de cada 23 entre 1994 y 2003, a aproximadamente 1 de cada 39 entre 2004 y 2014.

Las muertes relacionadas con desastres, más elevadas en los países más pobres

Los datos del Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres también demuestran la incidencia del nivel de ingresos en el número de víctimas mortales de los desastres. Por término medio, en los países de bajos ingresos falleció el triple de personas (332 muertes) que en los de ingresos altos (105 muertes). Se aprecia una pauta semejante al agrupar los países de bajos ingresos y de ingresos medianos bajos y compararlos con los países de ingresos altos e ingresos medianos altos. En conjunto, en los países de rentas superiores se registraron el 56% de los desastres y el 32% de víctimas mortales; por su parte, en los países de rentas inferiores se registraron el 44% de los desastres y el 68% de muertes. Estos datos demuestran que los niveles de desarrollo económico, y no tanto la exposición a los peligros *per se*, son los principales determinantes de la mortalidad.



Las inundaciones causaron el 43% de los desastres registrados entre 1994 y 2014, y afectaron a casi **2.500 MILLONES DE PERSONAS.**



Las sequías afectaron a más de **1.000 MILLONES** de personas entre 1994 y 2014, lo que equivale a **1 DE CADA 4** personas afectadas por desastres naturales.



TSUNAMIS
79
MUERTES



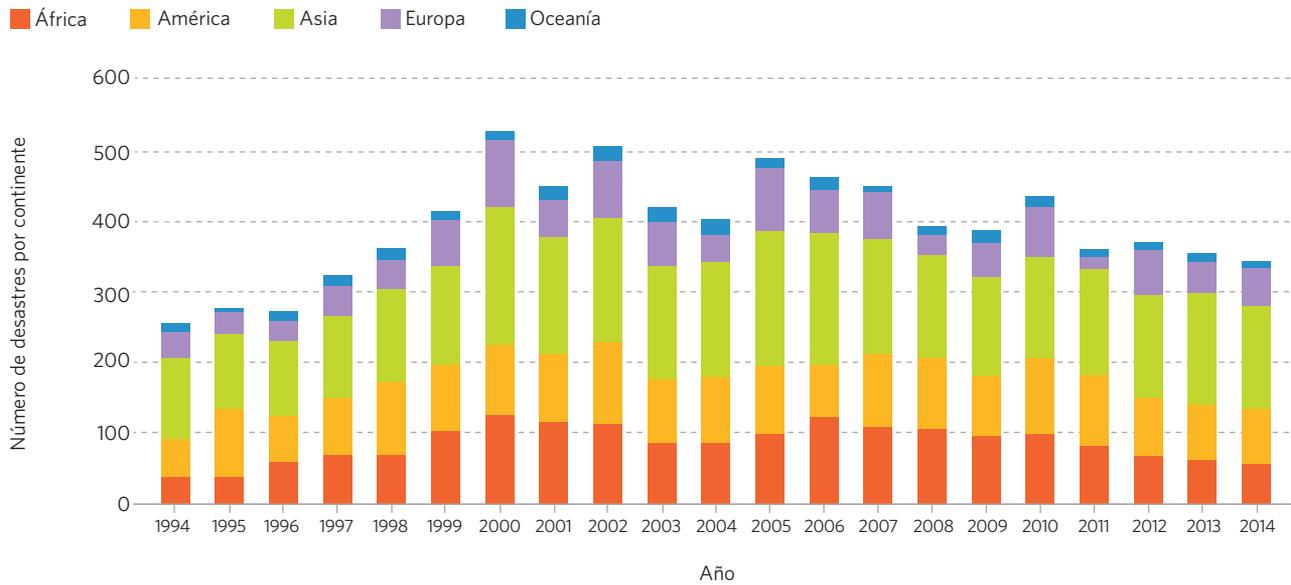
TERREMOTOS
4
MUERTES

por cada **1.000 personas afectadas**

Así pues, los tsunamis fueron casi **20 VECES** más letales que los terremotos terrestres en un periodo de 20 años.

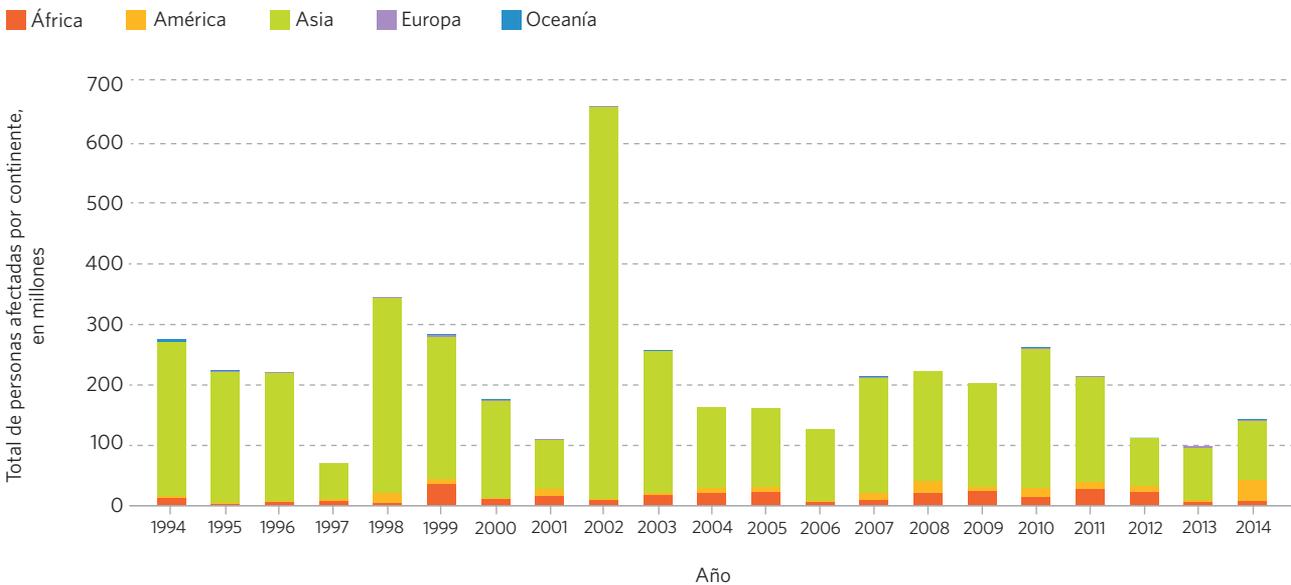
Foto © UNFPA/Ben Manser

DESASTRES NATURALES REGISTRADOS, POR REGIÓN, ENTRE 1994 Y 2014



(CRED, 2015a)

NÚMERO ESTIMADO DE PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRES NATURALES, POR REGIÓN, ENTRE 1994 Y 2014



(CRED, 2015a)

El incremento de los conflictos internos eleva el número de víctimas mortales civiles

La segunda guerra mundial, el conflicto más grave de la era moderna, sigue siendo la referencia de la humanidad en cuanto a daños en masa. Alrededor del 3% de la población mundial murió a consecuencia directa del conflicto, en su antesala o en el periodo posterior. Además, más de una tercera parte de la población mundial se vio *afectada*. Así pues, por cada muerte hubo otras diez vidas desbaratadas.

Desde la conclusión de la segunda guerra mundial, el número de conflictos internacionales descendió espectacularmente, mientras que los conflictos internos y las guerras de descolonización aumentaron en las décadas de 1950 y 1960 (Center for Systemic Peace, 2015).

El incremento de los conflictos intraestatales y la disminución de las guerras internacionales explican que hayan aumentado las muertes de civiles y se hayan reducido las muertes de soldados. Tanto si el conflicto tiene lugar dentro de las fronteras nacionales como fuera de ellas, invariablemente repercute de manera insidiosa en la vida de numerosas personas. La inseguridad y la incertidumbre crónicas deterioran a su vez la calidad de vida, la cohesión social, los medios de vida, los derechos y el potencial de desarrollo de toda la población.

Al final de la segunda guerra mundial, 940 millones de personas —el 40% de la población mundial en aquel momento— vivían en zonas de conflicto. En 1956, esa cifra cayó vertiginosamente hasta los 210 millones —el 8% de la población mundial—. A partir de ese momento, el número ha seguido aumentando hasta alcanzar los cerca de 1.000 millones de personas actuales (Garfield *et al.*, 2012).

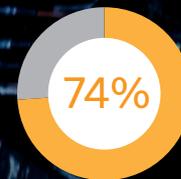
Cada año muere un promedio de 168.100 personas a consecuencia directa de un conflicto

El número de víctimas mortales es uno de los indicadores de la intensidad o magnitud de un conflicto. Toda una generación de investigadores



En la actualidad, **1 DE CADA 3** refugiados vive en un campamento. Dos de cada 3 viven en zonas urbanas.

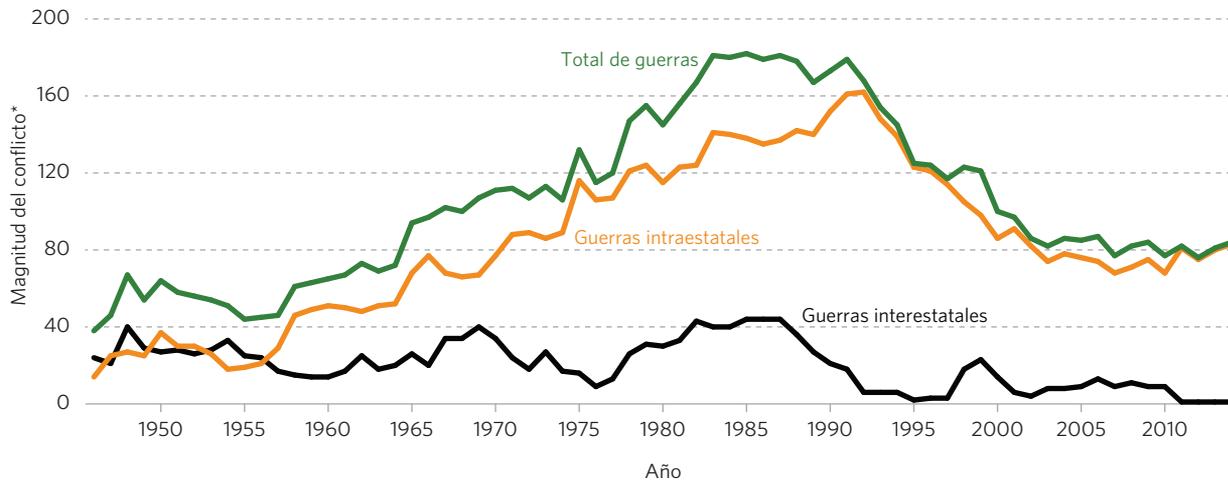
En la actualidad, **1.000 MILLONES DE PERSONAS**, en torno al 14% de la población mundial, viven en zonas en conflicto.



El 74% de las muertes por causa directa de un conflicto entre 1998 y 2008 se registró en África Central, África Oriental, Oriente Medio y Norte de África, y Asia Meridional.

Foto © Panos Pictures/Mikkel Ostergaard

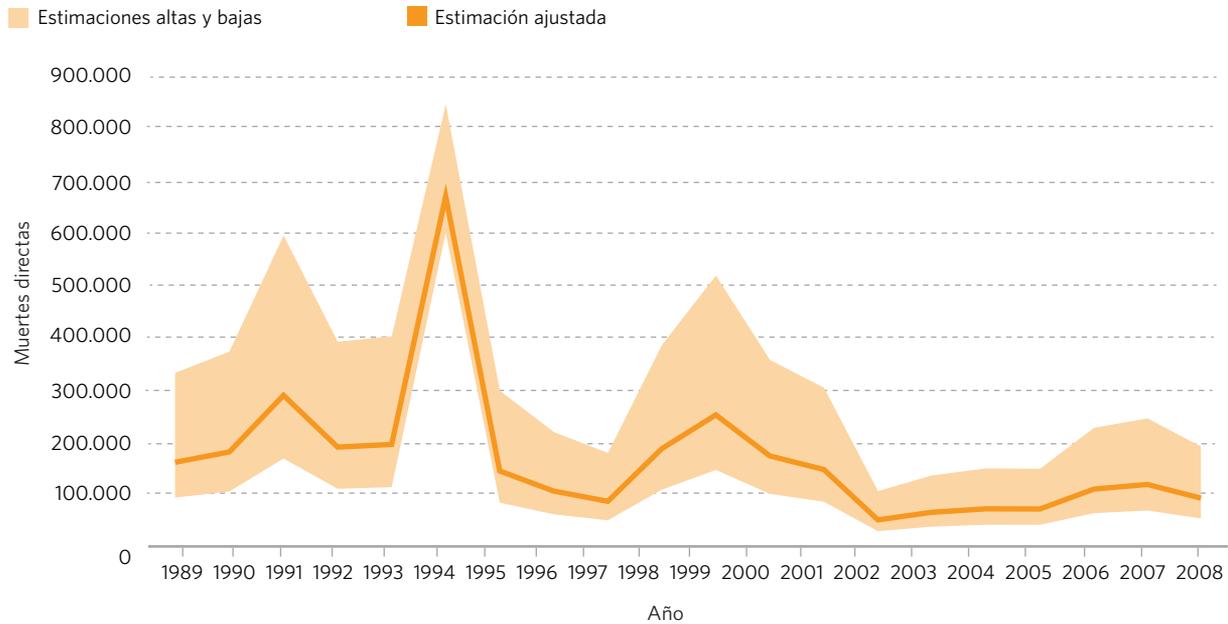
TENDENCIAS MUNDIALES EN LOS CONFLICTOS ARMADOS, ENTRE 1946 Y 2014



(Center for Systemic Peace, 2015)

* La magnitud de un conflicto se mide a partir del conjunto de sus consecuencias para el Estado o los Estados directamente afectados por la guerra, incluidos el número de combatientes y víctimas, la zona afectada, la población desplazada y la gravedad de los daños en las infraestructuras.

MUERTES POR CAUSA DIRECTA DE UN CONFLICTO



(Garfield y Blore, 2009)

CONSECUENCIAS DEL CONFLICTO PARA LAS MUJERES Y LOS HOMBRES

Disponemos de pocos datos sobre los conflictos mundiales desglosados por sexo, y los que hay son generalmente poco fiables. No obstante, algunas pequeñas encuestas sobre zonas determinadas indican que los hombres tienen muchas más probabilidades de morir por causa *directa y durante* los conflictos, mientras que es más frecuente que las mujeres mueran o sufran lesiones por causas indirectas después del conflicto (Ormhaug, 2009). Todas las estimaciones referentes a las muertes directas en conflictos sugieren que más del 90% de las bajas corresponden a hombres jóvenes adultos (Cummings *et al.*, s. f.).

	EFFECTOS DIRECTOS	EFFECTOS INDIRECTOS
HOMBRES	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores índices de morbilidad y mortalidad en los combates • Mayor probabilidad de detención o desaparición • Violencia sexual y por razón de género: matanzas selectivas por sexo; reclutamiento forzoso; tortura, violación y mutilación; forzamiento a perpetrar violencia sexual contra otras personas • Mayores índices de discapacidad a raíz de las lesiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de que los excombatientes participen en actividades delictivas o ilegales y tengan dificultades para hallar un medio de vida • Mayor prevalencia de otras formas de violencia, sobre todo de la violencia doméstica
COMUNES	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión, trauma y trastornos emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de activos e ingresos • Tendencia a un incremento de la migración • Alteración de los patrones maritales y de fertilidad • Desaparición de las redes familiares y sociales, incluidos los mecanismos de protección • Interrupción de la educación • Deterioro del bienestar, en especial por una salud deficiente y discapacidad a causa de la pobreza y la malnutrición
MUJERES	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor probabilidad de convertirse en desplazadas internas y refugiadas • Violencia por razón de género: violaciones, trata de personas y prostitución; embarazos y matrimonios forzados 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de salud reproductiva • Estrés sobre los roles reproductivo y de atención de las mujeres • Alteración de la participación en el mercado de trabajo debido a la muerte de familiares y al «efecto del trabajador extra» • Mayor incidencia de la violencia doméstica • Posibilidad de una mayor participación política • Mayor participación económica de la mujer debido al cambio de roles que tiene lugar durante el conflicto

(Anderlini, 2010)

ha intentado calcular con fiabilidad el número de víctimas mortales de los conflictos. Tales estimaciones resultan especialmente complicadas debido al protagonismo creciente de los agentes no estatales que luchan en zonas remotas y, a menudo, en países cuyas instituciones están mal equipadas para contabilizar las bajas con precisión.

Según las estimaciones, entre 1989 y 2008 hubo 3.362.000 muertes causadas directamente por los conflictos, lo que equivale a un promedio de 168.100 muertes al año (Garfield y Blore, 2009). El 74% de las muertes directas en conflictos en ese periodo tuvieron lugar en África Central, África Oriental, Oriente Medio y Norte de África, y Asia Meridional.

Desde 2008, el aumento de los conflictos en Oriente Medio ha elevado el número de muertes directas anuales a más de 200.000 (Price *et al.*, 2014). En 2012, 2 de cada 5 muertes en combate en el mundo se registraron en Siria.

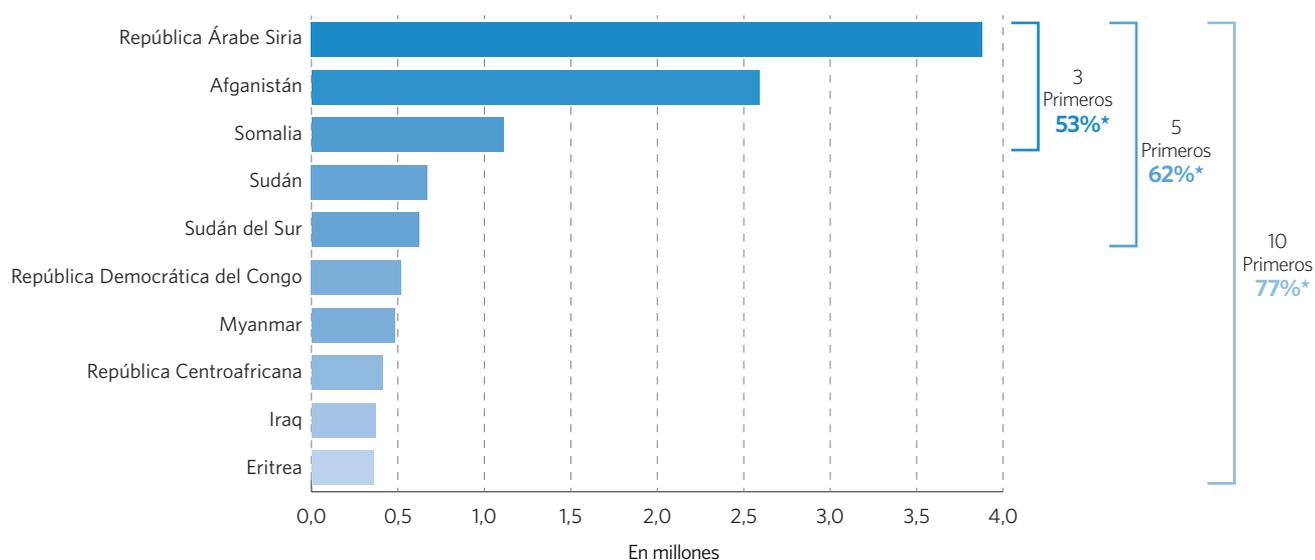
Además, las muertes resultantes del conflicto que no son consecuencia directa de los combates

superan a las muertes directas, en algunos países en una relación de 3 a 1. La mayoría de esas muertes indirectas suceden en países de bajos ingresos, donde la población civil, vulnerable, se ve privada de servicios vitales para la inmunización, la nutrición infantil y el acceso al agua potable.

Otras formas de violencia armada

La violencia armada no asociada a un conflicto también se cobra un gran número de víctimas mortales. El informe Carga Global de la Violencia Armada, de 2011, intentó contabilizar todas las muertes por arma de fuego registradas en los sistemas civiles de países de todo el mundo. Las estimaciones arrojaron un total de 400.000 muertes relacionadas con las armas de fuego en contextos distintos a situaciones de conflicto. En los últimos años, la inseguridad y el temor a la violencia armada se encuentran entre las principales causas de los desplazamientos y la migración en algunos países y han provocado una situación similar a una crisis humanitaria.

PRINCIPALES PAÍSES DE ORIGEN DE LOS REFUGIADOS



(ACNUR, 2015)

* Refleja el porcentaje con respecto a las cifras globales de refugiados a finales de 2014.

Desplazamiento a raíz de un conflicto

En 2014, el número total de refugiados y desplazados internos en todo el mundo alcanzó los 59,5 millones, la cifra más alta desde la segunda guerra mundial (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados [ACNUR], 2015). El número de desplazados internos se duplicó entre 2010 y 2015.

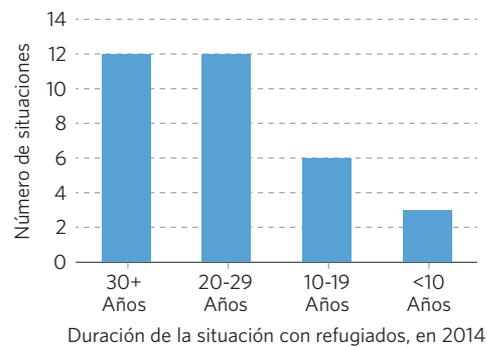
Más de la mitad de los nuevos refugiados en 2014 provenían de Siria, el Afganistán, Somalia y el Sudán. Más de la mitad de los desplazados internos residen en Siria, Colombia, el Iraq y el Sudán (Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos, 2015). En la actualidad, aproximadamente 1 de cada 4 personas en el Líbano y 1 de cada 10 en Jordania son refugiadas.

Hoy, solo 1 de cada 3 refugiados vive en campamentos; 2 de cada 3 residen en zonas urbanas.

Alrededor de dos tercios de los refugiados del mundo se encuentran «en una situación de exilio aparentemente perpetuo» (Milner y Loescher, 2011). Los 25 países más afectados por la presencia prolongada

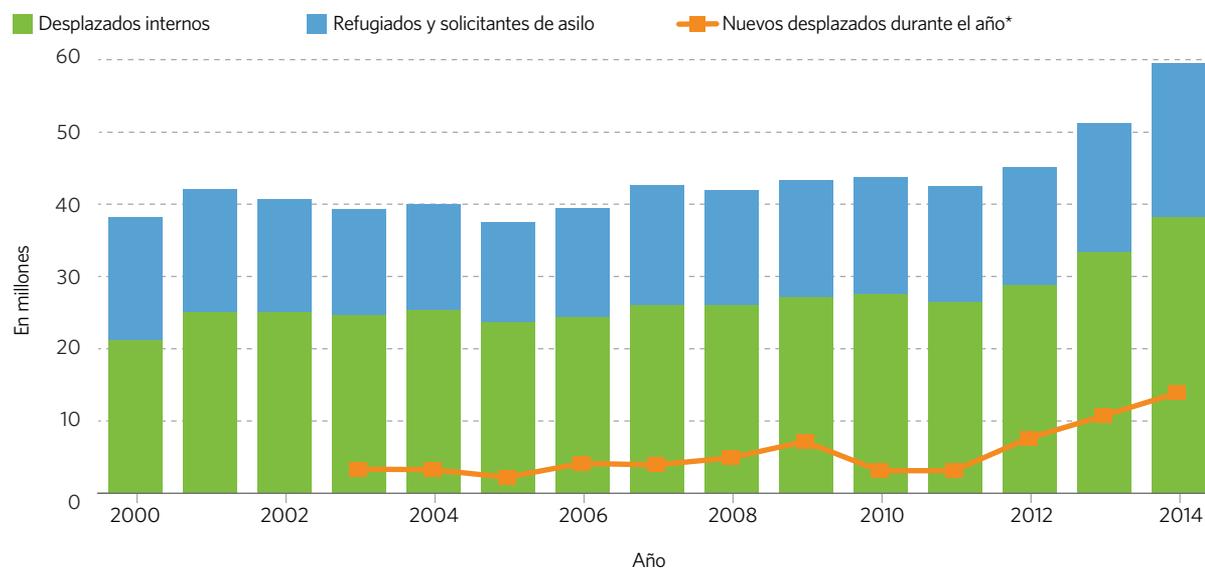
de refugiados están en el mundo en desarrollo. En este momento existen unas 30 situaciones prolongadas importantes con refugiados, cuya extensión media está próxima a los 20 años. En ese promedio, no obstante, no se incluye a muchas de las poblaciones desplazadas más crónicas y a largo plazo, tales como las que residen en zonas urbanas o las desplazadas a zonas rurales. Tampoco se incluye a los millones de

SITUACIONES PROLONGADAS CON REFUGIADOS, POR DURACIÓN



(ACNUR, 2015)

DESPLAZAMIENTO EN EL SIGLO XXI, ENTRE 2000 Y 2014



(ACNUR, 2015)

*Desplazados internos y a través de las fronteras internacionales. Solo se dispone de datos sobre los nuevos desplazados desde 2003.

refugiados palestinos bajo el mandato del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina.

Los desastres desplazan a 26,4 millones de personas al año

De acuerdo con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, desde 2008 se desplaza a causa de los desastres un promedio de 26,4 millones de personas en todo el mundo. La mayoría de los desplazamientos tienen lugar en países de ingresos bajos y medianos.

Aunque la frecuencia de los desastres geofísicos —terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas— se ha mantenido constante en los últimos años, los fenómenos climatológicos, tales como inundaciones

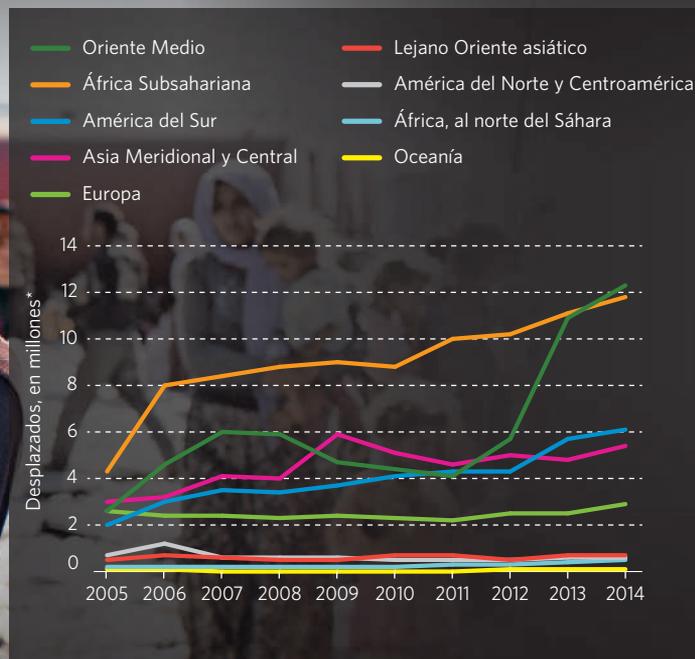
y tormentas, han aumentado. Desde 2000 ha habido un promedio anual de 341 desastres relacionados con clima, un 44% más que los registrados entre 1994 y 2000.

El Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres calcula que 19,3 millones de personas tuvieron que desplazarse debido a los desastres en 2014. A lo largo de los últimos 7 años, el 85% de esos desplazamientos inducidos por desastres han estado causados por fenómenos climatológicos, fundamentalmente por inundaciones y tormentas. En torno al 15% se ha debido a terremotos.

Las fuerzas de la fragilidad

¿Por qué hay ahora tantas crisis en el mundo? ¿Por qué de pronto el mundo parece tan frágil?

NÚMERO DE DESPLAZADOS, POR REGIÓN, ENTRE 2005 Y 2014



(Development Initiatives, 2015)

* El término «desplazados» comprende a los refugiados y a las personas que se encuentran en situaciones semejantes, a los desplazados internos y a los solicitantes de asilo. Los desplazados internos son únicamente aquellas personas a las que protege o asiste el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Los datos se organizan de acuerdo con las definiciones del país o territorio de asilo. Los países se organizan de acuerdo con la clasificación de regiones de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

Son muchas las explicaciones de la fragilidad y sus causas, pero, independientemente de cómo la definamos, la fragilidad está estrechamente vinculada a fuerzas como la pobreza, la desigualdad y la exclusión, que afectan de manera desproporcionada a las mujeres y las niñas.

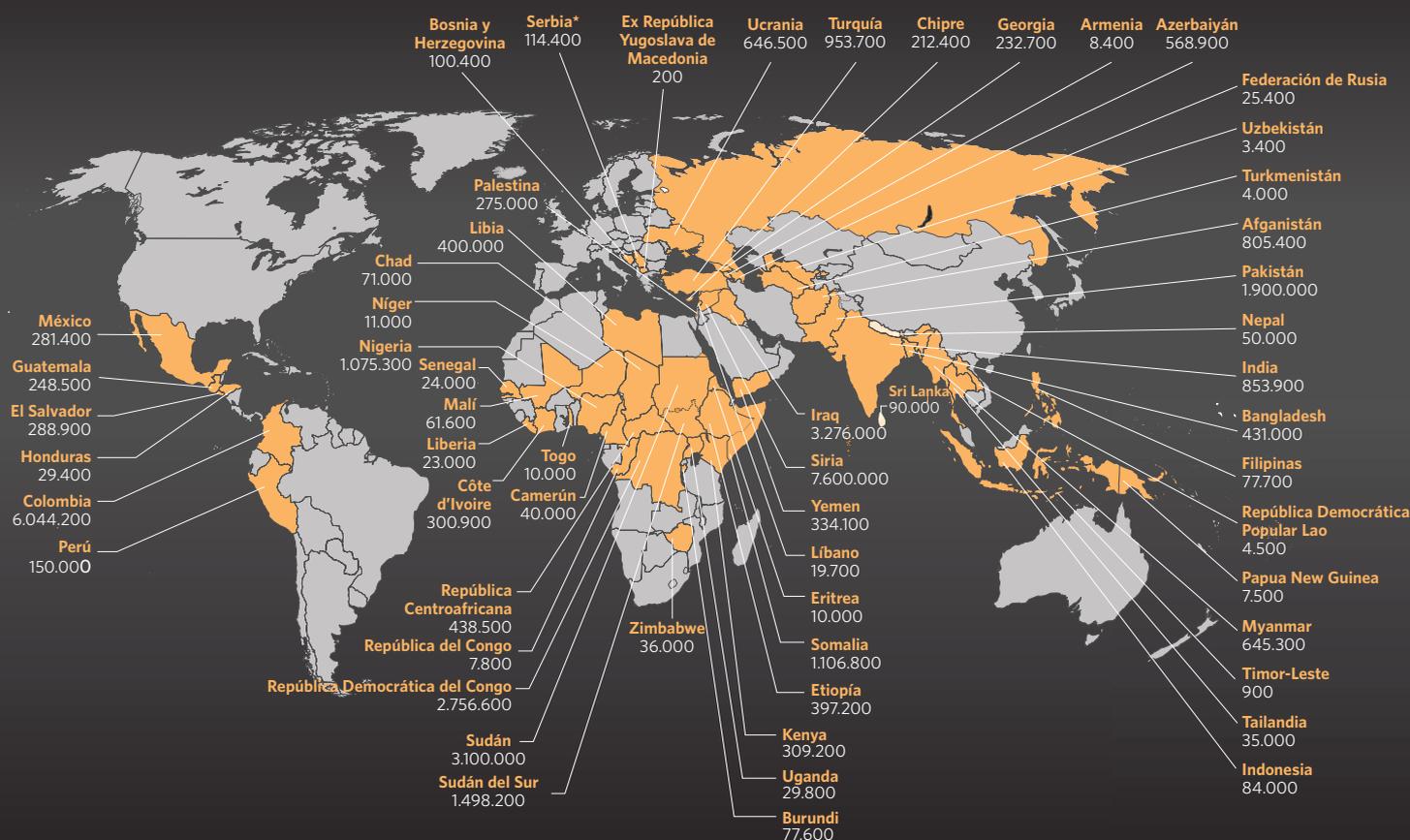
Los Estados frágiles acogen a una de cada tres personas pobres

La fragilidad puede adoptar diversas formas y manifestarse en países de cualquier nivel de renta. Según la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), «una región o un Estado frágil tiene poca capacidad para desempeñar las funciones básicas de gobierno y para desarrollar relaciones mutuamente constructivas con la sociedad».

Los Estados frágiles son más vulnerables a las conmociones internas o externas, tales como las crisis económicas o los desastres naturales (OCDE, 2013). La relación entre el Estado y la sociedad puede venirse abajo a causa de factores de estrés internos y externos, entre ellos los cambios demográficos, la innovación tecnológica y el cambio climático.

Hace diez años, la mayoría de los Estados frágiles eran países de bajos ingresos. Según las últimas estimaciones, aproximadamente la mitad de los Estados frágiles y afectados por conflictos son ahora países de ingresos medianos. A pesar de dicho cambio en el nivel de renta, la pobreza sigue concentrada en los Estados frágiles (OCDE, 2013). Los países frágiles de ingresos medianos tienen una serie de características en común, tales como los elevados niveles de violencia urbana y

DESPLAZADOS INTERNOS A CAUSA DEL CONFLICTO Y LA VIOLENCIA EN 2014



* Incluye Kosovo
(Consejo Noruego para Refugiados y Centro de Seguimiento de los Desplazamientos Internos, 2015a)

delictiva, el crecimiento de megalópolis violentas, y una población joven subempleada (Castillejo, 2015).

Los Estados frágiles acogen a una tercera parte de los pobres del mundo. Más de 1.000 millones de personas —en torno al 15% de la población mundial— viven en una situación de pobreza extrema, según las estimaciones del Banco Mundial (Banco Mundial, 2015a). La pobreza extrema, que antes se concentraba en Asia Oriental, se ha desplazado a África Subsahariana y Asia Meridional, donde vive actualmente el 80% de los pobres del mundo, en su mayoría mujeres y niños (Banco Mundial, 2015b).

Los pobres son especialmente vulnerables a las consecuencias de los conflictos, y distintos indicadores de fragilidad sugieren que un nivel elevado de pobreza y la desigualdad de los ingresos contribuyen a la inestabilidad. Los pobres disponen de menos recursos económicos, sociales y de otro tipo para sobrellevar o recuperarse de los conflictos, lo que a su vez puede agravar la pobreza.

Dos de cada tres partos no asistidos tienen lugar en Estados frágiles

A pesar de los avances económicos y sociales logrados en los últimos decenios en todo el mundo, un amplio y creciente porcentaje de la humanidad vive en una situación de mayor inseguridad e inestabilidad. En esos países encontramos los principales retos para la estabilidad, el desarrollo y la consecución de avances sociales. Gates *et al.* (2010) resumieron las consecuencias con datos que demuestran que cerca de la mitad de la población de los países de ingresos bajos vivían en 2010 en Estados frágiles, en conflicto o que se recuperaban de un conflicto. En esas mismas zonas habitaban el 60% de la población mundial subalimentada y el 77% de los niños que no asisten a la escuela primaria, y se registraban el 70% de las muertes de lactantes y el 64% de los partos no asistidos.

Al comparar la fragilidad de los Estados con los principales indicadores de salud reproductiva surgen correlaciones que demuestran que es probable que en los países extremadamente frágiles haya menos partos asistidos por personal cualificado, mayores índices

de embarazo adolescente y más necesidades no satisfechas en el ámbito de la planificación familiar.

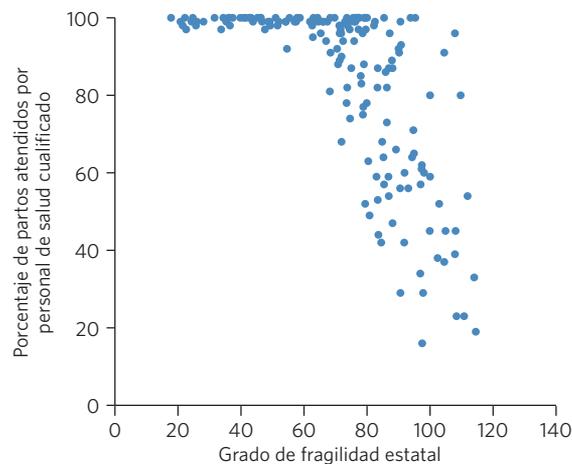
Medir la fragilidad

Diversos grupos han desarrollado medios para determinar si un Estado es frágil y, por tanto, vulnerable a los conflictos o las consecuencias de los desastres (OCDE, 2015).

La Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos publica todos los años un Índice de Estados Frágiles en el que se refleja la vulnerabilidad de los países y territorios a los conflictos y los desastres, a través de cinco dimensiones clave: el grado de violencia; el nivel de acceso a la justicia y el Estado de derecho; si las instituciones nacionales son eficaces, responsables e inclusivas; el nivel de estabilidad económica; y la resiliencia para sobrellevar y adaptarse a las conmociones y los desastres. Nueve de los 50 lugares más frágiles figuran en los puestos bajos de la clasificación de las 5 dimensiones (OCDE, 2015).

Otra medición, el Índice de Paz Mundial, evalúa el grado de paz de 162 países. Publicado por el Institute for Economics and Peace (IEP), el índice examina la situación de seguridad en la sociedad, la gravedad de los conflictos internos e internacionales,

EL PORCENTAJE DE PARTOS ATENDIDOS POR PERSONAL DE SALUD CUALIFICADO ES MENOR EN LOS ESTADOS FRÁGILES

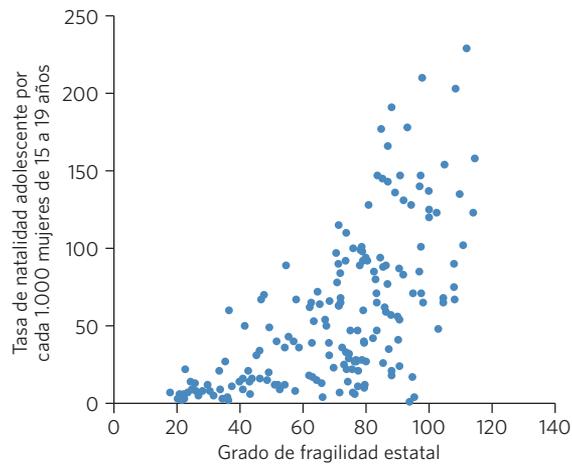




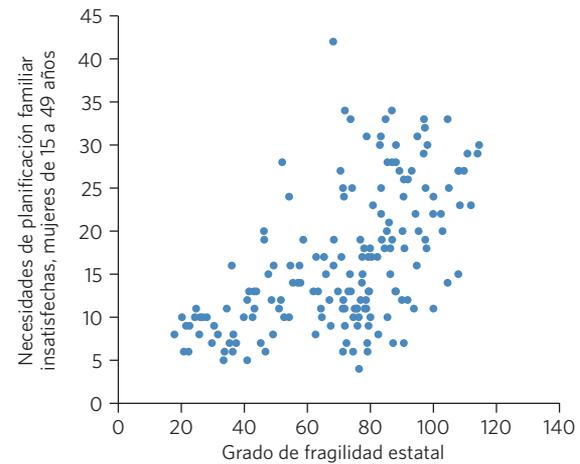
Sapana Suwal, de 25 años, con sus hijos en un albergue para los supervivientes del terremoto en Bhaktapur (Nepal).

Foto © Panos Pictures/Brian Sokol

LA TASA DE NATALIDAD ADOLESCENTE TIENDE A SER MAYOR EN LOS ESTADOS FRÁGILES



LAS NECESIDADES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR INSATISFECHAS SUELEN SER SUPERIORES EN LOS ESTADOS MÁS FRÁGILES



DIMENSIONES DE LA FRAGILIDAD

EL ÍNDICE DE ESTADOS FRÁGILES 2015 DE LA ORGANIZACIÓN DE COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICOS

El índice refleja la vulnerabilidad de los países y territorios a los conflictos y los desastres, a través de cinco dimensiones clave: el grado de violencia; el nivel de acceso a la justicia y el Estado de derecho; si las instituciones nacionales son eficaces, responsables e inclusivas; el nivel de estabilidad económica; y la resiliencia para sobrellevar y adaptarse a las conmociones y los desastres.

LA VULNERABILIDAD EN DISTINTAS DIMENSIONES:

-  **VIOLENCIA**
-  **JUSTICIA**
-  **INSTITUCIONES**
-  **RESILIENCIA**
-  **FUNDAMENTOS ECONÓMICOS**



y el grado de militarización. Entre 2013 y 2014, 78 países se volvieron menos pacíficos, según el índice (IEP, 2014).

El Índice de Estados Frágiles de The Fund for Peace (FFP) examina 12 dimensiones de la vulnerabilidad, entre ellas si el desarrollo económico es desigual o equitativo, si se respetan los derechos humanos y las libertades, el grado de pobreza y deterioro económico, la frecuencia de los desastres, y la disponibilidad para todos de los servicios fundamentales, en especial de educación y salud. Según el índice, cuatro países se encuentran en una situación de «alerta muy elevada»; Sudán del Sur encabeza la clasificación, seguido por Somalia, la República Centroafricana y el Sudán. Entre 2013 y 2014, los parámetros de fragilidad del índice empeoraron de alguna manera en 67 países (FFP, 2015).

Al margen del índice, cada vez más países son considerados frágiles y, por tanto, probablemente más vulnerables a los conflictos o a las consecuencias de los desastres.

Evaluar el riesgo

No siempre es posible prevenir las crisis y los desastres humanitarios, aunque sí pueden mitigarse en gran medida sus consecuencias. Conocer el riesgo de crisis y desastre es fundamental para reducirlo y gestionarlo. La evaluación del riesgo se propone identificar y priorizar a las personas y los lugares con un riesgo mayor de desastre, y hallar el modo de disminuir y gestionar los riesgos a que hacen frente (INFORM, 2015).

El Índice para la Gestión de los Riesgos (INFORM) es un proyecto conjunto de las organizaciones internacionales y bilaterales de las Naciones Unidas y determinadas instituciones de investigación. Emplea 50 indicadores para medir los peligros y la exposición de las personas a ellos, su vulnerabilidad y la cantidad y el tipo de recursos que tienen a su disposición para sobrellevarlos (INFORM, 2015).

Los datos de INFORM indican que el riesgo de sufrir crisis humanitarias ha aumentado en 3 países de bajos ingresos, 6 países de ingresos medianos bajos, 4 países de ingresos medianos altos y 2 países



Residentes de Unión Balsalito (Colombia).

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

de ingresos altos que no son miembros de la OCDE (INFORM, 2015).

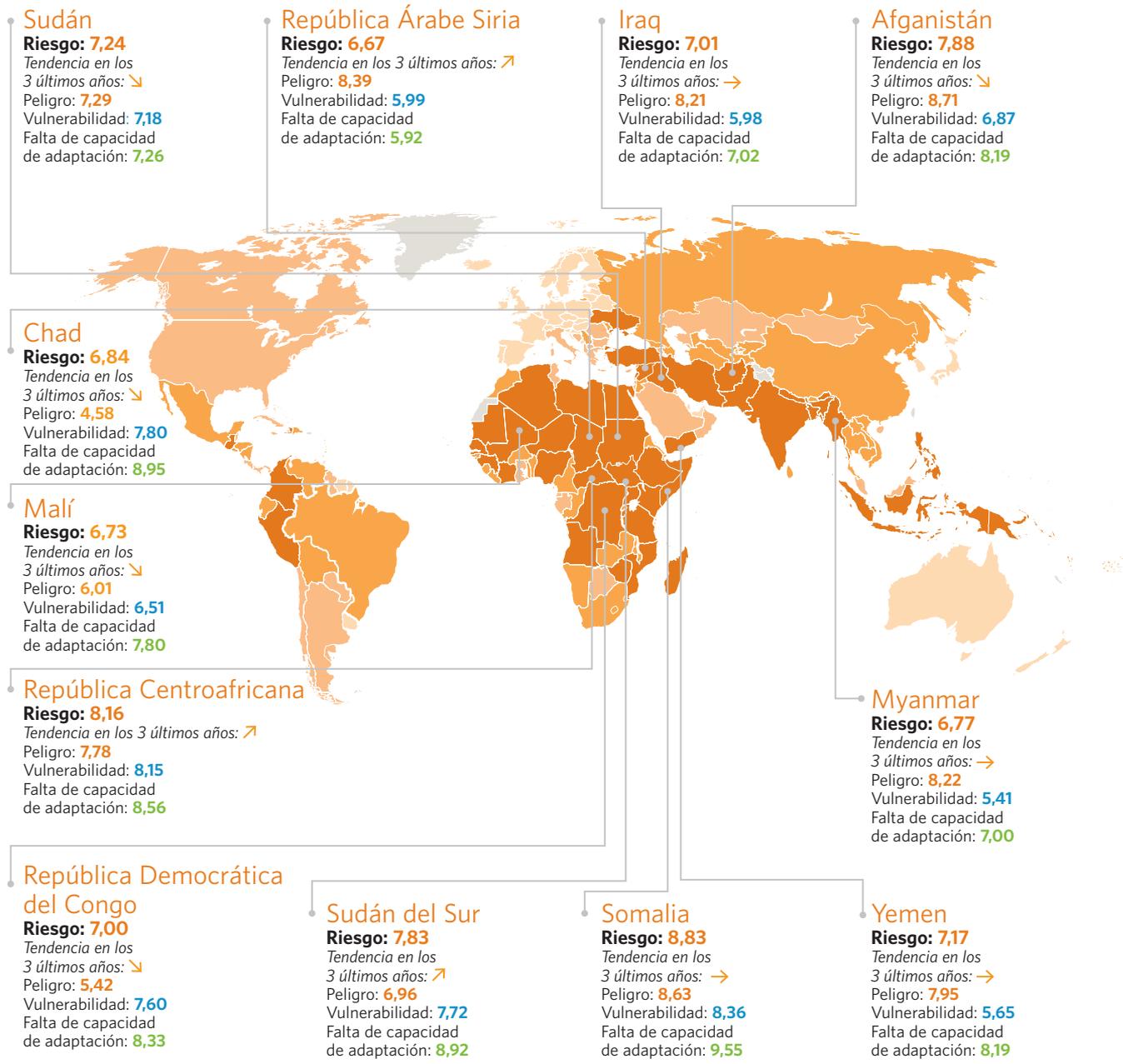
INFORM también muestra que el riesgo ha disminuido significativamente en 22 países de bajos ingresos, 28 países de ingresos medianos bajos, 43 países de ingresos medianos altos, 16 países de ingresos altos que no son miembros de la OCDE y 29 países de ingresos altos pertenecientes a la OCDE (INFORM, 2015).

Según el Instituto de Desarrollo de Ultramar, los 11 países en mayor riesgo de pobreza a causa de un desastre son Bangladesh, Etiopía, Kenya, Madagascar, Nepal, Nigeria, el Pakistán, la República Democrática del Congo, el Sudán, Sudán del Sur y Uganda (Instituto de Desarrollo de Ultramar [ODI] *et al.*, 2013).

Dejando al margen la exposición a los terremotos y los ciclones, y evaluando únicamente las sequías, las temperaturas extremas y el riesgo de inundaciones, la conclusión es que para 2030 nada menos que 319 millones de personas extremadamente pobres vivirán en los 45 países más expuestos a esos peligros. Esta cuestión es un motivo de preocupación importante, dado que los riesgos de sequía e inundaciones se encuentran entre los factores más determinantes del empobrecimiento a largo plazo (ODI *et al.*, 2013).

RIESGO EN 2015

El índice general de riesgo identifica a aquellos países en riesgo de sufrir una crisis humanitaria o desastre cuya capacidad de respuesta nacional podría verse desbordada. Se compone de tres dimensiones: peligros y exposición, vulnerabilidad y falta de capacidad de adaptación. El mapa muestra los datos de los 12 países con un riesgo global más elevado.



ÍNDICE DE RIESGO INFORM

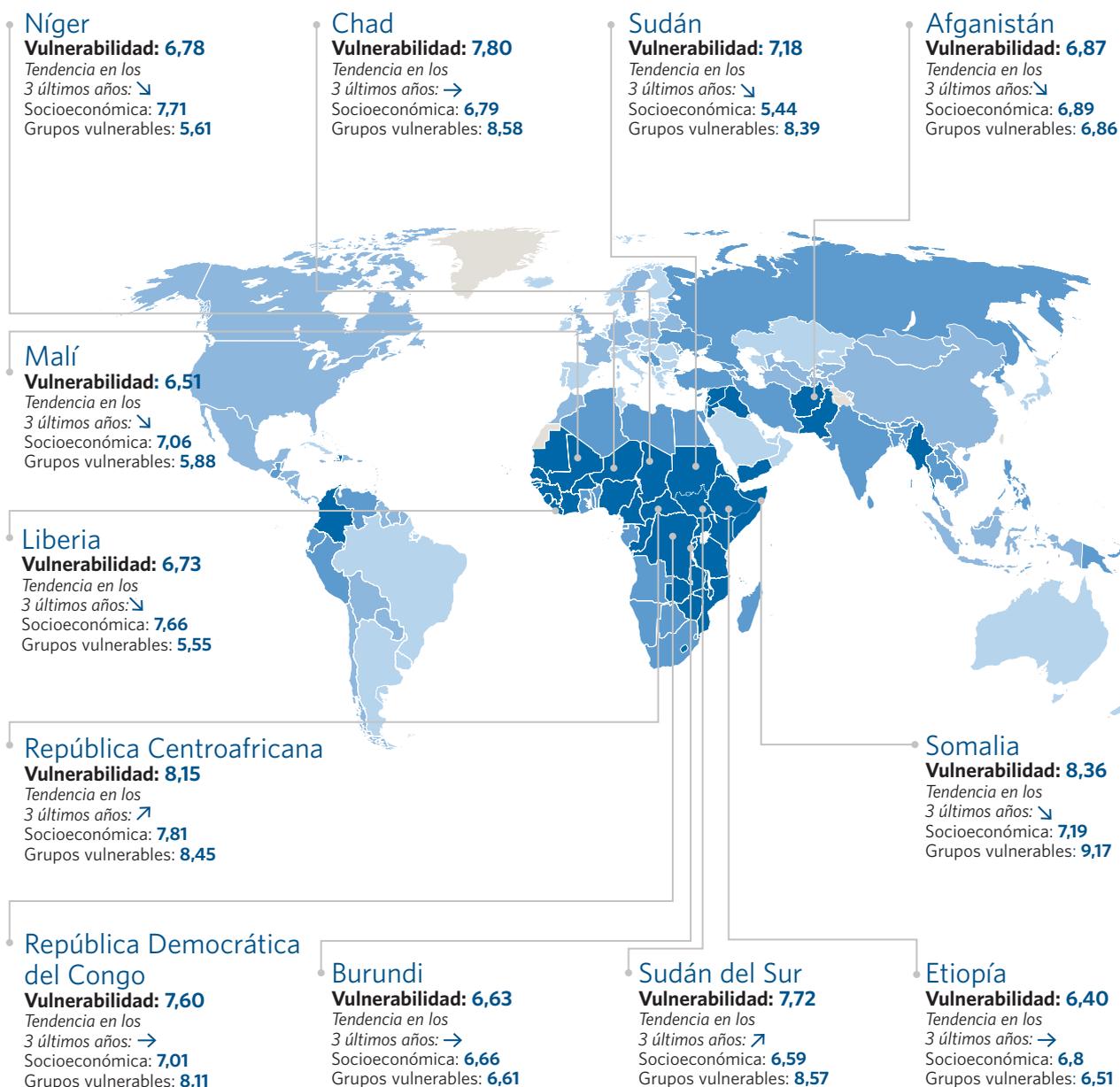


LEYENDA ↗ Riesgo creciente → Estable ↘ Riesgo decreciente

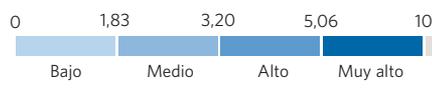
(INFORM, 2015)

VULNERABILIDAD EN 2015

Esta dimensión mide la susceptibilidad de la población a posibles peligros. Se compone de dos categorías: vulnerabilidad socioeconómica y grupos vulnerables. El mapa muestra los datos de los 12 países con valores más elevados en la dimensión de vulnerabilidad.



ÍNDICE DE VULNERABILIDAD INFORM



LEYENDA ↗ Riesgo creciente → Estable ↘ Riesgo decreciente

(INFORM, 2015)

TENDENCIAS DE RIESGO EN LOS 5 ÚLTIMOS AÑOS, POR GRUPO DE INGRESOS DEL BANCO MUNDIAL, ENTRE 2011 Y 2015

Tendencias de riesgo en los 5 últimos años, por grupo de ingresos del Banco Mundial, 2011-2015					
	Ingresos bajos (35)	Ingresos medianos bajos (47)	Ingresos medianos altos (55)	Ingresos altos: no pertenecientes a la OCDE (22)	Ingresos altos: OCDE (31)
Aumento significativo (> 0,5)	3	6	4	2	0
Estable	10	13	8	4	2
Descenso significativo	22	28	43	16	29

(INFORM, 2015)

En todo el mundo, los desastres naturales son cada vez más graves y costosos. Los desastres naturales, que pueden clasificarse como climáticos o geofísicos, se producen cuando los peligros naturales inciden en la vida y los medios de vida del ser humano. En la actualidad, la mayoría de los desastres naturales se atribuyen a fenómenos climatológicos cada vez más frecuentes, como las tormentas o las inundaciones (Centro de Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres [CRED], 2015).

El informe *Bajemos la temperatura*, del Banco Mundial, destaca los dramáticos efectos del clima mundial y los fenómenos meteorológicos extremos a medida que aumentan las temperaturas globales (Banco Mundial, 2013). Las consecuencias del incremento de las temperaturas del planeta se concentran de manera desproporcionada en los países de ingresos bajos y medianos y en los pequeños Estados insulares en desarrollo. Es probable que las poblaciones pobres y más vulnerables sean las más afectadas —precisamente las que menos capacidad o recursos tienen para adaptarse y recuperarse—.

La frecuencia de las sequías ha aumentado de forma gradual en África Oriental en los últimos 50 años y ha disminuido en África Occidental. Somalia, Burundi, el Níger, Etiopía, Malí y el Chad fueron clasificados como los países con la vulnerabilidad relativa más elevada frente a la sequía, a partir de un indicador de vulnerabilidad a la sequía (Shiferaw *et al.*, 2014).

En África Subsahariana, el 90% del alimento y el forraje se produce por medio de la agricultura de secano, que también representa más del 70% del principal medio de vida de la población (Shiferaw *et al.*, 2014). La vida y los medios de vida de los grupos de población pobres, especialmente de las mujeres —que asumen hasta el 70% de la producción de alimentos en la región—, son los más amenazados por las sequías, debido a que esos grupos son los que menos capacidad de adaptación tienen como consecuencia de los elevados niveles de pobreza crónica (Gawaya, 2008).

La cuestión de género, la urbanización y las crisis humanitarias

La urbanización está reconfigurando nuestro mundo y la naturaleza de las crisis y la respuesta humanitarias. Por primera vez en la historia, más de la mitad de la población mundial vive en las ciudades. Las personas que cada vez en mayor número se asientan en los barrios marginales de las megalópolis de los países en desarrollo se sitúan a su vez en la primera línea del desastre. El rápido crecimiento de las poblaciones urbanas, la afluencia sin precedentes de las poblaciones desplazadas y la probabilidad cada vez mayor de fenómenos meteorológicos graves incrementan el riesgo de que se produzcan desastres humanitarios urbanos.

El crecimiento de la población urbana se ha ido concentrando en los países en desarrollo, a cuyas ciudades migran cada semana 1,2 millones de personas (Programa de las Naciones Unidas para los

Asentamientos Humanos [ONU-Hábitat], 2013). África Subsahariana y Asia están experimentando niveles de urbanización sin precedentes, pero son asimismo las regiones menos desarrolladas y peor preparadas y equipadas para gestionar tal afluencia.

La rápida urbanización, una planificación inadecuada y la escasez de tierras han obligado a los pobres y a las poblaciones vulnerables a vivir en barrios marginales o asentamientos irregulares situados en zonas más vulnerables a los desastres.

Se calcula que 1.000 millones de personas viven en asentamientos irregulares, de los cuales el 90% se encuentra en países en desarrollo (Consejo Noruego para los Refugiados, Centro de Seguimiento de los Desplazamientos Internos, 2015a).

Los migrantes, los refugiados y los desplazados internos forman un grupo significativo y cada vez más numeroso de pobladores urbanos informales, dado que no pueden permitirse mejores viviendas. Muchos de los asentamientos se sitúan en zonas con una provisión de servicios deficiente y sin infraestructuras básicas como los servicios de salud, el acceso al agua potable y el saneamiento.

Los pobladores informales son más vulnerables que el resto de la población a las consecuencias de los peligros naturales, como los terremotos, ya que a menudo se ven obligados a vivir en viviendas de mala calidad que no están preparadas para resistir las sacudidas. Esas moradas improvisadas se encuentran en su mayor parte en zonas peligrosas con una probabilidad mayor de verse afectadas por los desastres naturales, tales como terrenos baldíos industriales, llanuras inundables y riscos inestables.

Se observa una tendencia por la que cada vez más mujeres solas migran desde las zonas rurales a los centros urbanos. Los factores subyacentes que impulsan la migración urbana de las mujeres y las consecuencias de esta se relacionan con cuestiones de desigualdad social y género. Tanto los hombres como las mujeres migran a las ciudades en pos de una vida mejor, en términos de oportunidades económicas y acceso a los servicios. Varios factores específicos de género pueden empujar a las mujeres hacia las ciudades, desde los desalojos forzosos al empeoramiento de la violencia doméstica, prácticas nocivas como el

matrimonio infantil o problemas de salud relacionados con el VIH y el sida (COHRE, 2008).

Las mujeres y las niñas, que pasan más tiempo en el hogar y la comunidad para atender a sus familias, sufren de forma desproporcionada las malas condiciones de vida de los barrios marginales urbanos y las viviendas precarias. La salud y la seguridad de las mujeres es una cuestión importante en los asentamientos urbanos irregulares, donde están expuestas a unas condiciones de saneamiento deficientes, a riesgos para la seguridad, a una mayor violencia sexual y a las consecuencias de desastres como inundaciones e incendios (COHRE, 2008). La iluminación insuficiente de las calles, el transporte público inadecuado, la falta de patrullas de seguridad y de puertas con cerrojos en las viviendas contribuyen a la violencia de género y agravan la vulnerabilidad de las mujeres a las violaciones (ONU-Hábitat, 2013).

El porcentaje de población urbana que vive en barrios marginales sigue creciendo en los países afectados por conflictos o que salen de ellos. Un estudio reciente concluyó que, en 41 de 75 países



Centro de Tratamiento del Ébola de Magbenteh (Sierra Leona).
Foto © UN Photo/Martine Perset

donde se disponía de datos desglosados por sexo, las mujeres tenían más probabilidades de vivir en la pobreza.

Sectores de salud deficientes y fragilidad

Los países frágiles tienen los peores indicadores de salud, y los resultados de salud deficientes contribuyen a la fragilidad. Sin embargo, la fragilidad del Estado puede a su vez ser la causa de unas tasas elevadas de enfermedad y mortalidad, resultantes de una prestación de servicios ineficaz (Haar y Rubenstein, 2012).

La mayor epidemia de ébola de la historia golpeó África Occidental en 2014. Los países más afectados —Guinea, Liberia y Sierra Leona— son Estados frágiles (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2015a).

Las estructuras de Liberia fueron destruidas en un devastador conflicto que duró 14 años, de manera que, cuando la epidemia de ébola comenzó, el sector de salud estaba mal equipado y poco dotado de personal para gestionar la crisis (PNUD, 2015a).

Los indicadores de salud reproductiva son pobres en contextos de fragilidad, debido al debilitamiento de las infraestructuras de los servicios de salud y a la escasa dotación de personal de los centros, una combinación que puede conducir a un menor acceso a los servicios, los suministros y la información de salud reproductiva. Entre 2003 y 2006, el gasto per cápita anual en salud reproductiva fue de tan solo 1,30 dólares en 18 países afectados por conflictos (Patel *et al.*, 2009).

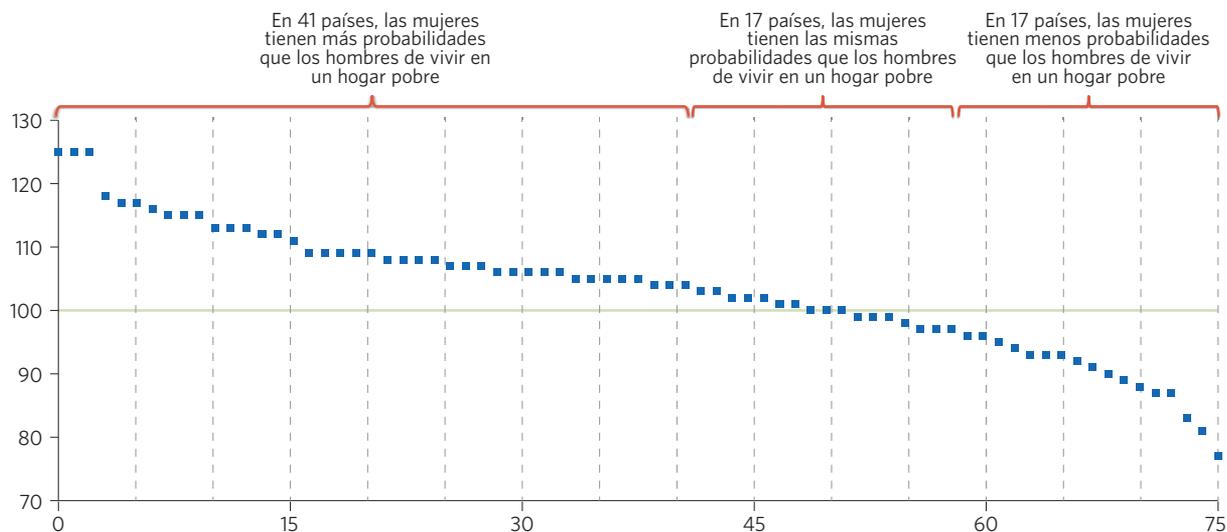
Las crisis obstaculizan el desarrollo y agudizan la vulnerabilidad

El conflicto, la violencia, la inestabilidad, la pobreza extrema y la vulnerabilidad a los desastres son condiciones profundamente relacionadas entre sí que en la actualidad impiden a más de 1.000 millones de personas disfrutar de los enormes logros sociales y económicos alcanzados desde el final de la segunda guerra mundial.

Una compleja combinación de peligros que se superponen contribuye a los desplazamientos y

LAS MUJERES HACEN FRENTE A UN GRAN RIESGO DE VIVIR EN LA POBREZA

Proporción de mujeres con respecto a los hombres, en edad de trabajar (20 a 59 años), que se sitúan en el quintil de riqueza inferior de todos los hogares en un conjunto de países en desarrollo, 2000-2013



Notas: Este indicador se pondera con arreglo a la proporción de mujeres y hombres de entre 20 y 59 años en los hogares, a fin de reflejar la posible sobrerrepresentación de las mujeres en el conjunto de la población. Como indicador indirecto de la pobreza, se sirve del índice de riqueza de bienes de las encuestas demográficas y de salud, y de las encuestas de indicadores múltiples. Los valores superiores a 103 significan que las mujeres están sobrerrepresentadas en el quintil de riqueza inferior, mientras que los valores inferiores a 97 indican que los hombres están sobrerrepresentados en dicho quintil. Los valores entre 97 y 103 denotan paridad. (Naciones Unidas, 2015a) Reproducido con la autorización de las Naciones Unidas.



Embarcación en el estrecho de Sicilia, a 40 millas de la costa libia.

Foto © Franco Pagetti/VII

determina el movimiento poblacional y las necesidades en los países frágiles y afectados por conflictos. Otros aspectos de la vulnerabilidad —el género, el origen étnico, el nivel de ingresos y el lugar de residencia— parecen conllevar una mayor probabilidad de sufrir daños a largo plazo y complican la recuperación. Además, por encima de todos los aspectos de la exclusión social, la pobreza y un bajo nivel de logros educativos generan una profunda vulnerabilidad.

Son fundamentalmente los países frágiles, en conflicto o afectados por desastres los que no logran alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Y es en esos Estados frágiles donde se registran la mayoría de las muertes maternas del mundo, debido a que carecen de nuevos servicios que salvan vidas o no tienen acceso a ellos.

La crisis de refugiados y migrantes de 2015 y la epidemia de ébola nos recuerdan que las crisis y las situaciones de emergencia se cobran vidas, las perturban y socavan, hacen peligrar las perspectivas de desarrollo de los países y tienen consecuencias para toda la comunidad internacional. Abandonar a su suerte a los países y las comunidades sacudidos por los conflictos y desastres no es una opción.

Aunque el número de desastres y conflictos no ha aumentado en los últimos años, sí lo han hecho su escala, complejidad y repercusión, particularmente en los países más pobres. Por su parte, las mujeres y las niñas se han visto afectadas en extremo porque se encuentran en una situación de desventaja desproporcionada en cuanto al acceso a los servicios —incluidos los de salud sexual y reproductiva y planificación familiar— y a los recursos e instituciones económicos y sociales que necesitan para construir su capital social y equiparse adecuadamente para sobrellevar y recuperarse de las crisis.

La fragilidad y la vulnerabilidad a los conflictos o las consecuencias de los desastres se ven agravadas por numerosas fuerzas, entre ellas la pobreza, la desigualdad en el desarrollo, la negación de los derechos humanos y la debilidad de las instituciones. La fragilidad es un reto pluridimensional que requiere una respuesta pluridimensional.

Sea como sea, en última instancia vivimos en el mismo mundo, y nuestra capacidad para progresar estará siempre mermada hasta que logremos mitigar o prevenir y gestionar mejor las situaciones de inestabilidad, conflicto y desastre.

CAPÍTULO 2

El precio desproporcionado que pagan las mujeres y las adolescentes

Una crisis puede agravar la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas al VIH, los embarazos no deseados, las muertes maternas, la violencia por razón de género, el matrimonio infantil, las violaciones y la trata de personas.

Un círculo vicioso de conflicto, pobreza y aislamiento socava la salud y los derechos de las mujeres y las niñas de Colombia.



«Comencé a trabajar como partera hace 37 años», dice Neida Waitotó, 1 de las 4 comadronas de Docordó, una comunidad ribereña de unos 1.200 habitantes, en su mayoría afrodescendientes, situada en una zona remota de la selva colombiana, a 2 horas en barco desde la ciudad más cercana.

«En 1978 vinieron las monjas, nos enseñaron el oficio de partera y nos entregaron material». «Desde entonces —continúa—, las comadronas de Docordó han seguido recibiendo capacitación, pero ningún equipo nuevo». Aun así, han logrado que en el transcurso de estos años nacieran cientos de bebés de forma segura. «Y ninguna de las madres murió», añade Waitotó, quien, hace una semana, asistió un parto de gemelos.

Nimia Teresa Vargas

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

Las comadronas son esenciales para la supervivencia de las mujeres y los bebés de Docordó y de decenas de otras comunidades colombianas remotas carentes de servicios de salud públicos, no solo por razones geográficas, sino también debido a los conflictos armados y la violencia que asolan grandes extensiones del país desde hace más de 50 años. Hasta ahora el conflicto ha desplazado a unos 7 millones de personas. Nueve de cada 10 desplazados pertenecen a grupos indígenas.

Los agentes no estatales —incluidos las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), el Ejército de Liberación Nacional (ELN), los paramilitares y los grupos involucrados en el crimen organizado— y las Fuerzas Militares de Colombia mantienen enfrentamientos desde hace varios decenios, de modo que numerosas comunidades han quedado literalmente atrapadas en el fuego cruzado y muchas otras a merced de la



Neida Waitotó (a la izquierda) y María Estela Ibargüen en Docordó (Colombia).
Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

coerción, la explotación, la intimidación y los abusos.

Los combates y la violencia han impuesto una pesada carga económica sobre las comunidades de varias provincias o «departamentos», como Chocó, donde se encuentra Docordó, lo cual ha ocasionado y exacerbado la pobreza y el subdesarrollo de la región. Cuatro de cada 5 personas de Chocó viven en la pobreza extrema.

La mortalidad materna es más elevada en las zonas de conflicto

Los conflictos y la violencia —así como el aislamiento derivado— también han perjudicado en gran medida la salud de las mujeres. Las muertes maternas son casi ocho veces mayores en las comunidades donde hay presencia de grupos armados. Otros indicadores de salud muestran también las repercusiones negativas que los

problemas de seguridad tienen en la salud sexual y reproductiva de sus habitantes: las muertes por el VIH y el sida triplican la tasa nacional, y la cifra de embarazos de las adolescentes menores de 15 años duplica la de otras partes del país.

Waitotó dice que en Docordó algunos partos son demasiado complicados para que ellas los atiendan solas. La intervención de un médico salvaría muchas vidas, pero, debido al problema de seguridad y el aislamiento extremo de la zona, la comunidad por lo general no dispone de servicios médicos. «Los médicos, cuando vienen, no se quedan mucho tiempo», dice. Recientemente, la comunidad pasó cuatro meses sin ningún facultativo o profesional de la medicina.

Eso significa que algunas mujeres tienen que viajar horas en barco hasta un hospital de Buenaventura, a un costo

prohibitivo para la mayoría. Y si las complicaciones se presentan por la noche, ni siquiera existe la opción de trasladarse a un hospital, debido a la inseguridad que impera después del anochecer. Los medicamentos que pueden ayudar a salvar a la madre y al bebé por lo general no se consiguen, y lo mismo ocurriría antes de que el puesto sanitario local cerrara por falta de recursos.

María Estela Ibargüen es otra de las comadronas de Docordó. Ella y Waitotó se prestaron asistencia mutua en sus partos. A María Estela le preocupa que las comadronas de la comunidad estén envejeciendo y no haya jóvenes que las reemplacen. «¿Qué futuro nos espera cuando la vieja generación ya no esté?».

Los problemas de salud de las mujeres son aún más preocupantes justo al otro lado del río, en Unión Balsalito, una

Las crisis humanitarias afectan desproporcionadamente a las mujeres y las adolescentes. Las crisis, ya sean repentinas o prolongadas, exponen a las mujeres y las niñas —así como a sus derechos de salud sexual y reproductiva— a una acumulación excesiva de riesgos.

Los conflictos y los desastres pueden empeorar una situación. Para las mujeres y las adolescentes, el advenimiento de una crisis puede aumentar su vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual —incluido el VIH—, los embarazos no deseados, y la morbilidad y la mortalidad maternas, además de otros riesgos para la salud de las madres y los recién nacidos. Las mujeres y las adolescentes también corren un mayor riesgo de ser objeto de violencia por razón de género, como la violencia en el seno de la pareja, la violación, el matrimonio a edad temprana y la trata de personas.

El colapso de los servicios y la desigualdad entre los géneros agravan la vulnerabilidad

No todas las mujeres y los jóvenes tienen la misma historia que contar. En sus experiencias interviene una compleja intersección de factores, como la edad, el sexo,

el estado civil, la situación económica o el lugar de residencia. También son vulnerables los miembros de las minorías étnicas, las personas con discapacidad o que viven con el VIH, los refugiados o desplazados internos, los pobres y quienes tienen familiares a su cargo.

La confluencia de estos factores, a menudo en combinaciones múltiples y complejas, influye en los riesgos que afrontan los individuos y en su vulnerabilidad.

La investigación y la experiencia contribuyen a una comprensión más profunda de estas diferencias y a una perspectiva más matizada sobre cómo afectan las crisis a las mujeres y los jóvenes, especialmente a las adolescentes. Aun así, resulta complicado delimitar las diversas experiencias debido a la escasez de datos sólidos, ya que en entornos de crisis es muy difícil recopilar datos fiables.

Aunque en una crisis el riesgo que corren las mujeres y los jóvenes es muy diferente, existen dos factores generales comunes que contribuyen a aumentarlo: el primero es la desigualdad entre los géneros, que no solo persiste durante las crisis humanitarias, sino que suele aumentar.

comunidad indígena guanana de unos 360 habitantes. Allí, las comadronas emplean métodos tradicionales para asistir el parto, pero carecen de los suministros más básicos, como guantes de goma.

A las mujeres de Unión Balsalito les resulta particularmente difícil acceder a los servicios, incluso a los de Buenaventura: la mayoría no hablan español y tienen aún menos recursos que sus vecinas de la orilla opuesta del río. En algunos casos, incluso, las que han podido viajar a un centro urbano se han topado con la discriminación de quienes prestan los servicios de salud.

El Gobierno despliega brigadas de salud itinerantes en todo el país para proporcionar servicios básicos a los pobres y marginados en lugares como Docordó. Pero los problemas de seguridad de muchas regiones les impiden llegar

a gran parte de las comunidades más necesitadas.

Por lo general, el acceso a los suministros, medicamentos y servicios, incluida la atención obstétrica de urgencia y la planificación familiar, está bloqueado debido a los conflictos y la violencia, o a causa de desastres naturales, en especial las inundaciones y deslizamientos de tierra de esta zona, que registra un promedio de 10.000 mm de lluvia anuales.

Se calcula que, solo en los 6 primeros meses de 2015, 2 millones de personas «sufrieron restricciones de acceso o de movilidad» como resultado de «122 episodios relacionados con acciones armadas, desastres naturales o protestas masivas», según las Naciones Unidas.

Blandir el arma de la violencia sexual

El conflicto no solo ha impedido el acceso a los servicios de salud, sino que también ha tenido un costo directo en la salud, la vida y la supervivencia de miles de mujeres y niñas.

Un estudio llevado a cabo por Oxfam y la Casa de la Mujer estima que 500.000 mujeres y niñas han sido violadas o han sufrido otras formas de violencia sexual en el curso del conflicto que afecta al país desde hace decenios. La violación se ha utilizado a veces como arma de guerra. Otras, se ha empleado como amenaza para intimidar a toda una comunidad cuando se niega a prometer lealtad a un grupo determinado. Además, los datos disponibles sugieren que 1 de cada 10 víctimas de violencia sexual en zonas de conflicto es de sexo masculino.

Nimia Teresa Vargas dirige la Red Departamental de Mujeres Chocoanas,

En numerosas sociedades la desigualdad y la discriminación por razón de género están profundamente arraigadas, por lo que, en el seno de la familia y la comunidad, las mujeres y las niñas tienen menos poder y estatus que los hombres y los niños. La desigualdad se manifiesta en un acceso limitado a la educación, los recursos económicos y políticos y las redes sociales. También puede ocasionar la muerte cuando, ante la escasez de alimentos, los padres destinan todos o casi todos los alimentos a los niños.

En contraste con los jóvenes adolescentes, las adolescentes suelen tener menos acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva, las redes entre pares y las oportunidades y recursos que las ayudarían a desarrollar habilidades y competencias (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2014). La desigualdad entre los géneros expone a las mujeres y las niñas a situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad, y limita su capacidad de desenvolverse con seguridad en entornos de crisis (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2014; Plan International, 2013).

“ Los desastres naturales y los conflictos armados son [...] procesos profundamente discriminatorios que afectan a las mujeres, los hombres, las niñas y los niños de maneras muy distintas. ”

Mazurana et al., 2011

El segundo factor predominante que aumenta el riesgo es el colapso o la suspensión de las infraestructuras y los servicios fundamentales de salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis, así como las dificultades para acceder a los servicios que aún existen a causa del caos y la inseguridad.

con sede en Quibdó. La red, que recibe suministros —como botiquines obstétricos asépticos— y asistencia técnica y financiera del UNFPA y otros organismos de las Naciones Unidas, se creó en 1991 como grupo de empoderamiento de las mujeres, pero desde entonces se ha transformado en una organización de defensa de los derechos humanos que también ofrece servicios a las supervivientes de la violencia sexual.

«A medida que las mujeres que asistían a nuestros grupos de discusión comenzaron a conocer sus derechos, cada vez eran más las que contaban que habían sido violadas», dice Vargas. «Empezaron a salir a la luz casos de grupos armados que intentaban tomar el control de las comunidades empleando la violencia sexual como estrategia para demostrar que tenían el poder».

Relata que solían violar a una mujer delante de su marido o a una niña delante de su padre para afirmar su control y mostrar lo que podría ocurrirle a los demás si la comunidad no aceptaba las exigencias del grupo armado que los amenazaba.

En respuesta, la organización de Vargas no se limitó a formar grupos de apoyo para las supervivientes; comenzó asimismo a denunciar sistemáticamente los incidentes a las autoridades gubernamentales y a asegurarse de que las mujeres chocoanas tuvieran acceso no solo a servicios de salud y apoyo psicológico de calidad, sino también a la justicia.

Los grupos armados responsables de la violencia sexual han amenazado en repetidas ocasiones la vida de Vargas, y mataron a una mujer que tras participar en uno de los programas de formación de su red se había convertido en una decida activista.

Nuevas medidas de apoyo para los supervivientes

En 2011, Colombia promulgó la Ley 1448 de Víctimas y Restitución de Tierras, dirigida a apoyar a las víctimas del conflicto armado del país, cuyo número se



Waitotó (a la izquierda) con la mujer a quien ayudó a dar a luz.

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

“ La verdad pura y dura es que los desastres refuerzan, perpetúan y aumentan la desigualdad entre los géneros y no hacen más que empeorar la situación de las mujeres. ”

Margareta Wahlström
Representante Especial del Secretario General
para la Reducción del Riesgo de Desastres

Las dificultades para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva cuando más se necesitan

Las crisis humanitarias a menudo conllevan la pérdida del acceso a servicios básicos de salud sexual y reproductiva de calidad. Ello puede deberse a múltiples factores. Puede que la infraestructura del sistema de salud se vea comprometida o haya sido destruida. Los trabajadores sanitarios tal vez hayan sufrido

desplazamientos o lesiones, o bien es posible que estén demasiado afectados para trabajar o que hayan huido o fallecido. En entornos afectados por la crisis y la violencia, los centros de salud pueden ser objeto de bombardeos y tiroteos, y los trabajadores de la salud de agresiones físicas, amenazas y violencia sexual (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2015).

Es posible que los servicios, de existir, experimenten demoras, se suspendan, o carezcan de medicamentos y otros suministros, o bien que sea imposible acceder a ellos debido a la inseguridad y las restricciones de movimiento. Estas circunstancias pueden tener consecuencias graves, incluso mortales, para los supervivientes de la violencia por razón de género, las personas que se ven obligadas a adoptar estrategias de supervivencia peligrosas —como las relaciones sexuales transaccionales—, las personas que viven con el VIH, las niñas casadas, las mujeres y las niñas embarazadas, y las madres que acaban de dar a luz y sus bebés.

El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva varía ampliamente en los entornos afectados por crisis (Casey *et al.*, 2015). Las mujeres y los

estima en 7,3 millones de personas. Esta ley también dio lugar a la creación de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV), destinada a asistir a las víctimas del conflicto armado, incluidos los supervivientes de la violencia sexual.

Los supervivientes que denuncian su caso a la UARIV tienen derecho a una indemnización en efectivo, además de a servicios integrados de salud, atención psicológica, rehabilitación y otros servicios de apoyo, que se prestan respetando su privacidad. A los usuarios también se les informa sobre sus derechos y, por lo general, es la primera vez en su vida que oyen hablar de ellos.

Según Licet Cienfuegos, los supervivientes que asisten a los grupos para mujeres y en materia de género de la UARIV y que acceden a sus servicios «reconocen que no están solos, que son ciudadanos

de derechos y agentes del cambio». Asimismo, señala que muchos de ellos han llegado a crear sus propios grupos de apoyo o de defensa de sus intereses. «Estamos intentando que las mujeres se consideren agentes del cambio, capaces de conformar el futuro de sus comunidades».

En septiembre de 2015, 9.892 mujeres, 863 hombres y 53 personas que se identificaron como lesbianas, gais, bisexuales o transgénero habían denunciado agresiones sexuales. Algunos de estos casos tuvieron lugar en los últimos dos años, pero muchos ocurrieron años atrás.

El UNFPA colaboró con la UARIV en el desarrollo de capacitación en materia de primeros auxilios destinada a brindar



Mujer de la etnia wounaan en Unión Balsalito (Colombia).

Foto © UNFPA/Daniel Baldotto

apoyo psicosocial adecuados culturalmente. «Les enseñamos cómo tratar a las víctimas, de manera que no se las vuelva a victimizar», explica Cienfuegos.

El conflicto también ha tenido un efecto indirecto pero tal vez más insidioso en la salud y en los derechos de las mujeres y las niñas de Chocó.

jóvenes pueden hacer frente a una diferencia significativa tanto en la calidad de la atención obstétrica y neonatal de urgencia, los cuidados clínicos posteriores a una violación y los servicios de planificación familiar, incluida la anticoncepción, como en el acceso a todos estos servicios, dependiendo de si se encuentran en un emplazamiento estable para refugiados, un entorno urbano o rural, una población de acogida o un campamento para desplazados internos. Los refugiados en campamentos estables disfrutan de un mejor acceso a la atención que las comunidades de acogida vecinas o los países de origen de los refugiados antes de la crisis (Chynoweth, 2015). Para complicar aún más la cuestión, no todos los campamentos de refugiados brindan el mismo nivel de acceso y calidad, y lo mismo puede decirse de los campamentos para desplazados internos.

En situaciones de desplazamiento, el acceso también depende de factores como la edad y la discapacidad. Las poblaciones con discapacidad física o psicológica o minusvalías del desarrollo tienen más dificultades para acceder a los servicios. En el caso de las mujeres refugiadas y las niñas con

discapacidad, los «obstáculos más significativos que impiden» el acceso a los servicios de salud y de salud sexual y reproductiva son las actitudes negativas y la falta de respeto mostrada por los trabajadores de la salud (Consortio para el Cuidado de la Salud Reproductiva en los Conflictos, 2015).

Las mujeres y las niñas son particularmente vulnerables a la malnutrición y las enfermedades, que empeoran debido a la carencia de los servicios de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas calcula que en la República Democrática del Congo hay casi 1 millón de mujeres embarazadas y lactantes que sufren malnutrición aguda (Save the Children, 2014).

Las mujeres son fisiológicamente más propensas a padecer deficiencias de vitaminas y hierro, incluida la anemia. Estas deficiencias se agravan en las situaciones de crisis en las que escasean los alimentos, ya que las mujeres y las niñas con frecuencia son las primeras en pasar hambre. En las mujeres y niñas embarazadas y lactantes, que para empezar presentan mayores necesidades de alimentos, la malnutrición o

Las consecuencias para la salud de la pobreza ocasionada por el conflicto

La violencia o la amenaza de violencia han paralizado la economía de la región y, en consecuencia, numerosas personas y familias disponen de escasas o nulas oportunidades de empleo o medios de vida. La pobreza multiplica su vulnerabilidad, sobre todo en el caso de las mujeres y las adolescentes.

En algunos casos, estas mantienen relaciones sexuales transaccionales con miembros de los grupos armados a fin de obtener alimentos y otros artículos de primera necesidad. En otros, se les obliga a ejercer la prostitución.

También ha habido casos en que un grupo armado proporciona a la comunidad alimentos u otras mercancías, en lo que parecería un gesto de buena voluntad. Pero después exigen que se les devuelva el favor, en ocasiones mediante la entrega de las hijas, que

probablemente acaben como esclavas sexuales o combatientes armadas.

La pobreza derivada del conflicto también impulsa a los hombres de comunidades remotas a emigrar a las ciudades en busca de trabajo. Cuando regresan, algunos traen consigo infecciones de transmisión sexual que contagian a su vez a sus esposas. La carencia de servicios de salud en la mayoría de estas comunidades tiene como consecuencia que dichas infecciones posiblemente no se diagnostiquen ni se traten.

«El conflicto ha perjudicado a todos de alguna manera», dice el representante del UNFPA Jorge Parra. «Pero ha afectado de manera desproporcionada a las mujeres y las niñas, y las ha privado de sus derechos fundamentales a la salud, a la

seguridad y a tener el poder y los medios para decidir si quieren tener hijos, cuándo y con qué frecuencia», agrega. «La tarea que nos espera es monumental, pero, con los recursos adecuados y voluntad política, podemos llegar a las mujeres y niñas más vulnerables de todo el país».

Residentes de Docordó (Colombia).

Foto © UNFPA / Daniel Ba dotto





Madre con sus hijos en el campamento de Domiz (Iraq).
Foto © UNFPA/Aral Kaki

la subalimentación pueden dar lugar a complicaciones en el parto y problemas durante la lactancia, lo que representa un riesgo para la salud de los recién nacidos. En el caso de las mujeres y niñas embarazadas, la anemia aumenta el riesgo de mortalidad materna, parto prematuro y bajo peso al nacer (Save the Children, 2014).

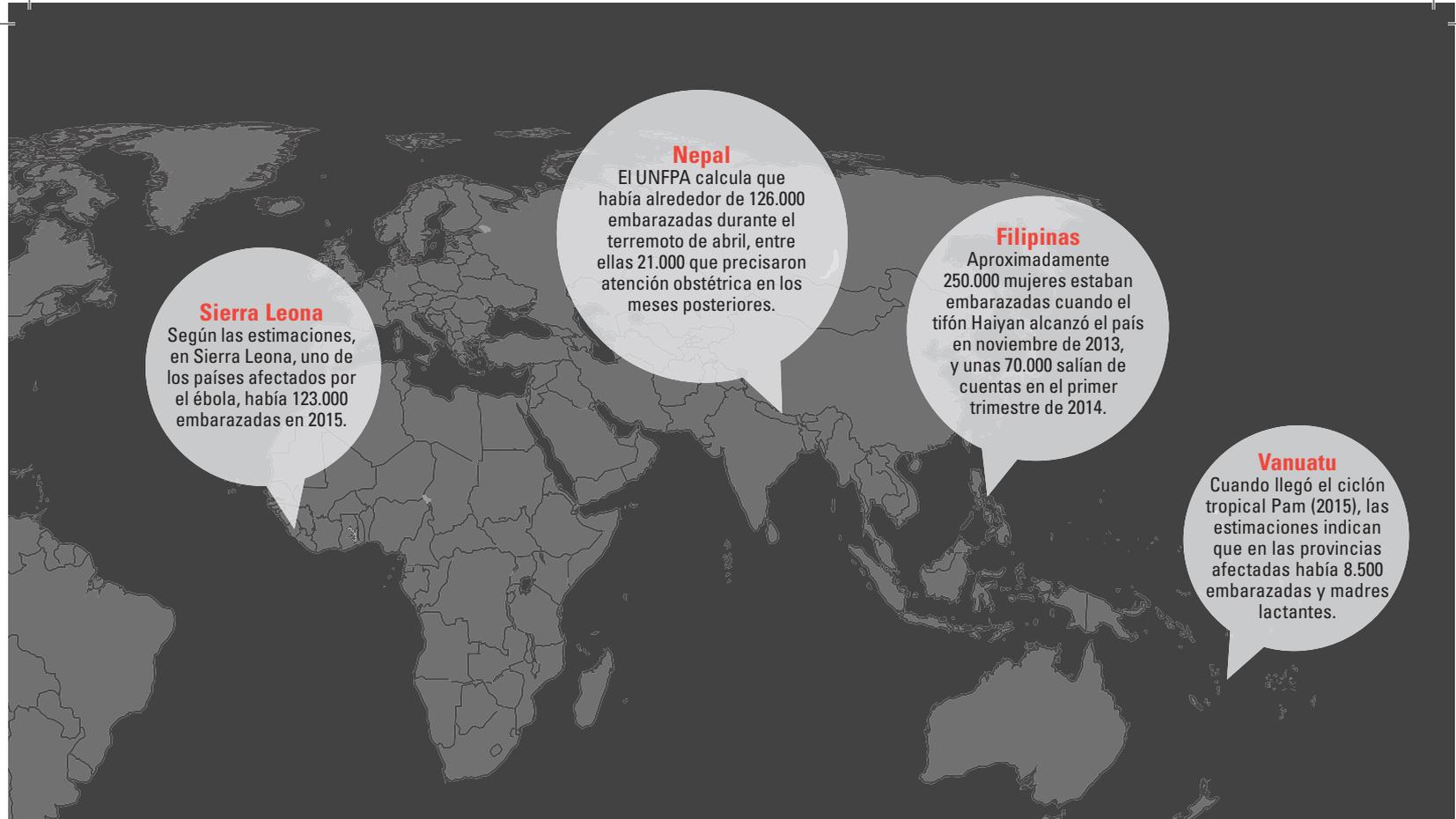
Necesidad insatisfecha de planificación familiar

La planificación familiar salva vidas: previene los embarazos no deseados y, a su vez, reduce los riesgos para la salud en los partos y los abortos en condiciones de riesgo. Algunos de sus métodos también disminuyen el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (Save the Children, 2014).

Este tipo de intervención es fundamental en las crisis humanitarias, que suelen caracterizarse por la violencia sexual, la violencia en el seno de la pareja, los matrimonios precoces y las conductas de alto riesgo tales como las relaciones sexuales de

supervivencia, transaccionales y comerciales. Sin embargo, en situaciones de crisis los servicios de planificación familiar, incluida la anticoncepción, suelen ser limitados, inadecuados o incluso inexistentes (Casey *et al.*, 2015).

Incluso cuando existen servicios de planificación familiar, en numerosas sociedades la subordinación de las mujeres y las niñas en el seno de la familia impide su acceso a los métodos de planificación familiar porque son incapaces de negociar su uso con su pareja (Klasing, 2011; Plan International, 2013). Las mujeres solteras y adolescentes posiblemente hallen dificultades especiales para acceder a los servicios de planificación familiar, incluida la anticoncepción, como resultado de las normas de género que consideran la actividad y el interés sexual femeninos como conductas inadecuadas (Casey *et al.*, 2015). Estas normas también pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios de salud y desmerecer la atención que proporcionan (Casey *et al.*, 2015).



Las escuelas, incluso en situaciones de desplazamiento, son un mecanismo importante para la educación sexual integral y la sensibilización en materia de anticoncepción. Sin embargo, en una crisis la escolarización puede verse seriamente alterada, lo que da lugar a importantes lagunas y limitaciones en la educación sexual integral.

La vulnerabilidad ante los embarazos no deseados

En los entornos afectados por una crisis, el riesgo de embarazo no deseado que corren las mujeres y las niñas es mayor. Pueden quedar embarazadas sin desearlo como resultado de una violación; por mantener relaciones sexuales de supervivencia; debido a la falta de acceso a la planificación familiar, incluida la anticoncepción; y a consecuencia de la incapacidad de negociar el uso de anticonceptivos, incluido el empleo de preservativos, con sus parejas. Las niñas no acompañadas son particularmente vulnerables, sobre todo en situaciones de desplazamiento

(Plan Internacional, 2013). Un estudio llevado a cabo en Haití después del terremoto concluyó que la tasa de embarazo en los campamentos era tres veces superior a la tasa urbana promedio antes de la crisis, con aproximadamente un 66% de embarazos no deseados o no planificados (Klasing, 2011). En muchos países, los embarazos no deseados exponen a las mujeres, y especialmente a las adolescentes, al aborto en condiciones de riesgo.

El embarazo y el parto sin servicios adecuados de atención prenatal y al parto

Durante una crisis humanitaria la vida de la embarazada puede correr peligro. Es posible que las embarazadas no puedan acceder a instalaciones limpias y seguras, a servicios de atención prenatales y obstétricos, a equipos y suministros básicos —como transfusiones de sangre—, ni a la asistencia de trabajadores sanitarios capacitados (Casey *et al.*, 2015). Sin esos servicios de atención prenatal y al parto, las mujeres y las niñas son vulnerables a las infecciones,

el aborto espontáneo, el parto prematuro, la muerte del feto, los abortos en condiciones de riesgo, la morbilidad grave a largo plazo —como la fístula obstétrica— y la muerte. Sin atención obstétrica de urgencia, la vida de la madre y el bebé corre peligro debido a complicaciones que, en su mayoría, podrían prevenirse y tratarse. El estrés ocasionado por la crisis también puede afectar físicamente a las niñas y las mujeres embarazadas y provocar un parto prematuro. En Filipinas, por ejemplo, las tasas inusualmente elevadas de preeclampsia —la hipertensión arterial durante el embarazo— se atribuyeron al estrés causado por el tifón Haiyan (Save the Children, 2014).

La pelvis de las niñas, sobre todo la de las menores de 16 años, es inmadura, lo que hace que el parto sea más difícil y peligroso. Su falta de madurez física puede provocar complicaciones como la obstrucción del parto y, si no se dispone de atención obstétrica de urgencia o esta se demora, fístula obstétrica, ruptura uterina, hemorragia o la muerte de la madre o del bebé (Save the Children y UNFPA, 2009). Las madres adolescentes corren asimismo un mayor riesgo de abortos espontáneos, partos prematuros y mortinatalidad (Save the Children y UNFPA, 2009).

Durante las crisis humanitarias, la infraestructura y los servicios de atención prenatal y obstétrica que requieren las mujeres y las niñas embarazadas posiblemente hayan sido destruidos, dañados o suspendidos. En Filipinas, el tifón Haiyan devastó las instalaciones de los servicios de salud reproductiva de las zonas afectadas. La provincia de Leyte perdió la mayor parte de sus centros de maternidad. Una evaluación de 52 instalaciones de salud reproductiva evidenció que más de la mitad sufría graves daños estructurales (Save the Children, 2014). En 2014, resultaron dañados 6 hospitales de Gaza y se clausuraron 6 maternidades (UNFPA, 2014).

En la República Democrática del Congo, casi dos décadas de conflicto diezmaron el sistema de atención

de la salud. Según Save the Children, gran parte —si no la mayoría— de los centros de salud de las zonas afectadas por el conflicto carecen de la capacidad para practicar cesáreas (Save the Children, 2014).

A fin de garantizar la seguridad de las mujeres y las niñas embarazadas y la de sus bebés durante el embarazo y el parto, se requieren trabajadores sanitarios capacitados. Sin embargo, también a ellos les afectan las crisis, que pueden causarles lesiones o costarles la vida. En África occidental, los trabajadores sanitarios que asistían los partos se arriesgaban a infectarse con el virus del Ébola y, a la inversa, la asistencia a las mujeres en el parto era una vía por la que las pacientes contraían el virus (PNUD, 2015).

Durante una crisis pueden aumentar los partos no asistidos

Debido a los daños, los trastornos, la angustia, las pérdidas y el miedo que ocasionan las crisis huma-

nitarias, numerosas mujeres y niñas embarazadas dan a luz sin la asistencia de un trabajador sanitario capacitado. La falta de asistencia es un factor que contribuye considerablemente a la mortalidad materna. En Siria, antes del conflicto, el 96% de los partos contaba con la asistencia de trabajadores sanitarios capacitados. Ahora, el acceso a la atención prenatal, los servicios de parto sin riesgos y las urgencias obstétricas son extremadamente limitados, y algunas zonas, incluyendo partes de Homs, no disponen de ningún servicio de salud reproductiva (Save the

Children, 2014).

En África occidental, donde las tasas de mortalidad materna ya estaban entre las más elevadas del mundo, la epidemia de ébola condujo a una escalada de la mortalidad materna (Diggins y Mills, 2015). Según un informe reciente de las Naciones Unidas, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva ha «disminuido drásticamente» (Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2015). En Liberia, los partos asistidos disminuyeron significativamente desde el 52% en 2013 a cerca del



Debido a los daños, los trastornos, la angustia, las pérdidas y el miedo que ocasionan las crisis humanitarias, numerosas mujeres y niñas embarazadas dan a luz sin la asistencia de un trabajador sanitario capacitado.

38% entre mayo y agosto de 2014; y en Guinea, durante un período similar, del 20% al 7% (Comité Permanente entre Organismos [IASC], 2015).

La atención posnatal y neonatal suele ser limitada

En situaciones de crisis, la atención posnatal y neonatal, incluido el apoyo a la lactancia materna, suele ser limitada. Las madres que acaban de dar a luz también requieren atención posnatal, sobre todo si ha habido complicaciones en el parto.

Dar a luz y recuperarse del parto ya es de por sí una tarea suficientemente difícil como para que se le añadan los riesgos y vulnerabilidades que conllevan las crisis humanitarias. La situación es especialmente difícil para las madres jóvenes. Las crisis pueden presentar «obstáculos y desincentivos» a la lactancia materna (Save the Children, 2014), lo que explica por qué disminuyen sus índices. En los entornos afectados por una crisis, la instrucción, guía y apoyo individual y personalizado necesarios para una lactancia materna eficaz con frecuencia no existen o son limitados.

Asimismo, durante una emergencia humanitaria posiblemente aumenten los problemas de lactancia. La malnutrición grave reduce la producción de leche, y el estrés también interrumpe su flujo (Visión Mundial, s. f.). Las crisis también pueden impedir el suministro de sucedáneos de leche materna, lo cual, sumado a los problemas para amamantar y de lactancia, aumenta el riesgo de malnutrición, enfermedad o muerte del bebé.

Las crisis agravan el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual

Las crisis humanitarias son un buen caldo de cultivo para la propagación de infecciones de transmisión sexual —entre otras el VIH—, y las mujeres y, sobre todo, las niñas de corta edad son desproporcionadamente vulnerables. La violencia sexual y por razón de género, incluidas la violación y la esclavitud sexual, es uno de los factores de riesgo más importantes para la transmisión del VIH: para las mujeres y, especialmente, las niñas, el sexo violento o forzado facilita la transmisión del VIH



(UNFPA, s. f.). Otros factores que exacerban el riesgo de infección por el VIH entre las mujeres y las niñas son la trata de personas, la violencia en el seno de la pareja y las estrategias de supervivencia de alto riesgo, como las relaciones sexuales transaccionales y el comercio sexual.

Incluso antes de la sobrevenida de una crisis, las mujeres y las niñas son desproporcionadamente vulnerables a las infecciones de transmisión sexual, debido a su mayor susceptibilidad biológica y a la omnipresente desigualdad entre los géneros en muchas sociedades (UNFPA, s. f.). Su situación de subordinación las priva de poder en sus relaciones y otras interacciones, de manera que no pueden influir en su actividad sexual ni en la de sus parejas, ni obligar a estas a usar el preservativo, sobre todo cuando la relación tiene lugar entre una niña y un hombre mayor (Plan International, 2013; UNFPA, s. f.). Las normas de género que determinan cómo debe comportarse una mujer impiden en ocasiones que las adolescentes solteras accedan a información sobre salud sexual y prevención de las infecciones de transmisión sexual (Plan International, 2013; UNFPA, s. f.). Una evaluación de las situaciones con desplazados en Burkina Faso, la República Democrática del Congo y Sudán del Sur concluyó que las jóvenes solteras eran las que menos conocían el VIH, otras infecciones de transmisión sexual y los métodos para reducir su transmisión, tales como el uso del preservativo (Casey *et al.*, 2015). Las normas de género también exponen a la infección a los jóvenes y los niños, al promover una conducta sexual arriesgada, dominante y agresiva (UNFPA, s. f.).

Las crisis ponen en peligro el acceso a los tratamientos de prevención y la información al respecto, y, por tanto, agravan la vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual como el VIH. Incluso en entornos antes estables, las crisis humanitarias provocan que el acceso a la prevención sea con frecuencia limitado, inadecuado e incluso inexistente (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2015).



Las crisis humanitarias son un buen caldo de cultivo para la propagación de infecciones de transmisión sexual, entre otras el VIH.

Los datos recopilados por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados indican que, entre 2007 y 2013, 56 campamentos de refugiados carecían de un suministro continuado de preservativos (Chynoweth, 2015). La existencia de servicios no garantiza la prevención. En ocasiones, las mujeres y las niñas que han sido violadas no recurren a la profilaxis posterior a la exposición para minimizar la transmisión del VIH, por miedo a que se las estigmatice por haber sido víctimas de una agresión (Chynoweth, 2015).

En el caso de los seropositivos que viven en situaciones de emergencia humanitaria, la crisis puede impedirles acceder a un tratamiento que salva vidas. Seguir un tratamiento en una crisis puede ser complicado a causa de la disponibilidad esporádica de la terapia antirretroviral, que a menudo solo se encuentra en los grandes hospitales de remisión y por tanto no se ofrece en los centros de atención primaria (Chynoweth, 2015).

Es posible que las reservas de medicamentos y de sangre segura sean destruidas o no estén disponibles, especialmente durante la huida y el desplazamiento posterior (Plan International, 2013; UNFPA, s. f.). El desplazamiento también afecta a los tratamientos. Otras infecciones de transmisión sexual como la clamidiasis, la gonorrea y la sífilis, si no se tratan, pueden provocar complicaciones en el embarazo, infertilidad, cánceres del aparato reproductor y una mayor transmisión del VIH (Chynoweth, 2015).

Las embarazadas y las mujeres que acaban de dar a luz y son seropositivas deben tener acceso a la atención prenatal y a los medicamentos para prevenir la transmisión maternoinfantil del virus, pero las crisis perturban esos servicios fundamentales y la disponibilidad de los fármacos. En una evaluación efectuada en la República Democrática del Congo, ninguno de los centros de salud encuestados facilitaba servicios adecuados de prevención de la transmisión maternoinfantil, debido a la falta de suministros y de personal capacitado (Casey *et al.*, 2015).

Mujeres y adolescentes con discapacidad y VIH

Las mujeres y las adolescentes con discapacidad hacen frente a una serie de vulnerabilidades específicas relacionadas con la transmisión del VIH en situaciones de crisis. Sin embargo, pueden ver limitado su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información que necesitan para protegerse, incluidos los medicamentos antirretrovirales. En una investigación sobre las mujeres con discapacidad del norte de Uganda, Human Rights Watch entrevistó a mujeres con discapacidad que habían sido víctimas de violación, quienes afirmaron que «no se habían sometido a la prueba del VIH porque no había un centro de salud a su alcance» (Human Rights Watch, 2010).

La percepción social de que las mujeres y las niñas con discapacidad son «seres asexuales» puede limitar su acceso a la educación sexual, entre otros aspectos a la información que las ayudaría a identificar conductas inapropiadas (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2012). Las mujeres y los jóvenes con discapacidad intelectual enfrentan dificultades especiales para desarrollar una conciencia sobre las infecciones de transmisión sexual y la anticoncepción (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2014a)

Mayor riesgo de sufrir la violencia por razón de género

La violencia por razón de género contra las mujeres y las niñas suele agravarse en las crisis humanitarias. En lugares tan diversos como Myanmar, Siria y Somalia, se habla de que la violencia sexual es «generalizada», «predominante», «una actitud preponderante» y «una amenaza notable y una crisis» (Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2015). Sin embargo, la violencia por razón de género no es un fenómeno novedoso propio de las crisis, sino que forma parte de una lógica de violencia de la que las mujeres y las niñas son víctimas en su día a día, pero que adquiere todavía más presencia en las crisis.

Las mujeres y las niñas refugiadas y desplazadas se encuentran en una situación de riesgo particularmente elevado, entre otros en los campamentos

de refugiados, los albergues provisionales o los centros de evacuación. En los conflictos armados, las mujeres y las niñas sufren violencia por razón de género en los registros domiciliarios, en los allanamientos en los barrios residenciales, en los puntos de control y en los centros de detención, durante los ataques armados sobre sus ciudades para forzar los desplazamientos, y en las campañas sistemáticas de dominación, intimidación y terror que llevan a cabo los grupos armados. Entre los perpetradores se encuentran parejas, parientes, fuerzas armadas estatales y no estatales, funcionarios de los campamentos, profesores y, en algunos casos, incluso el personal de mantenimiento de la paz y asistencia humanitaria. Puede tratarse de hombres o de mujeres.

Los riesgos de la violencia sexual y por razón de género aumentan cuando el Estado de derecho y las infraestructuras se vienen abajo o debilitan. En los conflictos prolongados es frecuente que surja una cultura de violencia e impunidad que alimenta la alta disponibilidad de armas pequeñas y armas ligeras. Los sistemas y las redes de apoyo familiar y comunitario suelen verse comprometidos o quedar destruidos, y las familias se separan. Si estas habían actuado anteriormente como elemento de protección, la separación o la muerte de los padres puede crear un vacío en ese sentido. La pobreza,

“ Entre junio y septiembre de 2014, el UNFPA registró 11.769 casos de violencia sexual y por razón de género en las provincias de Kivu del Norte, Kivu del Sur, Orientale, Katanga y Maniema. El 39% de los casos se consideraron directamente relacionados con la dinámica del conflicto y fueron cometidos por individuos armados. ”

Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2015

la inseguridad alimentaria, las dificultades económicas, la aflicción, el trauma, la pérdida, el cansancio, la falta de intimidad y las condiciones de hacinamiento se convierten en una realidad cotidiana que repercute en las conductas en el seno familiar y en la comunidad en general, incluida la adopción de mecanismos negativos o extremos de resistencia.

En ocasiones, los grupos armados establecen bases militares cerca de los centros de población y hacen de la violencia sexual una práctica institucionalizada y deliberada que se inscribe en sus esfuerzos estratégicos y tácticos (Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2015). Bajo muchos actos de violencia sexual y por razón de género subyace un profundo desprecio hacia los derechos de las mujeres y las niñas.

Discriminación doble y triple

Las formas múltiples e interrelacionadas de discriminación por razón de sexo, edad, situación económica o pertenencia a una minoría étnica y otros factores pueden agravar las vulnerabilidades de las mujeres y las niñas a la violencia sexual y por razón de género en situaciones de crisis (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2011).

En el caso de las adolescentes, ser jóvenes y mujeres las hace objeto de lo que Plan Internacional (2013) denomina «doble discriminación», que a su vez las expone en mayor medida a los actos de violencia sexual y por razón de género en situaciones de crisis, entre otros la violación, el matrimonio a edad temprana, la explotación sexual, el secuestro y la trata de personas (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2014).

“La línea de salida no es la misma para todos. Casi todo el mundo parte con ventaja si lo comparamos con las adolescentes.”

Comisión de Mujeres Refugiadas, 2014a

Los menores de 18 años son mayoría entre las víctimas de la violencia sexual en los países afectados por conflictos (Save the Children, 2014).

El Secretario General de las Naciones Unidas describió en 2014 la violencia sexual contra las adolescentes en situaciones de conflicto como una «tendencia preocupante» (Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2015). Ser una niña refugiada o desplazada añade un conjunto de riesgos a la ecuación. Las niñas no acompañadas, que han perdido a sus padres o han tenido que separarse de ellos se enfrentan a factores de riesgo adicionales, dado que carecen de la protección que suelen brindar los miembros de la familia. Este tipo de riesgo se observó durante la epidemia de ébola, en la que algunos niños se quedaron desprotegidos en sus hogares debido a la muerte o a la incapacitación de sus padres (IASC, 2015). Algo semejante ocurre en los contextos de inseguridad alimentaria cuando los padres se ven obligados a dejar a los niños en casa, normalmente a cargo de sus hermanas mayores, para ir a buscar alimentos o ingresos (Plan Internacional, 2013).

Las mujeres y las niñas con discapacidad física o minusvalías del desarrollo son especialmente vulnerables en las situaciones de crisis, en las que el apoyo comunitario y familiar se deteriora y el Estado de derecho se derrumba (Comisión de Mujeres



Ayan, de 16 años, en el campamento de Minkaman (Sudán del Sur): «Me da miedo ir a los matorrales porque allí suele haber hombres que violan a mujeres».

Foto © Panos Pictures/Chris de Bode

LA FALTA DE INTIMIDAD EXACERBA LOS RIESGOS

La falta de intimidad en muchos centros de desplazados puede tener repercusiones graves para la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas. Sin intimidad, muchas mujeres y niñas evitan visitar las letrinas y las instalaciones de baño hasta que oscurece, especialmente en el caso de las adolescentes que están menstruando (Plan International, 2013). Esta situación las expone en mayor medida a la violencia sexual y por razón de género (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer [UNIFEM], 2010; Plan International, 2013). Una mala iluminación y la sensación de inseguridad pueden dar pie a que las mujeres y las niñas no usen las letrinas en ningún caso durante la noche (Subgrupo de Trabajo sobre la Protección del Niño y la Violencia de Género, Jordania, 2013). La falta de intimidad, la inseguridad o la falta de higiene empujan a veces a las mujeres y las niñas a inhibirse de usar las letrinas o retretes, lo que en ocasiones da lugar a infecciones en las vías urinarias y de otro tipo (Pincha, 2008; Plan International, 2013).

Es posible que durante la menstruación las mujeres y las niñas no se sientan capaces de limpiarse debidamente ni de cambiar y lavar sus toallas higiénicas, una situación que puede originar erupciones en el perineo e infecciones en las vías urinarias, así como mermar su sensación de valía personal y confianza (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002; Plan International, 2013). La falta de intimidad también genera incomodidad y tensión en las madres lactantes; puede interrumpir el flujo de leche, socavar la confianza de la madre y, por consiguiente, incidir en la nutrición, la salud y la supervivencia del bebé (Visión Mundial, s. f.). En el Pakistán, después del terremoto de 2005 y las inundaciones de 2010, los informes señalan que un gran número de mujeres dejaron de amamantar a sus bebés porque no tenían intimidad y les incomodaba dar el pecho delante de parientes lejanos de sexo masculino o de otros hombres en los albergues comunes (Bradshaw y Fordham, 2013; UNIFEM, 2010).

Refugiadas, 2013; Ortoleva y Lewis, 2012). De acuerdo con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el 49% de los adultos que sobrevivieron a las violaciones en los campamentos de refugiados butaneses de Nepal entre 2009 y 2011 eran personas con discapacidades o deficiencias físicas o minusvalías del desarrollo (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2013). Se considera que las mujeres y las niñas con discapacidad son un grupo particularmente expuesto a la violencia sexual debido a su movilidad limitada y poca capacidad

“ Me sentía avergonzada porque tras el desastre no me podía lavar y todo el mundo podía ver mis pérdidas. ”

Mirasol, 16 años,
de Filipinas

para comunicarse, así como a su exclusión social y mayor probabilidad de pobreza (ACNUR, 2011a; Consorcio para el Cuidado de la Salud Reproductiva en los Conflictos, 2015; Comisión de Mujeres Refugiadas, 2013; Human Rights Watch, 2010). Dentro de ese grupo, determinados subgrupos se enfrentan a un riesgo mayor, a causa de lo que cabe denominar «triple discriminación»: las ancianas con discapacidad, las mujeres con discapacidad que pertenecen a una minoría étnica, lingüística o religiosa, y las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans con discapacidad (ACNUR, 2011a; Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2012).

«No tenemos puertas que cerrar»

Cuando los terremotos, los ciclones, las inundaciones, la violencia y la guerra arrancan a la gente de sus hogares y comunidades, una gran parte busca amparo en campamentos de refugiados y desplazados, albergues provisionales, viviendas improvisadas,

asentamientos espontáneos, barrios urbanos marginales, centros de evacuación y lugares de tránsito. En muchos de esos contextos existen factores de riesgo para la violencia por razón de género. La violencia sexual tiene lugar incluso en los campamentos de refugiados oficiales. Por ejemplo, en el campamento de refugiados de Dadaab, en Kenia, el aumento de la población ha sido más rápido que la instalación de iluminación y vallas en las nuevas secciones, lo que ha conducido a un incremento de la violencia sexual (Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2015). Las condiciones de vida y las características físicas de esos entornos con desplazados son una fuente de peligro muy real para las mujeres y las niñas.

En aquellos lugares donde se abastece a las poblaciones afectadas por un desastre o desplazadas a causa de un conflicto, suelen darse una serie de características que habitualmente se consideran factores de riesgo para la violencia por razón de género: el hacinamiento, la falta de intimidad, la carencia de cerrojos en las puertas, las letrinas e instalaciones para dormir comunes, las instalaciones de baño y letrinas inadecuadas, la iluminación insuficiente o los cortes eléctricos (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2014; Cooperativa de auxilio a cualquier parte del mundo [CARE], 2014, 2015b; Plan International, 2013; Centro de Seguimiento de los Desplazados Internos y Comité Internacional de Rescate, 2015; Grupo de Coordinación Intersectorial para el equipo humanitario en el país, 2014; UNFPA, 2014;

“ Mi hija tiene 16 años [...] estábamos muy preocupados por ella. Estaban agrediendo a mujeres. No podíamos protegerla, así que tuvimos que casarla [...]. Ella no quería casarse, quería estudiar.”

Una madre siria
en el Líbano

Subgrupo de Trabajo sobre la Protección del Niño y la Violencia de Género, Jordania, 2013). «No tenemos puertas que cerrar», explicó una residente del campamento de refugiados de Za'atari en Jordania (Save the Children, 2014).

Después de que el ciclón Pam golpeará Vanuatu en marzo de 2015, los centros de evacuación de la isla de Emae «tenían una ocupación excesiva, carecían de intimidad e iluminación, especialmente en los alrededores de las instalaciones sanitarias [...]» (CARE, 2015b). En algunas zonas de la República de Filipinas afectadas por el tifón Haiyan en 2013, se alojó a las mujeres y los niños en centros «abarrotaos» con «poca seguridad, instalaciones de baño y letrinas inadecuadas, y carentes de intimidad» (Grupo de Coordinación Intersectorial para el equipo humanitario en el país, 2014). Plan International (2011) ha denunciado que, en Bangladesh, los albergues para guarecerse de los ciclones «no suelen contar con dormitorios independientes para hombres y mujeres ni disponen de instalaciones sanitarias separadas y seguras».

«No podíamos protegerla, así que tuvimos que casarla»

Las consecuencias de los conflictos armados y los desastres naturales propician en ocasiones un incremento de los matrimonios infantiles en los lugares en crisis y en los campamentos de desplazados. Según la organización Visión Mundial, el miedo es «una de las principales motivaciones del matrimonio a edad temprana» en contextos de fragilidad, incluido el miedo a la violencia sexual y al hambre (Visión Mundial Reino Unido, 2013). Debido a su edad y género, las niñas son extremadamente vulnerables a esta práctica. En Siria, el matrimonio a edad temprana es una práctica tradicional muy aceptada por mujeres y hombres, indistintamente (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres [ONU Mujeres], 2013). Aunque se trata de una práctica anterior a las crisis, existen indicios de que estas agravan el problema, especialmente en las situaciones de desplazamiento prolongado. Entre otros aspectos, estas pueden difundir tal práctica entre familias que nunca

habían considerado esa posibilidad, o poner en peligro a niñas todavía más pequeñas (CARE, 2015).

Cuando los alimentos escasean debido a la pobreza extrema o la sequía, a veces las familias casan a sus hijas para reducir el número de bocas que alimentar y generar ingresos, allí donde se paga un precio a la familia de la novia (Save the Children, 2014; CARE, 2015). También cabe considerarlo una forma de proteger la «honra» de la hija, que puede verse amenazada si la inseguridad alimentaria la fuerza a recurrir a las relaciones sexuales de supervivencia o transaccionales (Plan International, 2013).

La crisis de Siria ha provocado un incremento de los matrimonios precoces entre las niñas refugiadas sirias en Jordania, el Líbano y Egipto (CARE, 2015). Los refugiados sirios mencionan los actos de violencia sexual y el miedo a ellos, especialmente los cometidos contra las niñas, entre los principales motivos para huir de su país (CARE, 2015; Comité Internacional de Rescate, 2013).

El matrimonio a edad temprana acarrea riesgos y desventajas considerables para los derechos reproductivos de las niñas, su salud, su propio bienestar y el de sus hijos. Debido a su edad y género, las niñas casadas tienen poco poder e influencia para determinar lo que sucede con su cuerpo. En muchas ocasiones no pueden tomar decisiones sobre el uso de anticonceptivos, la frecuencia con que mantienen relaciones sexuales, el intervalo de tiempo entre embarazos y el número de hijos (CARE, 2015). Esa falta de poder tiene consecuencias notables y, en algunos casos, fatales, pues expone a las niñas a las infecciones de transmisión sexual y a la morbilidad y la mortalidad maternas.

Violencia en el seno de la pareja

Las crisis suelen implicar cambios en las relaciones de género en la familia, que a su vez pueden incrementar el riesgo de violencia en el seno de la pareja. Los cambios son especialmente acusados en las situaciones de desplazamiento (UNFPA, 2010). En un momento en que los hombres hacen frente al desempleo, la pérdida de sus medios de vida, la inactividad y la frustración, las mujeres asumen la responsabilidad de sostener a la familia. Son receptoras preferentes de la ayuda alimentaria, de manera que pueden gozar de



En el campamento de Bachid Kendal, en Zakho (Iraq).

Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

nuevas oportunidades gracias a los programas de las organizaciones humanitarias (Comité Internacional de Rescate, 2015). El cambio de roles provoca que algunos hombres atraviesen una «crisis de identidad» (Anderlini, 2010). Al este de la República Democrática del Congo, donde se ha observado e informado de dicho cambio en los roles de género, los hombres congoleños han descrito sensaciones de humillación, fracaso y «pérdida de la valía personal» (Lwambo, 2011). Algunos consideran que infligir violencia a su pareja, así como a sus hijos, es una forma de reafirmar su poder, dominación y masculinidad.

El estrés, la pérdida, el aburrimiento y la frustración de los hombres en las situaciones de desplazamiento también conducen al consumo excesivo de alcohol y drogas, y a otros mecanismos

negativos de adaptación, que a su vez exacerban la violencia en el seno de la pareja. La situación de «extrema» dependencia y falta de poder de las niñas casadas, agravada por su edad y género, las expone en mayor medida a este tipo de violencia (Comité Internacional de Rescate, 2015; CARE, 2015).

Cada vez existen más pruebas de que la violencia en el seno de la pareja es el tipo de violencia más habitual del que son víctimas las mujeres en contextos humanitarios (Comité Internacional de Rescate, 2015). En determinadas situaciones de conflicto, los actos de violencia en el seno de la pareja, incluida la violación conyugal, y de violencia sexual intrafamiliar son más frecuentes que los actos de violencia sexual perpetrados por los combatientes (Wood, 2015; Human Security Report Project, 2012). En una evaluación del campamento de refugiados de Za'atari, en Jordania, en 2013, los miembros de la comunidad y los proveedores de servicios señalaron que la violencia doméstica era el «tipo de violencia más corriente» y «un problema

cada vez más grave» entre los refugiados sirios, siendo las niñas de entre 12 y 18 años las más afectadas (Subgrupo de Trabajo sobre la Protección del Niño y la Violencia de Género, Jordania, 2013).

Es frecuente observar un mayor número de casos de violencia en el seno de la pareja después de un desastre natural, y así ha sucedido en los más recientes:

- **Terremoto en Nepal:** Aunque no disponemos de cifras oficiales, los orientadores y otras personas que participaron en la respuesta humanitaria en Nepal observaron un «incremento drástico» de los casos de violencia sexual y doméstica contra las mujeres desde el terremoto (ONU Mujeres, 2015).
- **Ciclones Vania y Atu:** En Vanuatu, cuyos índices de violencia por razón de género, incluida la violencia en el seno de la pareja, ya eran elevados, un centro de asesoramiento registró un incremento del 300% en las remisiones posteriores a los ciclones Vania y Atu de 2011 (CARE, 2015b).



En un campamento en Dohuk (Iraq).

Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

- También se registró un aumento de los casos de violencia en el seno de la pareja después de los incendios forestales del Sábado Negro en **Australia** (2009); el terremoto en la zona de Christchurch, en **Nueva Zelandia** (2011); el huracán Katrina en los **Estados Unidos** (2005); el **tsunami en el océano Índico** (2004), y el terremoto del **Japón** (2011).

«¿Qué se puede hacer?»

El riesgo de sexo transaccional aumenta en los contextos de crisis, especialmente en las situaciones de desplazamiento en que las oportunidades de tener un medio de vida son muy limitadas. En los contextos de crisis, el sexo se convierte para algunas mujeres y niñas en una estrategia de supervivencia y en un mecanismo extremo y negativo de adaptación. Ante las estrecheces económicas extremas y la inseguridad alimentaria, sin posibilidad de generar ingresos, no es inusual que las mujeres, las adolescentes y también los muchachos adolescentes vendan su cuerpo para garantizar su supervivencia y la de las personas que dependen de ellos, ya se trate de sus propios hijos o de los de sus parientes fallecidos (ACNUR, 2011). Ofrecen sexo a cambio de artículos básicos como alimentos, medicamentos o artículos sanitarios, obsequios o acceso a los puntos de distribución (Klasing, 2011; ACNUR, 2011).

Se han observado casos de sexo transaccional relacionados con las crisis, por ejemplo, en la República Democrática del Congo, Sudán del Sur, Filipinas, Haití y Somalia (ONUSIDA, 2015; CARE, 2014; *The Inquirer*, 2015; Grupo de Coordinación Intersectorial para el equipo humanitario en el país, 2014; Klasing, 2011).

Las mujeres y las niñas también recurren al comercio sexual como fuente de ingresos. La presencia de las fuerzas de mantenimiento de la paz o de los trabajadores humanitarios internacionales agrava el riesgo de explotación sexual a causa de la disparidad entre los niveles de riqueza (Human Rights Watch, 2015b). Las niñas no acompañadas y las mujeres y las niñas con discapacidad son especialmente vulnerables (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2013). Una investigación de Plan International concluyó

que en Etiopía, en los periodos de sequía, algunas niñas se prostituyeron para ganarse el sustento (Plan International, 2011). En Haití, después del terremoto, las niñas, sobre todo las no acompañadas, establecieron relaciones con hombres expresamente para garantizar su seguridad económica (Klasing, 2011).

Mayor riesgo de trata de personas

Los conflictos y los desastres naturales ofrecen oportunidades a los implicados en la trata de personas para explotar las vulnerabilidades de las poblaciones afectadas por la crisis. La Organización Internacional para las Migraciones (2015) describe los campamentos de refugiados y desplazados como un «caldo de cultivo de nuevas víctimas para los traficantes», y los asentamientos irregulares y las comunidades de acogida, como «lugares especialmente expuestos». Las mujeres y las niñas son el objetivo de los traficantes, que las obligan a trabajar en prostíbulos y las someten a la esclavitud sexual y el trabajo forzoso (Organización Internacional para las Migraciones, 2015). O bien las atraen prometiéndoles un trabajo, o bien las secuestran. Aquellas personas que adoptan estrategias de supervivencia arriesgadas, tales como las relaciones sexuales de supervivencia y transaccionales, las niñas no acompañadas que carecen de la protección familiar, y los niños en general, ante la falta de estructuras y de la protección que brinda la escuela, están más expuestos a la amenaza de la trata de personas (Organización Internacional para las Migraciones, 2015). La discriminación también

“ La gente trata de salir adelante como puede. Las mujeres tienen relaciones con hombres para alimentar a sus hijos. Sucede con frecuencia [...]. No es bueno prostituirse, pero ¿qué alternativas hay? Tenemos que comer. ”

Residente del campamento de Croix-de-Bouquets, en Haití



Khokhana, en los alrededores de Katmandú, después del terremoto.

Foto © Panos Pictures/Vlad Sokhin

puede ser un factor de riesgo importante, como refleja la condición de objetivo de los grupos étnicos y religiosos minoritarios, tales como los yazidíes en el Iraq (Organización Internacional para las Migraciones, 2015).

Las Naciones Unidas han denunciado una ola de trata de niñas adolescentes en determinadas zonas de Myanmar afectadas por el conflicto (Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2015). También se ha informado de la trata de personas en el periodo posterior a los desastres sucedidos recientemente en Nepal (Burke, 2015) y Filipinas (Grupo de Coordinación Intersectorial para el equipo humanitario en el país, 2014). En Filipinas, no obstante, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) no ha observado un incremento significativo de casos como consecuencia del tifón (Erakit, 2014). Seguimos sin saber demasiado de la relación entre la trata de personas y las crisis; su prevalencia no está bien documentada y disponemos de pocos datos (Organización Internacional para las Migraciones, 2015).

Los supervivientes de la violencia sexual precisan atención después de las violaciones, pero quizá no la reciban en una situación de crisis

Los supervivientes de la violencia sexual necesitan acceder a servicios de atención clínica de calidad después de las violaciones, que incluyan la profilaxis posterior a la exposición (en las primeras 72 horas) para minimizar el riesgo de contraer el VIH, la anticoncepción de emergencia, los antibióticos para prevenir las infecciones de transmisión sexual, la atención médica integral, los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, y la asistencia jurídica (Casey *et al.*, 2015).

Sin embargo, las crisis pueden evitar que los supervivientes reciban un tratamiento clínico de calidad con relación a las violaciones. Es posible que no se ofrezcan servicios de atención debido a la destrucción de los centros de atención primaria, a la restricción del acceso del personal humanitario o a la falta de capacitación pertinente para los trabajadores sanitarios presentes en la zona. También cabe la posibilidad de que la atención se vea comprometida por la insuficiencia de suministros, entre ellos los medicamentos. En ocasiones, los supervivientes serán incapaces de llegar a los puntos de servicio a causa de las restricciones a la circulación. Aun cuando se faciliten tales servicios, los supervivientes pueden no ser conscientes de su existencia o bien optar por no utilizarlos por el velo de miedo y silencio que sigue cubriendo la violencia sexual en muchas sociedades (Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, 2015; Casey *et al.*, 2015).

«Botín de guerra»

En el norte del Iraq y el este de Siria, el autoproclamado Estado Islámico del Iraq y el Levante (EIIL) ha institucionalizado la violencia sexual, en particular la violación, la esclavitud sexual y el matrimonio forzoso contra los «infeles» que residen en las zonas bajo su control (Reinl, 2015). Se ha señalado a las mujeres y las niñas de la minoría religiosa yazidí (Amnistía Internacional, 2014), aunque otras comunidades no árabes ni suníes también minoritarias, como los cristianos, los chiíes turcomanos y los chiíes

shabak, parecen asimismo vulnerables a esas violaciones de los derechos humanos (Naciones Unidas en el Iraq, 2014).

Las mujeres y las niñas son secuestradas como «botines de guerra», violadas por los combatientes del EIIL, obligadas a «contraer matrimonio», subastadas entre los combatientes del EIIL locales y extranjeros —en ocasiones, varias veces— y entregadas como «obsequios» (Human Rights Watch, 2015a; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos [ACNUDH], 2015). Tales actos no solo se consideran «saludables para el espíritu», sino que se han convertido en una práctica establecida para reclutar a combatientes para el EIIL (Callimachi y Limaaug, 2015).

Trauma

Las consecuencias del trauma para las personas, las poblaciones, la paz y la seguridad, y entre generaciones atraen cada vez más interés. La idea de que los traumas sin resolver y los traumas colectivos pueden tener efectos intergeneracionales y dar lugar a nuevos ciclos de violencia y conflicto está ganando adeptos. La salud mental y el bienestar de las personas son más vulnerables después de un conflicto o crisis, y todavía queda mucho por conocer acerca de sus repercusiones sobre la salud mental, la violencia intergeneracional, de si la experiencia de violencia puede llevar a cometer este tipo de actos en el futuro, y de la relación entre las necesidades psicosociales y el mantenimiento de la paz en el plano comunitario (Searle, s. f.).

Es preciso un cambio

A pesar de todo lo que sabemos sobre la desigualdad entre los géneros, la violencia y la discriminación sexual y por razón de género, las mujeres y las niñas siguen sufriendo en extremo las consecuencias de los desastres, conflictos y desplazamientos.

Ya sea en el hogar, en contextos de desplazamiento o en el seno de sus comunidades, la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres y las niñas son mucho más vulnerables que los de los hombres y los niños.

No obstante, su grado de exposición a los daños y experiencias no es el mismo en todos los casos. Las

mujeres y las adolescentes hacen frente a factores *adicionales* de riesgo en función de su origen étnico, edad, estado de salud y discapacidad, situación económica y otras circunstancias como el desplazamiento y la migración.

Los agentes humanitarios que toman parte en el diseño de políticas y la ejecución de los programas deben cumplir los compromisos para aliviar a las mujeres y las adolescentes de los abrumadores riesgos que exacerban la ya de por sí sobrecogedora experiencia del desarraigo y la pérdida del apoyo familiar, comunitario y estatal después de una crisis.

Es preciso cambiar una serie de aspectos de la respuesta humanitaria para garantizar que se satisfacen las acusadas necesidades de las mujeres y las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, por ejemplo mediante la restauración del acceso a los servicios y suministros, entre otros los métodos anticonceptivos.

Aunque las situaciones de crisis pueden limitar el acceso a los anticonceptivos y la planificación familiar, también pueden generar oportunidades para mejorar el acceso a ellos a través de programas humanitarios específicos (Plan Internacional, 2013).

Sin embargo, para reducir el riesgo también se requieren inversiones a largo plazo y voluntad política encaminadas a corregir la desigualdad entre los géneros, que multiplica los riesgos.

Aunque en las situaciones de crisis una serie de factores exacerban el riesgo, algunos también brindan oportunidades para el cambio. En relación con el VIH, por ejemplo, las crisis pueden ofrecer oportunidades para mejorar la atención o llegar a personas a las que antes no se facilitaban servicios (ONUSIDA, 2015).

En los campamentos, si estos están bien gestionados y disponen de recursos, es posible que las poblaciones desplazadas gocen de una mejor protección, salud, educación y servicios de los que conocían antes de la crisis.

Las adolescentes son especialmente vulnerables, y los actores humanitarios deben reconocer desde el primer momento los riesgos que conforman su vulnerabilidad y dar prioridad a las medidas que atienden a sus necesidades, velan por su seguridad y preservan su dignidad.

CAPÍTULO 3

Una respuesta dinámica: de la atención básica a la atención integral

Cuando las mujeres y las niñas tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y a una serie de programas humanitarios que hacen frente a las desigualdades de manera expresa, los beneficios de las intervenciones crecen exponencialmente y se prolongan desde la fase aguda de la crisis hasta mucho después, cuando los países y las comunidades se reconstruyen y la población recupera su vida.

Salvar la vida de las mujeres y las adolescentes sirias en Jordania



Reema Diab con una paciente.

Foto © UNFPA/Salah Malkawi

Una mañana de agosto, en el campamento de Za'atari, en Jordania, miles de refugiados sirios iniciaban sus actividades cotidianas antes del sofocante calor del mediodía.

A las 11 de la mañana, en el exterior se alcanzaban ya los 30 °C. En 1 de las 4 clínicas de salud reproductiva del UNFPA, el aire acondicionado mantenía la temperatura agradable para 5 futuras madres cuyas contracciones se intensificaban.

En un día normal, en la maternidad de Za'atari nacen diez niños, según la ginecóloga Reema Diab. Los centros son diseñados, gestionados y supervisados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en colaboración con la Jordan Health Aid Society —una organización no gubernamental de la zona— y con

fondos de los donantes de la Comisión Europea y los Estados Unidos.

Diab es 1 de los 5 médicos que, con la ayuda de 17 parteras, atienden el parto de centenares de niños todos los meses en las difíciles condiciones de un campamento de refugiados. Hasta la fecha, en Za'atari ninguna madre ha muerto durante el embarazo o el parto.

Aunque han estado cerca muchas veces.

Diab dice que 1 de las 5 mujeres que se pusieron de parto aquella mañana de agosto tenía preeclampsia, un síndrome potencialmente mortal, por lo que hubo que remitirla a un hospital equipado con quirófano, anestesia y otros recursos básicos para asistir los partos complicados y realizar cesáreas. A veces, los casos se remiten a un hospital jordano próximo, pero casi siempre se desplaza a las



Centro de salud familiar en Deir Allah (Jordania).
Foto © UNFPA/Salah Malkawi

mujeres a un hospital dirigido por el ejército marroquí en el propio campamento. Allí se practica un promedio de tres cesáreas diarias, y el hospital cuenta con cirujanos capacitados para reparar desgarros del cuello uterino y fístulas obstétricas.

Sajah, de 25 años, es una de tantas mujeres que se han beneficiado de la atención especializada que se ofrece en el hospital marroquí. No hace mucho tiempo la remitieron allí por un parto de alto riesgo, después de haber sufrido cinco abortos. La cesárea permitió un parto sin riesgos y saludable.

Atención integrada integral

Las maternidades son solo uno de los elementos de los servicios integrales de salud sexual y reproductiva a disposición de los residentes de Za'atari —1 de cada 4 son mujeres o chicas adolescentes en edad reproductiva—.

Las mujeres de los campamentos también reciben atención prenatal y servicios de seguimiento después del parto. Las mujeres, los hombres y los jóvenes pueden informarse sobre la planificación familiar y tienen acceso gratuito a métodos anticonceptivos modernos. Se ha capacitado al personal sanitario de los centros para identificar y tratar clínicamente la violencia sexual y por razón de género, así como para remitir los casos a los centros de asesoramiento y gestión del campamento.

A pesar de todo, la vida en el campamento no es sencilla. Aunque se puede acceder a los servicios con facilidad, las mujeres y las niñas refugiadas se enfrentan a un conjunto de obstáculos para su salud física y psicológica, desde el trauma persistente del desplazamiento hasta las consecuencias de los mecanismos negativos de adaptación o el matrimonio infantil forzoso.

Una pérdida tras otra

Aquella mañana, en la maternidad dieron a luz 2 niñas de 16 años. Los embarazos en la adolescencia son habituales en Za'atari. Omar Laghzaoui, jefe de cirugía obstétrica del hospital marroquí, revela que 1 de cada 3 partos que asiste corresponde a niñas de hasta 15 años. «La más joven tenía 12», recuerda. Los embarazos precoces acarrear un mayor riesgo de complicaciones, y con frecuencia es necesario practicar una cesárea.

Dificultades específicas para los adolescentes y los jóvenes

Los embarazos precoces suelen estar relacionados con matrimonios infantiles que se contraen en el campamento, explica Asma Nemrawi, una psicóloga que atiende a los jóvenes del campamento. A menudo, los padres conciertan matrimonios para sus hijas pequeñas, a fin de liberarse de la carga económica que supone su cuidado,

Imagina que estás embarazada de nueve meses, sola, separada de tu familia y amigos, a kilómetros de distancia de cualquier médico o persona que pueda ayudarte, y empiezas a tener contracciones. Te enfrentas a la perspectiva de dar a luz sola.

Esa situación tan aterradora la vivieron miles de mujeres que se vieron afectadas por conflictos o desastres hace tan solo 20 años.

Hasta hace poco tiempo, la respuesta humanitaria se centraba principalmente en satisfacer necesidades fundamentales como el agua, el alimento y el albergue. Muchos consideraban que otras necesidades, entre ellas las relacionadas con la salud sexual y reproductiva y el alumbramiento, eran secundarias.

Sin embargo, para las mujeres que dan a luz por su cuenta, la presencia de una partera o la disponibilidad de un entorno e instrumentos higiénicos que eviten infecciones son una necesidad fundamental.

La inexistencia de servicios de salud sexual y reproductiva en las crisis era la norma, no la excepción. Por ejemplo, un estudio realizado en 1994 concluyó que en diversos centros de refugiados y desplazados internos de 8 países prácticamente no se ofrecían servicios de salud sexual y reproductiva (Wulf, 1994).

Los agentes humanitarios comenzaron a darse cuenta de que es importante velar por la salud y los derechos sexuales y reproductivos en las situaciones de crisis, no solo como elemento básico de la respuesta humanitaria, sino también como instrumento en favor de una programación humanitaria más eficaz en todos los sectores y como base de la recuperación, la rehabilitación y la resiliencia a largo plazo.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, aprobado por 179 Estados, llamó la atención sobre las necesidades insatisfechas en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas que viven en contextos humanitarios: «Debería proporcionarse a los refugiados acceso a alojamiento, educación, servicios de salud, incluida la planificación de la familia, y otros servicios sociales necesarios». (Naciones Unidas, 1994). Este planteamiento fue ratificado posteriormente en la Plataforma de Acción de Beijing de la Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 (Naciones Unidas, 1995).

Ese año, el UNFPA y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados dirigieron

o con la idea errónea de que un esposo la protegerá mejor de la violencia sexual. Nemrawi atiende rutinariamente a niñas casadas o que están a punto de contraer matrimonio. Algunas apenas han cumplido los 14 años. «Unas quieren aprender a tener niños», dice. «Otras ya se han quedado embarazadas y buscan apoyo psicológico».

Nemrawi explica que algunas niñas le cuentan que quieren tener hijos para compensar las pérdidas que han sufrido a lo largo de su vida. Otras también tienen miedo de que sus esposos se pongan violentos o decidan divorciarse si no tienen hijos. En esas situaciones complicadas, ella intenta reunirse con la niña y el esposo simultáneamente para explicarles los beneficios para la salud, psicológicos y económicos de retrasar el embarazo, y al mismo tiempo destaca las dificultades de criar a un niño en un campamento de refugiados.

Nemrawi también habla a los jóvenes del campamento sobre la planificación familiar. «Al principio, no querían ni oír hablar de ello», recuerda. Sin embargo, sus esfuerzos por explicar cómo funciona y los beneficios que reporta a la salud de la madre están dando sus frutos. Alrededor del 60% de los jóvenes que asistieron a una de sus sesiones se marcharon convencidos de que debían aplicarla.

Llegar a quienes no viven en los campamentos

Za'atari acoge a aproximadamente 80.000 refugiados sirios; otros 4 campamentos albergan a 30.000 más. No obstante, los residentes de esos campamentos solo representan en torno al 18% de los refugiados sirios en Jordania. El otro 82% vive en ciudades, pueblos y zonas rurales repartidos por todo el país, lugares donde muchos tienen dificultades para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

Prestar servicio a los refugiados fuera de los campamentos resulta complicado. La población está dispersada, y muchos quedan fuera del alcance de las instituciones al servicio de los ciudadanos jordanos.

Además, los servicios de los hospitales públicos jordanos y las clínicas estatales son gratuitos únicamente para los ciudadanos asegurados. Los sirios y los refugiados de otros países deben abonar una tasa que, aunque no es elevada en comparación con el costo del servicio privado, sigue resultando inasequible para la mayoría. Una alternativa es recurrir a los servicios de los proveedores sin fines de lucro, como el Institute for Family Health (IFH), que dispone de una red nacional de clínicas donde ofrece servicios de salud sexual y reproductiva tanto a sirios como a jordanos. El IFH ejecuta programas respaldados por el UNFPA.

TRAS EL TERRIBLE PASO DEL TIFÓN, LAS MUJERES DE FILIPINAS SIGUIERON DANDO A LUZ DE FORMA SEGURA

Cuando se emitieron las alertas acerca del tifón Haiyan, la directora del Felipe Abrigo Memorial Hospital no perdió ni un minuto. La doctora Lilia Daguinod recogió una serie de medicamentos básicos del hospital y estableció una pequeña farmacia en el salón de su casa.

Como obstetra, la doctora Daguinod sabía que las mujeres seguirían dando a luz y en situación de riesgo pasara lo que pasara. «Tenía que estar preparada», dice.

En los primeros días que siguieron a los feroces vientos del tifón, que destruyeron la ciudad y dejaron su hospital en ruinas, la doctora Daguinod asistió tres partos en aquella habitación. «Gracias a Dios, no hubo complicaciones».

Después de que se improvisara una sala de partos cerca de un centro de salud sin techo, siguió acogiendo a las madres y a los bebés recién nacidos en su casa.

Cuatro millones de personas perdieron su hogar a causa del Haiyan —conocido en la zona como Yolanda—, que golpeó el país en noviembre de 2014.

Centenares de desplazadas daban a luz cada día, y muchas de ellas hicieron frente a complicaciones que pusieron en riesgo su vida. La mayoría de los centros de salud dañados restablecieron ciertos servicios poco después de la crisis, pero en muchos lugares el personal tuvo dificultades para atender a los pacientes sin equipos ni electricidad, con pocas ambulancias y suministros escasos.

En respuesta a la crisis, el UNFPA dio prioridad a los servicios destinados a garantizar la seguridad de las embarazadas y de las mujeres que acababan de dar a luz. El UNFPA facilitó a sus asociados estatales y no estatales equipos y suministros médicos fundamentales como medicamentos, kits de parto limpio y artículos de higiene, para que apoyaran la atención de salud en las regiones más afectadas.

Hanin Zoubi es la directora del programa del IFH y el UNFPA. «Adoptamos un enfoque integrado», explica. Ofrecen gratuitamente atención prenatal y posnatal, asesoramiento y servicios de planificación familiar, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y apoyo psicosocial a los supervivientes de la violencia por razón de género y el trauma, todo en un mismo centro.

Pero no todos pueden acudir a la clínica, de manera que el IFH también ofrece servicios de extensión comunitaria. «Vamos allí donde está la gente», comenta Zoubi. Acuden, por ejemplo, a las escuelas, donde facilitan información a los adolescentes; o a las organizaciones comunitarias, donde preparan a los jóvenes para la vida activa.

Los usuarios agradecen la información, dice, y señala que las poblaciones vulnerables del país suelen carecer de

acceso a Internet y por tanto no pueden averiguar por sus propios medios cómo prevenir los embarazos o las infecciones de transmisión sexual.

La población de refugiados que vive fuera de los campamentos difiere en aspectos clave. Su demanda de planificación familiar es mayor, según Zoubi, y se dan menos embarazos en la adolescencia.

Haya Badri, coordinadora de las clínicas del IFH, dice que al centro de Ammán llegan cada día 65 pacientes sirios y jordanos en busca de servicios. La mayoría de los pacientes solicitan reconocimientos médicos —entre otros, ecografías—, pero algunos también reciben tratamiento contra la anemia o piden anticonceptivos. Una gran parte también acude para denunciar actos de violencia sexual y por razón de género y en busca de tratamiento o asesoramiento al respecto. Se ofrecen asimismo sesiones



Recién nacidos en el campamento de Za'atari.

Foto © UNFPA/Salah Malkawi

de asesoramiento individualizado y grupos de apoyo para los adultos y los niños traumatizados, e incluso para los supervivientes de la tortura.

la creación del Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (IAWG) ante el reconocimiento cada vez mayor de las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de los refugiados y los desplazados internos, con ánimo de poner solución a la inexistencia general de una respuesta. Desde entonces, el IAWG se ha convertido en una coalición mundial que engloba a las Naciones Unidas, donantes y organizaciones académicas, organizaciones no gubernamentales locales e internacionales, y ministerios de salud. Su propósito es ampliar y mejorar el acceso a unos servicios de salud sexual y reproductiva de calidad dirigidos a las personas afectadas por los conflictos y los desastres naturales (IAWG, 2014).

En la actualidad, *un mayor número* de refugiados y desplazados internos gozan de *más acceso a más servicios* que en el pasado. En 2014, el UNFPA distribuyó 8.437 botiquines de salud reproductiva con artículos básicos, medicamentos, anticonceptivos y equipos entre más de 35 millones de mujeres, hombres y adolescentes en contextos humanitarios. Sin embargo, el crecimiento constante de la población

necesitada y el compromiso cada vez más firme de brindarles servicios integrales propician la existencia de lagunas que podrían agrandarse si no se lleva a cabo un esfuerzo concertado para hacer frente a este reto.

La comunidad humanitaria ha recorrido un largo camino en los últimos 20 años. Actualmente, en numerosos contextos humanitarios se ofrece toda una gama de servicios y apoyo, pero en otros siguen existiendo deficiencias, en mayor o menor medida. La salud sexual y reproductiva no es todavía integral o universal en todas las crisis.

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 179 países reconocieron que los derechos reproductivos son derechos humanos. La comunidad internacional está obligada a defender esos derechos, también en las situaciones de crisis.

Establecer una norma sobre los servicios y suministros básicos

En 1998, el IAWG presentó lo que ahora se considera el paquete esencial de servicios y suministros de

Confidencialidad y respeto

Independientemente del servicio que se preste, la privacidad es fundamental. Todo el personal ha recibido capacitación y ha firmado un código deontológico en el que se compromete a facilitar servicios confidenciales a todos sin hacer juicios de valor. La garantía de confidencialidad contribuye a que los pacientes superen sus miedos y preserven su dignidad al solicitar ayuda.

Nadia om-Hassan, de 35 años, acude a otro centro situado en Deir Alla, en el valle del Jordán, donde habla con los orientadores y participa en los grupos de apoyo social. Hace tres años, cuando aún estaba en Siria, acababa de dar a luz a su quinto hijo, mediante cesárea. Todavía estaba aturdida por la anestesia cuando un bombardeo alcanzó el hospital y obligó a realizar una evacuación de

emergencia. La incisión quirúrgica se infectó unos días después. A pesar del estado en que se encontraba, ella, su esposo, su hijo recién nacido y los otros cuatro niños huyeron a Jordania.

Más tarde, el esposo de om-Hassan la presionó para que volviera a quedarse embarazada. «Quería más niños para que le ayudaran a sostener a la familia», dice. «Me quedé embarazada tres meses después, [pero] sufrí un aborto». El personal del IFH en Deir Alla le habló de la planificación familiar y le hizo ver por qué era importante para su salud. «Ahora le explico a mi esposo que también es bueno para la salud de toda la familia».

«Al acudir a la clínica y poder hablar de mis problemas me siento muy feliz y aliviada», comenta om-Hassan.

El centro de Deir Alla también brinda apoyo a los adolescentes. Malak, de 15 años, llegó a Jordania desde Damasco hace 4 años junto a sus padres, abuelos y 3 hermanos. Asiste a la escuela secundaria, y Ciencias es su asignatura favorita, aunque afirma que quiere ser agente de policía. Este año, su tía habló con los padres de Malak para concertar un matrimonio con su hijo, de 20 años. «No era lo que yo quería, pero no podía negarme. No quería dejar los estudios», explica Malak.

Un día, Malak acompañó a su madre al centro y descubrió que se impartían sesiones informativas sobre el matrimonio infantil, a las que ambas asistieron. Su madre y, posteriormente, su padre comprendieron que lo mejor para Malak era permanecer en la escuela y completar su educación. Así pues,

salud reproductiva que debe estar disponible desde el principio de toda crisis. Ese paquete de servicios iniciales mínimos es la norma internacional de aplicación para proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas durante la etapa aguda de los conflictos y los desastres.

Su objetivo es prevenir y gestionar las consecuencias de la violencia sexual, reducir la transmisión del VIH, evitar que las madres y los recién nacidos mueran o enfermen, e integrar la salud sexual y reproductiva en la atención de salud primaria.

Aunque en la actualidad esos servicios esenciales gozan de un amplio reconocimiento como base de los servicios y medidas fundamentales en las situaciones de crisis, algunas respuestas no han estado a la altura y han puesto en peligro la salud de las mujeres y las adolescentes al negar sus derechos reproductivos.

Servicios integrales después de la etapa inicial

El IAWG ha identificado otros servicios de salud sexual y reproductiva importantes que habría que ofrecer tan pronto como sea posible una vez estabilizada la situación.

Toda la gama de opciones para la planificación familiar

Aunque no es posible evitar los desastres, sí lo es prevenir los embarazos no deseados en el periodo posterior a una crisis.

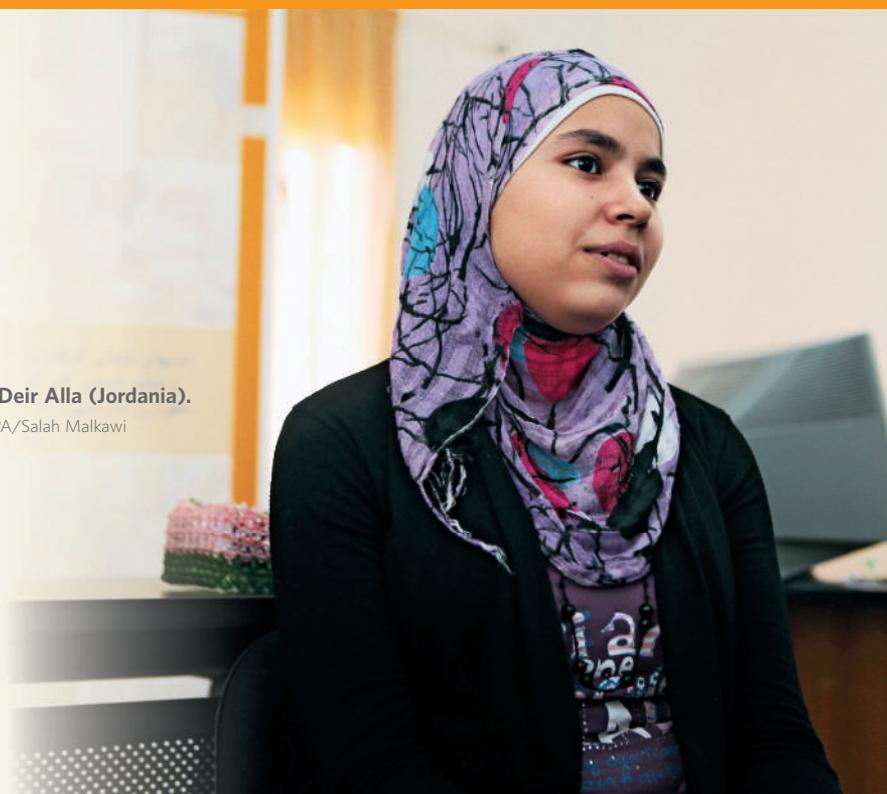
Por ejemplo, desde el terremoto que sacudió Nepal en abril de 2015, el UNFPA y sus asociados han restablecido el acceso de las mujeres a la planificación familiar en aquellas zonas donde las instalaciones de salud fueron dañadas o destruidas. Los trabajadores sanitarios y los voluntarios comunitarios capacitados por el UNFPA difunden información sobre cómo acceder a la planificación familiar y aplicarla con eficacia. La labor de divulgación se acomete a través de puestos sanitarios en los comités de desarrollo vecinal —las dependencias administrativas más pequeñas— a fin de analizar en detalle cómo se usa la planificación familiar en cada zona y trazar estrategias para cubrir las necesidades insatisfechas. Un examen estatal de 30 centros incluidos en la iniciativa concluyó que la prevalencia de los anticonceptivos había aumentado del 34% al 45%.

el compromiso se canceló después de un mes.

Según Daniel Baker, que coordina el trabajo del UNFPA en apoyo de los refugiados sirios en Jordania, Egipto, el Iraq, el Líbano y Turquía, así como en favor de los sirios que todavía no han huido del país, «[l]a situación de los refugiados sirios es espantosa, a pesar de la generosidad de los países de acogida vecinos. La guerra en Siria prosigue sin que se vislumbre una solución, de manera que su situación es cada día más desesperada, a medida que se agotan todos sus recursos. La responsabilidad de la prestación de servicios básicos, como la atención de salud materna, recae en la comunidad humanitaria internacional, que debe velar por que la vida sea sostenible y se preserve cierta esperanza en un futuro mejor cuando la guerra termine».

Malak en Deir Alla (Jordania).

Foto © UNFPA/Salah Malkawi



LA ACCIÓN HUMANITARIA DE LAS NACIONES UNIDAS

Más de dos terceras partes de las situaciones de emergencia humanitaria en las que intervienen las Naciones Unidas en la actualidad son desastres naturales. Solo en 2014, las Naciones Unidas dieron respuesta a 60 desastres, frente a 7 situaciones de emergencia compleja o conflicto.

Desde 2013, las Naciones Unidas califican la magnitud y el tipo de emergencias a partir de una escala de 3 puntos. Las emergencias del nivel 3 —el nivel más grave— implican una movilización de todo el sistema debido a su escala, complejidad y urgencia. Las emergencias de nivel 2 requieren en su mayoría una respuesta regional. Las emergencias de nivel 1 pueden ser solventadas por un país determinado, o gestionadas y respaldadas por los organismos presentes en el país.

En septiembre de 2015, las Naciones Unidas intervinieron en 4 situaciones de emergencia de nivel 3: en el Iraq, donde

la intensificación de los enfrentamientos entre los grupos armados y las fuerzas estatales ha dado lugar, según las estimaciones, al desplazamiento interno de 1,9 millones de personas; en Siria, donde millones de personas necesitan asistencia y han quedado atrapadas en zonas de difícil acceso; en la República Centroafricana, un país que en el último año ha atravesado una grave crisis política que ha dejado a 2,5 millones de personas —más de la mitad de la población— en una situación de extrema necesidad de asistencia; y en Sudán del Sur, donde hay 1,7 millones de personas desplazadas y se calcula que 4 millones se enfrentan a la inseguridad alimentaria (Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas [ONUCAH], 2015).

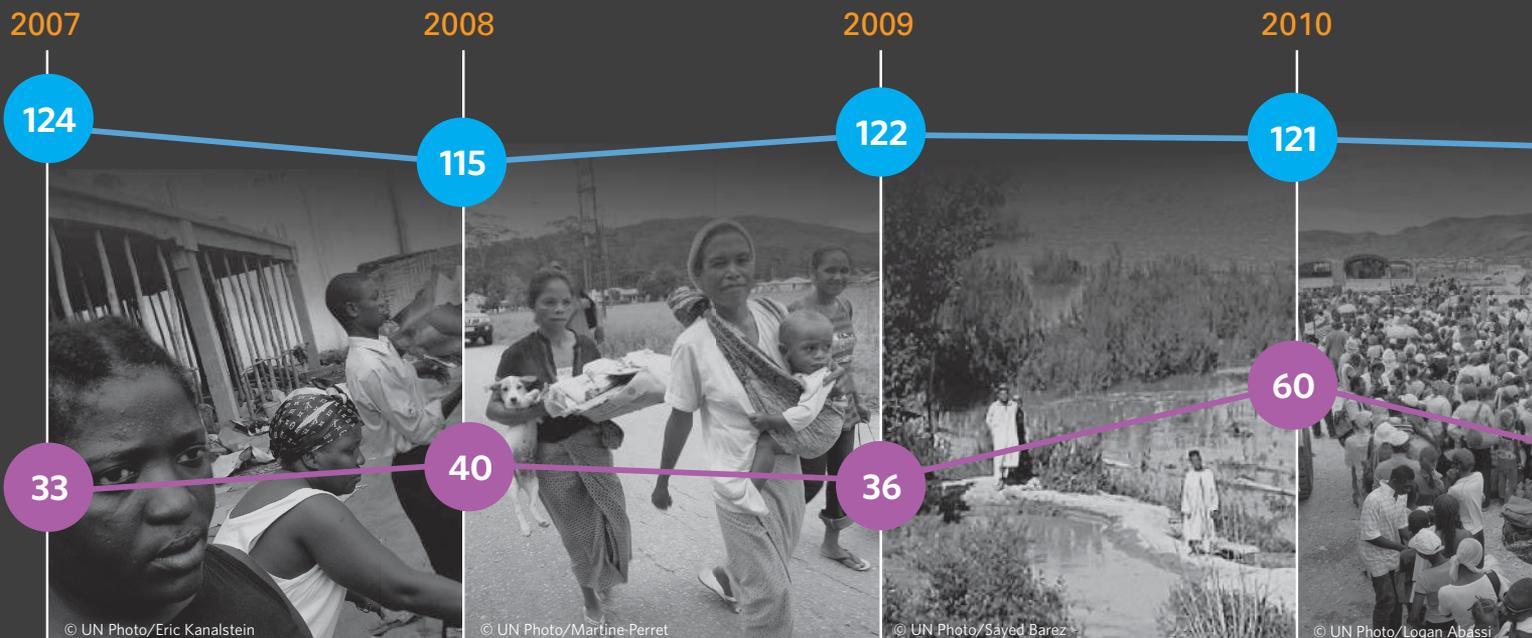
A lo largo de los últimos 12 meses las Naciones Unidas han efectuado 30 llamamientos de financiación humanitaria, de los cuales casi la mitad fueron para países de África Subsahariana.

De acuerdo con el Proyecto de Capacidades para la Evaluación (ACAPS), se encuentran en una situación de crisis humanitaria «grave» el Afganistán, Eritrea, el Iraq, Níger, Nigeria, la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, Siria, Somalia, Sudán del Sur, el Sudán y el Yemen. ACAPS es una iniciativa sin fines de lucro de Acción contra el Hambre, el Consejo Noruego para los Refugiados y Save the Children International para apoyar conjuntamente a la comunidad humanitaria en la evaluación de necesidades.

Según ACAPS, también hay crisis humanitarias en el Camerún, el Chad, Colombia, Djibouti, Etiopía, Gambia, Haití, Kenya, el Líbano, Liberia, Libia, Malawi, Malí, Mauritania, Nepal, el Pakistán, Palestina, la República Popular Democrática de Corea, el Senegal, Sierra Leona y Ucrania.

RESPUESTA HUMANITARIA DE LAS NACIONES UNIDAS, ENTRE 2007 Y 2014

● Desastres ● Conflictos



LAS SITUACIONES DE CONFLICTO, DESPLAZAMIENTO Y DESASTRE NATURAL SON RESPONSABLES DE:



EL 53%
de las muertes de niños
menores de 5 años



TRES DE CADA 5
muertes maternas
evitables



EL 45%
de las muertes
neonatales



De los más de
**100 MILLONES
DE PERSONAS**
necesitadas de asistencia
humanitaria en 2015,
se calcula que
**26 MILLONES SON
MUJERES Y NIÑAS DE
ENTRE 15 Y 49 AÑOS**

Más del **80%** de los países que no alcanzaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la supervivencia de las madres y los niños sufrieron en los últimos tiempos un conflicto, desastres naturales recurrentes o ambos. No resulta sorprendente que en los Estados frágiles no se alcanzaran la mayoría de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ni que los diez países que ocupan los puestos más bajos del índice sobre la maternidad de Save the Children se definan en su totalidad como naciones frágiles o afectadas por conflictos.

2011

118

35

© UN Photo/Eskinder Debebe

2012

124

17

© UN Photo/Logan Abassi

2013

116

2

© UN Photo/Albert González Farran

2014

60

7

LUGARES DONDE EL UNFPA FACILITÓ APOYO HUMANITARIO EN 2015

Número estimado de embarazadas en un momento dado*

La función del UNFPA en toda situación humanitaria consiste en velar por que las mujeres tengan acceso a servicios de parto sin riesgos, sean cuales sean las circunstancias, con el fin de proteger la vida y la salud tanto de las madres como de los niños.

Burkina Faso	598.610
Burundi	373.871
Camerún	695.698
Chad	472.898
Chile	193.042
Djibouti	21.836
Egipto	1.991.512
Eritrea	134.236
Etiopía	2.711.606
Ex República Yugoslava de Macedonia	17.611
Guatemala	365.965
Iraq	934.973
Jordania	157.846
Líbano	74.572
Malawi	555.483
Mali	573.961
Mauritania	103.372
Myanmar	609.344
Nepal	517.850
Níger	763.201
Nigeria	5.366.797
Palestina	128.179
Perú	473.691
República Árabe Siria	355.706
República Centroafricana	150.727
República Democrática del Congo	2.753.898
República Popular Democrática de Corea	276.175
Rwanda	310.901
Senegal	432.879
Somalia	373.756
Sudán	860.404
Sudán del Sur	244.317
Tanzanía	1.605.941
Turquía	945.434
Ucrania	306.902
Uganda	1.304.798
Vanuatu**	6.839
Yemen	687.058
Total	28.451.889

*Las estimaciones relativas al número probable de mujeres embarazadas en el conjunto de un país o territorio —no solamente en las zonas afectadas específicamente por un conflicto o desastre— se han obtenido de los datos generados en los países. El número de embarazadas en un momento dado en cada lugar sería inferior si las estimaciones se limitaran a las zonas afectadas por las crisis de cada país o territorio.

**Debido a la disponibilidad de los datos, en las estimaciones para Vanuatu se ha empleado la tasa de fecundidad total en lugar de la tasa de fecundidad general.

Fuentes de los datos

Encuestas demográficas y de salud: Burkina Faso, Burundi, Camerún, Chad, Egipto, Eritrea, Etiopía, Jordania, Malawi, Malí, Mauritania, Nepal, Níger, Nigeria, Perú, República Democrática del Congo, Rwanda, Senegal, Tanzania, Uganda, Yemen; Censos: República Centroafricana, República Popular Democrática de Corea, Sudán del Sur, Sudán, Vanuatu; Registros: Chile, Guatemala, ex República Yugoslava de Macedonia, Turquía, Ucrania; Proyecto Panárabe de Salud de la Familia: Djibouti, Líbano, Palestina; Encuestas a base de indicadores múltiples: Iraq, Somalia; Estadísticas nacionales: Myanmar, República Árabe Siria.

Foto © Panos Pictures/Abbie Trayler-Smith

En las crisis humanitarias, en las que la financiación para intervenciones que salvan vidas es limitada, la planificación familiar es una inversión sensata. Por lo general, por cada dólar que se invierte en servicios de anticoncepción se ahorran entre 1,70 y 4 dólares en costos de atención de salud materna y neonatal.

En el último año, el UNFPA facilitó anticonceptivos y otros suministros de planificación familiar por medio de botiquines de salud reproductiva en situaciones de emergencia, con el objetivo de brindar servicio a 20.780.000 mujeres, hombres y adolescentes en edad reproductiva en contextos humanitarios de todo el mundo.

El acceso a los servicios de planificación familiar es un derecho humano cuya denegación puede tener graves consecuencias para la salud, especialmente en las situaciones humanitarias. En mayo de 2013, el UNFPA y la Federación Internacional de Planificación Familiar se aliaron para facilitar el acceso a la planificación familiar y la información a 22 millones de mujeres en países y territorios afectados por conflictos y desastres naturales.

La iniciativa se centra en paliar las deficiencias de la infraestructura sanitaria, para lo que potencia la calidad de los trabajadores de salud, desarrolla sistemas eficientes de distribución de la planificación familiar y garantiza suministros asequibles en este ámbito. Los países destinatarios tienen una tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos baja y necesidades insatisfechas considerables en materia de planificación familiar: Bolivia, Côte d'Ivoire, Etiopía, Haití, la India, islas del Pacífico, Kenya, Liberia, Myanmar, Nigeria, el Pakistán, la República Democrática del Congo y Sudán del Sur.

La planificación familiar es un elemento imprescindible de la respuesta, al igual que la reconstrucción y la recuperación, y reporta beneficios directos a las mujeres y las niñas, al impulsar los ahorros familiares y la productividad, y brindar mejores perspectivas en educación y empleo. También mejora los resultados de salud, pues el menor número de

embarazos no deseados implica menos complicaciones durante el parto y menos muertes maternas.

Los datos reflejan distintos anhelos relativos a la fecundidad de las personas afectadas por las crisis. Se han observado tasas de fecundidad tanto elevadas como bajas en respuesta a las guerras, los desastres naturales, el deterioro económico, la agitación política y la separación conyugal forzosa (McGinn, 2000). Sin embargo, uno de los principios de los derechos humanos y del derecho a la salud es que los servicios sanitarios deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de la máxima calidad posible para las personas que los utilizan (Foreman, 2015). Un principio fundamental de los programas de planificación familiar es que son los usuarios quienes deciden de

manera libre y plenamente informada (Foreman, 2015; IAWG, 2010).

Una buena programación requiere que *todos* los métodos anticonceptivos eficaces se pongan a disposición de las mujeres y los hombres. La experiencia de los programas que ofrecen toda la gama de anticonceptivos de corta y larga duración demuestra que las mujeres optan por los dispositivos intrauterinos de larga duración, si estos están disponibles y los servicios son de buena calidad.

Los programas de planificación familiar dirigidos a las mujeres y los adolescentes afectados por una crisis que facilitan algún tipo de anticonceptivo ofrecen fundamentalmente métodos anticonceptivos de corta duración (Casey, 2015).

Sin embargo, la experiencia indica que las mujeres recurren a los métodos de larga duración cuando tienen acceso a ellos. En la provincia de Kivu del Norte, en la República Democrática del Congo —una zona donde el conflicto y la inseguridad son crónicos—, algunos centros del Ministerio de Salud que cuentan con el respaldo de organizaciones no gubernamentales internacionales ofrecen todos los métodos reversibles. La prevalencia del uso de anticonceptivos no solo es superior a la tasa nacional, sino que el uso de métodos reversibles de larga



El UNFPA facilitó anticonceptivos y otros suministros de planificación familiar por medio de botiquines de salud reproductiva en situaciones de emergencia, con el objetivo de brindar servicio a 20.780.000 personas en edad reproductiva.

duración en Kivu del Norte duplica ampliamente la de Kinshasa (Ministère du Plan *et al.*, 2014).

Otras medidas para salvar la vida de las madres y los recién nacidos

Los diez países con los mayores índices de mortalidad materna del mundo están afectados por un conflicto o acaban de salir de él.

La función del UNFPA en toda situación humanitaria consiste en velar por que las mujeres tengan acceso a servicios de parto sin riesgos, sean cuales sean las circunstancias, con el fin de proteger la vida y la salud tanto de las madres como de los niños. El UNFPA no brinda necesariamente tales servicios a través de sus propias actividades; por lo general, siguen en funcionamiento algunas instalaciones sanitarias públicas y privadas, y existen numerosas organizaciones no gubernamentales especializadas en los servicios de maternidad. No obstante, cuando surgen deficiencias, el UNFPA las solventa.

En ocasiones es necesario aplicar medidas creativas para garantizar el acceso a la salud materna y neonatal de las mujeres que residen en lugares alejados o dispersos.

Los trabajadores sanitarios comunitarios que lucharon contra el ébola en Guinea, por ejemplo, se sirvieron de teléfonos inteligentes para registrar a las personas que habían estado expuestas al virus y transmitir información fundamental a los funcionarios de salud.

En Somalia, los enfermeros emplearon los sistemas de posicionamiento global para facilitar la prestación de servicios de salud a los desplazados internos de zonas remotas (Shaikh, 2008).

También en Somalia, el UNFPA apoya 34 casas maternas en las que se atiende y protege a mujeres embarazadas con complicaciones hasta que llega el momento de que den a luz en un centro de salud.

En Filipinas, después del tifón Haiyan, el UNFPA ayudó a poner en marcha una unidad de urgencias de maternidad en dependencias hospitalarias móviles; los profesionales sanitarios atendieron allí 14 partos sin incidencias y practicaron 83 cesáreas. El UNFPA también

facilitó kits de parto higiénico que se emplearon en los partos de urgencia de hasta 26.000 mujeres que dieron a luz en instalaciones improvisadas, por ejemplo en edificios municipales.

Los propios refugiados han impulsado numerosas iniciativas. En Guinea, por ejemplo, las mujeres refugiadas se hicieron cargo de la educación sobre salud materna en las comunidades y facilitaron la prestación y utilización de otros servicios (Howard *et al.*, 2011). En Siria, donde casi 7,6 millones de personas son desplazados internos, se introdujeron unos cupones de salud reproductiva con los que las mujeres vulnerables podían obtener gratuitamente servicios básicos como la atención prenatal, durante el parto, posnatal y obstétrica de urgencia en los centros de salud y hospitales designados. Entre las mujeres que se beneficiaron de los servicios de salud reproductiva respaldados por el UNFPA en Siria desde el comienzo de la crisis, más de 810.000 dieron a luz en condiciones seguras, y 93.000 desplazadas internas utilizaron el sistema de cupones.

En Gaza, 4 maternidades y 5 centros de salud primaria que utilizan anualmente 50.000 personas sufrían una escasez crónica de medicamentos básicos desde 2006, y las existencias se redujeron habían reducido a niveles críticos a raíz del conflicto de 2014. El UNFPA repuso los medicamentos y otros suministros, que hasta la fecha han permitido a 35.000 mujeres disfrutar de un embarazo saludable y dar a luz en condiciones seguras.

El hospital de Harazeen —también en Gaza—, el único centro que presta servicio a la comunidad de Shejaiia, sufrió graves daños a causa de los combates de 2014. El UNFPA financió su reparación. El hospital facilita atención prenatal, durante el parto y posnatal a unas 300 mujeres al mes.

Además, el UNFPA financió las clínicas móviles donde se atiende a las embarazadas de los campamentos de desplazados internos, los albergues improvisados y las caravanas de zonas fronterizas remotas, donde se calcula que viven unas 100.000 personas sin hogar. Solo en junio de 2015, las clínicas móviles dieron servicio a 389 mujeres, entre ellas a 156 embarazadas.

EL UNFPA FACILITA EL ACCESO DE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS A LOS SERVICIOS

Servicios y suministros facilitados entre enero y septiembre de 2015 en los países de la cuenca del lago Chad afectados por la crisis de Boko Haram

NÍGER

Se distribuyeron **53.312 preservativos**

10.913 mujeres y niñas adolescentes accedieron a la **planificación familiar**

1.458 mujeres recibieron asistencia para un **parto sin riesgos**

Se distribuyeron **1.407 kits de dignidad** entre los refugiados

906 mujeres recibieron **atención prenatal**

118 adolescentes y jóvenes recibieron capacitación para trabajar como **educadores en materia de salud reproductiva** para los refugiados

Se capacitó a **40 proveedores de salud**

22 mujeres supervivientes de la violencia por razón de género recibieron **apoyo psicológico**

CHAD

Se distribuyeron **28.000 preservativos**

2.500 mujeres, hombres y jóvenes asistieron a las sesiones de concienciación sobre la **violencia por razón de género**

1.500 mujeres recibieron **atención prenatal**

1.500 mujeres recibieron **servicios relacionados con la violencia por razón de género**

510 mujeres recibieron asistencia para un **parto sin riesgos**

500 mujeres accedieron a métodos **anticonceptivos**

CAMERÚN

Se distribuyeron **4.075 kits de parto sin riesgos** en los puestos sanitarios de los campamentos y centros

Se distribuyeron **5.400 kits de dignidad** para embarazadas, y mujeres y niñas vulnerables

Se distribuyeron **10.000 preservativos masculinos**

110 mujeres accedieron a métodos **anticonceptivos**

Se trataron clínicamente **11** casos de **violación**

Se capacitó y desplegó a **30** trabajadores sanitarios de distrito y **40** agentes de salud comunitarios

Se desplegó a **22 parteras recién capacitadas**

Se equiparon **5 centros juveniles** con miras al desarrollo de aptitudes y el asesoramiento de adolescentes

Se equiparon **4** centros de salud pública que atienden a los refugiados con miras a la prestación de **servicios de salud reproductiva de calidad**

Se crearon **4 espacios específicos para jóvenes y mujeres** en el campamento de Minawao

NIGERIA

Se concienció a **2.108.441** personas sobre la prevención de la **violencia por razón de género** y la adopción de medidas al respecto

27.293 mujeres recibieron asistencia para un **parto sin riesgos**

22.000 mujeres y adolescentes recibieron **kits de dignidad**

Se distribuyeron **214 botiquines de salud reproductiva** (1.759 cajas), con diversos equipos médicos, medicamentos y otros suministros que salvan vidas

Se capacitó a **213 trabajadores sanitarios y directores de programas** en la prestación de servicios de salud reproductiva en contextos humanitarios

Se capacitó a **56 parteras y enfermeros** en la administración de anticonceptivos reversibles de acción prolongada

Jóvenes que lograron escapar de Boko Haram, en Chibok (Nigeria).

Foto © Panos Pictures/Sven Torfinn

Algunos programas humanitarios han logrado progresos notables al garantizar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva en cualquier contexto. Por ejemplo, los centros de salud materna e infantil están a disposición de todos los residentes del campamento de refugiados de Za'atari, en Jordania, y otros centros atienden a los refugiados sirios que viven fuera de los campamentos (Krause *et al.*, 2015).

Atención posterior al aborto que salva vidas

Las mujeres y las niñas que viven en contextos humanitarios están más expuestas a los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo, debido al mayor número de violaciones y a la interrupción del uso de métodos anticonceptivos por causa del desplazamiento (IAWG, 2010). Aunque la legislación pertinente y el acceso a un aborto sin riesgos varían en cada país, el 99% de la población mundial reside en países donde el aborto está permitido en determinadas circunstancias; seis Estados lo prohíben en todos los casos (Iniciativa RAISE, 2015; Centro de Derechos Reproductivos, 2014).

La atención posterior al aborto es un servicio que salva vidas, pues previene las muertes y enfermedades derivadas de complicaciones en los abortos espontáneos o provocados. La política del UNFPA con relación al aborto se fundamenta en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994: allí donde el aborto sea legal, debe practicarse en condiciones de seguridad. Donde sea ilegal, deben ofrecerse igualmente servicios de atención posterior al aborto con el fin de salvar vidas.

Una evaluación efectuada por el IAWG concluyó que en tres países de África Subsahariana en situación de crisis, los hospitales tenían la capacidad necesaria para brindar atención posterior al aborto, pero la disponibilidad de tales servicios era limitada (Casey *et al.*, 2015).

Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH

El VIH ha sido objeto de una atención cada vez mayor en las situaciones humanitarias a lo largo de

los dos últimos decenios, y recibe mayores fondos y asistencia específica que otras cuestiones de salud sexual y reproductiva (Tanabe *et al.*, 2015). Una evaluación del IAWG de 2014 concluyó que muchos países habían progresado notablemente al mejorar el acceso a la terapia antirretroviral y a la prevención de la transmisión materno-infantil; sin embargo, no se aprecian los mismos avances en los servicios para prevenir o tratar otras infecciones de transmisión sexual (Chynoweth, 2015).

En 2014, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados desarrollaron un programa en el que se abarcaba la prevención integral, la reducción del daño, las pruebas y los servicios de asesoramiento y tratamiento del VIH para los refugiados afganos en Irán y el Pakistán, así como para los que regresaron al Afganistán. El programa distribuyó preservativos y jeringuillas, y respaldó los servicios relacionados con el VIH a ambos lados de la frontera, a fin de promover la continuación de los servicios tras el retorno de los refugiados. En el Afganistán, el programa llegó a aproximadamente 3.000 personas que se inyectan drogas, entre ellas a unas 500 mujeres (ONUSIDA, 2015).

Protección del derecho a la salud de los adolescentes

Los contextos humanitarios conllevan una serie de riesgos que agravan la vulnerabilidad de los adolescentes a la violencia, la pobreza, la separación de la familia, el abuso sexual y la explotación. Además, los riesgos de la maternidad son mayores para las adolescentes, que están más expuestas al sexo forzado, asumen más riesgos y tienen un menor acceso y sensibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva (Comisión de Mujeres Refugiadas *et al.*, 2012).

Existen pocas pruebas de que la salud sexual y reproductiva de los adolescentes reciba la atención adecuada en los contextos humanitarios.

No obstante, sí existen varios programas con planteamientos prometedores, que brindan servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes a través de programas escolares, trabajan con las

poblaciones desplazadas en entornos urbanos e incorporan la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la reducción del riesgo de desastres (Comisión de Mujeres Refugiadas *et al.*, 2012).

La higiene menstrual es motivo de preocupación para todas las mujeres en edad reproductiva que viven en situaciones de crisis, en especial para las adolescentes. El IAWG ha demandado instalaciones sanitarias seguras y separadas por sexos en las escuelas, así como la provisión de paños u otros materiales sanitarios culturalmente adecuados para su uso durante la menstruación. El UNFPA fue uno de los primeros organismos que facilitó toallas higiénicas en las situaciones humanitarias, y distribuye «kits de dignidad» —en los que se incluyen toallas higiénicas— desde principios de la década de 2000.

Los jóvenes pueden ser agentes de un cambio positivo que impulse la reconstrucción y el desarrollo de sus comunidades. Pero para que se impliquen en el proceso, es preciso que tengan acceso a un conjunto de programas, tales como de educación académica y no académica, preparación para la vida, alfabetización, aritmética elemental, formación profesional y estrategias innovadoras, que luchen contra la inseguridad y la escasez de personal (IAWG, 2010). Sin embargo, por regla general, se pasa por alto la relación entre la educación, los medios de vida y la protección de los adolescentes (UNFPA, 2015b).

Prevenir y hacer frente a la violencia por motivos de género

La respuesta a la violencia por razón de género en situaciones humanitarias requiere servicios y apoyo para la prevención y la protección de las poblaciones afectadas, de manera que se reduzcan las consecuencias nocivas y se eviten lesiones, traumas, daños y sufrimiento. Las directrices de las Naciones Unidas para hacer frente al problema hacen hincapié en que todo «el personal humanitario ha de asumir que la violencia de género tiene lugar y amenaza a las poblaciones afectadas; debe tratarla como un problema grave que pone en peligro la vida de las personas; y tiene que tomar medidas [...], existan o no pruebas concretas» (IASC, 2005).

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS EFICACES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA ADOLESCENTES

- implicación de las partes interesadas;
- participación y compromiso de los adolescentes con ánimo de impulsar su aceptación de los programas y la demanda de los servicios;
- capacidad de respuesta a las distintas necesidades de los subgrupos de población adolescente;
- personal cualificado y dedicado expresamente a trabajar con los adolescentes;
- provisión de servicios integrales para los adolescentes en un único centro;
- enfoques de programación holísticos y multisectoriales;
- supervisión estructurada, reconocimiento y tutela continua de los educadores inter pares;
- estrategias flexibles de extensión, e inclusión de los presupuestos de transporte; y
- consideración de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la preparación para emergencias.

(Comisión de Mujeres Refugiadas *et al.*, 2012)

La violencia por razón de género comprende la violencia sexual —incluidos la violación, el abuso sexual, la explotación sexual y la prostitución forzosa—; la violencia doméstica; el matrimonio forzoso y a edad temprana; prácticas tradicionales nocivas como la mutilación genital femenina, los delitos de honor y el levirato; y la trata de personas (IAWG, 2010). Así pues, la respuesta a la violencia por razón de género en contextos humanitarios exige un enfoque multisectorial.

En agosto de 2015, el Comité Permanente entre Organismos, que coordina la asistencia humanitaria de los distintos organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones humanitarias asociadas, publicó unas directrices actualizadas sobre la integración de las intervenciones contra la violencia por razón de género en la acción humanitaria, en las que exhorta a los agentes nacionales e internacionales a proteger a las poblaciones afectadas por las crisis: «De no tomar medidas contra la violencia de género, los actores

humanitarios incumplirían sus responsabilidades más esenciales en la promoción y protección de los derechos de las poblaciones afectadas» (IASC, 2015).

Las mujeres de cada zona suelen ser las primeras en responder y las primeras en hallar soluciones, en ocasiones muy sencillas, que pueden marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Cuando un terremoto sacudió Haití en 2010, el índice de violaciones aumentó de forma notable. Ante el derrumbe de las instituciones que en condiciones normales las protegían, las mujeres se movilizaron en los campamentos de desplazados para protegerse y apoyar a los supervivientes. Las organizaciones no gubernamentales MADRE y KOFIVIV entregaron silbato a las mujeres de los campamentos, una medida que redujo el índice de violaciones en un 80% en uno de los campamentos. La instalación de puntos de luz alimentados por baterías solares también contribuyó a reducir la violencia por razón de género.

Las propias mujeres asumieron el liderazgo en Filipinas después del tifón Haiyan y crearon grupos de vigilancia y «espacios para mujeres» con el fin de protegerse de la violencia por razón de género. En julio de 2014, cuando se previno que otro tifón golpearía el país, las mujeres enviaron grupos de vigilancia a los centros de evacuación, en coordinación con las mujeres oficiales de policía y las autoridades locales.

Poco después del Haiyan, el Departamento de Asistencia Social y Desarrollo de Filipinas y el UNFPA organizaron asambleas en los centros de evacuación de Tacloban, a fin de que las mujeres y las niñas dispusieran de un foro en el que informar de los riesgos para su salud y seguridad. Muchas mencionaron la falta de intimidad, las condiciones de hacinamiento y la mala iluminación entre las principales amenazas. Las adolescentes explicaron que les daba miedo usar los retretes por la noche. Para responder a la demanda de mayor protección, la Policía Nacional de Filipinas desplegó a un mayor número de mujeres oficiales y las capacitó para responder a la violencia por razón de género. La presencia de mujeres oficiales no solo ayudó a reducir el riesgo de violencia por razón de género, sino que también propició que aumentara el número de denuncias.

Una gran parte de los programas contra la violencia por razón de género en contextos humanitarios han adoptado medidas innovadoras en aras de una respuesta eficaz. El Chad, por ejemplo, puso en marcha albergues para mujeres solteras (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2004) y espacios seguros para las supervivientes, donde estas reciben apoyo psicosocial y capacitación práctica (UNFPA, 2015c). En Jordania y muchos otros países, los espacios seguros permiten que las mujeres y las niñas revelen incidentes de violencia sexual y accedan a servicios de respuesta seguros y no estigmatizadores (UNFPA, 2015a).

Cada vez se reconoce en mayor medida que la creación de espacios seguros para las mujeres y las niñas afectadas por una crisis es una buena práctica de respuesta de emergencia y recuperación, y una estrategia clave para la protección, el liderazgo y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. A diferencia de los albergues, los espacios seguros son lugares oficiales o no oficiales en los que las mujeres y las niñas se sienten seguras en un plano tanto físico como emocional y pueden relacionarse, reciben apoyo social, adquieren competencias, obtienen servicios de respuesta a la violencia por razón de género y se informan sobre cuestiones relacionadas con sus derechos, su salud y los servicios dirigidos a las mujeres.

La creación de grupos de tareas y patrullas comunitarios ha resultado un paso fundamental en la prestación de servicios de protección en las situaciones humanitarias. En Malawi, por ejemplo, tras las devastadoras inundaciones de principios de año, las mujeres señalaron que tenían miedo de sufrir agresiones cuando iban solas a los retretes. El Ministerio de Género, Infancia, Discapacidad y Asistencia Social y el UNFPA colaboraron en la adquisición de unas 50 tiendas que se convirtieron en espacios seguros para las mujeres y las niñas, y ayudaron a los funcionarios a crear grupos de tareas que hicieran frente a la violencia por razón de género.

En numerosos países se ha recurrido a los «primeros auxilios psicológicos» para mitigar las consecuencias de la violencia por razón de género. CARE facilitó este servicio a casi 800.000 personas afectadas por conflictos y desastres en 2014. Los primeros auxilios psicológicos se pusieron a prueba



Un grupo de niñas baila en el campamento de Za'atari (Jordania).

Foto © Panos Pictures/Mads Nissen

en Haití y propiciaron una mejoría entre los participantes con trastornos mentales (Schafer *et al.*, 2010). En Tonga, se capacitó en salud mental y apoyo psicosocial a los proveedores de servicios de primera línea que trabajaban con el Ministerio de Salud y las organizaciones no gubernamentales. En Fiji, el UNFPA dirigió el desarrollo de respuestas de primeros auxilios psicológicos por parte del Estado y de las organizaciones no gubernamentales.

Los programas conducentes a que los hombres y los niños participen en la prevención de la violencia por razón de género son fundamentales y se han incluido, por ejemplo, en los «grupos de acción masculinos» del Comité Internacional de Rescate en Liberia y en la campaña escolar «Sé un hombre» de CARE en los Balcanes, dirigida por jóvenes (Holmes y Bhuvanendra, 2014; Shteir, 2014).

En relación con la violencia por razón de género, gran parte de la atención se ha dirigido a las violaciones, aunque el foco se está ampliando para abarcar el matrimonio forzado y a edad temprana, la violencia doméstica, la mutilación genital femenina y la trata de personas.

En un análisis sistemático de los esfuerzos dirigidos a poner freno al matrimonio infantil se identificaron cinco enfoques principales:

- empoderar a las niñas mediante su capacitación práctica y la mejora de sus activos sociales;
- movilizar a las comunidades para transformar las normas sociales nocivas;
- favorecer el acceso de las niñas a una educación académica de calidad;
- mejorar la situación económica de las niñas y sus familias; y
- generar un entorno jurídico y de políticas propicio (UNFPA, 2012b).

Los organismos han llevado a cabo una campaña de educación comunitaria masiva con el propósito de concienciar sobre las consecuencias negativas del matrimonio infantil para la salud; cabe mencionar el programa de Informadores Voluntarios de CARE en Turquía y el programa de Acción Integrada contra la Pobreza y el Matrimonio a Edad Temprana de Oxfam en el Yemen (CARE, 2015; Oxfam, 2008; UNFPA, 2012a).

La mayoría de los programas se centran en cambiar las normas sociales subyacentes a través de una labor de educación comunitaria; son pocos los programas que abordan la legislación y las políticas en torno al matrimonio a edad temprana, y aún menos los que prestan servicio a las niñas

ya casadas (UNFPA, 2012a; Feldman-Jacobs y Ryniak, 2006a).

El caos y la separación familiar que caracterizan las crisis abocan a las mujeres y las niñas a una situación de vulnerabilidad a la trata de personas. ECPAT Internacional (Acabar con la Prostitución Infantil, la Pornografía Infantil y el Tráfico de Niños con Fines Sexuales) elaboró una guía específica para situaciones de emergencia, en la que recomienda a las familias que acuerden con los niños lugares de reencuentro y medidas de identificación por si se produce una separación (Delaney, 2007).

Adaptación a la evolución demográfica de los refugiados

Según los cálculos, en la actualidad 6 de cada 10 refugiados del mundo viven en ciudades, no en campamentos de refugiados. El porcentaje varía en función del contexto; por ejemplo, más de 8 de cada 10 refugiados sirios viven en zonas urbanas. Conocer la tendencia de urbanización al alza de los refugiados es importante para reorientar las estrategias de protección y programación, de manera que estas cubran las necesidades de los refugiados en distintos lugares. Con ese fin, el UNFPA y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados elaboraron un manual de salud sexual y reproductiva que debe resultar útil al personal de

asistencia humanitaria y los asociados en su trabajo de planificación y programación dirigido a los refugiados urbanos. El manual consta de recomendaciones para la toma de decisiones, análisis, mapas de instalaciones sanitarias y servicios, y aborda cuestiones como la planificación, la vigilancia y evaluación, la promoción, la coordinación, la movilización comunitaria y diversas alternativas para la provisión de la atención de salud.

La preparación salva vidas

Las iniciativas de preparación para situaciones de emergencia y reducción del riesgo de desastres incluyen con cada vez mayor frecuencia la salud sexual y reproductiva entre los servicios fundamentales antes, durante y después de una crisis. En 2014, el UNFPA mejoró la capacidad de respuesta rápida de 48 países para que puedan facilitar el paquete de servicios y suministros iniciales mínimos de salud sexual y reproductiva en caso de crisis. El depósito de suministros de salud sexual y reproductiva en Nepal antes del terremoto de abril de 2015, por ejemplo, permitió a los agentes humanitarios distribuirlos inmediatamente después del desastre.

En el Pakistán, los monzones de los últimos años inundaron repetidamente el distrito de Jhang, destruyeron las instalaciones sanitarias locales y provocaron el desalojo de miles de personas en alrededor de 250 poblaciones. Después de cada desastre, el UNFPA y Muslim Aid aunaron fuerzas para restablecer los servicios básicos de salud reproductiva. En 2015, también ayudaron a las comunidades y los proveedores de salud a prepararse de cara a futuros desastres, para lo que movilizaron a las mujeres, quienes asumieron el liderazgo de los comités locales para la reducción del riesgo de desastre. En dichos comités participan trabajadores del ámbito de la extensión de los servicios de salud, parteras y miembros de la comunidad que conciencian a la población de la amenaza de los desastres naturales y explican qué puede hacer cada persona para mitigar sus consecuencias.

También se crearon comités juveniles para la reducción del riesgo de desastres. Esos grupos se encargan de sondear a las comunidades sobre los tipos sanguíneos de los ciudadanos, por si se precisaran donantes, y se coordinan con los departamentos de



En un campamento en Dohuk (Iraq).
Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

salud estatales con miras al desarrollo de planes para llegar a las embarazadas si se produce otro desastre.

Asimismo, los comités de mujeres y jóvenes identificaron conjuntamente lugares menos vulnerables a las inundaciones, en los que pueden almacenarse kits de parto higiénico, suministros para la atención neonatal e incluso embarcaciones para transportar a las mujeres que requieran asistencia médica.

Aumenta el acceso a los servicios integrales, aunque todavía existen deficiencias

La respuesta en materia de salud sexual y reproductiva en situaciones humanitarias ha mejorado enormemente, desde su práctica inexistencia en 1994 a unos servicios y coberturas más integrales en la actualidad. La respuesta actual en Za'atari, en Jordania, es un buen ejemplo: entre los servicios a disposición de los refugiados sirios están la planificación familiar; la atención obstétrica prenatal, durante el parto y de urgencia, y la atención al recién nacido; la respuesta a la violencia por razón de género; la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH; y la atención a los adolescentes.

El éxito de la respuesta de salud sexual y reproductiva hasta la fecha se debe a la colaboración entre las organizaciones humanitarias y de desarrollo, los ministerios de salud y las comunidades. Un mayor número de mujeres y niñas refugiadas o desplazadas disfrutaron de un acceso sin precedentes a los servicios.

Sin embargo, también es evidente que pocas poblaciones tienen acceso al conjunto pleno de servicios a los que tienen derecho. La población necesitada es cada vez mayor, con lo que es preciso incrementar tanto la oferta como el alcance de los servicios, a fin de que esas poblaciones puedan ejercer su derecho a la salud reproductiva incluso en situaciones de crisis. La adopción de una acción estratégica que priorice al apoyo a la salud reproductiva es fundamental para la dignidad del ser humano. Esa acción debe adaptarse más al contexto y a la evolución de las circunstancias, y mantenerse a lo largo de la vida. Las intervenciones de salud y la respuesta general a las crisis en contextos humanitarios

y frágiles deben anticiparse, planificarse y dotarse de recursos de manera óptima.

En este momento, el mundo acomete una nueva agenda de desarrollo sostenible de cara a los próximos 15 años. Lo hace en un periodo de crisis emergentes y prolongadas que afectan principalmente a las mujeres, los niños y los adolescentes, quienes se ven privados del acceso a servicios que salvan vidas, hacen frente a una grave exclusión y a la explotación, y mueren en mayor número.

En los países que salen de un conflicto, la carencia continuada de acceso a la atención de salud, al apoyo psicológico y social, y a la justicia, unida a la violencia por razón de género, dificultan la recuperación y el desarrollo. Es frecuente que en la planificación del desarrollo a largo plazo de los países no se tengan en cuenta la preparación, la respuesta y la recuperación. Para cumplir la mayoría de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas será necesario atender específicamente al desarrollo sostenible e inclusivo de las mujeres y las niñas adolescentes en las situaciones de crisis humanitaria.

Con la intención de ayudar a hacer frente a los retos que se avecinan, en febrero de 2015 se reunió en Abu Dabi un conjunto de expertos de los organismos de las Naciones Unidas, los gobiernos, la sociedad civil, el ámbito académico y las fundaciones, quienes exigieron una nueva estrategia mundial que proteja la salud de toda mujer y todo niño en *cualquier situación*, incluidos los desastres y los conflictos. La Declaración de Abu Dabi elaborada por el grupo señala que para desarrollar la resiliencia y acelerar la recuperación de las comunidades afectadas por las crisis es imprescindible cubrir las necesidades de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, y hacer valer los derechos humanos en los contextos humanitarios, reducir las muertes maternas e infantiles evitables, y prevenir y responder a la violencia por razón de género, al mismo tiempo que se satisfacen las necesidades fundamentales en materia de nutrición, agua, saneamiento e higiene (UNFPA, 2015).

CAPÍTULO 4

Fortalecer la resiliencia y salvar la brecha entre la asistencia humanitaria y el desarrollo

La profunda repercusión de los desastres y conflictos sobre las personas, las comunidades, las instituciones y las naciones pone de relieve la importancia fundamental del desarrollo de la resiliencia para que todos podamos resistir mejor las consecuencias de las crisis y recuperarnos de ellas con más rapidez. Mejorar la resiliencia también ayuda a mitigar los posibles efectos negativos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas.

Los daños colaterales de la crisis del ébola en Liberia: las mujeres y las niñas en edad reproductiva.



La doctora Jallah en el hospital de Paynesville (Liberia).

Foto © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

Comfort Fayiah es una de las afortunadas.

A finales de septiembre de 2014, cuando se acercaba la fecha prevista para el nacimiento de sus gemelos, la crisis del ébola en Liberia, su tierra natal, alcanzaba el paroxismo. Desde que el primer paciente de ébola se diagnosticó en Monrovia en junio de 2014, el número de casos crecía cada día: en agosto se detectaban más de 400 por semana. El Ministerio de Salud y Asistencia Social se vio obligado a suspender prácticamente todas las actividades no relacionadas con el ébola para centrarse en la gestión de la crisis. El resultado involuntario de tal medida fue que las mujeres liberianas en edad reproductiva sufrieron algunas de las peores secuelas del ébola, con independencia de su situación infecciosa.

«La cadena de suministros de salud nacional interrumpió súbitamente todas

sus actividades cotidianas, de manera que las instalaciones sanitarias no pudieron acceder a los suministros y artículos médicos básicos», dice Woseh Gobeh, oficial nacional de programas de salud reproductiva para el UNFPA. «Incluso en los condados menos afectados por el brote, los centros sanitarios sufrieron un desabastecimiento generalizado de medicamentos y suministros médicos».

No se trataba solamente de un problema de suministros: el ébola estaba mermando el ya de por sí escaso personal médico de Liberia (al inicio de la crisis, tan solo 45 médicos ejercían en el sector público de todo el país, según las estimaciones del Ministerio de Salud). En mayo de 2015, nada menos que el 8,07% de los médicos, enfermeros y parteras del país había muerto a causa del ébola, frente al 0,11% de la población general. El miedo a la infección —sobre todo porque



Comfort Fayiah con sus hijos.
Foto © Abbas Dulleh/AP Images for UNFPA

resulta difícil determinar si un paciente padece el ébola sin realizar una prueba de laboratorio— provocó que muchos trabajadores sanitarios se alejaron de los pacientes.

«Los trabajadores sanitarios se asustaron y empezaron a rechazar a los pacientes», recuerda la doctora Wilhelmina Jallah, directora general y directora del servicio médico de Hope for Women International —una organización médica no gubernamental—, y médica en ejercicio en la ciudad liberiana de Paynesville. «Ningún sanitario quería tocar a una embarazada, ni siquiera con el equipo de protección personal».

Para las mujeres encintas como Comfort, que ahora tiene 29 años, se complicó el acceso a la atención prenatal —la realización de 4 visitas de atención prenatal, indicador habitual de buenos

resultados maternos, había crecido hasta entonces en Liberia, pero pasó del 65% en 2013 al 40% en agosto de 2014—. Además, dar a luz en un centro médico debidamente designado se volvió imposible. Cuando llegó el momento del parto, Comfort llamó a muchas puertas, pero no encontró ningún hospital ni clínica dispuesto a admitir su ingreso. «Me rechazaban, decían que no podían ayudarme», cuenta Comfort. «No culpo a los trabajadores sanitarios que se negaron a atenderme, porque a todos nos atemorizaba la enfermedad».

Mientras que a las futuras madres sin ébola (como Comfort) les costaba encontrar servicios de atención, aquellas que sí estaban infectadas no tenían apenas posibilidades de un parto feliz. «Es más peligroso tratar a embarazadas con ébola, porque se desconocen los efectos del virus en el embarazo y no

hay un protocolo establecido. La sangre y los fluidos corporales de las embarazadas pueden exponer al virus al personal sanitario», explica Jallah.

Sin alternativa, Comfort se refugió de la lluvia torrencial, se tendió en la tierra y se dispuso a dar a luz bajo un tejado de chapa corrugada. «Lo pasé muy mal y tuve miedo de morir. Solo esperaba que se produjera un milagro», recuerda. Y así fue: Comfort dio a luz a dos niñas sanas con la ayuda de un auxiliar de enfermería que casualmente pasaba por allí en el momento oportuno.

Otras mujeres no tuvieron tanta suerte. En toda la región, los médicos observaron un mayor número de muertes de embarazadas por causas evitables como hemorragias, roturas uterinas y enfermedades hipertensivas. Y, puesto que no es posible reemplazar de

Un conflicto o desastre puede borrar de un plumazo toda una generación de progresos económicos y sociales.

Asimismo, puede socavar las perspectivas de futuro de una persona, al hacer añicos sus oportunidades y restringir sus opciones.

También puede exacerbar las desigualdades existentes en la sociedad, lo cual da lugar a privaciones todavía mayores para los pobres y marginados, y comporta un precio desproporcionado para las mujeres y los jóvenes —especialmente para los menores de 20 años—, que constituyen aproximadamente la mitad de la población en numerosos contextos de conflicto y posconflicto (OCDE, 2015).

La profunda repercusión de los desastres y conflictos sobre las personas, las comunidades, las instituciones y las naciones pone de relieve la importancia fundamental del desarrollo de la resiliencia para que todos podamos resistir mejor las consecuencias de las crisis y recuperarnos de ellas con más rapidez. Mejorar la resiliencia también ayuda a mitigar los posibles efectos negativos para la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas.

Quién vive, muere o se recupera durante o después de un conflicto o desastre depende en parte de las políticas, los programas y la situación social, económica y política anteriores a la crisis.

Un desarrollo inclusivo, equitativo y que respete y proteja los derechos humanos de todos, incluidos los derechos reproductivos y el derecho a la salud —en particular, la salud sexual y reproductiva—, es esencial para la resiliencia. Los principios de inclusividad, equidad y derechos también conforman la base de la nueva generación de Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, que orientará la respuesta de la comunidad internacional a los retos económicos y sociales de los próximos 15 años. Garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las adolescentes contribuirá enormemente al logro del objetivo de un desarrollo inclusivo y equitativo, y puede dar paso a sociedades más resilientes, más capaces de resistir a las crisis y reconstruirse de maneras que conduzcan a una resiliencia todavía mayor.

No obstante, la nueva visión de cara a un desarrollo sostenible para los próximos 15 años solo podrá hacerse realidad si todas las personas del mundo se



Woseh Gobeh.

Foto © Abbas Dulleh/AP Images para el UNFPA

inmediato a los trabajadores sanitarios (basta con pensar en los años que se tarda en formar y capacitar a un cirujano), las consecuencias no harán sino agravarse. Según un informe reciente del Banco Mundial, la pérdida de trabajadores sanitarios en Guinea, Liberia y Sierra Leona puede propiciar la muerte de otras 4.022 mujeres cada año a raíz de complicaciones en el embarazo y el parto. La mortalidad materna podría aumentar un 38% en Guinea, un 74% en Sierra Leona y un 111% en Liberia.

Por otra parte, las mujeres han visto socavada su capacidad para decidir si se quedan embarazadas, cuándo y con qué frecuencia. De acuerdo con las estimaciones del UNFPA, casi la mitad de las instalaciones sanitarias de Liberia agotaron sus existencias de anticonceptivos inyectables en

el momento álgido de la crisis del ébola. Poco más de una tercera parte de los centros facilitaba servicios de planificación familiar, según el Ministerio de Salud. Los evidentes progresos en el uso de anticonceptivos se han desvanecido.

«El número de mujeres y niñas que siguen muriendo por problemas de salud evitables es intolerablemente elevado», dice Gobeh. «Denegar a una mujer o una niña el acceso a unos servicios de salud reproductiva de calidad atenta contra los derechos humanos».

No obstante, las iniciativas para mejorar la situación han tenido cierta repercusión. El UNFPA y otras entidades trabajan para sumar trabajadores al sector de la atención de salud; por ejemplo, animando

comprometen y apuestan por su consecución. Por tanto, las mujeres y las adolescentes deben desempeñar un papel protagonista, liderar y contribuir a las medidas que mejoren la salud y el desarrollo sostenible en todos los ámbitos —doméstico, comunitario, institucional y estatal—, y no quedarse al margen ni ser relegadas a una función secundaria.

El camino a la resiliencia, desde Hyogo a Sendai

El término «resiliencia», del verbo latino *resilire*, que significa «rebotar» o «volver atrás», se ha empleado en diversos contextos, desde el ámbito de la ecología —para explicar cómo reacciona un ecosistema a los cambios— hasta el de la psicología —para describir el modo en que los individuos responden a un trauma— (McAslan, 2010; Manyena, 2014; Matyas y Pelling, 2015). Independientemente del campo en que se aplique, el término denota siempre un énfasis en cómo se sobrelleva y responde a un impacto.

Hoy en día, la resiliencia es un elemento central en la conceptualización de la respuesta a los desastres naturales, los conflictos, las situaciones de emergencia y otros peligros (Twigg, 2009, Matyas y Pelling,

2015; Departamento de Desarrollo Internacional del Gobierno del Reino Unido [DFID], 2011). En él se fundamenta el diseño y la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva, y los resultados de salud en favor de las mujeres y las niñas.

Dos planes mundiales conducentes a un mundo más seguro frente a los desastres naturales —el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015 y el Marco de Sendai para 2015-2030— mencionan una serie de prioridades para el aumento de la resiliencia.

Uno de los objetivos estratégicos clave del Marco de Hyogo era el desarrollo y el fortalecimiento de las instituciones, los mecanismos y las capacidades a todos los niveles —sobre todo en el plano comunitario— que pueden contribuir sistemáticamente al aumento de la resiliencia frente a los peligros (Secretaría Interinstitucional de la Estrategia Internacional de Reducción de Desastres [UNISDR], 2005). El Marco establece que la perspectiva de género debe integrarse en todas las políticas, los planes y los procesos de decisión relacionados con la gestión del riesgo de desastres, incluidos aquellos relativos a la evaluación de riesgos, la alerta temprana, la gestión de la información, la educación y la capacitación.

a las parteras retiradas a volver al trabajo. «Esa labor ha permitido que el promedio mensual de partos que tienen lugar en centros de salud aumente en solo 2 meses de entre 6 y 10 a entre 30 y 40», informa Gobeh. El UNFPA también puso en marcha una campaña nacional de promoción y distribución de preservativos, a través de la que conciencia a los jóvenes de la importancia de prevenir las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el ébola. Por otra parte, la reducción de los nuevos casos de ébola en la región solo puede aliviar la situación de las mujeres en edad reproductiva.

«Felicito a Liberia y a la comunidad internacional por su victoria frente al ébola en un periodo de tiempo relativamente corto», dice Gobeh. Sin embargo, ahora «la responsabilidad y el llamamiento más importantes para el Gobierno de Liberia, la comunidad

de donantes y todos los asociados es la reconstrucción del sistema de provisión de atención de salud, más necesaria que nunca».

Comfort Fayiah y su familia, en casa.

Foto © Abbas Dulleh/AP Images para el UNFPA





La partera Christine Yakoundou examina a una paciente del centro de salud (República Centroafricana).

Foto © Panos Pictures/Jenny Matthews

Partiendo del Marco de Hyogo, la Declaración de Sendai amplió la definición de «resiliencia» para incluir expresamente la importancia de resistir, absorber y recuperarse de los peligros, así como para reflejar la importancia de la resiliencia en distintos ámbitos: en el plano comunitario, en la sociedad y a nivel individual. La resiliencia se define como:

«La capacidad de un sistema, comunidad o sociedad expuestos a una amenaza para resistir, absorber, adaptarse y recuperarse de sus efectos de manera oportuna y eficaz, lo que incluye la preservación y la restauración de sus estructuras y funciones básicas» (UNISDR, 2015a).

La Declaración de Sendai amplía asimismo la perspectiva de género del Marco de Hyogo, al incluir a las mujeres en los enfoques de planificación y diseño de la preparación para casos de desastre. También hace hincapié en la necesidad de mejorar el diseño y la aplicación de políticas inclusivas y de mecanismos de protección social tales como la salud sexual y reproductiva.

La resiliencia es tanto un proceso como un estado final que faculta a las comunidades y los hogares vulnerables para prevenir las tensiones e impactos, prepararse para ellos o darles respuesta

sin poner en entredicho sus perspectivas a largo plazo.

Adelantarse a la pobreza y la desigualdad

Los factores socioeconómicos y estructurales que determinan la capacidad de resiliencia de las comunidades son condiciones previas decisivas de cara a las consecuencias de un desastre o conflicto, y por tanto los gobiernos deben dedicarles una atención inquebrantable. Aunque la resiliencia se considera en ocasiones un estado final, es también un proceso en curso que demanda un esfuerzo continuo para abordar los factores socioeconómicos y estructurales —la pobreza, las normas de género nocivas e incluso la inseguridad alimentaria— que influyen en la capacidad de las comunidades para resistir o recuperarse de una situación de crisis o una conmoción. El proceso de mejora de la resiliencia debe ser prioritario en todos los ámbitos y fundamentarse en las estrategias de adaptación, la cultura, el patrimonio y los conocimientos locales. Para ello es necesaria la participación de los agentes del proceso humanitario y de desarrollo, aunque la comunidad debe asumir el proyecto como propio (Twigg, 2009).

Las situaciones de emergencia humanitaria, tales como los desastres naturales y los conflictos, pueden conducir a una ampliación y profundización de la pobreza y la desigualdad (UNISDR, 2015). La resiliencia puede mitigar tales efectos.

Mejorar la resiliencia supone hacer frente a las causas subyacentes de la vulnerabilidad, como la pobreza y la desigualdad, y adoptar medidas preventivas que promuevan una adaptación positiva antes de que se produzca la crisis (Hillier y Castillo, 2013; Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja [FICR], 2012). Las inversiones en salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, y los derechos reproductivos ampararán a las personas más afectadas por los desastres.

Invertir en los jóvenes para impulsar las capacidades de absorción de impactos de las comunidades y las naciones

La salud y los derechos sexuales y reproductivos constituyen uno de los pilares de la transición de la juventud a la edad adulta. Cuando los gobiernos toman medidas en aras de una transición segura y saludable, impulsan a su vez las capacidades de «absorción» de impactos de las comunidades y las naciones, y de ese modo

LA RESILIENCIA Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO A LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

<i>Objetivos relacionados con la resiliencia</i>	<i>Objetivos que abordan la salud sexual y reproductiva</i>
Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015)	
Ninguno	<p>Objetivo 5: Mejorar la salud materna</p> <p>Meta 5A: Reducir la tasa de mortalidad materna</p> <p>Meta 5B: Lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva</p>
Objetivos de Desarrollo Sostenible (2016-2030)	
<p>1.5 Para 2030, fomentar la resiliencia de los pobres y las personas que se encuentran en situaciones vulnerables y reducir su exposición y vulnerabilidad a los fenómenos extremos relacionados con el clima y otras crisis y desastres económicos, sociales y ambientales.</p> <p>11b Para 2020, aumentar sustancialmente el número de ciudades y asentamientos humanos que adoptan y ponen en marcha políticas y planes integrados para promover la inclusión, el uso eficiente de los recursos, la mitigación del cambio climático y la adaptación a él y la resiliencia ante los desastres, y desarrollar y poner en práctica, en consonancia con el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030, la gestión integral de los riesgos de desastre a todos los niveles.</p> <p>13.1 Fortalecer la resiliencia y la capacidad de adaptación a los riesgos relacionados con el clima y los desastres naturales en todos los países.</p> <p>14.2 Para 2020, gestionar y proteger de manera sostenible los ecosistemas marinos y costeros con miras a evitar efectos nocivos importantes, incluso mediante el fortalecimiento de su resiliencia, y adoptar medidas para restaurarlos con objeto de restablecer la salud y la productividad de los océanos.</p>	<p>3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.</p> <p>5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.</p> <p>5.6 Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.</p>

crean entornos propicios para la resiliencia de los individuos.

Mejorar la resiliencia también contribuye a corregir y superar las desigualdades arraigadas (UNISDR, 2015a). Por ejemplo, desarrollar la resiliencia de los sistemas de salud nacionales ayuda a ampliar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad a aquellas personas que estaban excluidas antes del desastre.

Para ser eficaz, el desarrollo de la resiliencia ha de transformar las relaciones de género y cuestionar las estructuras de poder desiguales (Winderl, 2014). Debe incluir a las mujeres y las niñas, no solo como beneficiarias de los servicios de salud y protección social, sino también como promotoras, trabajadoras sanitarias, miembros activos, representantes y líderes de las comunidades.



Nyantit, de 10 años (Sudán del Sur): «Quiero salir guapa en la foto, por eso fui a casa a cambiarme. Es la única blusa bonita que tengo, no pude llevarme nada cuando tuvimos que huir».

Foto © Panos Pictures/Chris de Bode

Vinculación de la resiliencia con un desarrollo sólido que tiene presente las vulnerabilidades de los individuos

El efecto de los desastres naturales y los conflictos en los individuos y las comunidades depende en gran medida del alcance y la naturaleza de la pobreza y la privación social antes de la crisis (UNISDR, 2015). Así pues, el desarrollo de la resiliencia y la protección de las comunidades frente a las consecuencias negativas de un desastre han de vincularse a un programa sólido de desarrollo que tenga presente las vulnerabilidades individuales, sociales, económicas y culturales.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas para el periodo 2016-2030 y otros esfuerzos encaminados a reducir la privación social y la pobreza, en el marco de un marco internacional sólido de derechos humanos, marcan la senda del compromiso de los Estados y sus asociados para el desarrollo con el aumento de la resiliencia (Naciones Unidas, 2015d). Ese camino también se destacó en la resolución de la Asamblea General sobre el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030:

«[L]os Estados también reiteraron su compromiso de abordar la reducción del riesgo de desastres y el aumento de la resiliencia ante los desastres con un renovado sentido de urgencia en el contexto del desarrollo sostenible y la erradicación de la pobreza, y de integrar como corresponda tanto la reducción del riesgo de desastres como el aumento de la resiliencia en las políticas, los planes, los programas y los presupuestos a todos los niveles y de examinar ambas cuestiones en los marcos pertinentes».

Al vincular los esfuerzos para aumentar la resiliencia con el desarrollo sostenible, se evita que la resiliencia se defina a través de un conjunto independiente de normas; de este modo, se integra en el proceso conducente al logro general de una serie de objetivos de desarrollo en los países. Para cumplir los objetivos de salud, por ejemplo, es preciso mejorar la calidad y el alcance de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los que se prestan en situaciones de emergencia, crisis y

con refugiados. Dado que las tasas elevadas de mortalidad materna y en la niñez se concentran en los países en conflicto y afectados por desastres naturales, crear vínculos sólidos entre los programas de aumento de la resiliencia y las metas de desarrollo será fundamental tanto para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible como para mitigar las consecuencias de los desastres.

Invertir en la reducción del riesgo de desastres para mejorar la salud materna, infantil y adolescente

La reducción del riesgo de desastres es un elemento fundamental de la resiliencia. Mientras que la respuesta humanitaria es una intervención a corto plazo, la reducción del riesgo de desastres es una labor a largo plazo que hace frente a las causas de fondo de la vulnerabilidad en una situación de crisis (Plan International, 2013). Algunas crisis, como los terremotos y los tsunamis, no pueden prevenirse, pero sí es posible mitigar sus efectos invirtiendo previamente en la creación de sistemas de salud sexual y reproductiva resilientes y centrados en las necesidades de los segmentos más vulnerables de la comunidad.

A fin de mejorar la preparación y reducir el riesgo de desastres, el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres exige que se prevengan nuevos desastres y se reduzcan los riesgos de los existentes mediante la aplicación de medidas económicas, estructurales, jurídicas, sociales, sanitarias, culturales, educativas, ambientales, tecnológicas, políticas e institucionales integradas e inclusivas. Ese planteamiento integrador puede prevenir y reducir la exposición a los peligros y la vulnerabilidad a los desastres, mejorar la preparación de cara a la respuesta y la recuperación y, de ese modo, aumentar la resiliencia (UNISDR, 2015a).

El primer paso con miras a reducir el riesgo y aumentar la resiliencia consiste en conocer la evolución de las amenazas y las vulnerabilidades físicas, sociales, económicas y ambientales ante los desastres a las que se enfrentan la mayoría de las sociedades. Posteriormente, de conformidad con el Marco de Acción de Hyogo, deben tomarse medidas basadas en esa información.

La escala de los desastres ha aumentado debido a los mayores índices de urbanización, deforestación y degradación ambiental, así como a la intensificación de variables climáticas como las temperaturas elevadas, las precipitaciones extremas y las tormentas de viento y lluvia violentas (Leaning y Guha-Sapir, 2013). Así pues, los esfuerzos dirigidos a aumentar la resiliencia frente a los desastres requieren un conocimiento pormenorizado de los factores socioeconómicos y políticos que exponen a la población al riesgo, y un entendimiento profundo de las divergencias entre la mortalidad y la morbilidad de los distintos grupos de población, y su evolución (Leaning y Guha-Sapir, 2013). Comprender estos aspectos permite generar sistemas que abordan y reducen los factores subyacentes del riesgo y la vulnerabilidad, y tienen en cuenta las diferencias de género, clase, casta, raza, edad, grupo étnico, discapacidad y renta, las cuales dan lugar a un panorama de riesgo desigual y de exclusión social y política (UNISDR, 2015).

La reducción del riesgo de desastres también ha de reconocer e incluir los riesgos específicos de género, darles respuesta y plantearse la igualdad entre los géneros como objetivo clave (Bradshaw, 2015).

Las capacidades de adaptación varían dentro de los países y entre ellos

En los análisis de riesgos deben tomarse en consideración las variaciones dentro de los países y entre ellos. El Índice para la Gestión de los Riesgos (INFORM) del Comité Permanente entre Organismos muestra la capacidad de adaptación de los países a partir de la valoración de las medidas para la reducción del riesgo de desastres, la gobernanza, la comunicación, la infraestructura física y el acceso al sistema de salud.

En África Occidental y Central, las mujeres tienen 1 posibilidad entre 32 de morir por causas relacionadas con la maternidad. Esa cifra casi quintuplica el riesgo de las mujeres de Asia Meridional y es cerca de 150 veces superior al riesgo a que hacen frente las mujeres de los países industrializados (Save the Children, 2014). Si se desglosaran de forma significativa los datos de los países, surgirían nuevas

pruebas sobre las distintas posiciones iniciales de las comunidades en el espectro de la reducción de riesgos. Las consecuencias de un desastre para una mujer del quintil de ingresos superior que reside en un entorno urbano difieren de las que padece una mujer del quintil de ingresos más bajo que vive a tan solo unos minutos de la primera. Se requieren medidas urgentes para aumentar la resiliencia en esos contextos de desigualdad, y los datos desglosados deben influir en las políticas nacionales y la asignación de recursos, pues son útiles para identificar riesgos, aumentar la resiliencia y prepararse mejor para las crisis.

La desigualdad en el acceso a los servicios y las redes de protección repercute en la resiliencia de los grupos e individuos afectados por un desastre, especialmente en el caso de las mujeres y las niñas. Además, la desigualdad en el acceso a la tierra, el nivel de renta y el patrimonio determina la medida en que los hogares y las comunidades pueden gestionar su propio riesgo de desastres. La desigualdad en la protección que brindan los derechos, la legislación y las reglamentaciones establecidas, y la desigualdad en la participación y la rendición de cuentas influyen en todo programa de reducción del riesgo de desastres, así como en la capacidad de los países para hacer frente a los factores subyacentes del riesgo de desastres (UNISDR, 2015).

El compromiso con las personas que tienen menos posibilidades de recibir atención o acceder a los servicios también se refleja en la Estrategia Mundial «Todas las mujeres, todos los niños» del Secretario General de las Naciones Unidas. El desglose de los datos permite que el desarrollo de la resiliencia deje de apoyarse exclusivamente en medidas globales de salud y bienestar que no distinguen los efectos de los conflictos y los desastres en los jóvenes, las mujeres, los migrantes y los grupos de población de bajos ingresos o marginados. La incorporación de la reunión de datos desglosados en los sistemas habituales de recopilación y la mejora de los sistemas de registro

civil y estadísticas vitales propiciarían un conocimiento más matizado de los riesgos.

Crear sistemas sólidos de alerta temprana, sensibles al género, la edad y la situación de discapacidad de las personas es fundamental para promover un acceso equitativo a la información antes de las crisis (Development Initiatives, 2015).

Aumentar la resiliencia en las situaciones de emergencia derivadas de un conflicto

La mayor parte de las iniciativas innovadoras para la alerta temprana se han centrado en los fenómenos meteorológicos. La alerta temprana y la acción ante un conflicto siguen resultando más complicadas tanto por motivos técnicos como políticos. Para aumentar

la resiliencia en las situaciones de emergencia humanitaria derivadas de un conflicto se requiere un conjunto diferente y polifacético de estrategias de prevención, en el que se incluyan la aplicación de medidas enérgicas que pongan freno a la discriminación y reduzcan la violencia, así como la atención a las desigualdades estructurales que repercuten en la salud sexual y reproductiva (Harris *et al.*, 2013). Cada vez es más frecuente que las emergencias humanitarias se relacionen simultáneamente con un desastre y un conflicto, y que los conjuntos de factores se relacionen entre sí.



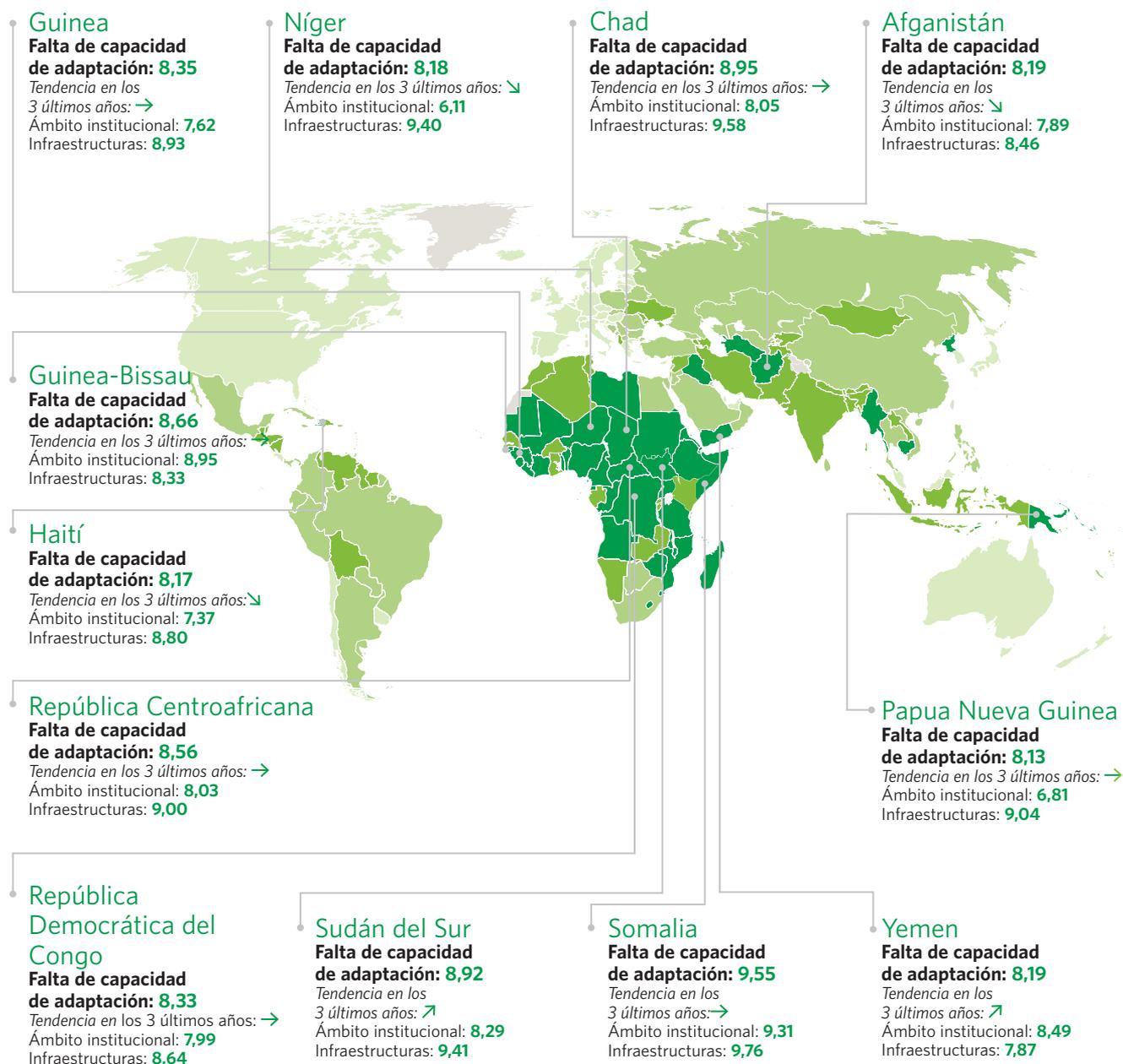
En África Occidental y Central, las mujeres tienen 1 posibilidad entre 32 de morir por causas relacionadas con la maternidad. La cifra casi quintuplica el riesgo de las mujeres en Asia Meridional y es cerca de 150 veces superior al riesgo a que hacen frente las mujeres de los países industrializados.

El ébola

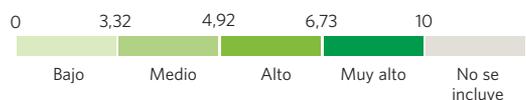
La crisis del ébola afectó, según las estimaciones, a 18,7 millones de personas, entre ellas a 9,8 millones de adolescentes y niños (UNICEF, 2015). La epidemia puso de manifiesto que los sistemas de salud que adolecen de una atención primaria deficiente no son resilientes a las conmociones. En esos contextos, la resiliencia habría implicado desarrollar las capacidades, fortalecer los sistemas de salud subnacionales, mejorar el acceso a la información y su intercambio, desarrollar sistemas dirigidos a implicar a los agentes de todos los niveles de gobierno y al sector de la salud, y fomentar la confianza (Kieny y Dovlo, 2015).

FALTA DE CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN EN 2015

Esta dimensión mide la carencia de recursos que ayuden a la población a adaptarse a las situaciones peligrosas. Se compone de dos categorías: instituciones e infraestructuras. El mapa muestra los datos de los 12 países con valores más elevados en la dimensión relativa a la falta de capacidad de adaptación.



ÍNDICE DE CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN INFORM



LEYENDA ↗ Riesgo creciente → Estable ↘ Riesgo decreciente

(INFORM, 2015)

Un sistema de salud resiliente es capaz de dar respuesta a la evolución del perfil epidemiológico de la población y de adaptarse a las condiciones adversas. Un sistema de salud resiliente no actúa de manera aislada, sino que está vinculado a una serie de asociados regionales y mundiales gracias a los cuales los gobiernos despliegan con rapidez un amplio conjunto de recursos (Kruk *et al.*, 2015). Trabajar en todos los sectores para integrar los planes, las prioridades y los procesos humanitarios en los marcos de desarrollo sostenible es un elemento fundamental de los sistemas de salud resilientes (Kieny y Dovlo, 2015).

La integración de la salud sexual y reproductiva en la atención de salud primaria es imprescindible para la resiliencia

La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de las políticas nacionales de salud es un requisito imprescindible para aumentar la resiliencia frente a situaciones de emergencia y promover un acceso fiable y seguro a tratamientos que salvan vidas, servicios de salud reproductiva y suministros necesarios para proteger a las mujeres y las adolescentes de las muertes evitables, incluidas las que se producen por complicaciones durante el parto o a causa de embarazos no deseados. La calidad de los servicios de salud materna y los índices de mortalidad materna son indicadores de la calidad, el funcionamiento y la inclusividad generales del sistema de salud.

La salud sexual y reproductiva debe integrarse en los sistemas de evaluación de los riesgos para la salud y alerta temprana dirigidos a las comunidades y a los grupos vulnerables. La Organización Mundial de la Salud reitera la importancia de disponer de centros de atención de salud primaria sólidos, capaces de sostener servicios de salud sexual y reproductiva, entre otros la atención obstétrica de urgencia y la atención al recién nacido. Además, han de fortalecerse los servicios de salud sexual y reproductiva existentes con miras a mitigar las consecuencias de las emergencias e impulsar la adaptación a ellas y la recuperación posterior. La Organización Mundial de la Salud recomienda asimismo que en la planificación del riesgo

de desastres se tengan en cuenta las necesidades de las poblaciones vulnerables —mujeres, adolescentes, recién nacidos, personas con discapacidad y poblaciones desplazadas— (OMS, 2012).

Mejorar la atención integral de la salud reproductiva e incorporarla a la atención primaria antes de una situación de crisis facilita o contribuye a la provisión del paquete de servicios iniciales mínimos cuando esta se produce finalmente. La existencia de estructuras políticas y jurídicas que velan por que las mujeres y los jóvenes disfruten de su derecho a la salud reproductiva dificulta la vulneración de esos derechos durante la crisis.

Como afirmó la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015, «satisfacer las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva es fundamental para la resiliencia y con vistas a una recuperación más rápida del conjunto de comunidades afectadas» (Naciones Unidas, 2015c).

La protección social y la reducción del riesgo de desastres

El Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres demanda políticas y programas de protección social que satisfagan las necesidades de los más vulnerables. Ese tipo de intervenciones podrían, por ejemplo, dirigirse a prevenir o responder a la malnutrición crónica, brindar acceso a los documentos identificativos, promover el acceso de las mujeres a la herencia o prevenir el matrimonio infantil. Un sistema de protección social inclusivo y de base amplia es necesario para proteger a los hogares y los niños más pobres de la privación extrema, así como para ofrecer oportunidades que favorezcan la promoción de medios de vida y las actividades productivas tanto para las mujeres como para los hombres.

Puesto que la mayoría de los países con índices elevados de matrimonio infantil son Estados frágiles o con un alto riesgo de sufrir desastres naturales, los esfuerzos en curso para proteger a las niñas del matrimonio infantil y la violencia por razón de género —hacer posible que las niñas permanezcan en la escuela, facilitar apoyo económico específico a las familias y proveer una educación sexual integral, entre otras medidas— deben fortalecerse a fin de

garantizar su continuidad en las situaciones de crisis o conmociones (Plan Internacional, 2013).

Mejorar las medidas contra la trata de personas también es una forma importante de aumentar la resiliencia de las comunidades y los países frente a las conductas con fines de explotación y abusivas, que con frecuencia se dirigen de manera especial a los niños y las adolescentes en el periodo posterior a un desastre.

La Organización Internacional para las Migraciones ha reclamado la aprobación y aplicación de leyes nacionales contra la trata de personas. Las medidas contra la trata deben integrarse en la planificación estatal de la preparación para emergencias e imprevistos (Organización Internacional para las Migraciones, 2015). Tales medidas ayudarán a cumplir el compromiso de erradicar la trata de personas, asumido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Las medidas para hacer frente a la violencia por razón de género son necesarias antes, durante y después de las crisis

Los adolescentes que viven en una situación de posconflicto, especialmente las niñas, están más expuestos al abuso, la explotación, los comportamientos de riesgo, las situaciones que incrementan su vulnerabilidad a la iniciación sexual precoz, los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

Los adolescentes de entre 10 y 14 años, las adolescentes embarazadas y los adolescentes marginados se encuentran en una situación de riesgo mayor y exigen intervenciones específicas (UNFPA y Save the Children, 2009). Las niñas supervivientes de la violencia sexual y por razón de género con frecuencia padecen problemas físicos y psicológicos permanentes, y sufren el estigma social (DFID, 2013).

Las directrices del Comité Permanente entre Organismos subrayan que la integración de las intervenciones sobre la violencia por razón de género en la asistencia humanitaria es una medida fundamental para aumentar la resiliencia (IASC, 2015).

El desarrollo de la resiliencia debe servir para prevenir y responder a la violencia por razón de género, y se ha de trabajar en los planos comunitario,

institucional y nacional para que se apliquen leyes, políticas y programas que prevengan y mitiguen la violencia por razón de género, y que permitan que los supervivientes de este tipo de violencia y las personas en situación de riesgo accedan a los servicios de atención y apoyo.

No hacer frente a la violencia por razón de género tanto antes de la crisis como en sus primeros momentos es un mal punto de partida con miras a la resiliencia y la salud de la mujer a medio y largo plazo, y dificulta la reconstrucción de la vida y los medios de subsistencia de los individuos, las familias y las comunidades (Comité Internacional de Rescate, 2012).

Educar a las niñas reduce la vulnerabilidad

Numerosos estudios demuestran que la educación de las niñas es una de las inversiones más eficaces que los países pueden hacer para sacar a las familias de la pobreza y construir un futuro mejor. Las niñas formadas, cuando crecen y se convierten en madres, suelen tener hijos más sanos y mejor educados. Las pruebas recientes apuntan a otra razón de peso para educar a las niñas: el empoderamiento de las mujeres gracias a una educación mejor reduce su vulnerabilidad a las muertes y lesiones derivadas de los desastres relacionados con el clima (Save the Children, 2014). Las escuelas pueden transmitir una importante sensación de normalidad y facilitan información y servicios que salvan vidas. Ampliar el acceso a la escuela a todos también puede reducir el sentimiento de agravio que ha alimentado los conflictos. Cabe destacar asimismo que velar por que las generaciones futuras reciban una buena educación es fundamental para superar el conflicto, impulsar la recuperación y promover el desarrollo y la seguridad futuros (Coalición Mundial para Proteger de los Ataques a los Sistemas Educativos, 2015).

La educación sobre el desarrollo sexual, la sexualidad, y la salud y los derechos reproductivos dirigida a los adolescentes es un aspecto esencial del acceso integral a la educación. La educación específica sobre los desastres también es imprescindible para promover la resiliencia. Los niños que no están informados de los peligros,

las alertas, las evacuaciones y otras prácticas de protección están más expuestas a las muertes y lesiones cuando se produce un desastre (Wisner, 2006). Las medidas jurídicas y políticas más amplias, por ejemplo las que tratan de evitar que los grupos armados utilicen las escuelas en los conflictos, también contribuyen a aumentar la resiliencia (Coalición Mundial para Proteger de los Ataques a los Sistemas Educativos, 2015).

La implicación de las mujeres, los jóvenes y las minorías étnicas constituye una base sólida para la resiliencia

La implicación de comunidades y agentes diversos en el desarrollo de la resiliencia brinda una base más sólida de cara a la consecución de resultados positivos. Deben participar, entre otros, las minorías étnicas, las mujeres, los adolescentes y los jóvenes, las personas con discapacidad y los ancianos. Aunque la mayoría de las leyes sobre la reducción del riesgo de desastres establecen el mandato de implicar a las mujeres y los grupos vulnerables, este suele consistir en una serie de aspiraciones de carácter general carentes de mecanismos específicos de ejecución (UNISDR, 2015).

En muchos casos, la reducción del riesgo de desastres y el desarrollo de la resiliencia se olvidan de los jóvenes. Sin embargo, son esos jóvenes a quienes se excluye de los procesos anteriores a la crisis los que a la larga asumen funciones esenciales: colaboran en la evacuación y curación posterior al desastre (Peek, 2008), retiran los escombros, intercambian noticias e información, distribuyen alimentos, y educan o cuidan a los niños pequeños. La participación significativa de los jóvenes es fundamental para la localización de la acción humanitaria en aras de una mayor eficacia y resiliencia. Los jóvenes pueden ser aliados importantes en el diseño y la ejecución de la preparación para emergencias y la respuesta a tales situaciones (UNFPA y Comisión de Mujeres Refugiadas, 2015; Osoimehin, 2015).

Si se empodera y apoya a los jóvenes, incluidos los adolescentes, estos contribuyen a reducir la pobreza intergeneracional y a explotar el dividendo

demográfico de un crecimiento económico inclusivo y duradero. En otras palabras, numerosos países, entre ellos algunos que atraviesan una situación de crisis en este momento, pueden beneficiarse de la transición de un ingente número de jóvenes a la edad de trabajar. Aprovechar al máximo el dividendo demográfico podría desatar precisamente el desarrollo acelerado que los países que salen de una crisis necesitan para recuperarse y avanzar.

La resiliencia en el proceso humanitario y de desarrollo

Para aumentar la resiliencia es preciso que los agentes humanitarios y de desarrollo colaboren de manera continua. Dado que el 43% de los pobres del mundo vive en este momento en Estados frágiles (OCDE, 2015), y que los países expuestos al riesgo de sufrir desastres y conmociones reciben menos asistencia oficial para el desarrollo per cápita (OCDE, 2015), hoy es más importante que nunca que se tienda un puente entre esos agentes. Dicho puente también es necesario para que las inversiones en favor de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas no dejen de lado la reducción del riesgo de desastres, la respuesta a situaciones de emergencia y la transición de la recuperación al desarrollo sostenible.

Varios países han acometido reformas institucionales para respaldar la integración de la financiación de la reducción del riesgo de desastres en un enfoque más amplio y estratégico de su gestión (UNISDR, 2015). Los ministerios de Finanzas están asumiendo un liderazgo cada vez mayor en el desarrollo de planes nacionales y regionales de seguros y créditos, y los gobiernos están impulsando nuevos arreglos institucionales —tales como las juntas nacionales de riesgo— en los que participan supervisores de seguros, organismos especializados en la gestión de los desastres y los ministerios pertinentes (UNISDR, 2015).

La salud sexual y reproductiva, un medio para reducir la pobreza y mitigar los riesgos

En este momento, en las situaciones humanitarias, se presta un porcentaje creciente de servicios de salud sexual y reproductiva, con el apoyo de la comunidad

internacional. Para alcanzar los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo es cada vez más necesario brindar servicios e información, y proteger los derechos en los contextos de conflicto, desplazamiento a gran escala de la población y epidemias, o con posterioridad a un desastre natural o una catástrofe relacionada con el cambio climático.

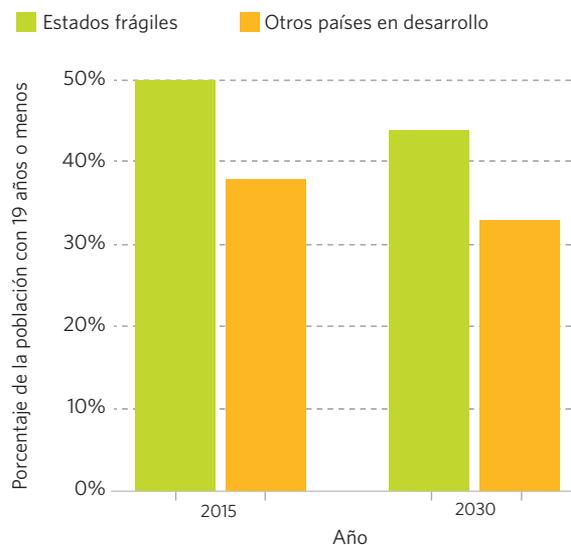
Proteger la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de las mujeres y las adolescentes en las situaciones de crisis es fundamental y una cuestión de derechos humanos, pero resulta complicado, costoso e insostenible cuando no se mejoran ni la preparación ni la resiliencia.

Así pues, hay que tomar medidas para hacer frente a las causas profundas de las crisis —especialmente el subdesarrollo y la desigualdad— y para promover la resiliencia de los países, los entornos, las comunidades y los individuos, a fin de mitigar sus efectos. La resiliencia depende en cierta medida del desarrollo y del grado de igualdad con que los avances económicos y sociales se alcanzan en una sociedad. Una resiliencia baja conlleva una elevada vulnerabilidad a los conflictos y desastres. La preparación es otra variable esencial en la ecuación de la resiliencia.

La salud sexual y reproductiva es un derecho humano clave para alcanzar el desarrollo sostenible. Cuanto más reduce un país la pobreza y la privación social, más resiliente es y mayores probabilidades tiene de resistir una crisis o recuperarse de ella con menos pérdidas sociales, económicas y humanas. La respuesta a situaciones de emergencia resulta siempre más cara que la preparación y la mitigación de riesgos.

A principios de año, la comunidad internacional aprobó en Sendai (Japón) un marco para la reducción del riesgo de desastres. Dicho marco establece cuatro prioridades: comprender el riesgo de desastres; fortalecer la gobernanza del riesgo de desastres para gestionar dicho riesgo; invertir en la reducción del riesgo de desastres para la resiliencia; y aumentar la preparación para casos de desastre a fin de dar una respuesta eficaz y «reconstruir mejor» en los ámbitos de la recuperación, la rehabilitación y la reconstrucción. El marco está directamente relacionado con

PORCENTAJE DE POBLACIÓN MENOR DE 20 AÑOS CON RESPECTO A LA POBLACIÓN TOTAL DE LOS ESTADOS FRÁGILES, COMPARADO CON OTROS PAÍSES EN DESARROLLO, 2015



(OCDE, 2015)

el mandato del UNFPA. El párrafo 30 j) del Marco de Sendai señala que, en los planos nacional y local, es necesario «[f]ortalecer el diseño y la aplicación de políticas inclusivas y mecanismos de protección social, incluso mediante la implicación comunitaria, integrados con programas para mejorar los medios de vida, y el acceso a servicios sanitarios básicos, incluso de salud materna, neonatal e infantil, salud sexual y reproductiva, seguridad alimentaria y nutrición, vivienda y educación, con el fin de erradicar la pobreza, encontrar soluciones duraderas en la fase posterior a los desastres y empoderar y ayudar a las personas afectadas de manera desproporcionada por los desastres» (UNISDR, 2015a).

Invertir en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas —antes de una crisis, a lo largo de esta y posteriormente— contribuye al desarrollo y será fundamental para la consecución de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible. Asimismo, ayudará a reducir las vulnerabilidades a determinadas crisis.

Las mujeres pueden desempeñar una función primordial en la recuperación y la rehabilitación



Susila Bora, de 19 años, en Saurpani-4, población que quedó destruida cuando un terremoto de magnitud 7,8 sacudió Nepal en abril de 2015.

Foto © Panos Pictures/Vlad Sokhin

posteriores a la crisis, pero su participación depende en parte de que estén sanas y tengan la posibilidad de decidir si desean tener hijos y cuándo.

Es posible salvar más vidas si las comunidades humanitaria y de desarrollo, y el sector de la salud sexual y reproductiva aúnan fuerzas, se respaldan entre sí y trabajan de manera más complementaria. Las actividades dirigidas a gestionar los riesgos y aumentar la resiliencia deben ser simultáneas, en lugar de ceñirse a un planteamiento lineal de transición del socorro al desarrollo. La cooperación entre los agentes de diversos ámbitos especializados puede salvar la brecha entre los objetivos humanitarios y los de desarrollo.

La mejora de la resiliencia es un *proceso* acumulativo que funciona en distintos niveles —mundial, regional, nacional, comunitario e individual— a lo largo del tiempo. Es también un *resultado* que previene la distribución desigual de los riesgos en las situaciones de emergencia, al mejorar la capacidad institucional y las funciones sistémicas más allá de sus bases de referencia.

La resiliencia es asimismo fundamental para lo que el UNFPA describe como «la responsabilidad humanitaria de proteger los derechos y cubrir las necesidades específicas de los jóvenes, incluidos los adolescentes, y de implicarlos a ellos y a sus capacidades únicas en la preparación, la respuesta y la recuperación en el ámbito humanitario» (UNFPA y Comisión de Mujeres Refugiadas, 2015).

Sentar las bases para lograr avances a largo plazo en la igualdad entre los géneros

Un estudio efectuado por ONU Mujeres en 2015 demuestra que la programación en favor de la igualdad entre los géneros en contextos humanitarios multiplica en ocasiones la repercusión de las intervenciones y «puede integrar las bases de avances a largo plazo en la igualdad entre los géneros» (ONU Mujeres, 2015a).

La programación sobre la igualdad entre los géneros reconoce que las necesidades y vulnerabilidades de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños de toda población afectada por una crisis son específicas y diferentes.

Según el estudio, la programación en favor de la igualdad entre los géneros en zonas de Filipinas, Kenya y Nepal afectadas por crisis, por ejemplo, incidió positivamente en el acceso y el uso de los servicios, de manera que aumentó la eficacia de los resultados humanitarios y se redujeron las desigualdades de género.

Ese tipo de programación también tuvo una «repercusión considerable» en los resultados de salud —especialmente en el caso de las mujeres y las niñas, aunque alcanzó a todos los miembros del hogar—. En Nepal, por ejemplo, los recursos que las infraestructuras de salud dedicaron a la igualdad entre los géneros, las campañas de concienciación en materia de salud e higiene, y el fomento del acceso a las instalaciones sanitarias «mejoraron enormemente» la salud materna e infantil, y redujeron las muertes en el embarazo o el parto. Además, se observó que este tipo de programación reduce determinadas formas de violencia de género.

Los desastres naturales también constituyen una oportunidad para que las mujeres cuestionen y

cambien su situación en la sociedad, dado que suelen asumir tareas «tradicionalmente masculinas» como la construcción de casas o la excavación de pozos.

Lograr sinergias

La inversión en la reducción del riesgo de desastres y el aumento de la resiliencia conlleva inversiones multisectoriales públicas y privadas que aborden las causas profundas que determinan quién sobrevive y se recupera de un desastre. Su objetivo es salvar vidas y medios de subsistencia, prevenir y reducir las pérdidas, así como impulsar una recuperación y rehabilitación reales (UNISDR, 2015a).

El proceso humanitario y de desarrollo es fundamental para lograr un compromiso sostenido con la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las crisis humanitarias frenan y, en algunos casos, invierten los avances en materia de desarrollo. Las inversiones en desarrollo suavizan los efectos de las crisis y los desastres naturales, y pueden constituir una base sólida para reconstruir una sociedad (UNFPA, 2010). La acción humanitaria y en favor del desarrollo debe ser coherente, complementaria y contigua, y sustentarse en un entendimiento mutuo con relación a los resultados comunes a largo plazo que propician una gestión eficaz de los riesgos (Naciones Unidas, 2015b). Las mujeres y los jóvenes deben seguir siendo protagonistas de las iniciativas de preparación de sus comunidades y de la transición de la crisis al desarrollo. Si los derechos y las necesidades de los más vulnerables no son un elemento principal de la planificación, los programas y el financiamiento

del desarrollo, será imposible lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas para el año 2030.

Hacer realidad las aspiraciones

Los responsables del diseño de políticas se enfrentan a partir de 2015 al reto de hacer realidad la aspiración de la resiliencia. Se requieren nuevos modelos para un desarrollo integrado, en los que se contemple un compromiso con la reducción del riesgo de desastres. Tales modelos, entre otros aspectos, han de consolidar sistemas de atención de salud primaria que cuenten con servicios integrados de salud sexual y reproductiva, adoptar un enfoque multisectorial en el ámbito de la salud de los adolescentes, aprovechar las escuelas para difundir información sobre la preparación para los desastres, e incorporar la adaptación al cambio climático. Todo ello, velando por que el compromiso con la inclusión, las consultas y la equidad sea el núcleo del desarrollo integrado.

Los enfoques integrados capaces de gestionar los riesgos de los conflictos y los desastres naturales son cada vez más necesarios. Puesto que los desastres naturales pueden exacerbar o desencadenar los conflictos, debemos considerarlos en el marco del conflicto y la construcción del Estado. A la inversa, si el conflicto y la fragilidad aumentan la vulnerabilidad y la exposición a los desastres naturales, las epidemias o las hambrunas, habrá que tenerlos en cuenta en los marcos de evaluación del riesgo de desastres y relativos a los desastres naturales.

CAPÍTULO 5

Nuevas direcciones en la financiación de la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios

La cantidad de personas que precisa asistencia humanitaria va en aumento, como sucede con las aportaciones de los donantes institucionales, gubernamentales, corporativos e individuales. Pero los déficits de financiación también están creciendo, lo que indica que los acuerdos de financiación vigentes podrían resultar insostenibles.



Una mujer y su hijo recién nacido en el campamento de Tierkidi (Etiopía).

Foto © UNFPA/A. Haileselassie

Proteger la salud de las madres y las adolescentes sursudanesas

Por término medio, cada semana dan a luz 45 mujeres en el centro de salud del campamento de refugiados de Tierkidi, en Etiopía.

La cifra no ha sido siempre tan elevada, según Yonas Zewdu, su director. Hasta hace poco tiempo, la mayoría de las mujeres daban a luz en su propio barrio sin la ayuda de una partera cualificada.

Zewdu dice que el centro ha desplegado a personal de extensión que visita a las mujeres en sus casas, las anima a aprovechar la atención prenatal y dispone todo para que



Mujeres con sus hijos en el centro de salud de Tierkidi.
Foto © UNFPA/A. Haileselassie

den a luz en el centro, donde dos parteras atienden todos los alumbramientos.

Una de ellas, Lelisa Bekele, señala que si una embarazada asiste a una sesión de atención prenatal y no acude a la visita de seguimiento, el personal de extensión va a verla para asegurarse de que se encuentra bien.

A las embarazadas que viven lejos de los centros de salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) les entrega kits de parto higiénico con una toalla, una cuchilla, guantes, láminas de plástico, hilo para atar el cordón umbilical y jabón.

El UNFPA abastece al centro de kits de salud reproductiva en situaciones

de emergencia, que cuentan con todo lo necesario —desde equipos hasta medicamentos— para llevar a cabo un parto seguro y reparar quirúrgicamente los desgarros de la vagina y el cuello del útero, además de con tratamientos para las infecciones de transmisión sexual y distintos métodos anticonceptivos.

Peter Lam Gony, quien supervisa el trabajo de extensión comunitaria en materia de salud sexual y reproductiva, afirma que cada vez más mujeres conocen y deciden hacer uso de la planificación familiar, a menudo contra la voluntad de su pareja.

«Sus esposos creen que, si usan la planificación familiar, las mujeres se verán con otros hombres», explica.

También aumenta el número de adolescentes que utilizan anticonceptivos en el campamento. Aquellos que aprovechan los servicios confidenciales descubren que, excepto en el caso de los preservativos, los anticonceptivos solo previenen los embarazos, pero no las infecciones de transmisión sexual como el VIH.

El centro también distribuye preservativos gratuitamente a través de expendedores disponibles en todo el campamento.

El campamento de Tierkidi acoge aproximadamente a 52.000 refugiados de Sudán del Sur.

Más de 100 millones de personas precisaron asistencia humanitaria en 2015, frente a los 88 millones de 2014 y los 78 millones de 2013. Las mujeres y las adolescentes de entre 15 y 49 años representan aproximadamente una cuarta parte del total.

A medida que las crisis se multiplican en el mundo y adquieren cada vez más complejidad, también lo hacen las necesidades de las mujeres y las niñas en materia de salud sexual y reproductiva.

Debido a la gran cantidad y escala de las crisis mundiales, la comunidad internacional cubre un porcentaje creciente de las necesidades de salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios. Por consiguiente, el logro de los objetivos de salud y derechos sexuales y reproductivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo implica en una medida cada vez mayor brindar servicios e información en los contextos de conflicto, desplazamiento a gran escala de la población y epidemias, o con posterioridad a un desastre natural o una catástrofe relacionada con el cambio climático.

Proteger la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de las mujeres y las niñas que viven en contextos de crisis es fundamental y una

cuestión de derechos humanos, pero también resulta complicado e insostenible si no se cambia el modo en que se facilita y financia la asistencia humanitaria.

La necesidad imperiosa de un cambio a largo plazo en la manera en que la comunidad internacional y los propios gobiernos afectados plantean y financian la acción humanitaria comienza a hacerse palpable. Además de movilizar recursos para hacer frente a las necesidades humanitarias urgentes, todas las partes interesadas deben dedicar más atención a las inversiones a largo plazo que permitan abordar las causas profundas de las crisis —en especial, el subdesarrollo— y aumentar la resiliencia de los individuos, las comunidades y las naciones a fin de mitigar sus efectos. La resiliencia depende en cierta medida del desarrollo y del grado de igualdad con que los avances económicos y sociales se alcanzan en una sociedad. Una resiliencia baja conlleva una elevada vulnerabilidad a los conflictos y desastres. La preparación es otra variable esencial en la ecuación de la resiliencia.

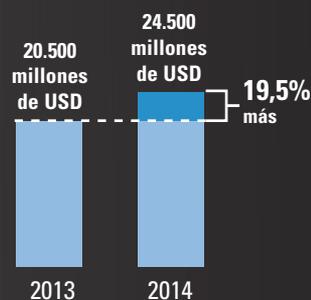
La salud sexual y reproductiva no solo es un derecho humano, sino también un elemento clave para lograr el desarrollo sostenible. Cuanto más desarrollado está un país, más resiliente es y más probabilidades tiene de resistir o recuperarse de una

Escolares en un albergue construido después de que el terremoto destruyera la escuela de Damsijhang (Nepal).

Foto © Panos Pictures/Brian Sokol

CONTRIBUCIONES

En 2014, un año marcado por varias situaciones de emergencia a gran escala, las contribuciones alcanzaron niveles inéditos: 24.500 millones de dólares, un 19,5% por encima del récord anterior, los 20.500 millones de 2013. Se trata del tercer año consecutivo en que la asistencia humanitaria internacional experimenta un crecimiento notable.



situación de crisis a un costo menor. La respuesta a situaciones de emergencia resulta siempre más cara que la preparación y la mitigación de riesgos.

A principios de año, la comunidad internacional aprobó en Sendai (Japón) un marco para la reducción del riesgo de desastres. En determinados aspectos, este marco está directamente relacionado con el mandato del UNFPA, pues señala que es necesario «[f]ortalecer el diseño y la aplicación de políticas inclusivas y mecanismos de protección social, incluso mediante la implicación comunitaria, integrados con programas para mejorar los medios de vida, y el acceso a servicios sanitarios básicos, incluso de salud materna, neonatal e infantil, salud sexual y reproductiva, seguridad alimentaria y nutrición, vivienda y educación, con el fin de erradicar la pobreza, encontrar soluciones duraderas en la fase posterior a los desastres y empoderar y ayudar a las personas afectadas de manera desproporcionada por los desastres».

También este año, un grupo de expertos reunidos en Abu Dabi emitió una declaración en la que demanda un enfoque más estratégico sobre el bienestar y la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente en el marco del proceso de desarrollo y humanitario; así como el fortalecimiento de los sistemas de salud nacionales y subnacionales, y una mayor resiliencia de estos, a fin de promover la disponibilidad de servicios de calidad en las situaciones de crisis y los contextos de desastre y conflicto.

Necesidad sin precedentes de financiación humanitaria

Los conflictos y los desastres naturales —incluidos los fenómenos meteorológicos extremos—, otras crisis prolongadas y la pobreza extrema han provocado que el número de personas desplazadas por la fuerza de sus comunidades o países sea el más elevado desde la segunda guerra mundial, lo que a su vez ha dado pie a que los requisitos de financiación humanitaria internacional alcancen niveles desconocidos (Kim *et al.*, 2015; Bond for International Development, 2015).

Los requisitos de financiación del UNFPA para la acción humanitaria en los ámbitos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos también han regis-

trado cifras históricas: de los cerca de 78 millones de dólares de 2006 a aproximadamente 175 millones en 2014.

Hoy nos enfrentamos al reto de satisfacer las necesidades amplias y pluridimensionales de un mayor número de personas afectadas por situaciones de crisis humanitaria. Hoy tenemos la oportunidad de encontrar a nuevos donantes, asociarnos con el sector privado y aplicar otras estrategias innovadoras para hallar soluciones sostenibles.

La asistencia humanitaria internacional ascendió a 24.500 millones de dólares en 2014

La asistencia humanitaria internacional en todo el mundo representó un importe medio anual de 19.800 millones de dólares entre 2009 y 2014 (Development Initiatives, 2015). Sin embargo, en 2014, un año marcado por varias situaciones de emergencia a gran escala, las contribuciones alcanzaron niveles inéditos: 24.500 millones, un 19,5% por encima del récord anterior, los 20.500 millones de 2013. Se trata del tercer año consecutivo en que la asistencia humanitaria internacional experimenta un crecimiento notable.

Los principales gobiernos e instituciones donantes lideraron las respuestas de financiación a gran escala de las crisis humanitarias y aportaron 18.700 millones de dólares en 2014. En torno al 90% —16.800 millones— provino de los 29 Estados miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos [OCDE-CAD], 2014b; Sistema de Seguimiento Financiero de las Naciones Unidas, 2015). Esos mismos países aportaron el 94% de la asistencia humanitaria internacional de los gobiernos en el último decenio. Los Estados Unidos proveyeron el 32% de la asistencia humanitaria internacional en 2014.

Ese año, la Arabia Saudita y los Emiratos Árabes Unidos entraron en la lista de los 20 mayores donantes humanitarios. Las aportaciones de los Estados árabes aumentaron un 120% entre 2013

y 2014 —de 764 a 1.700 millones de dólares—, fundamentalmente debido a las crisis del Iraq y Siria. La mayor parte de los fondos procedieron de la Arabia Saudita, los Emiratos Árabes Unidos, Kuwait y Qatar.

La contribución de Turquía también se ha incrementado notablemente. El país es uno de los donantes principales en relación con la crisis de Siria y ha destinado 1.600 millones de dólares a ayudar a los refugiados sirios (Start Network, 2014).

Los donantes de Asia Oriental aumentaron en un 11% su aportación a los fondos humanitarios entre 2013 y 2014. El Japón aportó 882 millones de dólares, seguido de la República de Corea y China, con 81,7 y 53,7 millones, respectivamente.

También están al alza las contribuciones de las economías nacionales emergentes. Las aportaciones del Brasil, por ejemplo, pasaron de 2,6 millones de dólares en 2005 a 14,9 millones en 2014. Sierra Leona movilizó 17,2 millones de dólares de sus propios recursos para responder al ébola.

Otras fuentes de financiación humanitaria

El sector privado y la población en general constituyen otras fuentes importantes de asistencia humanitaria, que se canaliza fundamentalmente a través de las organizaciones no gubernamentales

internacionales. Este grupo diverso de donantes, que comprende a individuos, fondos fiduciarios y fundaciones, y entidades empresariales, financió alrededor del 27% de la asistencia humanitaria internacional entre 2009 y 2013 (Stoianova, 2013; Gingerich y Cohen, 2015; Development Initiatives, 2015).

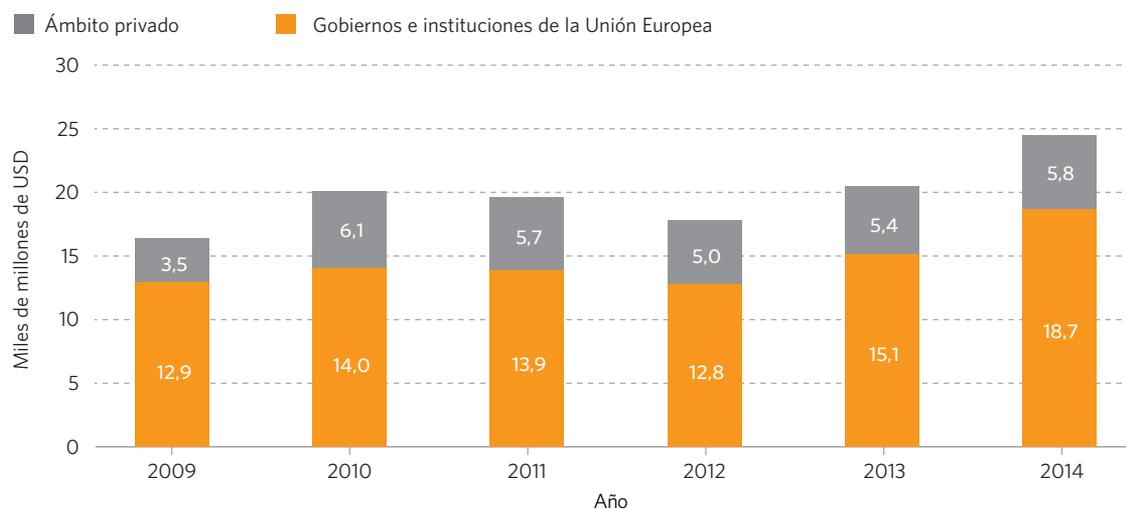
Los donantes privados fueron en conjunto el mayor contribuyente internacional de ayuda humanitaria para la respuesta al tifón Haiyan en 2013, y el tercero más importante en la respuesta al ébola en 2014 (Stoianova, 2013; Development Initiatives, 2015).

Las diásporas brindaron asistencia mediante remesas de fondos. Las organizaciones religiosas, algunas de ellas al margen del sistema humanitario, también contribuyen. Las organizaciones confesionales desempeñan una función clave en la financiación humanitaria, pues facilitan el 16% de la asistencia total que se canaliza a través de organizaciones no gubernamentales.

Llamamientos unificados de las Naciones Unidas

Los llamamientos unificados dirigidos por las Naciones Unidas se basan en las evaluaciones de necesidades y los planes de respuesta de los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones no gubernamentales internacionales que trabajan en

RESPUESTA HUMANITARIA INTERNACIONAL, ENTRE 2009 Y 2014



(Development Initiatives, 2015)

determinados países o responden a situaciones de emergencia concretas.

En 2014, las Naciones Unidas solicitaron 19.500 millones de dólares, una cifra sin precedentes, en 31 llamamientos. Los donantes aportaron 12.000 millones, de manera que se registró un déficit de fondos inédito de 7.500 millones de dólares, es decir, el 38% del total necesario.

Los fondos comunes gestionados por las Naciones Unidas, como el Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia (CERF), se componen de recursos no preasignados que permiten atender los picos de necesidad de ayuda humanitaria. En 2014, el CERF asignó 290 millones de dólares a proyectos de respuesta rápida y 170 millones a proyectos con carencia de fondos. Además, los fondos mancomunados de países concretos, que dependen de las contribuciones de los gobiernos y los donantes privados, asignaron 386 millones de dólares a 19 países en 2014. Ese año, las aportaciones de los donantes a los fondos comunes provinieron principalmente de Alemania, Dinamarca, Noruega, los Países Bajos, Qatar, el Reino Unido y Suecia.

Aumentan las necesidades de fondos no satisfechas

La asistencia humanitaria internacional no ha sido capaz por sí sola de seguir el ritmo de las necesidades y la complejidad crecientes de las crisis humanitarias actuales, por no hablar de los factores subyacentes, tales como la inestabilidad, la pobreza y la vulnerabilidad (Gingerich y Cohen, 2015; Development Initiatives, 2015).

A lo largo de los últimos 10 años, las aportaciones a los llamamientos humanitarios internacionales crecieron un 300% (Bond for International Development, 2015). Sin embargo, los déficits de financiación están aumentando (Development Initiatives, 2015).

Financiación y necesidades no satisfechas en los llamamientos de las Naciones Unidas, entre 2005 y 2014

Los déficits se ven agravados por la falta de recursos y capacidad en los lugares más vulnerables a las

EL COSTO ECONÓMICO

En 2013, la combinación de las consecuencias directas (daños en infraestructuras, viviendas y cosechas) e indirectas (pérdida de ingresos, pérdida de producción, desestabilización del mercado y destrucción de empleo) de los desastres naturales se valoró en 118.600 millones de dólares (ONUCAH, 2014).

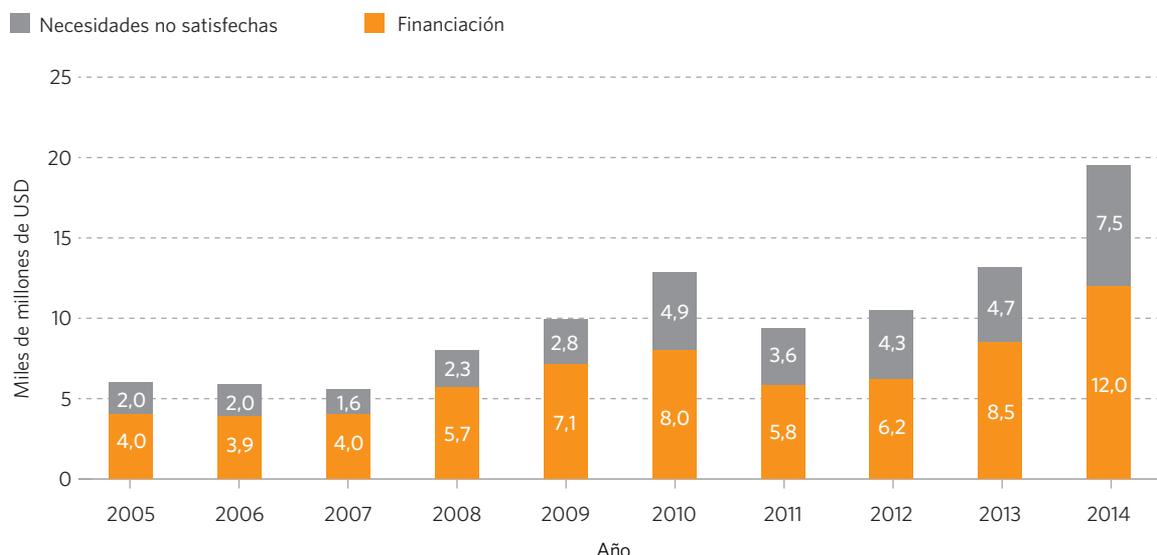
En 2014, los perjuicios económicos derivados de las precipitaciones intensas, las tormentas, las inundaciones y las condiciones de un invierno riguroso se valoraron en 110.000 millones de dólares (UNISDR, 2014). Según las estimaciones, las pérdidas económicas causadas por los desastres desde 2000 ascienden a 2,5 billones de dólares (UNISDR, 2014).

Los desastres naturales que ocasionan pérdidas de miles de millones de dólares son cada vez más frecuentes.

Más complicado resulta determinar las estadísticas mundiales relativas a los perjuicios económicos derivados de los conflictos y otras situaciones de emergencia prolongadas. Las emergencias humanitarias complejas y crónicas suelen tener lugar en entornos muy inseguros y empobrecidos, con instituciones públicas deficientes o en proceso de deterioro y en un contexto marcado por la devastación de las infraestructuras.

situaciones de crisis, especialmente en las zonas afectadas por conflictos donde la respuesta interna es limitada o inexistente. Además, la presión que soporta el sistema aumentará con toda probabilidad en los próximos años debido a los efectos del cambio climático, a las vulnerabilidades relacionadas con la urbanización y a la necesidad que surge de los Estados frágiles o afectados por conflictos. De los 20 países destinatarios de la mayor parte de los fondos humanitarios internacionales en el último decenio, la mayoría han atravesado un conflicto, son muy vulnerables a las consecuencias del cambio climático y tienen poca capacidad de adaptación, preparación o recuperación, y todos ellos se consideran Estados frágiles (Inomata, 2012).

FINANCIACIÓN Y NECESIDADES NO SATISFECHAS EN LOS LLAMAMIENTOS DE LAS NACIONES UNIDAS, ENTRE 2005 Y 2014



(Development Initiatives, 2015)

El aumento de las brechas indica que los acuerdos de financiación vigentes de la acción humanitaria pueden resultar insostenibles.

Los fondos se distribuyen de forma desigual

En 2014, algunos países y situaciones de emergencia hicieron frente a mayores necesidades de fondos no satisfechas que otros. Por lo general, los llamamientos humanitarios de menor envergadura fueron los que vieron cubierto un porcentaje inferior de sus necesidades. Con la excepción de la crisis de gran resonancia de Ucrania, todos recibieron una financiación por debajo del 50%. Por el contrario, los casos de Sudán del Sur, el Iraq y la respuesta al ébola, con solicitudes por encima de los 1.000 millones de dólares en cada caso, se financiaron en un 90%, 75% y 81%, respectivamente (Gingerich y Cohen, 2015).

Un porcentaje relativamente pequeño de la asistencia humanitaria se entrega directamente a los agentes nacionales y locales de los países afectados por una crisis. Entre 2007 y 2013, esos agentes recibieron menos del 2% del total de la asistencia humanitaria anual (Gingerich y Cohen, 2015).

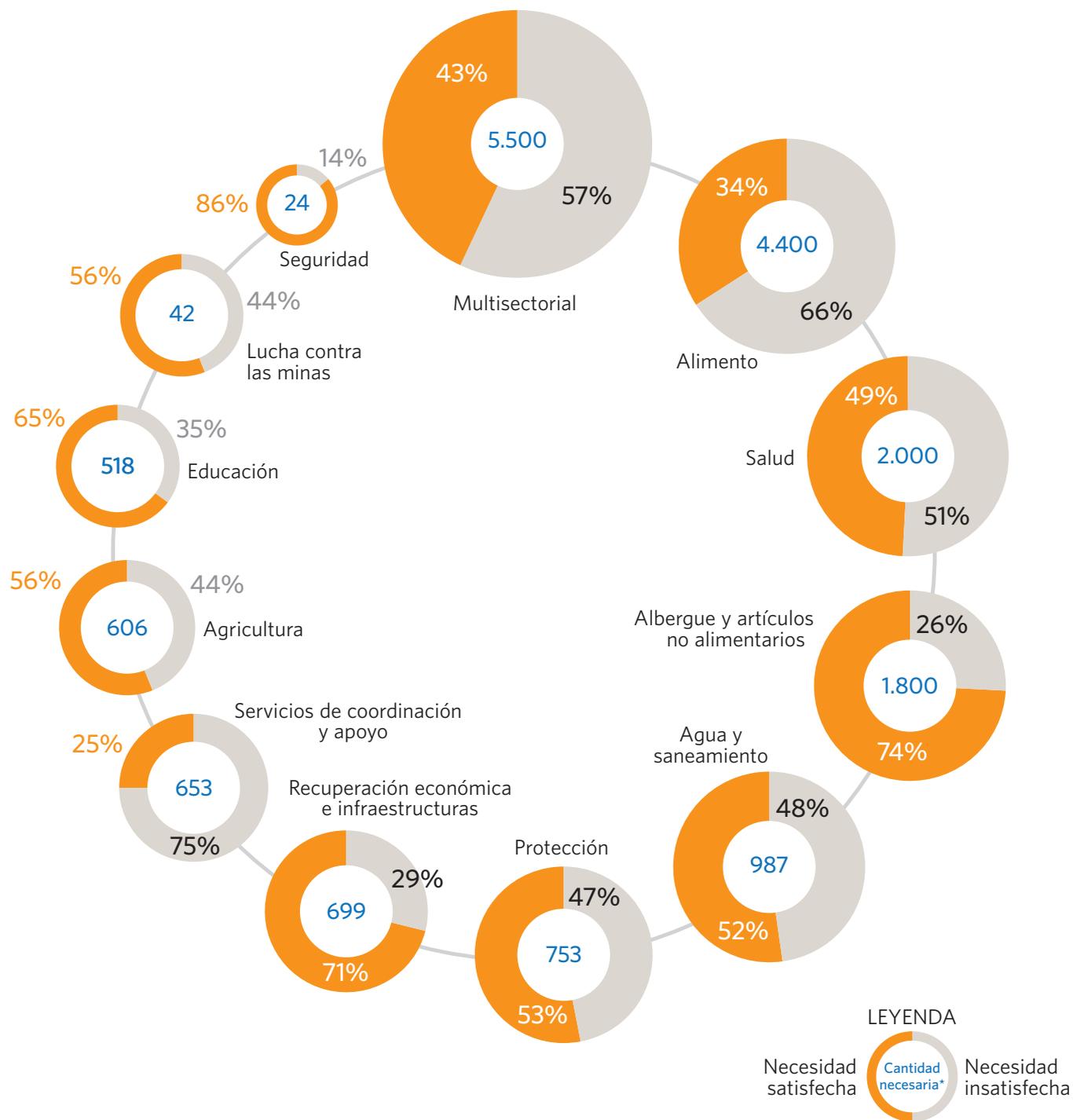
La preparación y la recuperación temprana reciben una asignación menor

La financiación humanitaria se dirige principalmente a la respuesta a las situaciones de crisis, y la prevención y la preparación reciben una parte relativamente pequeña. En torno al 60% de la asistencia humanitaria se destina al socorro de emergencia, el 35% a la reconstrucción y la rehabilitación, y tan solo el 5% a la preparación para desastres y la mitigación. En los últimos 5 años, los mayores donantes asignaron entre el 3% y el 6% de su gasto humanitario total a la reducción del riesgo y los efectos (Gingerich y Cohen, 2015).

El Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 refleja que cada vez se reconoce en mayor medida la importancia de efectuar inversiones con miras a prevenir y prepararse mejor para los desastres que provocan los peligros naturales.

En el último decenio, la financiación humanitaria ha evolucionado. Sin embargo, el grueso de los fondos sigue destinándose a las intervenciones en emergencias prolongadas, en lugar de a la prevención y la preparación (Inomata, 2012).

REQUISITOS DE FINANCIACIÓN Y FONDOS RECIBIDOS, POR SECTOR, 2014



* En millones de USD

(Development Initiatives, 2015)



Centro de salud familiar en Sweileh (Jordania).
Foto © UNFPA/Salah Malkawi

Los fondos para la salud sexual y reproductiva constituyen un pequeño porcentaje del total

La financiación de la salud sexual y reproductiva en situaciones de emergencia humanitaria es relativamente baja, tanto en cifras absolutas como en términos porcentuales en el conjunto de los recursos humanitarios.

Aunque las solicitudes de financiación y el total de los fondos recibidos para la salud reproductiva en el marco de los llamamientos humanitarios han aumentado desde 2002, entre 2002 y 2013 solo se cubrió el 43% de las necesidades en este ámbito, frente al 68% del conjunto de la financiación del sector humanitario (Tanabe *et al.*, 2015).

De las 11.347 propuestas de financiación que se presentaron a la comunidad internacional de donantes para que apoyase intervenciones de salud y protección en 345 situaciones de emergencia entre 2002 y 2013, 3.912 —el 34,5%— eran pertinentes para la salud reproductiva (Tanabe *et al.*, 2015). El número de propuestas que describían actividades específicas sobre salud reproductiva aumentó en un

promedio del 22% anual, mientras que el porcentaje de los llamamientos del sector de la salud y la protección que incluían actividades de salud reproductiva solo aumentó un promedio del 10% anual.

En los últimos años, la comunidad de donantes ha intensificado su respaldo a los servicios que hacen frente a la violencia sexual y por razón de género, especialmente en los contextos de conflicto. Su aportación se duplicó ampliamente, de 50 millones de dólares en 2012 a 107 millones en 2014. No obstante, a pesar del incremento de la financiación para abordar el problema en las emergencias humanitarias, el porcentaje con respecto al total de la asistencia humanitaria sigue siendo bajo: tan solo un 0,5% en 2014 (Development Initiatives, 2015).

Tanabe *et al.* (2015) indican que el 57% de los llamamientos para recaudar fondos destinados a la asistencia humanitaria relacionada con la cuestión de género entre 2002 y 2013 integraba propuestas específicas sobre la salud materna e infantil. Aproximadamente el 46% incluía solicitudes de fondos para hacer frente a la violencia sexual y por razón de género; el 38%, para el VIH y otras infecciones de transmisión sexual; el 27%, para la salud reproductiva en general; y en torno al 15%, para la planificación familiar. En ese mismo periodo, las propuestas que abarcaban todos los componentes del paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM) en favor de la salud reproductiva en las situaciones de crisis aumentó alrededor del 40% (Chynoweth, 2015).

La desatención de la salud reproductiva adolescente es notable en términos de financiación, acceso a los servicios, programación y evaluación de programas (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2014). Desde 2009, las propuestas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes efectuadas a través de llamamientos urgentes y consolidados de las Naciones Unidas han representado menos del 3,5% del total de las propuestas de salud anuales, y el 68% no han recibido fondos (Comisión de Mujeres Refugiadas, 2014).

Más de la mitad de los refugiados, los desplazados internos y los solicitantes de asilo son mujeres y niñas que necesitan acceder a una atención básica de salud reproductiva. El desplazamiento incrementa la necesidad

de tales servicios. La falta de servicios e intervenciones que salvan vidas, como la atención obstétrica, provoca que aumenten los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo, así como la morbilidad y la mortalidad relacionadas con la violencia por razón de género y las complicaciones durante el embarazo (Comité Internacional de Rescate, 2012).

La financiación humanitaria desde un nuevo ángulo

La demanda de acción humanitaria aumenta cada día. Los conflictos prolongados desplazan a un número de personas sin precedentes durante años e incluso decenios; y la escasez de agua, la inseguridad alimentaria y los fenómenos meteorológicos extremos tienen una incidencia mayor en la vida de las personas, especialmente en la de los pobres que residen en zonas urbanas densamente pobladas.

Las necesidades crecientes implican que es más urgente, si cabe, apoyar a las mujeres y las niñas, y satisfacer sus necesidades de salud sexual y reproductiva, que en el pasado la comunidad internacional consideraba secundarias con respecto a necesidades básicas como el agua, el alimento y el albergue.

En los últimos años se ha comprendido la importancia esencial de velar por la salud sexual y reproductiva en los contextos humanitarios, y se ha caído en la cuenta de que el logro de los objetivos humanitarios en otros sectores como la educación, la seguridad alimentaria y la supervivencia infantil depende en parte de que las mujeres y las niñas tengan la capacidad y los medios para decidir si se quedan embarazadas, cuándo y con qué frecuencia, y si contraen matrimonio y cuándo lo hacen, así como para protegerse de las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH.

También empieza a entenderse que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales de cara a la preparación y la reducción del riesgo de desastres, la recuperación, la rehabilitación y la resiliencia.

En todas partes, pero especialmente en los países más pobres, las mujeres y las niñas se encuentran en una situación de desventaja desproporcionada, incluso en los entornos estables. Tienen un menor acceso a los servicios y las oportunidades, menos poder

económico y menos probabilidades de ejercer sus derechos, y se enfrentan a una serie de riesgos adicionales para la salud relacionados con el embarazo y el parto. Cuando sobreviene un desastre o estalla un conflicto, las desigualdades se agravan.

Un cambio fundamental en el modelo de actividad humanitaria

Al igual que la financiación humanitaria en general, la dirigida a la salud sexual y reproductiva no está todavía a la altura de las necesidades, que aumentan con rapidez.

Siguen existiendo déficits en la financiación humanitaria —tanto para la acción humanitaria en general como para la salud sexual y reproductiva—, lo que indica que es posible que los acuerdos vigentes no puedan cubrir las necesidades en años venideros. Se requieren enfoques novedosos en este ámbito, del mismo modo que tales planteamientos innovadores son necesarios en relación con la acción humanitaria en general.

El grupo independiente Future Humanitarian Financing (FHF) asesora al Comité Permanente entre Organismos de las Naciones Unidas, un órgano de coordinación que consta de nueve miembros de pleno derecho, entre ellos el UNFPA. En 2015, FHF publicó el informe *Looking Beyond the Crisis* (Ver más allá de la crisis), en el que propone una serie de cambios importantes en la financiación y el desarrollo de la acción humanitaria. Recomienda, en primer lugar, «un cambio fundamental en el modelo de actividad humanitaria», para alejarse de «una cultura y un conjunto de prácticas conducentes a la insularidad, a la actuación basada en la reacción y a la competencia, para adoptar un planteamiento basado en la anticipación, la transparencia, la investigación y la experimentación, y la colaboración estratégica».

Un programa mundial radical para dar respuesta a las necesidades de financiación humanitaria

Según FHF, los agentes humanitarios no deben centrarse únicamente en satisfacer las necesidades humanitarias del presente, sino que también han de trabajar con miras a un futuro en el que, siempre que

sea posible, la respuesta humanitaria internacional resulte innecesaria o excepcional, y la mayor parte de las necesidades queden cubiertas por los agentes locales. Este cambio requiere «visión a largo plazo y alianzas estratégicas con un amplio conjunto de agentes capaces de transformar la vulnerabilidad y la gestión del riesgo de forma radical».

También es preciso «un programa mundial radical» que haga frente a los retos futuros de la financiación humanitaria, mediante la implicación y capacitación de un grupo más amplio de agentes que se haga cargo de los costos derivados de gestionar los riesgos y el planteamiento de que una situación posterior a una crisis es una cuestión de «responsabilidad común e interés público».

La recaudación de fondos ya no es patrimonio exclusivo de «Occidente». En enero, por ejemplo, un telemaratón que la Media Luna Roja celebró en Dubái en beneficio de los refugiados sirios que huían de una tormenta de nieve mortal recaudó 40 millones de dólares en 6 horas. En el futuro, es probable que las organizaciones regionales y los donantes asuman un mayor liderazgo en la respuesta a los desastres, allí donde compartan una gran afinidad cultural y geográfica.

Vincular la financiación humanitaria con el desarrollo

En 2015, en un informe a la Asamblea General, el Secretario General de las Naciones Unidas demandó una financiación más previsible para la acción humanitaria y una mayor eficiencia en la respuesta, para lo cual propone dar prioridad a las necesidades más acuciantes al asignar los recursos y fortalecer los vínculos con la financiación del desarrollo, a fin de aumentar la resiliencia de las poblaciones e instituciones vulnerables antes, durante y después de las crisis (Naciones Unidas, 2015c).

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas publicó este año una resolución anterior con propuestas parecidas, pues alienta a los Estados Miembros, el sistema de las Naciones Unidas, el sector privado y otras entidades pertinentes a que proporcionen fondos e inversiones suficientes para aumentar la preparación y la resiliencia, en particular

con cargo a los presupuestos de asistencia humanitaria y para el desarrollo y en forma de financiación básica no asignada a fines específicos y financiación flexible para llamamientos plurianuales, a fin de colmar la brecha entre la asistencia humanitaria y la financiación para el desarrollo plurianual (Naciones Unidas, 2015c).

Otro reto importante que se plantea es el carácter cortoplacista de los ciclos de financiación humanitarios en el seno de las Naciones Unidas. El Secretario General afirmó que tal arreglo hace difícil acometer una planificación humanitaria eficaz, fundamentada en los riesgos y plurianual: «Recaudar dinero anualmente para crisis que se prolongan en el tiempo no es rentable ni permite que los organismos humanitarios se beneficien de las posibles eficiencias derivadas de una planificación plurianual» (Naciones Unidas, 2015c).

La escasez de datos dificulta la asignación de fondos a la salud sexual y reproductiva

Uno de los retos a la hora de movilizar recursos expresamente para la salud sexual y reproductiva en contextos humanitarios —y también, evidentemente, para la acción humanitaria en general— es la escasez de datos desglosados por sexos y edades sobre las personas afectadas por las crisis. Tampoco se dispone de muchos datos fiables o cabales sobre el tipo y la cantidad de fondos que se destinan a intervenciones de salud sexual y reproductiva, ni sobre su procedencia. Aunque sí existen datos sobre las aportaciones del sector privado, las fundaciones y otras fuentes, las cifras suelen ser incompletas. Sin una imagen global de la financiación de todas las fuentes en una situación humanitaria concreta, resulta más difícil llevar a cabo respuestas coordinadas, y en ocasiones se dejan pasar oportunidades para lograr sinergias.

Hacia una financiación más previsible, con más atención a la preparación y la reducción del riesgo

En el último decenio, el número de personas que necesitan asistencia humanitaria ha aumentado; se han facilitado más fondos, pero también han crecido los déficits de financiación. La misma tendencia se

observa en la acción humanitaria en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Al mismo tiempo, el costo de los servicios y suministros básicos de salud sexual y reproductiva ha aumentado, en gran medida debido a que un porcentaje cada vez mayor de esos servicios y suministros se brinda en contextos de crisis y emergencia.

Así pues, es posible que los acuerdos actuales de financiación de la acción humanitaria sean insostenibles, con lo que se requerirían planteamientos novedosos no solo en relación con la financiación, sino con la asistencia humanitaria en general. Aplicar modalidades de financiación que posibiliten una planificación más a largo plazo, así como medidas que mejoren la previsibilidad de la financiación y la flexibilidad en la asignación de recursos, podría propiciar una programación más eficaz y un énfasis mayor allí donde los recursos son más necesarios. Asimismo, deben fortalecerse los sistemas de seguimiento y presentación de informes y mejorarse la transparencia, de manera que los países donantes puedan demostrar a los ciudadanos que sus contribuciones están marcando la diferencia en la vida de los individuos afectados por desastres y conflictos.

Sin dejar de cubrir las necesidades humanitarias agudas, la comunidad internacional y los gobiernos deben invertir más en desarrollo de la capacidad — a fin de aumentar la resiliencia— y en la preparación y la reducción del riesgo de desastres, con el objetivo de reducir la vulnerabilidad a los conflictos y desastres, y de acelerar la recuperación cuando estos acontecen.

Es posible que el sistema humanitario internacional halle modelos adecuados de financiación sostenible en el sector del desarrollo. La asistencia de emergencia ha de brindarse de manera que respalde el desarrollo a largo plazo, en aras de una transición sin sobresaltos del socorro a la rehabilitación y el desarrollo. Entretanto, las organizaciones de asistencia al desarrollo deben integrar en su programación medidas de preparación para desastres, reducción del riesgo y desarrollo de la resiliencia (Comité Intergubernamental de Expertos en Financiación del Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, 2014).



Refugiados afganos en Shiraz (Irán).

Foto © UNHCR/Sebastian Rich

A principios de este año, el Secretario General designó un grupo de alto nivel sobre la financiación de la asistencia humanitaria, encargado de revisar los retos presentes y futuros, y de determinar el modo de cubrir las necesidades de fondos no satisfechas.

En la próxima Cumbre Humanitaria Mundial, los países donantes, las organizaciones internacionales y los gobiernos dispondrán de una oportunidad sin precedentes para replantear la ejecución y la financiación de la acción humanitaria, así como para armonizar las intervenciones futuras de manera que complementen y sean conformes con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas para el periodo 2016-2030 (Naciones Unidas, 2015c).

CAPÍTULO 6

Una visión transformadora para reducir el riesgo y mejorar la respuesta y la resiliencia

La acción humanitaria puede sentar las bases del desarrollo a largo plazo. El desarrollo, cuando beneficia a toda la población y permite que esta disfrute de sus derechos, incluidos los derechos reproductivos, ayuda a los individuos, las instituciones y las comunidades a resistir las crisis. Asimismo, puede acelerar la recuperación.



Ishwori Dangol

Foto © UNFPA/Santosh Chhetri

De la desesperación a la esperanza en Nepal

Cuando el peor terremoto en casi un siglo sacudió Nepal el 25 de abril, la vida de Ishwori Dangol cambió para siempre.

Embarazada de 7 meses por aquel entonces, esta mujer de 30 años buscó desesperadamente a su hijo de 7 años, que jugaba en casa de unos vecinos en Betrawati, un pueblo del distrito de Nuwakot. El niño fue una de las cerca de 9.000 personas que perdieron la vida aquel día a causa de la catástrofe.

A Ishwori, desolada, también le preocupaba la salud del feto y la posibilidad de tener que dar a luz sola, pues el temblor de tierra de magnitud 7,8 había dañado o destruido el 70% de las maternidades de los 14 distritos más



Dangol (en el centro).
Foto © UNFPA/Santosh Chhetri

afectados de Nepal, entre los que se encontraba Nuwakot.

Miles de embarazadas como Ishwori se vieron privadas, en gran medida o totalmente, del acceso a servicios de salud fundamentales para garantizar un parto seguro.

Sushila, una voluntaria local del sector de la salud comunitaria, habló a Ishwori de un campamento de salud reproductiva respaldado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y dirigido por el Manamohan Memorial Community Hospital y la Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales, en coordinación con el Ministerio de Salud y Población.

En sus tres primeros días de funcionamiento, el campamento facilitó a Ishwori y a otras 400 personas información y servicios que salvan vidas. El UNFPA colaboró y facilitó fondos para 109 de esos campamentos, y distribuyó suministros de salud reproductiva en 124 instalaciones sanitarias. De ese modo, según las estimaciones, llegó a 1,8 millones de personas durante los 5 primeros meses posteriores al terremoto.

Entre los servicios del campamento estaban la atención prenatal y posnatal, el parto seguro, la planificación familiar, las pruebas y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual — incluido el VIH—, el apoyo psicosocial y la atención de salud para los

supervivientes de la violencia por razón de género.

El doctor Suman Panta, el médico del campamento que examinó a Ishwori, la informó de que la posición del feto en el útero era anormal. Ishwori fue remitida al cercano Hospital de Trishuli, que seguía prestando servicio a pesar de los daños en sus instalaciones. Diez semanas después de perder a su primer hijo en el terremoto, Ishwori dio a luz, mediante cesárea, a un niño sano.

Vivimos en un mundo en el que las crisis humanitarias arrebatan una cantidad cada vez mayor de recursos a las economías, las comunidades y los individuos. Las guerras y los desastres naturales ocupan las portadas, al menos en un primer momento. Menos visibles, pero también costosas, son las crisis de fragilidad, vulnerabilidad y desigualdad creciente que debilitan en grado sumo las esperanzas de paz y desarrollo de millones de personas.

Todas las crisis, tanto aquellas que golpean en unas horas de violenta tormenta como las que alejan la paz durante décadas, destruyen las perspectivas de desarrollo, habitualmente de manera profunda. Las personas pierden la vida y los medios de subsistencia, sus hogares y comunidades, sufren graves lesiones y pueden adquirir una discapacidad. Los servicios educativos y sanitarios desaparecen, de manera que los ciudadanos se ven privados de sus derechos y se ponen en marcha una serie de consecuencias a largo plazo que dificultan todavía más una futura recuperación.

Entre las pérdidas más destacadas se encuentran las relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Aunque tales servicios se facilitan cada vez con mayor frecuencia en el marco de la respuesta humanitaria, siguen existiendo deficiencias asombrosas. Para una mujer que da a luz o una niña que ha sido víctima de una violación en el caos de la huida de las bombas que caen sobre la ciudad, las consecuencias —incluidas la muerte y la discapacidad en los peores casos— pueden multiplicar los daños notablemente.

El mundo ha reafirmado repetidamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas. Ha llegado el momento de actuar en todos los casos, también en las crisis humanitarias.

Los conflictos y los desastres no eximen a ningún gobierno o agente humanitario de sus obligaciones, enunciadas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, de defender el derecho del individuo a la salud sexual y reproductiva, incluido el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si se quedan embarazadas, cuándo y con qué frecuencia.

Acabar con la mentalidad compartimentada que impide una acción integrada

Una época de crisis creciente demanda una respuesta humanitaria de gran envergadura. Aunque siempre será preciso apagar los «fuegos» humanitarios, especialmente en un momento en que los desastres naturales se disparan a causa del cambio climático, puede hacerse mucho más para erradicar las causas de fondo de las crisis y reducir las vulnerabilidades subyacentes.

El riesgo tiene numerosos orígenes. La marginación política y la desigualdad económica pueden hacer estallar un conflicto. Un barrio marginal levantado por los pobres en un terreno barato situado en una llanura inundable sufrirá los daños más graves de una tormenta violenta. La discriminación por razón de género puede privar a las mujeres de los ingresos o la educación necesarios para protegerse de la catástrofe.

Muchos riesgos se originan en un desarrollo de mala calidad —que, por ejemplo, excluye a determinados grupos del trabajo decente y los servicios básicos, o destruye los recursos naturales—. En todo el mundo, las personas y los países con un grado de desarrollo superior disponen de una capacidad mayor para resistir las peores secuelas de una crisis. En los desastres naturales, en los países de bajos ingresos mueren el triple de personas que en los de ingresos altos.

En el caso de las mujeres y las niñas, la discriminación por razón de género debilita aún más las perspectivas de desarrollo. Con frecuencia son más vulnerables a los desastres naturales que los hombres y los niños, a veces por razones tan sencillas como que no saben nadar. Su destreza para encontrar refugio y recuperarse posteriormente se ve mermada por su acceso más limitado a los ingresos y activos, las redes sociales y los medios de transporte —entre otros aspectos—, lo que conduce a un «doble desastre».

A pesar de la estrecha relación entre el desarrollo y la crisis, gran parte de la esfera humanitaria sigue centrándose en la «respuesta», es decir, actúa únicamente cuando sobreviene una crisis. Cabe la posibilidad de que las operaciones de emergencia se mantengan completamente al margen de la asistencia para el desarrollo en organizaciones mundiales que

ofrecen ambas, incluso cuando la intervención de emergencia resulta mucho más cara que las inversiones en desarrollo que reducen los riesgos.

Tal planteamiento resulta cuestionable tanto en términos de idoneidad como —desde la perspectiva de la inclusión— de justicia. Ha llegado el momento de establecer vínculos más fuertes en el proceso que comprende desde el desarrollo hasta la respuesta humanitaria, una idea que refleja el énfasis de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas en las acciones integradas e interdependientes. Así podrían reducirse los riesgos y vulnerabilidades, y aumentaría la resiliencia. Para ello sería necesario incorporar todos los elementos principales de los derechos y el desarrollo de la población en todas las respuestas humanitarias, incluida la atención de salud sexual y reproductiva. La Agenda 2030 es el plan de acción internacional en favor de las personas, el planeta y la prosperidad para los próximos 15 años. En él se reconoce que erradicar la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema, es el mayor desafío a que se enfrenta el mundo y constituye un requisito indispensable para el desarrollo sostenible.

El alimento y el albergue se han considerado tradicionalmente necesidades humanitarias «primarias». No obstante, la atención de salud sexual y reproductiva salva vidas, protege a las familias y acelera la recuperación, y es acorde con los compromisos con los derechos humanos asumidos por 179 gobiernos en la histórica Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Todas las personas afectadas por una crisis, en especial las mujeres y las niñas, necesitan servicios de calidad relacionados con el embarazo, la anticoncepción, la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual —incluido el VIH—, la protección frente a la violencia por razón de género y los servicios de apoyo dirigidos a los supervivientes.

Ser proactivos, no reactivos

Conocer los riesgos ayuda a tomar mejores decisiones con miras al desarrollo de los individuos, las comunidades y las naciones. Tal conocimiento puede fundamentar la preparación previa y aumentar la resiliencia, de manera que, cuando sobreviene una crisis, esta tiene menos consecuencias, la necesidad de una



Centro de salud familiar en Sweileh (Jordania).

Foto © UNFPA/Salah Malkawi

intervención humanitaria es menor, y la recuperación es más rápida.

Instaurar una gestión integral del riesgo de desastres

El Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 esboza una serie de prioridades principales para conocer y gestionar los riesgos de desastre, replantearse los acuerdos de financiación e impulsar la preparación en este ámbito. Su éxito depende de la existencia de recursos e instituciones adecuados, así como de la aplicación de prácticas inclusivas, entre otras la participación de todos los grupos que puedan verse afectados. A escala mundial, los agentes humanitarios deben prepararse mejor para dar respuesta a las crisis mediante análisis más sofisticados y coordinados de las capacidades y dinámicas, dada la gran influencia de tales análisis en el resultado de las intervenciones (Sistema de aprendizaje activo para la rendición de cuentas y el logro de resultados en la asistencia humanitaria, 2015).

Dar continuidad a los servicios básicos

Los esfuerzos dirigidos a hacer frente a los riesgos de crisis deben enmarcarse en acciones para reducir la privación social y la pobreza, como la Agenda 2030



Desplazados por el tifón Haiyan en Tacloban (Filipinas).
Foto © Panos Pictures/Andrew McConnell

y los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas para el periodo 2016-2030. Los servicios han de diseñarse a fin de garantizar su continuidad, por ejemplo mediante la aplicación de modelos integrados que contribuyan a ampliar su disponibilidad. Cabe mencionar como ejemplo los sistemas consolidados de atención de salud primaria que incorporan servicios de salud sexual y reproductiva, así como los de salud adolescente que se relacionan con los servicios de educación, salud sexual y medios de vida.

Es preciso establecer planes que gestionen las posibles deficiencias de personal y suministros. Las medidas conducentes a la distribución anticipada de artículos para situaciones de emergencia deben tener en cuenta los elementos que son fundamentales para la salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos.

Invertir ya en protección social

Los programas de protección constituyen una salvaguarda contra diversos riesgos, especialmente para las personas más vulnerables, entre ellas los niños y los jóvenes, las mujeres y los pobres. En una situación de crisis, tales programas pueden contribuir de manera decisiva a la resiliencia y la supervivencia. Después de una catástrofe, brindan un apoyo esencial en la

transición para superar la dependencia de la asistencia humanitaria externa, al garantizar que es posible satisfacer en todo momento las necesidades de alimento y atención de salud, entre otros aspectos básicos.

Abordar los riesgos transversales

Con demasiada frecuencia, se asume que el riesgo es el mismo para distintas personas. Todo aquel que se encuentra en la trayectoria de un desprendimiento de tierras corre el riesgo de perder su hogar, por ejemplo. Sin embargo, numerosos factores determinan el nivel de riesgo, la aptitud para prepararse y la capacidad de recuperación. El sexo, la edad, la raza, la situación de discapacidad y muchas otras cuestiones se entrecruzan de formas complejas y deben reflejarse mejor en los datos que se emplean para evaluar los riesgos, así como en la planificación y la preparación.

La participación directa de las mujeres y los jóvenes, en especial de las adolescentes, en la conformación de los planes de preparación para emergencias ayuda a que sus derechos y necesidades no se descuiden durante la fase de respuesta. Involucrar a los hombres y los niños en iniciativas conducentes a reducir los riesgos de la violencia por razón de género promueve un mayor respeto por los derechos de la mujer y, por tanto, aumenta la resiliencia.

Atraer voluntades y recursos en aras de una mejor planificación urbana

El rápido desarrollo urbano ha concentrado a la población y puesto a prueba los recursos ambientales, convirtiendo a las ciudades en epicentros de riesgo. Es preciso plasmar con mayor claridad en los planes de preparación para casos de desastre la probabilidad de que la crisis tenga un rostro cada vez más urbano. En el marco de la gestión de los riesgos, los urbanistas y los planificadores nacionales necesitan capacidades, recursos y voluntad política para organizar bien el crecimiento. Los barrios marginales situados en lugares remotos y con malas condiciones de higiene suponen un riesgo para la salud y alejan a la población de los servicios públicos esenciales.

Integrar la financiación de la reducción del riesgo de desastres

La financiación de la reducción del riesgo de desastres sigue siendo por lo general inadecuada, de ahí que sea preciso compartir y alentar los esfuerzos de algunos países por convertirla en un eje del enfoque estratégico sobre la gestión del riesgo de desastres (UNISDR, 2015). Las juntas nacionales de riesgo, en las que participan supervisores de seguros, organismos especializados en la gestión de los desastres y los ministerios pertinentes —incluidos los que trabajan en favor de la salud y la igualdad entre los géneros— son también un paso adelante.

Satisfacer las necesidades agudas

Una serie de prioridades sobresalen en los primeros días de una intervención humanitaria de prevención. Si bien algunas han surgido en numerosas respuestas a situaciones de crisis, todas ellas son esenciales en todas las situaciones.

Salvar vidas desde el primer día a través de servicios básicos acordados a nivel internacional

En la fase aguda de una crisis, ha de aplicarse inmediatamente el paquete de servicios iniciales mínimos de salud reproductiva en situaciones de crisis, a fin de poner freno y dar respuesta a la violencia sexual, reducir la transmisión del VIH, y prevenir las muertes y enfermedades maternas y neonatales. El paquete

también ayuda a planificar la provisión de atención de salud sexual y reproductiva en cuanto las condiciones lo permitan. A pesar de que se trata de una norma aceptada a nivel internacional y aplicable en cualquier contexto, algunos proveedores de asistencia humanitaria siguen sin usarla. Para lograr un alcance y una eficacia mayores habrá que mejorar la coordinación y alcanzar un compromiso común sobre su aplicación.

Solventar las deficiencias en la atención sanitaria de urgencia

En la provisión de servicios de salud en crisis humanitarias, la atención de los traumas físicos suele considerarse prioritaria. Sin embargo, tal planteamiento genera deficiencias peligrosas, por ejemplo en los servicios de salud sexual y reproductiva, que son fundamentales para salvar vidas. También existe margen para aumentar la inversión en las intervenciones tempranas que incluyen servicios psicosociales, en particular en los casos más agudos, dado que el trauma psicológico puede conducir a mayores índices de violencia por razón de género y de otro tipo, y dar lugar a múltiples conductas de riesgo, problemas de salud y discapacidad.

Proteger a las mujeres de los embarazos no deseados

En los lugares donde se brindan servicios de salud sexual y reproductiva en el marco de la respuesta a una crisis, la planificación familiar recibe por lo general una atención limitada (Casey *et al.*, 2015), a pesar de su relación evidente con la reducción de la transmisión de infecciones, los embarazos no deseados, los riesgos para la salud durante el parto y los abortos en condiciones de riesgo. Las personas afectadas por una crisis necesitan acceder al conjunto completo de suministros y servicios de planificación familiar, para lo cual se requiere una atención mayor a la fiabilidad de las cadenas de suministro y a la disponibilidad de existencias.

Prevenir la violencia por razón de género

La violencia por razón de género está presente en sociedades que no atraviesan una crisis, pero a menudo se agrava en las situaciones de desplazamiento o en

otras condiciones de estrés agudo. No hacer frente al problema en la fase inicial de la respuesta debilitará posteriormente la resiliencia y la salud de las mujeres y las niñas, y constituye un obstáculo para la recuperación. Quizá sea preciso llevar a cabo un trabajo específico que contrarreste el estigma que normalmente evita que un número elevado de mujeres y niñas denuncien las violaciones. Los servicios de extensión y aquellos dirigidos a los hombres y los niños reconocen que la violencia sexual también se perpetra contra ellos.

Implicar y llegar a los jóvenes

Todas las respuestas a situaciones de crisis humanitaria deberían incorporar intervenciones dirigidas a los jóvenes, que atiendan a su derecho de ser incluidos y sean conscientes de que la mitad de las personas desplazadas por la fuerza son menores de 18 años. Otros riesgos surgen cuando los adolescentes son sexualmente activos, pero no se brindan servicios de protección. Es preciso implicar a los jóvenes, como participantes y líderes, en todos los aspectos de la acción humanitaria: políticas, programas y presupuestos. De ese modo, aceptan mejor las medidas, es más probable que usen los servicios, y se responde mejor a sus necesidades reales.

El paso de la respuesta a la recuperación y la resiliencia

Aunque una parte de los vínculos entre la asistencia al desarrollo y la acción humanitaria se crean antes de las crisis, en el marco de su prevención o de la mitigación de riesgos, otros se fraguan cuando la fase aguda de la emergencia da paso a la recuperación. La recuperación temprana puede ofrecer nuevas oportunidades para mitigar los riesgos futuros y aumentar la resiliencia; por ejemplo, al establecer mejores mecanismos de protección de los derechos de la población, al mejorar la calidad de los servicios y al impulsar medidas conducentes a un desarrollo general más equitativo e inclusivo.

Efectuar una transición temprana y rápida a los servicios integrales

En el momento en que se inicia la recuperación, la provisión del paquete de servicios básicos acordado

a nivel internacional debe dar paso a la provisión de servicios integrales de salud sexual y reproductiva, fundamentados en una evaluación pormenorizada de las necesidades y una planificación programática a más largo plazo. La planificación familiar integral, la atención obstétrica y neonatal de urgencia, la capacitación de los proveedores de servicios, la concienciación de la comunidad, la prevención y la lucha contra todas las formas de la violencia por razón de género, la atención prenatal y posnatal, los servicios integrales para prevenir y tratar las infecciones de transmisión sexual —incluido el VIH—, y la salud sexual de los adolescentes son algunas de las prioridades principales.

Derribar las barreras a servicios de urgencia necesarios

Existen múltiples barreras al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, muchas de las cuales tienen su origen en la discriminación por razón de edad, sexo, situación de discapacidad u otros aspectos. Entre los obstáculos a los que quizá haya que hacer frente se encuentran la necesidad de recorrer largas distancias hasta los puntos de servicio, la carencia de un transporte adecuado, las preocupaciones en materia de seguridad, cierta hostilidad hacia grupos como las mujeres solteras y los jóvenes, las barreras lingüísticas y el desconocimiento de los servicios.

Cuestionar los roles de género discriminatorios

Los trastornos sociales que se derivan de una crisis pueden propiciar algunos resultados positivos, entre ellos el de poner fin a roles y prácticas de género arraigados. Al dar forma y apreciar el valor de los nuevos roles, las mujeres y las niñas cuestionan los supuestos anteriores, según los cuales estaban menos capacitadas para actuar en la esfera pública.

Cuando las mujeres y las niñas asuman nuevas funciones, habrá que alentarlas; cuando no lo hagan, los proveedores de asistencia humanitaria pueden generar oportunidades, por ejemplo a través de la igualdad de oportunidades en la capacitación laboral.

Lograr la paridad de los géneros en los puestos de liderazgo de la gestión de los desastres debe ser un objetivo de todas las iniciativas nacionales e

internacionales. La resolución 1325 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas ya reconoce que la participación de la mujer es fundamental en todos los aspectos relacionados con la paz y la seguridad.

No desatender ningún aspecto de la violencia por razón de género

La violencia por razón de género adopta numerosas formas, y ninguna sociedad puede considerarse totalmente en paz o libre de una crisis hasta que elimine todas esas formas. Diversos servicios básicos en materia de salud y apoyo jurídico y psicosocial resultan necesarios para proteger a las mujeres y las niñas de la violencia por razón de género y atender a los supervivientes. La mejor manera de proveer esos servicios suele ser en el marco de un paquete integrado que alivie la carga de los supervivientes que los requieren. Los servicios judiciales han de restablecerse tan pronto como sea posible. Algunos sistemas legales todavía incluyen estatutos y prácticas jurídicas discriminatorias —como la insuficiencia de las penas para los perpetradores— que deben encontrarse entre

las primeras prioridades de una hipotética reforma judicial.

El proceso de recuperación puede dejar margen para cuestionar las normas sociales que permiten distintas formas de violencia, por ejemplo las que aceptan que los hombres se impongan con los puños en el hogar. Tales esfuerzos deben abarcar la celebración de debates con la comunidad que sirvan para concienciar a la población e instaurar nuevas normas, así como la implicación de los hombres y los niños en la defensa de las nuevas ideas y conductas.

Otras oportunidades para poner freno a la violencia por razón de género pueden surgir de los diálogos y negociaciones de paz, como ha sucedido en numerosos casos en todo el mundo. El proceso puede dar lugar a una mayor conciencia del problema, dar voz a los supervivientes, generar medidas de reparación y propiciar compromisos formales en los acuerdos de paz encaminados a la creación de leyes e instituciones eficaces en la lucha contra todas las formas de violencia.

En ciertos contextos, una de las prioridades será eliminar el matrimonio a edad temprana. Este puede



Sirios que abandonan Gevgelija (ex República Yugoslava de Macedonia).
Foto © UNFPA/Nake Batev

ser una consecuencia terrible para las niñas pequeñas que viven una situación de crisis, por motivos que van desde proteger la honra a tener una boca menos que alimentar. Comprender que el matrimonio a edad temprana es un mecanismo de adaptación negativo y planificar con miras a prevenirlo son aspectos que deben formar parte de la respuesta a la crisis desde un primer momento. En el trabajo de prevención es a veces necesario prestar mucha atención a la evolución de las normas sociales y disponer garantías adicionales de seguridad, tales como la creación de espacios protegidos para las niñas en las escuelas y de viviendas o espacios seguros.

Algunos factores económicos pueden aliviarse mediante la ampliación de las actividades de subsistencia, de manera que estén igualmente disponibles para las mujeres y los hombres. Tales medidas generan asimismo oportunidades para comunicar los riesgos del matrimonio a edad temprana y las ventajas de que las niñas permanezcan en la escuela, entre otras cuestiones.

Reconocer y responder a la realidad del trauma

Aunque el énfasis de la respuesta humanitaria se sitúa en las necesidades físicas inmediatas de la población, el asesoramiento psicológico también debe considerarse una intervención primaria que puede salvar vidas.

Los traumas derivados del estrés psicológico extremo a causa del desplazamiento, el conflicto y la pérdida tienen consecuencias y costos diversos. Pueden conducir al suicidio, al consumo excesivo de drogas y alcohol, y a un incremento de los índices de violencia por razón de género. Además, se transmiten entre generaciones, alejando las perspectivas de una recuperación plena quizá durante decenios. En el momento en que se inicia la recuperación, los traumas impiden que algunas personas vuelvan a ser trabajadores productivos o empresarios comprometidos con la reconstrucción de la economía. También alimentan rencillas sin resolver que a la larga estallan en un conflicto.

El asesoramiento debe ser de fácil acceso e integrarse en otros servicios de salud a fin de facilitar las remisiones y reducir el estigma que puede ocasionar la visita a un centro independiente. Para ser más

eficaz, ha de fundamentarse en un conocimiento profundo de los contextos y las normas locales, y estar a disposición de todos los individuos y acogerlos a todos con agrado.

Mejorar las perspectivas a largo plazo de las mujeres y las niñas: oponerse a que todo siga igual

El imperativo de que las respuestas humanitarias a las situaciones de crisis sean más eficaces y sostenibles hace hincapié en actuaciones innovadoras. La situación actual del sistema, con una financiación dispersa y vínculos débiles con el desarrollo, no bastará para satisfacer las necesidades crecientes.

Poner fin a las respuestas y acciones paternalistas

Los Estados son los principales responsables de la preparación y la respuesta humanitarias (Gingerich y Cohen, 2015). Cuando la participación de los agentes internacionales se hace necesaria, estos pueden hacer mucho más para relacionarse con los sistemas y grupos locales.

Trabajar con los asociados de cada zona, incluidos aquellos con los que exista una relación afianzada a consecuencia de una labor previa de asistencia al desarrollo, es una de las maneras de avanzar. Ellos cuentan con un conocimiento del contexto cuya adquisición puede resultar imposible o exigiría demasiado tiempo a los agentes externos. La remisión a los servicios de atención obstétrica y neonatal de urgencia, por ejemplo, puede basarse en las redes existentes. La educación sobre salud reproductiva dirigida por personas desplazadas es en ocasiones más eficaz, dado que emplean términos y estilos comunicativos más adecuados a cada contexto.

El uso de la tecnología ha permitido a determinados grupos locales preparar respuestas cada vez más sofisticadas. En Nepal, por ejemplo, emplearon los datos de geolocalización de los teléfonos móviles para elaborar mapas de las zonas afectadas por el terremoto que orientaron el trabajo de socorro (Barnett y Walker, 2015).

Implicar a diversos agentes locales y nacionales también contribuye a crear sociedades más inclusivas



Una mujer y sus hijas junto a su nuevo hogar, construido después de que el tsunami inundara su comunidad en Lhoknga (Indonesia) en 2004.

Foto © Panos Pictures/Abbie Trayler-Smith

que apuntalan la resiliencia del Estado. Algunos, como los grupos de mujeres y jóvenes, merecen un énfasis específico en el marco de la reducción de la discriminación y las vulnerabilidades conexas.

Entre los posibles escollos de cara a una mayor participación cabe mencionar el aumento de la fragmentación en el trabajo de socorro, las normas que contradicen la normativa internacional y los dirigentes, que en determinados contextos serán en su mayoría hombres. En cualquier caso, puede empezarse a resolver tales cuestiones en el proceso de trabajo conjunto.

Este también puede propiciar un conocimiento más profundo de las distintas ventajas comparativas, incluidas las de las organizaciones internacionales. En un momento en que algunos países en desarrollo asumen un gasto mucho mayor en las respuestas humanitarias que los organismos de ayuda tradicionales (Gingerich y Cohen, 2015), las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas pueden considerarse en una medida cada vez mayor fuentes de conocimiento especializado y abanderadas de las normas acordadas, y no tanto ejecutoras de las acciones sobre el terreno.

En determinados aspectos, los agentes humanitarios deben trabajar con miras a un futuro en el que

las respuestas sean excepcionales o prescindibles, gracias a la capacidad de los agentes locales para satisfacer la mayoría de las necesidades. Un desarrollo equitativo y sostenible sustentará los avances en esa dirección.

Poner fin a la distinción errónea entre el desarrollo y la acción humanitaria

Si bien la resolución de una crisis rara vez sigue una trayectoria lineal, la relación entre las cuestiones de desarrollo y humanitarias puede resultar pertinente en el proceso y contribuir a orientar la recuperación en su conjunto. Ciertas intervenciones humanitarias se fundamentan en las iniciativas de desarrollo anteriores a la crisis, como sucede en este momento en el 55% de los programas sobre la violencia por razón de género. En la misma línea, las actividades que se ponen en marcha en plena crisis pueden mantenerse después, como en el caso del 81% de los programas sobre la violencia por razón de género que se iniciaron en el marco de la asistencia humanitaria.

Se genera así una sensación de continuidad, sobre todo si es posible entablar relaciones sistemáticas con los asociados nacionales. De ese modo se amplían las posibilidades de cultivar en mayor medida las capacidades que a largo plazo sostendrán

los avances. La reafirmación de cierta normalidad y estabilidad es otra de las ventajas.

Cuando la crisis del ébola golpeó África Occidental, países como Guinea, Liberia y Sierra Leona solo contaban con entre el 10% y el 20% del personal sanitario recomendado a nivel internacional (OMS). Es evidente que la crisis humanitaria que estalló repentinamente se había originado en una prolongada crisis de desarrollo de países atrapados en la pobreza e incapaces de invertir en una serie de servicios básicos. Las raíces de dicha incapacidad se extienden en numerosas direcciones, entre ellas las desigualdades inherentes a la economía global.

La experiencia pone de manifiesto que la distinción entre la labor humanitaria y el trabajo en favor del desarrollo es errónea. Dicha noción debe repercutir en el modo de actuación de las instituciones internacionales y nacionales; por ejemplo, dar pie a

una mayor integración de las estructuras y políticas institucionales, generar vínculos transversales y propiciar una planificación y una financiación más a largo plazo conducentes a reducir los riesgos y aumentar la resiliencia. Las alianzas sistemáticas pueden ayudar a acabar con la mentalidad compartimentada. En el sistema de las Naciones Unidas, los planes de respuesta humanitaria podrían armonizarse con los marcos de asistencia al desarrollo, y ambos incorporarse conjuntamente en la planificación nacional.

Tal planteamiento quizá habría puesto freno al ébola en África Occidental en una fase mucho más temprana, haciendo innecesaria una intervención humanitaria de gran magnitud. También habría propiciado un mayor grado de justicia e inclusividad, una de las principales promesas de la Agenda 2030. En otros casos, es posible que hubiese brindado una sensibilidad más aguda hacia las crisis de gestación



Foto © Panos Pictures/Mads Nissen/Berlingske

lenta, como las sequías, que actualmente tienden a recibir una respuesta menos diligente (Gingerich y Cohen, 2015).

Solventar el déficit de datos

La aplicación de objetivos, indicadores y datos es un elemento principal de la Agenda 2030 y un déficit notable en la labor humanitaria. Dada la brevedad de los plazos de respuesta y los ciclos de financiación, es habitual que no se recopilen datos, de manera que apenas hay pruebas sobre qué intervenciones dan mejores resultados y qué agentes están mejor posicionados de cara a una posible colaboración.

La ausencia de datos, sobre todo de datos desglosados por sexos y edades, oculta vínculos entre los sectores humanitarios, que podrían complementarse entre sí. Los datos referentes a los indicadores de salud sexual y reproductiva, por ejemplo, podrían ser útiles para medir los resultados educativos, como la mejora de las aptitudes para la vida y la concienciación acerca de los riesgos —como el embarazo precoz— que pueden provocar que las niñas abandonen la escuela.

Revisar los acuerdos de financiación arraigados

Los patrones actuales de financiación de la asistencia humanitaria explican algunos de sus retos y deficiencias. Impulsada en el plano internacional por los donantes, por lo general la financiación es reactiva e ineficiente y está mal coordinada, a pesar de que cada vez se hace más énfasis en mejorar su desempeño. La asignación de contribuciones a fines específicos impone cuestiones que no se corresponden en todos los casos con las prioridades de los países golpeados por la crisis, y los fondos tienden a dirigirse a las situaciones de emergencia más visibles o a aquellas que se consideran significativas desde un punto de vista estratégico. La denominada «rendición de cuentas de los donantes» ha reducido la tolerancia al riesgo, dado que se vincula principalmente a los mandatos y a las condiciones de financiación, y no siempre a las necesidades reales de la población (IASC, 2014).

La concentración de los fondos en un pequeño grupo de ayudas agrava la tendencia a que la acción humanitaria se convierta en el reducto de unos pocos

actores de gran envergadura. Es frecuente que no se conozcan con claridad las sumas invertidas. Ningún marcador vigila actualmente el gasto correspondiente a las intervenciones de salud sexual y reproductiva, una laguna que es preciso subsanar.

Los donantes deben replantearse estas cuestiones. La puesta en marcha conjunta de un proceso intergubernamental inclusivo que revise periódicamente todas las fuentes de financiación humanitaria podría sacar a la luz distintas perspectivas.

También estaría plenamente justificada una inversión mayor en determinadas esferas de la asistencia humanitaria. La financiación tanto nacional como internacional debe dar prioridad a la reducción del riesgo de desastres y a la preparación, que en este momento reciben importes mínimos. Es preciso que se destinen más fondos a la salud sexual y reproductiva. Cada vez más países están preparados para facilitar sus propios recursos. En el caso de los menos desarrollados, no obstante, debe proveerse financiación internacional en un marco de responsabilidad común pero diferenciada. Se pone de relieve, por tanto, la obligación de que los países con más recursos y capacidades ayuden a los que tienen menos. Cabe aplicar el mismo principio en los propios países, con relación a los grupos vulnerables, como las mujeres y los jóvenes pobres.

Es posible explorar la financiación privada, pero con cautela. Los agentes privados se muestran activos en la asistencia al desarrollo y humanitaria, pero también existen antecedentes de intereses privados que provocan desequilibrios, como el predominio de la ayuda alimentaria en especie y algunas cuestiones relacionadas con la salud (Gingerich y Cohen, 2015). Toda forma de participación privada debe ajustarse a la normativa internacional. Podría mejorarse su seguimiento y la medición de su eficacia en relación con las normas acordadas internacionalmente.

Reformar las leyes y políticas que perpetúan la violencia y la discriminación

Es importante llevar a cabo una serie de reformas legales que aumentarían la resiliencia de los países propensos a las crisis; por ejemplo, prohibir la discriminación de género y penalizar la violencia por

razón de género. Sin embargo, en un momento en que la cifra de desplazados alcanza registros históricos —dentro y a través de las fronteras—, y dado el carácter universal de la Agenda 2030, quizá sea necesario adoptar otras medidas legales incluso en los países que no se encuentran en situación de crisis.

Las leyes contra la trata de personas —entre otras, la Ley contra la Esclavitud Moderna aprobada recientemente en el Reino Unido— evidencian que lo que comienza como desplazamiento en un país acaba convirtiéndose en una violación de los derechos humanos en otro. Las mujeres, en este caso, son las principales víctimas. Otras cuestiones de interés giran en torno a la gestión de los refugiados, incluidos los años de aislamiento de las personas que viven en los campamentos, donde no tienen la posibilidad de encontrar un empleo legal ni de acceder a los servicios disponibles en las comunidades de los alrededores.

Una nueva plataforma para la acción humanitaria

En 2016 se celebrará la Cumbre Humanitaria Mundial, una buena oportunidad para que los países de todo el mundo expongan sus ideas y determinen nuevas direcciones. El proceso debería propiciar el compromiso de aumentar la inversión en los servicios de salud sexual y reproductiva como elemento fundamental de toda respuesta humanitaria, de conformidad con los acuerdos vigentes que se plasman en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Debe estar a la altura de las grandes ambiciones y esperanzas de la Agenda 2030. Aspirar a un mundo transformado, en el que desarrollo sea inclusivo, sostenible y suficiente para anticiparse a las crisis o resistir sus peores consecuencias, haría que muchas formas de asistencia humanitaria fueran resultando cada vez más obsoletas.



Foto © Ali Arkady/VII Mentor Program

Indicadores

Seguimiento de los objetivos de la ICPD: Indicadores seleccionados	página 116
Indicadores demográficos	página 122
Notas técnicas	página 128

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal		Salud sexual y reproductiva				Educación					
	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2006-2014	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1999-2014	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 2015 ¹	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 2015 ¹	Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ¹	Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ¹	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014		Índice de equidad de género, enseñanza primaria, 1999-2014	Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria, 1999-2014
							varones	mujeres		varones	mujeres	
Afganistán	39	90	29	24	27	52	-	-	-	60	33	0,55
Albania	99	18	66	19	13	84	93	90	0,96	66	64	0,96
Alemania	99	8	67	62	10	87	99	99	1,00	-	-	-
Angola	47	191	19	13	28	40	97	74	0,77	15	12	0,81
Antigua y Barbuda	100	67	63	60	14	82	87	85	0,98	88	94	1,07
Arabia Saudita	97	7	37	31	24	60	96	99	1,03	101	101	1,01
Argelia	97	12	59	51	13	82	98	96	0,98	-	-	-
Argentina	97	70	62	58	15	80	100	99	0,99	86	92	1,07
Armenia	100	23	59	30	13	82	89	98	1,10	83	96	1,16
Aruba	-	34	-	-	-	-	94	98	1,04	73	81	1,10
Australia	99	14	68	65	10	87	97	98	1,00	85	86	1,01
Austria	99	8	68	65	10	87	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	97	47	57	22	14	80	90	88	0,98	88	86	0,98
Bahamas	98	40	67	65	12	85	94	99	1,06	80	86	1,07
Bahrain	100	15	66	43	11	85	100	98	0,99	95	92	0,97
Bangladesh	42	83	64	57	12	84	94	98	1,05	44	51	1,16
Barbados	98	49	60	57	16	79	97	97	0,99	84	96	1,15
Belarús	100	22	65	54	11	86	92	94	1,02	96	97	1,01
Bélgica	-	8	69	67	9	88	99	99	1,00	96	97	1,01
Belice	96	64	58	54	17	78	100	100	1,00	72	77	1,08
Benin	77	98	17	10	31	36	100	88	0,88	50	34	0,68
Bhután	75	28	68	66	11	86	89	92	1,03	56	64	1,15
Bolivia, Estado Plurinacional de	85	89	63	40	18	78	82	81	0,99	71	72	1,02
Bosnia y Herzegovina	100	11	48	17	17	74	-	-	-	-	-	-
Botswana	95	39	56	55	17	77	90	92	1,02	56	65	1,16
Brasil	98	65	79	75	8	91	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	100	17	-	-	-	-	95	95	1,00	91	93	1,02
Bulgaria	100	43	67	48	14	83	96	97	1,00	89	86	0,97
Burkina Faso	66	136	19	18	27	41	69	67	0,96	23	20	0,87
Burundi	60	65	28	23	30	48	100	90	0,90	22	21	0,93
Cabo Verde	78	92	62	58	15	81	99	97	0,98	65	75	1,14
Camboya	89	57	58	40	13	82	100	97	0,97	40	36	0,92
Camerún	64	128	29	17	22	56	100	89	0,89	43	37	0,87
Canadá	98	13	73	71	8	90	99	100	1,01	-	-	-
Chad	23	203	6	3	23	21	96	75	0,78	16	5	0,33
Chile	100	50	65	62	13	83	92	92	1,00	86	89	1,03
China	100	6	83	83	4	96	-	-	-	-	-	-
China, RAE de Hong Kong	-	4	80	75	5	94	100	99	0,99	87	87	1,00
China, RAE de Macao	-	3	-	-	-	-	-	-	-	77	80	1,04
Chipre	99	4	-	-	-	-	98	98	1,00	91	93	1,02

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal		Salud sexual y reproductiva				Educación					
	Partos atendidos por personal de salud cualificado, % ^a , 2006-2014	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1999-2014	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 2015 ^b	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 2015 ^b	Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ^b	Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ^b	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014		Índice de equidad de género, enseñanza primaria, 1999-2014	Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria, 1999-2014
						varones	mujeres			varones	mujeres	
Colombia	99	85	78	72	8	91	91	91	1,00	71	77	1,08
Comoras	82	71	24	17	31	43	86	81	0,95	46	49	1,07
Congo, República del	93	147	47	23	18	73	88	96	1,09	–	–	–
Congo, República Democrática del	80	135	23	9	27	45	37	35	0,95	–	–	–
Corea, República de	100	2	79	69	6	93	98	97	0,99	98	97	0,99
Corea, República Popular Democrática de	100	1	70	63	11	87	–	–	–	–	–	–
Costa Rica	99	67	79	76	6	93	90	91	1,01	71	76	1,07
Côte d'Ivoire	59	125	20	15	24	46	81	75	0,93	–	–	–
Croacia	100	12	66	42	11	85	98	100	1,02	92	95	1,03
Cuba	99	50	74	72	9	90	96	97	1,00	88	89	1,01
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	98	2	71	66	9	88	98	99	1,01	90	93	1,03
Djibouti	87	21	24	23	30	44	69	60	0,86	29	21	0,72
Dominica	100	47	63	60	14	82	96	99	1,03	76	82	1,07
Ecuador	94	100	73	61	9	89	96	98	1,02	82	85	1,04
Egipto	92	56	60	58	12	83	100	97	0,97	86	85	1,00
El Salvador	98	63	71	64	12	86	92	92	1,01	61	64	1,03
Emiratos Arabes Unidos	100	34	48	39	20	71	99	97	0,98	73	79	1,09
Eritrea	34	85	20	16	29	41	–	–	–	–	–	–
Eslovaquia	100	21	71	59	10	88	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	100	5	75	64	8	90	97	98	1,01	94	95	1,01
España	–	9	67	63	12	85	98	99	1,00	95	97	1,02
Estados Unidos de América	99	27	75	69	7	92	92	92	1,00	86	88	1,02
Estonia	99	16	65	59	13	84	97	97	1,01	88	90	1,02
Etiopía	16	71	36	36	25	59	69	63	0,92	18	11	0,61
ex República Yugoslava de Macedonia	98	19	49	17	18	73	92	92	1,00	79	77	0,97
Federación de Rusia	100	27	69	56	10	88	97	98	1,01	–	–	–
Fiji	100	28	50	43	19	72	98	100	1,02	79	88	1,11
Filipinas	73	59	55	38	18	75	91	91	1,00	60	70	1,16
Finlandia	100	7	75	72	8	91	99	99	1,01	94	94	1,01
Francia	97	9	74	72	6	92	99	99	1,01	97	98	1,02
Gabón	89	115	34	21	25	57	–	–	–	–	–	–
Gambia	57	88	11	10	28	28	67	72	1,07	–	–	–
Georgia	100	40	52	37	17	75	96	97	1,01	92	92	1,00
Ghana	68	65	22	20	34	40	89	89	1,00	55	54	0,97
Granada	99	53	64	60	13	83	98	98	1,00	80	81	1,02
Grecia	–	9	69	46	10	87	99	100	1,01	99	99	1,00
Guadalupe	–	21	58	51	16	78	–	–	–	–	–	–
Guam	–	60	54	45	17	76	–	–	–	–	–	–
Guatemala	63	92	57	48	17	77	88	88	0,99	49	45	0,92
Guinea	45	154	8	5	25	23	82	71	0,86	37	23	0,63
Guinea-Bissau	45	137	17	13	22	44	73	69	0,95	11	6	0,56
Guinea Ecuatorial	68	177	16	11	33	33	62	62	0,99	25	19	0,77

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal		Salud sexual y reproductiva				Educación						
	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2006-2014	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1999-2014	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 2015 ¹	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 2015 ¹	Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ¹	Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ¹	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014		Índice de equidad de género, enseñanza primaria, 1999-2014		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria, 1999-2014
							varones	mujeres			varones	mujeres	
Guyana	92	97	45	44	27	63	70	80	1,14		86	100	1,16
Guyana Francesa	–	84	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Haití	37	65	38	34	33	53	–	–	–	–	–	–	–
Honduras	83	99	73	64	11	87	89	91	1,02	45	53	1,19	
Hungría	99	20	75	68	8	90	96	96	1,00	92	92	1,00	
India	52	39	60	52	13	82	92	89	0,97	–	–	–	
Indonesia	87	47	63	59	11	85	95	96	1,01	77	76	0,98	
Irán (República Islámica del)	96	35	77	59	7	92	98	96	0,98	84	79	0,95	
Iraq	91	68	55	38	14	79	97	86	0,89	49	40	0,81	
Irlanda	100	9	67	62	11	86	100	100	1,00	99	100	1,01	
Islandia	–	7	–	–	–	–	98	98	1,01	89	89	1,00	
Islas Salomón	86	62	39	32	21	64	82	79	0,97	33	29	0,88	
Islas Turcas y Caicos	–	29	–	–	–	–	77	84	1,08	–	–	–	
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	–	59	69	62	11	87	–	–	–	–	–	–	
Israel	–	10	71	53	9	89	97	98	1,01	97	100	1,03	
Italia	100	6	65	49	11	85	99	98	0,99	91	92	1,01	
Jamaica	99	72	72	68	10	88	92	91	1,00	72	76	1,05	
Japón	100	4	57	50	16	78	100	100	1,00	99	100	1,01	
Jordania	100	27	62	43	12	84	98	96	0,98	86	89	1,03	
Kazajistán	100	31	56	52	16	78	98	100	1,02	91	92	1,01	
Kenya	62	101	57	56	19	76	83	87	1,04	57	55	0,97	
Kirguistán	98	42	42	39	17	71	99	98	0,99	82	83	1,00	
Kiribati	80	49	28	22	27	51	–	–	–	66	73	1,11	
Kuwait	99	8	56	44	16	78	99	98	0,99	86	88	1,03	
Lesotho	78	94	60	59	18	77	78	82	1,05	27	42	1,56	
Letonia	99	15	68	60	12	85	97	98	1,01	86	88	1,01	
Líbano	–	18	63	40	13	83	99	93	0,94	67	68	1,00	
Liberia	61	147	20	20	32	39	39	37	0,95	18	15	0,83	
Libia	100	4	49	28	20	71	–	–	–	–	–	–	
Lituania	100	14	63	53	13	83	97	97	1,00	97	96	0,99	
Luxemburgo	100	6	–	–	–	–	95	96	1,01	84	87	1,04	
Madagascar	44	147	46	37	19	71	77	78	1,00	30	31	1,02	
Malasia	99	13	57	42	15	79	98	95	0,96	71	67	0,95	
Malawi	87	143	58	56	19	75	90	97	1,07	32	30	0,96	
Maldivas	99	14	42	34	25	63	93	94	1,01	46	53	1,14	
Malí	56	178	12	11	27	31	78	68	0,88	39	32	0,80	
Malta	100	16	81	59	5	94	95	95	1,00	80	84	1,05	
Marruecos	74	32	68	58	10	88	99	98	0,99	59	53	0,90	
Martinica	–	20	60	54	15	80	–	–	–	–	–	–	
Mauricio	100	31	76	53	7	92	98	98	1,00	80	81	1,01	
Mauritania	65	71	14	13	31	31	72	75	1,05	23	20	0,87	
México	96	84	73	67	11	87	97	99	1,02	66	69	1,04	
Micronesia	100	33	–	–	–	–	82	84	1,02	–	–	–	
Moldova, República de	99	25	63	45	13	83	91	91	1,00	77	78	1,01	

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal		Salud sexual y reproductiva				Educación					
	Partos atendidos por personal de salud cualificado, % ^a , 2006-2014	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1999-2014	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 2015 ^b	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 2015 ^b	Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ^c	Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ^c	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014	Índice de equidad de género, enseñanza primaria, 1999-2014	Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014	Índice de equidad de género, enseñanza secundaria, 1999-2014		
Mongolia	99	40	58	52	14	80	96	94	0,98	78	86	1,11
Montenegro	99	12	34	10	24	59	98	99	1,01	-	-	-
Mozambique	54	166	18	16	28	39	90	85	0,95	19	18	0,98
Myanmar	71	17	52	49	16	76	-	-	-	46	48	1,05
Namibia	88	78	57	57	17	77	87	90	1,04	45	57	1,27
Nepal	56	87	52	48	24	69	98	97	0,99	58	62	1,06
Nicaragua	88	92	80	75	7	92	93	94	1,01	42	49	1,14
Níger	29	210	15	10	18	47	69	58	0,84	15	10	0,66
Nigeria	38	123	16	11	22	42	71	60	0,84	-	-	-
Noruega	99	6	79	72	6	93	100	100	1,00	95	95	1,00
Nueva Caledonia	-	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelandia	97	22	71	67	9	89	98	98	1,00	97	98	1,01
Omán	99	12	37	25	28	57	97	98	1,02	77	91	1,19
Países Bajos	-	5	68	65	10	87	97	97	1,00	92	93	1,01
Pakistán	52	48	39	28	20	65	77	67	0,87	43	32	0,74
Palestina ^d	100	67	57	43	15	79	93	94	1,01	77	84	1,10
Panamá	92	89	61	58	16	80	92	91	0,99	74	79	1,08
Papua Nueva Guinea	53	65	37	29	25	60	90	83	0,92	-	-	-
Paraguay	96	63	77	68	6	92	81	81	0,99	63	68	1,07
Perú	90	68	74	52	9	89	95	94	1,00	76	77	1,01
Polinesia Francesa	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polonia	100	14	69	48	10	87	97	97	1,00	92	93	1,01
Portugal	-	12	77	70	7	92	95	97	1,01	93	97	1,04
Puerto Rico	-	45	78	69	6	93	83	87	1,05	72	77	1,07
Qatar	100	16	44	37	19	69	99	95	0,96	91	100	1,10
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	21	81	80	5	94	100	100	1,00	98	98	1,01
República Árabe Siria	96	75	58	41	15	79	66	65	0,98	44	44	0,99
República Centroafricana	54	229	24	13	23	50	81	64	0,79	18	10	0,52
República Checa	100	11	78	69	7	92	-	-	-	-	-	-
República Democrática Popular Lao	42	94	54	46	18	75	98	96	0,98	46	43	0,95
República Dominicana	98	90	72	69	11	87	90	88	0,98	58	66	1,15
República Unida de Tanzania	49	128	41	34	23	64	83	86	1,03	-	-	-
Reunión	-	43	72	70	9	89	-	-	-	-	-	-
Rumania	99	36	69	54	10	88	90	90	1,00	-	-	-
Rwanda	91	41	54	47	20	73	92	95	1,03	-	-	-
Sahara Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	100	75	59	55	16	79	81	84	1,04	82	88	1,07
Samoa	81	39	32	31	42	43	95	97	1,03	75	84	1,12
Santa Lucía	99	50	57	54	17	77	95	93	0,97	80	81	1,01
San Marino	-	1	-	-	-	-	93	93	1,00	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	99	70	65	62	13	84	97	95	0,98	84	87	1,03
Santo Tomé y Príncipe	82	110	41	36	33	55	93	92	0,99	46	53	1,17
Senegal	59	80	18	17	30	38	76	83	1,08	24	18	0,76

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal		Salud sexual y reproductiva				Educación					
	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2006-2014	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1999-2014	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 2015 ¹	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 2015 ¹	Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ¹	Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ¹	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014		Índice de equidad de género, enseñanza primaria, 1999-2014	Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria, 1999-2014
							varones	mujeres		varones	mujeres	
Serbia	98	22	58	22	13	81	96	97	1,01	92	94	1,03
Seychelles	99	62	–	–	–	–	96	95	0,99	61	66	1,07
Sierra Leona	60	131	17	15	26	39	–	–	–	40	36	0,92
Singapur	100	3	66	58	11	86	–	–	–	–	–	–
Somalia	33	123	24	6	29	44	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	99	24	72	56	7	91	94	94	1,00	83	87	1,05
Sudáfrica	94	54	65	64	12	84	95	95	1,00	62	69	1,10
Sudán	23	102	16	13	29	36	53	56	1,05	–	–	–
Sudán del Sur	19	158	7	3	30	19	48	34	0,71	–	–	–
Suecia	–	3	70	62	10	88	100	100	1,00	95	94	0,99
Suiza	–	3	77	72	6	92	100	100	1,00	82	80	0,97
Suriname	91	66	52	51	19	73	80	81	1,01	48	57	1,20
Swazilandia	82	89	64	62	15	81	84	86	1,02	32	39	1,20
Tailandia	100	60	79	77	6	93	96	95	0,99	77	82	1,06
Tayikistán	87	47	33	30	22	60	100	97	0,97	88	79	0,90
Timor-Leste, República Democrática de	29	54	29	26	26	53	92	91	0,98	36	40	1,11
Togo	59	77	21	19	34	39	98	87	0,89	32	15	0,48
Tonga	98	30	35	30	28	56	83	86	1,03	67	71	1,05
Trinidad y Tabago	100	36	50	44	19	72	99	98	0,99	70	75	1,07
Túnez	99	7	64	53	11	86	100	100	1,00	–	–	–
Turkmenistán	100	21	57	51	15	79	–	–	–	–	–	–
Turquía	97	29	74	48	6	92	96	95	0,99	90	87	0,97
Tuvalu	98	42	34	27	28	55	85	87	1,02	70	89	1,28
Ucrania	99	27	67	51	10	87	97	99	1,02	87	87	1,00
Uganda	57	140	30	28	33	47	90	93	1,03	23	22	0,95
Uruguay	98	60	77	74	8	91	100	99	0,99	68	76	1,12
Uzbekistán	100	26	67	61	10	88	93	90	0,97	–	–	–
Vanuatu	89	78	47	37	24	66	98	97	0,99	51	53	1,04
Venezuela, República Bolivariana de	96	101	70	64	12	85	95	93	0,98	72	78	1,09
Viet Nam	94	36	77	65	7	92	–	–	–	–	–	–
Yemen	45	67	38	28	27	58	95	81	0,85	51	34	0,66
Zambia	64	145	51	45	20	72	93	93	1,01	–	–	–
Zimbabwe	80	120	66	65	11	85	93	95	1,02	44	44	1,01

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

Datos mundiales y regionales

	Salud materna y neonatal		Salud sexual y reproductiva				Educación					
	Partos atendidos por personal de salud cualificado, % ^a , 2006-2014	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1999-2014	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 2015 ¹	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 2015 ¹	Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ¹	Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años, 2015 ¹	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014		Índice de equidad de género, enseñanza primaria, 1999-2014	Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999-2014		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria, 1999-2014
						varones	mujeres			varones	mujeres	
África Occidental y Central	48	128	18	13	24	42	78	69	0,89	38	31	0,83
África Oriental y Meridional	56	112	39	34	24	62	86	84	0,97	35	33	0,93
América Latina y el Caribe	93	76 c	73	67	11	87	93	94	1,00	73	78	1,06
Asia y el Pacífico	71	33 b	69	63	10	87	95	95	1,00	69	65	0,94
Estados Árabes	75	56	51	43	17	76	86	82	0,95	64	58	0,92
Europa Oriental y Asia Central	98	30	65	47	11	86	95	94	1,00	89	89	0,99
Regiones más desarrolladas	–	18	70	61	10	88	96	96	1,00	90	91	1,01
Regiones menos desarrolladas	70	56	63	57	12	84	91	90	0,98	64	61	0,95
Países menos adelantados	–	113	40	34	22	64	–	–	–	–	–	–
Total mundial	71	51	64	57	12	84	92	90	0,99	67	65	0,96

NOTAS

- No existen datos disponibles.
- † Mujeres actualmente casadas o en unión libre.
- a Las cifras incluyen únicamente encuestas realizadas entre 2006 y 2014. Se utilizan los datos de nacidos vivos correspondientes al periodo 2010-2015, ya que se trata del año intermedio de las encuestas incluidas.
- b Las cifras no incluyen las Islas Cook, las Islas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau y Tuvalu debido a la disponibilidad de los datos.
- c Las cifras no incluyen Anguila, las Antillas Neerlandesas, Bermudas, Dominica, las Islas Caimán, las Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, y Saint Kitts y Nevis debido a la disponibilidad de los datos.
- 1 El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió «la condición de Estado observador no miembro de las Naciones Unidas...».

Indicadores demográficos

País, territorio u otra delimitación	Población							Esperanza de vida		Fecundidad
	Población total, en millones,	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje, 2010-2015	Población de 10 a 24 años, en porcentaje, 2015	Población de 0 a 14 años, en porcentaje, 2015	Población de 15 a 64 años, en porcentaje, 2015	Población de mayores de 65 años, porcentaje 2015	Tasa de dependencia 2015	Esperanza de vida al nacer, 2010-2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010-2015
	2015		2015	2015	2015	2015	2015	varones	mujeres	2010-2015
Afganistán	32,5	3	35	44	54	3	87,0	59	61	5,1
Albania	2,9	0	25	19	69	12	44,8	75	80	1,8
Alemania	80,7	0,1	15	13	66	21	51,8	78	83	1,4
Angola	25	3,3	33	48	50	2	99,9	50	53	6,2
Antigua y Barbuda	0,1	1	25	24	69	7	45,7	73	78	2,1
Arabia Saudita	31,5	2,3	24	29	69	3	45,9	73	75	2,9
Argelia	39,7	1,9	24	29	66	6	52,6	72	77	2,9
Argentina	43,4	1	24	25	64	11	56,5	72	80	2,3
Armenia	3	0,4	20	18	71	11	41,3	71	78	1,6
Aruba	0,1	0,4	21	18	70	12	44,0	73	78	1,7
Australia ¹	24	1,6	19	19	66	15	50,9	80	84	1,9
Austria	8,5	0,4	17	14	67	19	49,2	78	84	1,5
Azerbaiyán ²	9,8	1,4	23	22	73	6	38,0	68	74	2,3
Bahamas	0,4	1,5	23	21	71	8	41,2	72	78	1,9
Bahrain	1,4	1,8	22	22	76	2	31,4	76	77	2,1
Bangladesh	161	1,2	30	29	66	5	52,5	70	72	2,2
Barbados	0,3	0,3	20	19	67	14	50,4	73	78	1,8
Belarús	9,5	0	16	16	70	14	43,0	65	77	1,6
Bélgica	11,3	0,7	17	17	65	18	54,2	78	83	1,8
Belice	0,4	2,2	32	33	64	4	56,8	67	73	2,6
Benin	10,9	2,7	32	42	55	3	82,0	58	61	4,9
Bhután	0,8	1,5	29	27	68	5	46,9	69	69	2,1
Bolivia, Estado Plurinacional de	10,7	1,6	30	32	61	7	63,7	65	70	3
Bosnia y Herzegovina	3,8	-0,1	16	14	71	15	40,7	74	79	1,3
Botswana	2,3	2	29	32	64	4	55,3	62	67	2,9
Brasil	207,8	0,9	25	23	69	8	44,7	70	78	1,8
Brunei Darussalam	0,4	1,5	25	23	73	4	38,0	77	80	1,9
Bulgaria	7,1	-0,7	14	14	66	20	51,9	71	78	1,5
Burkina Faso	18,1	2,9	33	46	52	2	92,2	57	59	5,6
Burundi	11,2	3,3	31	45	53	3	89,7	54	58	6,1
Cabo Verde	0,5	1,2	31	30	66	5	52,0	71	75	2,4
Camboya	15,6	1,6	30	32	64	4	55,6	66	70	2,7
Camerún	23,3	2,5	33	43	54	3	84,3	54	56	4,8
Canadá	35,9	1	18	16	68	16	47,3	80	84	1,6
Chad	14	3,3	34	48	50	3	100,7	50	52	6,3
Chile	17,9	1,1	22	20	69	11	45,2	78	84	1,8
China ³	1376	0,5	19	17	73	10	36,6	74	77	1,6
China, RAE de Hong Kong ⁴	7,3	0,8	15	12	73	15	37,0	81	87	1,2
China, RAE de Macao ⁵	0,6	1,9	16	13	78	9	28,2	78	83	1,2
Chipre ⁶	1,2	1,1	20	17	71	13	41,6	78	82	1,5
Colombia	48,2	1	26	24	69	7	45,6	70	77	1,9
Comoras	0,8	2,4	32	40	57	3	75,6	61	65	4,6
Congo, República del	4,6	2,6	31	43	54	4	86,2	60	63	5
Congo, República Democrática del	77,3	3,2	32	46	51	3	95,9	57	60	6,2

País, territorio u otra delimitación	Población							Esperanza de vida		Fecundidad
	Población total, en millones, 2015	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje, 2010-2015	Población de 10 a 24 años, en porcentaje, 2015	Población de 0 a 14 años, en porcentaje, 2015	Población de 15 a 64 años, en porcentaje, 2015	Población de mayores de 65 años, porcentaje 2015	Tasa de dependencia 2015	Esperanza de vida al nacer, 2010-2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010-2015
								varones	mujeres	
Corea, República de	50,3	0,5	18	14	73	13	37,2	78	85	1,3
Corea, República Popular Democrática de	25,2	0,5	23	21	69	10	44,3	66	73	2
Costa Rica	4,8	1,1	24	22	69	9	45,4	77	82	1,9
Côte d'Ivoire	22,7	2,4	33	43	55	3	83,5	50	52	5,1
Croacia	4,2	-0,4	16	15	66	19	51,1	74	80	1,5
Cuba	11,4	0,1	18	16	70	14	43,4	77	81	1,6
Curaçao	0,2	1,3	19	19	66	15	51,1	75	81	2,1
Dinamarca	5,7	0,4	19	17	64	19	55,9	78	82	1,7
Djibouti	0,9	1,3	31	33	63	4	58,5	60	63	3,3
Dominica	0,1	0,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	16,1	1,6	28	29	64	7	55,6	73	78	2,6
Egipto	91,5	2,2	27	33	62	5	62,3	69	73	3,4
El Salvador	6,1	0,3	30	27	65	8	54,3	68	77	2
Emiratos Arabes Unidos	9,2	1,9	17	14	85	1	17,8	76	78	1,8
Eritrea	5,2	2,2	32	43	55	3	83,2	61	65	4,4
Eslovaquia	5,4	0,1	17	15	71	14	40,8	72	80	1,4
Eslovenia	2,1	0,1	14	15	67	18	48,7	77	83	1,6
España ⁷	46,1	-0,2	14	15	66	19	50,8	79	85	1,3
Estados Unidos de América	321,8	0,8	20	19	66	15	50,9	76	81	1,9
Estonia	1,3	-0,3	15	16	65	19	53,5	72	81	1,6
Etiopía	99,4	2,5	35	41	55	4	81,6	61	65	4,6
ex República Yugoslava de Macedonia	2,1	0,2	20	17	71	12	41,4	73	77	1,5
Federación de Rusia	143,5	0	16	17	70	13	43,1	64	76	1,7
Fiji	0,9	0,7	26	29	65	6	52,8	67	73	2,6
Filipinas	100,7	1,6	30	32	64	5	57,6	65	72	3
Finlandia ⁸	5,5	0,5	17	16	63	21	58,3	78	83	1,7
Francia	64,4	0,5	18	19	62	19	60,3	79	85	2
Gabón	1,7	2,2	31	37	58	5	73,1	63	64	4
Gambia	2	3,2	32	46	52	2	94,2	59	61	5,8
Georgia ⁹	4	-1,2	18	17	69	14	45,7	71	78	1,8
Ghana	27,4	2,4	31	39	58	3	73,0	60	62	4,2
Granada	0,1	0,4	27	27	66	7	50,7	71	76	2,2
Grecia	11	-0,4	15	15	64	21	56,2	78	84	1,3
Guadalupe ¹⁰	0,5	0,5	20	22	63	15	57,6	77	84	2,2
Guam	0,2	1,3	26	26	66	9	52,0	76	81	2,4
Guatemala	16,3	2,1	33	37	59	5	70,9	68	75	3,3
Guinea	12,6	2,7	32	43	54	3	83,8	58	58	5,1
Guinea-Bissau	1,8	2,4	32	41	56	3	78,4	53	57	5
Guinea Ecuatorial	0,8	3	30	39	58	3	72,9	56	59	5
Guyana	0,8	0,4	34	29	66	5	51,1	64	69	2,6
Guyana Francesa	0,3	2,8	27	34	61	5	63,2	76	83	3,5
Haití	10,7	1,4	31	34	62	5	62,3	60	64	3,1
Honduras	8,1	1,5	33	32	63	5	57,8	70	75	2,5

Indicadores demográficos

País, territorio u otra delimitación	Población							Esperanza de vida		Fecundidad
	Población total, en millones, 2015	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje, 2010-2015	Población de 10 a 24 años, en porcentaje, 2015	Población de 0 a 14 años, en porcentaje, 2015	Población de 15 a 64 años, en porcentaje, 2015	Población de mayores de 65 años, porcentaje 2015	Tasa de dependencia 2015	Esperanza de vida al nacer, 2010-2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010-2015
								varones	mujeres	
Hungría	9,9	-0,3	16	15	68	18	47,9	71	79	1,3
India	1311,1	1,3	28	29	66	6	52,4	66	69	2,5
Indonesia	257,6	1,3	26	28	67	5	49,0	67	71	2,5
Irán (República Islámica del)	79,1	1,3	23	24	71	5	40,2	74	76	1,7
Iraq	36,4	3,3	31	41	56	3	78,7	67	71	4,6
Irlanda	4,7	0,3	18	22	65	13	53,7	78	83	2
Islandia	0,3	0,7	21	20	66	14	51,6	81	84	2
Islas Salomón	0,6	2,1	32	40	57	3	75,1	66	69	4,1
Islas Turcas y Caicos	0	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	0,1	0	20	20	62	18	61,2	77	83	2,3
Israel	8,1	1,7	23	28	61	11	64,1	80	84	3,1
Italia	59,8	0,1	14	14	64	22	56,5	80	85	1,4
Jamaica	2,8	0,4	28	24	67	9	48,6	73	78	2,1
Japón	126,6	-0,1	14	13	61	26	64,5	80	86	1,4
Jordania	7,6	3,1	30	36	61	4	64,8	72	76	3,5
Kazajstán	17,6	1,6	22	27	67	7	50,3	64	74	2,6
Kenya	46,1	2,7	32	42	55	3	80,9	59	62	4,4
Kirguistán	5,9	1,7	27	31	64	4	55,3	66	74	3,1
Kiribati	0,1	1,8	29	35	61	4	63,0	63	69	3,8
Kuwait	3,9	4,8	19	22	76	2	32,1	73	76	2,2
Lesotho	2,1	1,2	34	36	60	4	67,3	49	50	3,3
Letonia	2	-1,2	15	15	66	19	52,2	69	79	1,5
Líbano	5,9	6	28	24	68	8	47,3	77	81	1,7
Liberia	4,5	2,6	32	42	55	3	82,9	59	61	4,8
Libia	6,3	0	25	30	66	5	52,4	69	74	2,5
Lituania	2,9	-1,6	17	15	67	19	50,1	67	79	1,6
Luxemburgo	0,6	2,2	18	16	70	14	43,7	79	84	1,6
Madagascar	24,2	2,8	33	42	56	3	80,3	63	66	4,5
Malasia ¹¹	30,3	1,5	27	25	70	6	43,6	72	77	2
Malawi	17,2	3,1	33	45	51	3	94,5	60	62	5,3
Maldivas	0,4	1,8	28	28	68	5	47,4	75	77	2,2
Malí	17,6	3	32	48	50	3	100,2	57	57	6,4
Malta	0,4	0,3	18	14	66	19	50,8	79	82	1,4
Marruecos	34,4	1,4	26	27	67	6	50,1	73	75	2,6
Martinica	0,4	0,1	19	17	64	19	57,0	78	84	2
Mauricio ¹²	1,3	0,4	23	19	71	10	40,6	71	78	1,5
Mauritania	4,1	2,5	31	40	57	3	76,1	61	64	4,7
México	127	1,4	28	28	66	7	51,7	74	79	2,3
Micronesia	0,1	0,2	36	34	62	4	62,4	68	70	3,3
Moldova, República de ¹³	4,1	-0,1	19	16	74	10	34,6	67	75	1,3
Mongolia	3	1,7	24	28	68	4	47,6	65	73	2,7
Montenegro	0,6	0,1	20	19	68	14	47,7	74	78	1,7
Mozambique	28	2,8	33	45	51	3	94,8	53	56	5,5

País, territorio u otra delimitación	Población							Esperanza de vida		Fecundidad
	Población total, en millones, 2015	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje, 2010-2015	Población de 10 a 24 años, en porcentaje, 2015	Población de 0 a 14 años, en porcentaje, 2015	Población de 15 a 64 años, en porcentaje, 2015	Población de mayores de 65 años, porcentaje 2015	Tasa de dependencia 2015	Esperanza de vida al nacer, 2010-2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010-2015
								varones	mujeres	
Myanmar	53,9	0,8	28	28	67	5	49,1	64	68	2,3
Namibia	2,5	2,3	32	37	60	4	67,3	62	67	3,6
Nepal	28,5	1,2	33	33	62	6	61,8	68	70	2,3
Nicaragua	6,1	1,2	30	30	65	5	54,1	71	77	2,3
Níger	19,9	4	31	51	47	3	113	60	62	7,6
Nigeria	182,2	2,7	31	44	53	3	87,7	52	53	5,7
Noruega ¹⁴	5,2	1,3	19	18	66	16	52,2	79	83	1,8
Nueva Caledonia	0,3	1,3	23	22	68	10	47,9	74	79	2,1
Nueva Zelanda	4,5	0,7	21	20	65	15	54,0	80	83	2,1
Omán	4,5	8,4	21	21	77	3	30,0	75	79	2,9
Países Bajos	16,9	0,3	18	17	65	18	53,3	79	83	1,8
Pakistán	188,9	2,1	30	35	61	5	65,3	65	67	3,7
Palestina ¹⁵	4,7	2,7	34	40	57	3	76,0	71	75	4,3
Panamá	3,9	1,6	26	27	65	8	53,4	74	80	2,5
Papua Nueva Guinea	7,6	2,1	31	37	60	3	67,1	60	64	3,8
Paraguay	6,6	1,3	30	30	64	6	56,6	71	75	2,6
Perú	31,4	1,3	27	28	65	7	53,2	72	77	2,5
Polinesia Francesa	0,3	1,1	25	22	70	8	42,2	74	79	2,1
Polonia	38,6	0	16	15	70	16	43,8	73	81	1,4
Portugal	10,3	-0,4	16	14	65	21	53,5	77	84	1,3
Puerto Rico	3,7	-0,1	22	19	67	15	50,0	75	83	1,6
Qatar	2,2	4,7	19	16	83	1	20,1	77	80	2,1
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	64,7	0,6	18	18	65	18	55,1	78	82	1,9
República Árabe Siria	18,5	-2,3	33	37	59	4	70,0	64	76	3
República Centrafricana	4,9	2	33	39	57	4	75,2	48	51	4,4
República Checa	10,5	0,1	15	15	67	18	49,5	75	81	1,5
República Democrática Popular Lao	6,8	1,7	33	35	61	4	62,8	64	67	3,1
República Dominicana	10,5	1,2	28	30	63	7	57,8	70	76	2,5
República Unida de Tanzania ¹⁶	53,5	3,2	32	45	52	3	93,8	63	66	5,2
Reunión	0,9	0,7	23	24	66	10	51,2	76	83	2,2
Rumania	19,5	-0,8	16	16	67	17	48,9	71	78	1,5
Rwanda	11,6	2,4	32	41	56	3	78,1	60	66	4,1
Sahara Occidental	0,6	2,2	25	26	71	3	40,2	66	70	2,2
Saint Kitts y Nevis	0,1	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	0,2	0,8	31	37	58	5	74,0	70	76	4,2
San Marino	0	0,7	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	0,1	0	26	25	68	7	46,8	71	75	2
Santa Lucía	0,2	0,8	26	23	68	9	47,3	72	78	1,9
Santo Tomé y Príncipe	0,2	2,2	32	43	54	3	84,2	64	68	4,7
Senegal	15,1	3,1	32	44	53	3	87,6	64	68	5,2
Serbia ¹⁷	8,9	-0,5	19	16	67	17	50,1	72	78	1,6
Seychelles	0,1	0,7	21	23	70	7	43,5	69	78	2,3
Sierra Leona	6,5	2,2	33	42	55	3	81,9	50	51	4,8

Indicadores demográficos

País, territorio u otra delimitación	Población							Esperanza de vida		Fecundidad
	Población total, en millones,	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje, 2010-2015	Población de 10 a 24 años, en porcentaje, 2015	Población de 0 a 14 años, en porcentaje, 2015	Población de 15 a 64 años, en porcentaje, 2015	Población de mayores de 65 años, porcentaje 2015	Tasa de dependencia 2015	Esperanza de vida al nacer, 2010-2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010-2015
	2015		2015	2015	2015	2015	2015	varones	mujeres	2010-2015
Singapur	5,6	2	19	16	73	12	37,4	80	86	1,2
Somalia	10,8	2,4	33	47	51	3	98,1	53	57	6,6
Sri Lanka	20,7	0,5	23	25	66	9	51,2	71	78	2,1
Sudáfrica	54,5	1,1	29	29	66	5	52,1	55	59	2,4
Sudán	40,2	2,2	32	41	56	3	78,0	62	65	4,5
Sudán del Sur	12,3	4,1	33	42	54	4	83,7	54	56	5,2
Suecia	9,8	0,8	18	17	63	20	59,3	80	84	1,9
Suiza	8,3	1,2	16	15	67	18	48,8	80	85	1,5
Suriname	0,5	0,9	26	27	66	7	50,8	68	74	2,4
Swazilandia	1,3	1,5	35	37	59	4	69,3	50	49	3,4
Tailandia	68	0,4	19	18	72	11	39,2	71	78	1,5
Tayikistán	8,5	2,2	30	35	62	3	60,9	66	73	3,6
Timor-Leste, República Democrática de	1,2	2,3	32	42	52	6	92,3	66	70	5,9
Togo	7,3	2,7	32	42	55	3	81,8	58	60	4,7
Tonga	0,1	0,4	32	37	57	6	74,3	70	76	3,8
Trinidad y Tabago	1,4	0,5	20	21	70	9	43,2	67	74	1,8
Túnez	11,3	1,1	23	23	69	8	44,8	72	77	2,2
Turkmenistán	5,4	1,3	28	28	68	4	47,9	61	70	2,3
Turquía	78,7	1,7	25	26	67	8	49,7	72	78	2,1
Tuvalu	0	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	44,8	-0,4	15	15	70	15	43,3	66	76	1,5
Uganda	39	3,3	34	48	49	3	102,3	56	59	5,9
Uruguay	3,4	0,3	22	21	64	14	55,9	73	80	2
Uzbekistán	29,9	1,5	27	29	67	5	49,7	65	72	2,5
Vanuatu	0,3	2,3	29	37	59	4	68,7	70	74	3,4
Venezuela, República Bolivariana de	31,1	1,4	27	28	66	6	52,4	70	78	2,4
Viet Nam	93,4	1,1	24	23	70	7	42,5	71	80	2
Yemen	26,8	2,6	34	40	57	3	75,6	62	65	4,4
Zambia	16,2	3,1	33	46	51	3	95,4	57	60	5,5
Zimbabwe	15,6	2,2	33	42	55	3	80,4	54	56	4

Datos mundiales y regionales

	Población							Esperanza de vida		Fecundidad
	Población total, en millones, 2015	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje, 2010-2015	Población de 10 a 24 años, en porcentaje, 2015	Población de 0 a 14 años, en porcentaje, 2015	Población de 15 a 64 años, en porcentaje, 2015	Población de mayores de 65 años, porcentaje 2015	Tasa de dependencia 2015	Esperanza de vida al nacer, 2010-2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010-2015
								varones	mujeres	
África Occidental y Central	403	2,7	32	44	53	3	87,3	54	56	5,5
África Oriental y Meridional	547	2,7	32	42	54	3	84,2	58	61	4,8
América Latina y el Caribe	629 a	1,1	26 c	26 c	67 c	8 c	50,1	71	78	2,2
Asia y el Pacífico	3865	1,0	25 b	25 b	68 b	7 b	46,3	68	72	2,2
Estados Árabes	339	2,0	29	34	61	5	63,9	67	71	3,5
Europa Oriental y Asia Central	265	0,8	22	22	68	10	47,7	68	76	2,0
Regiones más desarrolladas	1251	0,3	17	16	66	18	51,5	76	82	1,7
Regiones menos desarrolladas	6098	1,4	26	28	66	6	52,5	68	72	2,6
Países menos adelantados	954	2,4	32	40	57	4	77,1	63	66	4,3
Total mundial	7349	1,2	25	26	66	8	52,3	69	74	2,5

NOTAS

- No existen datos disponibles
- a Las cifras no incluyen las Antillas Neerlandesas debido a la disponibilidad de los datos.
- b Las cifras no incluyen las Islas Cook, las Islas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau y Tuvalu debido a la disponibilidad de los datos.
- c Las cifras no incluyen Anguila, las Antillas Neerlandesas, Bermudas, Dominica, las Islas Caimán, las Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, y Saint Kitts y Nevis debido a la disponibilidad de los datos.
- 1. Las cifras incluyen las Islas Cocos (Keeling), la Isla de Navidad y la Isla Norfolk.
- 2. Las cifras incluyen Nagomo.
- 3. Para fines 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.
- 4. El 1 de julio de 1997, Hong Kong se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
- 5. El 20 de diciembre de 1999, Macao se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
- 6. Las cifras incluyen el norte de Chipre.
- 7. Las cifras incluyen las Islas Canarias, Ceuta y Melilla.
- 8. Las cifras incluyen las Islas de Aland.
- 9. Las cifras incluyen Abjasia y Osetia del Sur.
- 10. Las cifras incluyen San Bartolomé y San Martín (parte francesa).
- 11. Las cifras incluyen Sabah y Sarawak.
- 12. Las cifras incluyen Agalega, Rodrigues y San Brandon.
- 13. Las cifras incluyen Transnistria.
- 14. Las cifras incluyen las islas de Svalbard y Jan Mayen.
- 15. Las cifras incluyen Jerusalén Oriental. 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 de las Naciones Unidas...».
- 16. Las cifras incluyen Zanzíbar.
- 17. Las cifras incluyen Kosovo.

Notas técnicas

Fuentes de datos y definiciones

La edición de 2015 del *Estado de la Población Mundial* incluye indicadores que reflejan el progreso hacia los objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en las esferas de la salud materna, el acceso a la educación y la salud sexual y reproductiva. Además, en esos 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 ediciones 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 las encuestas por hogares representativas en el ámbito nacional, como las encuestas demográficas y de salud (EDS) y las encuestas a base de indicadores múltiples (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 2015 revision and Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015* (División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). Los datos van acompañados de definiciones, fuentes y notas. Los cuadros estadísticos que se recogen en el *Estado de la Población Mundial 2015* por lo general recogen la información disponible hasta agosto de 2015.

Seguimiento de los objetivos de la CIPD

Salud materna y neonatal

Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos. El informe no incluye las tasas de mortalidad materna puesto que no se disponía de datos actualizados en el momento en el que se envió a la imprenta la presente publicación.

Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje, 2006/2014. Fuente: Grupo Interinstitucional y de expertos sobre los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Los datos de partos atendidos por personal de salud cualificado (médicos, enfermeras o parteras) indican el porcentaje de partos con atención de personal capacitado para proporcionar atención obstétrica que salva vidas, inclusive 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 al recién nacido. No se incluye a las parteras tradicionales, aun cuando hayan recibido un breve curso de capacitación.

Tasa de fecundidad de las adolescentes, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1999/2014. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas y Grupo Interinstitucional y de expertos sobre los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. La tasa de fecundidad de las adolescentes representa el riesgo de tener hijos entre las mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años. A los fines del registro civil, las tasas están sujetas a limitaciones que dependen del grado de exhaustividad de los registros de alumbramientos, la forma en que se registren los niños nacidos vivos pero muertos antes de registrarlos 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 variabilidad en las técnicas de muestreo, cuando se trata de encuestas.

Salud sexual y reproductiva

La División de Población de las Naciones Unidas publica un conjunto sistemático e integral de proyecciones y estimaciones anuales a partir de modelos correspondientes a una serie de indicadores de planificación familiar para un período de 60 años. Entre los indicadores se incluye el uso de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha de planificación familiar, la demanda total de planificación familiar y el porcentaje de demanda de planificación familiar satisfecho entre mujeres casadas o en unión libre correspondiente al período comprendido entre 1970 y 2030. Para generar las estimaciones, proyecciones y evaluaciones de la incertidumbre se utilizó un modelo jerárquico bayesiano combinado con tendencias temporales específicas para cada país. El modelo desarrolla el trabajo anterior y representa diferencias en función del origen de los datos, la muestra de población y los métodos anticonceptivos incluidos en las medidas de prevalencia. Puede obtener más información sobre las estimaciones a partir de modelos, la metodología y las actualizaciones relativas a la planificación de la familia en <http://www.un.org/en/development/desa/population>. Las estimaciones se basan en los datos específicos de cada país recopilados en *World Contraceptive Use 2015*.

Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres actualmente casadas o en unión libre de 15 a 49 años, cualquier método y cualquier método moderno, 2015. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. Esos datos indican la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres en uniones consensuales), de entre 15 y 49 años, que actualmente utilizan cualquier método anticonceptivo o métodos anticonceptivos modernos. Entre los métodos modernos figuran la esterilización masculina y femenina, el DIU, las píldoras anticonceptivas, los productos inyectables, los implantes hormonales, los preservativos y los métodos de barrera femeninos.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, 2015. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Las mujeres con necesidad insatisfecha de métodos para poder espaciar los nacimientos son mujeres fecundas y sexualmente activas que no están utilizando ningún método anticonceptivo y manifiestan que quieren postergar el nacimiento de su hijo siguiente. Esta es una subcategoría del total de necesidad insatisfecha de planificación familiar, el cual también incluye la necesidad insatisfecha para limitar los nacimientos. El concepto de necesidad insatisfecha denota la brecha entre las intenciones de las mujeres en materia de salud reproductiva y su comportamiento en cuestiones de anticoncepción. Para el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la necesidad insatisfecha se expresa como porcentaje de mujeres casadas o en unión consensual.

Proporción de demanda satisfecha, mujeres actualmente casadas o en unión libre de 15 a 49 años, 2015. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de demanda total de planificación familiar satisfecho entre mujeres casadas o en unión libre de 15 a 49 años de edad.

Proporción de demanda satisfecha (PDS) = Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos (CPR, por sus siglas en inglés) dividida entre la demanda total de planificación de la familia (TD, por sus siglas en inglés).

Donde la demanda total = Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos más tasa de necesidad de anticonceptivos no cubierta (UNR, por sus siglas en inglés), es decir:

$$TD = CPR + UNR \text{ y}$$

$$PDS = CPR / (CPR + UNR)$$

Educación

Matriculación escolar primaria ajustada por género, porcentaje neto de niños en edad escolar primaria, 1999/2014. Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS). La proporción de matriculación primaria neta ajustada indica el porcentaje de niños del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la escuela primaria matriculados en la enseñanza primaria o secundaria.

Matriculación escolar secundaria por género, porcentaje neto de niños en edad escolar secundaria, 1999/2014. Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS). La proporción de matriculación secundaria neta indica el porcentaje de niños del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la escuela secundaria matriculados en la enseñanza secundaria.

Índice de equidad de género, enseñanza primaria, 1999/2014.

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS). El índice de equidad de género (IEG) hace referencia a la proporción de los valores correspondientes a las mujeres en comparación con los de los hombres en la proporción de matriculación primaria neta ajustada.

Índice de equidad de género, enseñanza secundaria, 1999/2014.

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS). El índice de equidad de género (IEG) hace referencia a la proporción de los valores correspondientes a las mujeres en comparación con los de los hombres en la proporción de matriculación secundaria neta.

Indicadores demográficos

Población total, en millones, 2015. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje, 2010-2015. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estas cifras corresponden a la tasa media de crecimiento exponencial de la población en un período dado, basada en las proyecciones según la variante media.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje, 2015. Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la proporción de la población de 10 a 24 años.

Población de 0 a 14 años, en porcentaje, 2015. Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la proporción de la población de 0 a 14 años.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje, 2015. Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la proporción de la población de 15 a 64 años.

Población de mayores de 65 años, en porcentaje, 2015. Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la proporción de la población de mayores de 65 años.

Tasa de dependencia, 2015. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores corresponden a la proporción entre las personas dependientes (menores de 15 años o mayores de 64 años) y las personas en edad activa (entre los 15 y los 64 años). Los datos indican el número de personas dependientes por cada 100 personas en edad activa.

Esperanza de vida al nacer, varones/mujeres (años), 2010/2015. División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan el 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.

Tasa total de fecundidad, 2010/2015. División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan el número de nacimientos por mujer durante el período de procreación en el caso de que viva hasta el final de su edad de procrear y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo de edad, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Clasificación por regiones

Los promedios del UNFPA que se presentan al final 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. Las clasificaciones por regiones únicamente incluyen los países en los que trabaja el UNFPA.

Región de África Occidental y Central

Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún (República del), Congo (República Democrática del), Côte d'Ivoire, Chad, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona y Togo.

Región de África Oriental y Meridional

Angola, Botswana, Burundi, Comoras, Congo (República democrática del), Eritrea, Etiopía, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, Rwanda, Seychelles, Sudáfrica, Sudán del Sur, Swazilandia, Tanzania (República Unida de), Uganda, Zambia y Zimbabwe.

Región de América Latina y el Caribe

Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Vírgenes Británicas, Islas Turcas y Caicos, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Región de Asia y el Pacífico

Afganistán, Bangladesh, Bután, Camboya, China, Corea (República Democrática Popular de), 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 Popular Lao, Samoa, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste (República Democrática de), Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y Viet Nam.

Región de los Estados Árabes

Argelia, Djibouti, Egipto, Iraq, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Palestina, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez y Yemen.

Región de Europa Oriental y Asia Central

Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, ex República Yugoslava de Macedonia, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, Moldova (República de), Rumania, Serbia, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía y Ucrania.

Las regiones **más desarrolladas** abarcan Europa, América del Norte, Australia/Nueva Zelanda y el Japón.

Las regiones **menos desarrolladas** abarcan África, Asia (excluido el Japón), América Latina y el Caribe, Melanesia, Micronesia y Polinesia.

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), los conformaban 49 países en junio de 2013: 34 en África, 9 en Asia, 5 en Oceanía y 1 en América Latina y el Caribe. Esos 49 países son los siguientes: Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Chad, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Haití, Islas Salomón, Kiribati, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rwanda, Samoa, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, Vanuatu, Yemen y Zambia. Estos países también se incluyen en las regiones menos desarrolladas.

Bibliografía

- ALNAP. 2015. Future Humanitarian Financing: Looking Beyond the Crisis. www.alnap.org/resource/20157. Accessed 3 November 2015.
- Amnesty International. 2014. *Escape from Hell: Torture and Sexual Slavery in Islamic State Captivity in Iraq*. London: Amnesty International.
- Anderlini, S. 2010. *WDR Gender Background Paper, Background Paper for World Development Report 2011* (draft).
- Barnett, M., and P. Walker. 2015. "Regime Change for Humanitarian Aid: How to Make Relief More Accountable." *Foreign Affairs*, July/August.
- Bond for International Development. 2015. "State of the World's Emergencies: A Briefing for New UK Parliamentarians." A briefing prepared by Bond's Humanitarian and Conflict Policy groups, London, July.
- Bradshaw, S. 2015. "Engendering Development and Disasters." *Disasters* 39 (s1): s54-s75. doi:10.1111/disa.12111.
- Bradshaw, S., and M. Fordham. 2013. *Women, Girls and Disasters: A Review for DFID*. Middlesex University and Northumbria University and Gender and Disaster Network.
- Burke, J. 2015. "Nepal Quake Survivors Face Threat from Human Traffickers Supplying Sex Trade." *The Guardian*, May 5. www.theguardian.com/world/2015/may/05/nepal-quake-survivors-face-threat-from-human-traffickers-supplying-sex-trade. Accessed 15 August 2015.
- Callimachi, R., and M. Limaug. 2015. "ISIS Enshrines a Theology of Rape." *The New York Times*. www.nytimes.com/2015/08/14/world/middleeast/isis-enshrines-a-theology-of-rape.html?hp&action=click&pgtype=Homepage&module=first-column-region®ion=top-news&WT.nav=top-news&_r=0. Accessed 14 August 2015.
- CARE. 2015. "To Protect Her Honor" *Child Marriage in Emergencies—The Fatal Confusion between Protecting Girls and Sexual Violence*. CARE International.
- CARE. 2015b. *CARE Rapid Gender Analysis: Cyclone Pam Vanuatu 2015*.
- CARE. 2014. "The Girl Has No Rights": *Gender-based Violence in South Sudan*.
- Casey, S. E. 2015. "Evaluations of Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: A Systematic Review." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S1. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S1.
- Casey, S. E. et al. 2015. "Progress and Gaps in Reproductive Health Services in Three Humanitarian Settings: Mixed Methods Case Studies." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S3. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S3.
- Castillejo, C. 2015. *Fragile States: An Urgent Challenge for EU Foreign Policy*. Madrid: Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE).
- Center for Reproductive Rights. 2014. *A Global View of Abortion Rights*. New York: Center for Reproductive Rights.
- Center for Systemic Peace. 2015. *Global Conflict Trends*. www.systemicpeace.org/conflictrends.html. Accessed 8 September 2015.
- Child Protection and Gender-Based Violence Sub-Working Group, Jordan. 2013. *Findings from the Inter-agency Child Protection and Gender-based Violence Assessment in the Za'atari Refugee Camp*.
- Chynoweth, S. K. 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian agenda: The 2012-2014 Global Review." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): 11. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-I1.
- COHRE (Centre on Housing Rights and Evictions) 2008. *Women, Slums and Urbanization: Examining the Causes and Consequences*. Geneva: COHRE.
- Consortium. 2015. *Sexual and Reproductive Health and Disability: Examining the Needs, Risks and Capacities of Refugees with Disabilities in Kenya, Nepal and Uganda. Summary Report*. The Women's Refugee Commission, The Association of Medical Doctors of Asia-Nepal, The International Rescue Committee, The Refugee Law Project.
- CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015. *The Human Cost of Natural Disasters: A Global Perspective*. Brussels: CRED.
- CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). 2015a. EM-DAT database. <http://www.emdat.be/>. Accessed 3 November 2015.
- Cummings, R. et al., n.d. "Data on Health in the Syrian Conflict: An NGO Perspective, 2013-2014." Unpublished.
- Delaney, S. 2007. *Protecting Children from Sexual Exploitation & Sexual Violence in Disaster & Emergency Situations*. Bangkok: ECPAT International (End Child Prostitution, Child Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes).
- Development Initiatives. 2015. *Global Humanitarian Assistance Report*. www.globalhumanitarianassistance.org. Accessed 5 September 2015.
- DFID (United Kingdom Department for International Development). 2013. *Briefing Paper: Violence against Women and Girls in Humanitarian Emergencies*. London: DFID.
- DFID (United Kingdom Department for International Development). 2011. *Defining Disaster Resilience*. London: DFID.
- Diggins, J., and E. Mills. 2015. "The Pathology of Inequality: Gender and Ebola in West Africa." *IDS Practice Paper in Brief #23*. Institute of Development Studies Brighton.
- Erakit, J. 2014. "UNICEF Recovery Efforts Still Strong in Aftermath of Typhoon Haiyan." IPS, May 20. www.ipsnews.net/2014/05/unicef-recovery-efforts-still-strong-aftermath-typhoon-haiyan/. Accessed 28 August 2015.
- Feldman-Jacobs, C., and S. Ryniak. 2006. *Abandoning Female Genital Mutilation/Cutting: An In-depth Look at Promising Practices*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- FFP (Fund for Peace). 2015. *The Fragile States Index 2015*. Washington, DC: Fund for Peace.

- Foreman, M. 2015. Improving Reproductive Health Services for Forcibly Displaced Women." Population Reference Bureau, Washington, DC.
- Garfield, R., and J. Blore. 2009. "Direct Conflict Deaths 1989-2008." Calculations Based on Combined Count and Underreporting Estimates. Unpublished.
- Garfield, R. et al. 2012. "Changes in Size of Populations and Level of Conflict since World War II: Implications for Health and Health Services." *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 6 (3): 241-246. doi:10.1001/dmp.2012.37.
- Gates, S. et al. 2010. *Consequences of Civil Conflict*. Background paper for the World Development Report 2011. Washington, D.C.: World Bank.
- Gawaya, R. 2008. "Investing in Women Farmers to Eliminate Food Insecurity in Southern Africa: Policy-related Research from Mozambique." *Gender & Development* 16 (1): 147-159. doi:10.1080/13552070701876367.
- Gingerich, T., and M. J. Cohen. 2015. *Turning the Humanitarian System on its Head: Saving Lives and Livelihoods by Strengthening Local Capacity and Shifting Leadership to Local Actors*, Oxfam Research Reports, Oxfam America, Boston, MA, July.
- Global Coalition to Protect Education from Attack. 2015. *Lessons in War. Military Use of Schools and Universities during Armed Conflict*. New York: Global Coalition to Protect Education from Attack.
- Haar, R. J., and L. S. Rubenstein. 2012. *Health in Post Conflict and Fragile States. United States Institute of Peace Special Report 301*. January 2012.
- Harris, K. et al. 2013. *When Disasters and Conflicts Collide: Improving Links between Disaster Resilience and Conflict Prevention*. London: ODI.
- Hillier, D., and G. E. Castillo. 2013. *No Accident: Resilience and the Inequality of Risk*. Oxford: Oxfam International.
- Holmes, R., and D. Bhuvanendra. 2014. *Humanitarian Practice Network: Preventing and Responding to Gender-based Violence in Humanitarian Crises*. London: Overseas Development Institute.
- Howard, N. et al. 2011. "Reproductive Health for Refugees by Refugees in Guinea III: Maternal Health." *Conflict and Health* 5 (1): 5. doi:10.1186/1752-1505-5-5.
- Human Rights Watch. 2015a. *Iraq: ISIS Escapees Describe Systematic Rape—Yezidi Survivors in Need of Urgent Care*. <https://www.hrw.org/news/2015/04/14/iraq-isis-escapees-describe-systematic-rape>. Accessed 3 August 2015.
- Human Rights Watch. 2015b. *Country Summary: Somalia*.
- Human Rights Watch. 2010. *'As if We Weren't Human': Discrimination and Violence against Women with Disabilities in Northern Uganda*.
- Human Security Report Project. 2012. *Human Security Report 2012: Sexual Violence, Education, and War: Beyond the Mainstream Narrative*. Vancouver: Human Security Press
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Humanitarian Crisis in West Africa (Ebola) Gender Alert*.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2015. *Guidelines for Integrating Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Action: Reducing Risk, Promoting Resilience and Aiding Recovery*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2014. "Making the Links Work: How the Humanitarian and Development Community can Help Ensure No One is Left Behind." Paper presented at the 87th IASC Working Group Meeting, Geneva.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee). 2005. *Guidelines for Gender-based Violence Interventions in Humanitarian Settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee.
- IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2014. *Inter-agency Working Group for Reproductive Health in Crises Information Sheet*. 7. iawg.net/wp-content/uploads/2012/04/6.-IAWG-One-Pager-2015_English.pdf. Accessed 5 September 2015.
- IAWG (Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises). 2010. *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Inter-agency Working Group on Reproductive Health in Crises.
- IEP (Institute for Economics and Peace). 2014. *Global Terrorism Index 2014: Measuring and Understanding the Impact of Terrorism*. Sydney: IEP.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies). 2012. *The Road to Resilience: Bridging Relief and Development for a More Sustainable Future*. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- INFORM (Information for Risk Management) 2015. *INFORM Database*. 2015. www.inform-index.org/Portals/0/InfoRM/INFORM%202015%20Report%20Print.pdf. Accessed 3 September 2015.
- Inomata, T. 2012. *Financing for Humanitarian Operations in the United Nations System*, Joint Inspection Unit, United Nations, Geneva.
- Inter-cluster Coordination Group for the Humanitarian Country Team. 2014. *2014: Final Periodic Monitoring Report — Typhoon Haiyan (Yolanda)*.
- Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Figures*. www.internal-displacement.org/global-figures. Accessed 5 September 2015.
- Internal Displacement Monitoring Centre, International Rescue Committee. 2015. *Philippines: Long-term Recovery Challenges Remain in The Wake of Massive Displacement*.
- International Committee of the Red Cross. 2015. *Violent Incidents Affecting the Delivery of Health Care: January 2012-December 2014*. Third Interim Report of the ICRC Health Care in Danger project. Geneva: ICRC.

- International Organization for Migration. 2015. *Addressing Human Trafficking and Exploitation in Times of Crisis: Evidence and Recommendations for Further Action to Protect Vulnerable and Mobile Populations*. Geneva: International Organization for Migration.
- International Rescue Committee. 2015. *Private Violence, Public Concern: Intimate Partner Violence in Humanitarian Settings*. Practice Brief.
- International Rescue Committee. 2013. *Syria: A Regional Crisis—The IRC Commission on Syrian Refugees*. New York: IRC.
- International Rescue Committee. 2012. *The Condition of Women Girls in Yida Refugee Camp, South Sudan: A Reproductive Health and Gender-based Violence Rapid Assessment Yida Refugee Camp, Unity State, South Sudan*, IRC South Sudan Program, New York, February.
- Kieny, M. P., and D. Dovlo. 2015. "Beyond Ebola: A New Agenda for Resilient Health Systems." *The Lancet* 385 (9963): 91–92. doi:10.1016/S0140-6736(14)62479-X.
- Kim, S. E., et al. 2015. "Overview of Natural Disasters and their Impacts in Asia and the Pacific, 1970–2014." United Nations ESCAP Technical Paper, Information and Communications Technology and Disaster Risk Reduction Division, March. www.unescap.org/sites/default/files/Technical%20paper-Overview%20of%20natural%20hazards%20and%20their%20impacts_final.pdf. Accessed September 4.
- Klasing, A. M. 2011. "Nobody Remembers Us": Failure to Protect Women's and Girls' Right to Health and Security in Post-Earthquake Haiti. Human Rights Watch.
- Krause, S. et al. 2015. "Reproductive Health Services for Syrian Refugees in Zaatri Camp and Irbid City, Hashemite Kingdom of Jordan: An Evaluation of the Minimum Initial Services Package." *Conflict and Health* 9 (Suppl 1): S4. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S4.
- Kruk, M., et al. 2015. "What is a Resilient Health System? Lessons from Ebola." *The Lancet* 385 (9980): 1910–1912. doi:10.1016/S0140-6736(15)60755-3.
- Leaning, J., and D. Guha-Sapir. 2013. "Natural Disasters, Armed Conflict, and Public Health." *New England Journal of Medicine* 369 (19): 1836–1842. doi:10.1056/NEJMra1109877.
- Lwambo, D. 2011. *Before the War, I was a Man: Men and Masculinities in Eastern DR Congo*. Goma: HEAL Africa.
- Manyena, S. B. 2014. "Disaster Resilience: A Question of 'Multiple Faces' and 'Multiple Spaces'?" *International Journal of Disaster Risk Reduction* 8: 1–9. doi:10.1016/j.ijdr.2013.12.010.
- Matyas, D., and M. Pelling 2015. "Positioning Resilience for 2015: The Role of Resistance, Incremental Adjustment and Transformation in Disaster Risk Management Policy." *Disasters* 39 (s1): s1–s18. doi:10.1111/disa.12107.
- Mazurana, D. et al. 2011. *Sex and Age Matter: Improving Humanitarian Response in Emergencies*. Boston, MA: Feinstein International Center.
- McAslan, A. 2010. *Resilience Origins and Utility*. Adelaide: Torrens Resilience Institute.
- McDonnell, N. 2015. "Dollars to Disasters: The Gamble of Emergency Relief." *The New Yorker*, August 18, New York.
- McGinn, T. 2000. "Reproductive Health of War-affected Populations: What Do We Know?" *International Family Planning Perspectives* 26 (4):174–180. doi:10.2307/2648255.
- Milner, J., and G. Loescher. 2011. *Responding to Protracted Refugee Situations: Lessons from a Decade of Discussion*. Refugee Studies Centre: Forced Migration Policy Brief 6. Oxford: University of Oxford.
- Ministère du Plan et al. 2014. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013–2014*. Rockville, MD: MPSMRM, MSP et ICF International.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015. *Global Overview 2015: Internally Displaced by Conflict and Violence*. Geneva: IDMC and NRC.
- Norwegian Refugee Council, Internal Displacement Monitoring Centre. 2015a. *Urban Informal Settlers Displaced by Disasters: Challenges to Housing Responses*. Geneva: IDMC and NRC.
- ODI (Overseas Development Institute) et al. 2013. *The Geography of Poverty, Disasters and Climate Extremes in 2030*. London: ODI.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2015. *States of Fragility 2015: Meeting Post-2015 Ambitions*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2013. *Fragile States: 2013: Resource Flows and Trends in Shifting World*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD-DAC (Organisation for Economic Co-operation, Development Assistance Committee). 2014. *DAC Members' Net Official Development Assistance in 2014*, Tabulated OECD statistical data. www.oecd.org/dac/stats/documentupload/ODA%202014%20Tables%20and%20Charts.pdf. Accessed 4 September 2015.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights). 2015. "Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on the Human Rights Situation in Iraq in the Light of Abuses Committed by the So-called Islamic State in Iraq and the Levant and Associated Groups." A/HRC/28/18. March 13.
- Ormhaug, C. 2009. *Armed Conflict Deaths Disaggregated by Gender*. Oslo: PRIO.
- Ortoleva, S., and H. Lewis. 2012. "Forgotten Sisters—A Report on Violence Against Women with Disabilities: An Overview of its Nature, Scope, Causes and Consequences." Northeastern University School of Law Research Paper No. 104.

- Osoimehin, B. 2015. *Young People on Frontlines of Humanitarian Response*. *The Huffington Post*. www.huffingtonpost.com/dr-babatunde-osotimehin/young-people-on-frontline_b_8072870.html. Accessed 5 September 2015.
- Oxfam. 2008. *Evaluation of 'Integrated Action on Poverty and Early Marriage' Programme in Yemen*. London: Oxfam.
- Patel, P. et al. 2009 "Tracking Official Development Assistance for Reproductive Health in Conflict-affected Countries." *PLoS Medicine* 6 (6): e1000090. doi:10.1371/journal.pmed.1000090.t006.
- Peek, L. 2008. "Children and Disasters: Understanding Vulnerability, Developing Capacities, and Promoting Resilience—An Introduction." *Children Youth and Environments* 18 (1): 1-29. doi:10.7721/chilyoutenvi.18.1.0001.
- Pincha, C. 2008. *Gender Sensitive Disaster Management: A Toolkit for Practitioners*. Mumbai: Oxfam America and NANBAN Trust.
- Plan International. 2013. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2013: In Double Jeopardy: Adolescent Girls and Disasters*. Surrey: Plan International.
- Plan International. 2011. *Weathering the Storm: Adolescent Girls and Climate Change*. Plan International.
- Price, M. et al. 2014. *Updated Statistical Analysis of Documentation of Killings in the Syrian Arab Republic*. Human Rights Data Analysis Group for OHCHR.
- RAISE Initiative. 2015. *Safe Abortion in Emergencies, June 2015*. New York: RAISE Initiative.
- Reinl, J. 2015. Q&A: *Probing Islamic State's sex atrocities with the United Nations*. www.middleeasteye.net/news/qa-probing-islamic-state-s-sex-atrocities-united-nations-1064004421#sthash.jhyNuFVp.dpuf. Accessed 4 August 2015.
- Save the Children. 2014. *State of the World's Mothers 2014: Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises*. Westport, CT: Save the Children.
- Save the Children and UNFPA. 2009. *Adolescent and Sexual Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: Save the Children and UNFPA.
- Schafer, A. et al. 2010. "Psychological first aid pilot: Haiti emergency response." *Intervention*, 8(3): 245-254.
- Searle, L. n.d."Healing Communities, Transforming Society: Exploring the Interconnectedness between Psychosocial Needs, Practice and Peacebuilding." Unpublished conference proceedings.
- Shaikh, M. A. 2008. "Nurses' Use of Global Information Systems for Provision of Outreach Reproductive Health Services for Internally Displaced Persons." *Prehospital Disaster Medicine* 23 (3): s35-s38.
- Shiferaw, B. et al. 2014. "Managing Vulnerability to Drought and Enhancing Livelihood Resilience in Sub-Saharan Africa: Technological, Institutional and Policy Options." *Weather and Climate Extremes* 3: 67-79. doi:10.1016/j.wace.2014.04.004.
- Shteir, S. 2014. *Conflict-related Sexual and Gender-based Violence*. Australian Civil-Military Centre.
- START Network. 2014. *Crisis Briefing September 2014 Humanitarian Funding Analysis: Kurdish Refugees from Syria into Turkey*, Briefing note in collaboration with Global Humanitarian Assistance, September. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2014/09/Kurdish-Refugees-Turkey-23-Sept-2014_for-upload.pdf. Accessed 5 September 2015.
- Stoianova, V. 2013. *Private Funding for Humanitarian Assistance: Filling the Gap?* Global Humanitarian Assistance Development Initiatives, August. www.globalhumanitarianassistance.org/wp-content/uploads/2013/08/private-funding-2013-online1.pdf. Accessed 4 September 2015.
- Tanabe, M. et al., 2015. "Tracking Humanitarian Funding for Reproductive Health: A Systematic Analysis of Health and Protection Proposals from 2002-2013." *Journal of Conflict and Health* 9 (1): S2. doi:10.1186/1752-1505-9-S1-S2.
- Twigg, J. 2009. *Characteristics of a Disaster-Resilient Community*. London: University College London.
- UNAIDS. 2015. *HIV in Emergency Contexts: Background Note. Agenda Item 9. Thirty-sixth Meeting, 30 June-2 July*. Programme Coordinating Board. Geneva: UNAIDS.
- UNDP (United Nations Development Programme). 2015. *Confronting the Gender Impact of Ebola Virus Disease in Guinea, Liberia and Sierra Leone*. UNDP Africa Policy Note. 2(1).
- UNDP (United Nations Development Programme). 2015a. *Recovering from the Ebola Crisis*. www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/crisis-prevention-and-recovery/recovering-from-the-ebola-crisis---full-report.html. Accessed 7 October 2015.
- UNFPA. n.d. *HIV/AIDS and Gender Factsheets*.
- UNFPA. 2015. Abu Dhabi Declaration. www.unfpa.org/events/third-united-nations-world-conference-disaster-risk-reduction. Accessed November 3.
- UNFPA. 2015a. *Women & Girls Safe Spaces: A Guidance Note on the Lessons Learned from the Syrian Crisis*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2015b. *Young People on the Frontlines of Crisis*. <https://www.worldhumanitarianismsummit.org/file/504128/download/549328>. Accessed 11 September 2015.
- UNFPA. 2014. *UNFPA Situation Report for the Gaza Crisis—November 2014*.
- UNFPA. 2012. *Managing Gender-based Violence Programmes in Emergencies*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2012a. *Marrying Too Young*. New York: UNFPA.
- UNFPA. 2010. *State of World Population 2010—From Conflict and Crisis to Renewal: Generations of Change*. New York: UNFPA.

- UNFPA and Save the Children. 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA and Women's Refugee Commission. 2015. *Young People on the Frontlines of Crisis*.
- UNFTS (United Nations Financial Tracking System). 2015. www.fts.unocha.org. Accessed 5 September 2015.
- UN-HABITAT (United Nations Human Settlements Programme) 2013. *State of the World's Cities Report 2012/2013: Prosperity of Cities*. Nairobi: UN-HABITAT.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2015. *Global Trends: Forced Displacement in 2014*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011. *Driven by Desperation: Transactional Sex as a Survival Strategy in Port-au-Prince IDP Camps*.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 2011a. *Working with Persons with Disabilities in Forced Displacement*. Need to Know Guidance 1. Geneva: UNHCR.
- UNICEF. 2015. *Humanitarian Action for Children*. New York: UNICEF.
- UNIFEM. 2010. *Pakistan Floods 2010—Summary Report: Rapid Gender Needs Assessment of Flood-affected Communities*.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015. *Making Development Sustainable: The Future of Disaster Risk Management. Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction (United Nations International Strategy for Disaster Reduction).
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2015a. *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Risk Reduction). 2014. *UNISDR's Annual Report 2014*. Geneva: United Nations, March 2015.
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2005. *Hyogo Framework for Action 2005-2015: Building the Resilience of Nations and Communities to Disasters*. New York: United Nations Office for Disaster Risk Reduction.
- United Nations. 2015. *Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development*, Conference report, Addis Ababa, July.
- United Nations. 2015a. *Millennium Development Goals Report 2015*. New York: United Nations.
- United Nations. 2015b. *Report of the Secretary-General International Cooperation on Humanitarian Assistance in the Field of Natural Disasters, from Relief to Development*. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations. 2015c. *Strengthening of the Coordination of Emergency Humanitarian Assistance of the United Nations. Report of the Secretary-General*. New York: United Nations General Assembly, Economic and Social Council.
- United Nations. 2015d. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*.
- United Nations. 1995. *Report of the Fourth World Conference on Women*, Beijing, 4-15 September. New York: United Nations.
- United Nations. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. New York: United Nations.
- United Nations Human Rights Council. 2012. *Thematic study on the issue of violence against women and girls and disability: Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*. Twentieth session. A/HRC/20/5.
- United Nations Human Rights Council. 2011. *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, Rashida Manjoo*. Seventeenth session. A/HRC/17/26.
- United Nations Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing. 2014. *Report of the Intergovernmental Committee of Experts on Sustainable Development Financing*, New York, August. <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/4588FINAL%20REPORT%20ICESDF.pdf>. Accessed 5 September 2015.
- United Nations Iraq. 2014. *SRSB Bangura and SRSB Mladenov Gravely Concerned by Reports of Sexual Violence against Internally Displaced Persons*. Statement. www.uniraq.org/index.php?option=com_k2&view=item&id=2373:srsb-bangura-and-srsb-mladenov-gravely-concerned-by-reports-of-sexual-violence-against-internally-displaced-persons&Itemid=6-05&lang=en. Accessed 28 August 2015.
- UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2015. "Humanitarian Assistance." www.un.org/en/sections/priorities/humanitarian-assistance/index.html. Accessed 1 September 2015.
- UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs). 2014. *World Humanitarian Data and Trends 2014*, Geneva, March, 2013. www.unocha.org/data-and-trends-2014/downloads/World%20Humanitarian%20Data%20and%20Trends%202014.pdf. Accessed 5 September 2015.
- UN Women. 2015. *Reaching Out to Survivors of Violence in Post-earthquake Nepal*. www.unwomen.org/en/news/stories/2015/7/reaching-out-to-survivors-of-violence-in-post-earthquake-nepal#sthash.bRG48Ej3.dpuf. Accessed 12 August 2015.
- UN Women. 2015a. *The Effect of Gender Equality Programming on Humanitarian Outcomes*. New York: UN Women.

- UN Women. 2013. "Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage." Inter-agency assessment. Amman: UN Women.
- United Nations Security Council. 2015. "Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General." S/2015/203.
- WHO (World Health Organization). 2012. *Integrating Sexual and Reproductive Health into Health Emergency and Disaster Risk Management*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2002. *Gender and Health in Disasters*. Geneva: Department of Gender and Women's Health.
- Winderl, T. 2014. *Disaster Resilience Measurements—Stocktaking of Ongoing Efforts in Developing Systems for Measuring Resilience*.
- Wisner, B. 2006. *Let our children teach us! A review of the role of education and knowledge in disaster risk reduction*. A report by the ISDR System Thematic Cluster/Platform on Knowledge and Education. Bangalore: Books for Change.
- Women's Refugee Commission. 2014. *I'm here: Adolescent Girls in Emergencies: Approach and tools for improved response*. New York: WRC.
- Women's Refugee Commission. 2014a. *The Woman can Decide for Herself": The Intersection of Sexual and Reproductive Health and Disability for Refugees in Kakuma Refugee Camp, Kenya*. New York: Women's Refugee Commission.
- Women's Refugee Commission. 2013. *Gender-based Violence among Displaced Women and Girls with Disabilities: Findings from Field Visits 2011—2012*.
- Women's Refugee Commission. 2004. *Life Saving Reproductive Health Care in Chad: Ignored and Neglected*. New York: Women's Refugee Commission.
- Women's Refugee Commission et al. 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission, Save the Children, UNHCR and UNFPA.
- Wood, E. J. 2015. *Conflict-related sexual violence and the policy implications of recent research*. International Review of the Red Cross.
- World Bank. 2015a. *Fragility, Conflict and Violence*. www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview#1. Accessed 5 September 2015.
- World Bank. 2015b. *Global Monitoring Report 2014/2015: Ending Poverty and Sharing Prosperity*. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. 2013. *Turn Down the Heat: Climate Extremes, Regional Impacts, and the Case for Resilience*. Washington, DC: World Bank.
- World Vision. n.d. *Global Health—Nutrition: Supporting Breastfeeding in Emergencies: The Use of Baby-Friendly Tents*.
- World Vision UK. 2013. *Untying the Knot: Exploring Early Marriage in Fragile States*. World Vision UK Research Report. London: World Vision UK.
- Wulf, D. 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugees.