

Globalización, género y salud: Relación entre la investigación y la generación de políticas



Trabajo de investigación preparado para
*Globalización y salud:
El desafío del género*

Simposio de la Universidad de Yale
20 al 22 de junio de 2003

**Globalización, género y salud:
Relación entre la investigación y la generación de políticas
Socios del proyecto**

Instituto de Género y Salud,
Institutos Canadienses para la Investigación en Salud

Centro Internacional Fogarty,
Institutos Nacionales de Salud

Centro de Investigación en Salud de la Mujer,
Centro Colaborador OMS/OPS para la Investigación en Salud de la Mujer

Departamento de Salud Pública, División de Salud Global
Universidad de Yale

Centro para el Liderazgo Público
Universidad de Harvard

Coalición Canadiense para la Investigación de la Salud,
CIHR, CIDA, IDRC, HC

Instituto de Salud de los Pueblos Aborígenes,
Institutos Canadienses para la Investigación en Salud

Instituto de la Población y la Salud Pública,
Institutos Canadienses para la Investigación en Salud

Oficina para la Transferencia de Conocimientos,
Institutos Canadienses para la Investigación en Salud

Oficina de Investigación sobre la Salud de la Mujer,
Institutos Nacionales de Salud

Instituto Nacional para las Ciencias de Salud Ambiental,
Institutos Nacionales de Salud

Sociedad Canadiense para la Salud Internacional

Organización Mundial de la Salud

Cátedra Regional UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología en Latinoamérica

UNIFEM – Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer

Proyecto del Milenio

Red Global de Aprendizaje para el Desarrollo,
Banco Mundial

Trabajo de investigación preparado para
Globalización y salud: El desafío del género
Simposio de la Universidad de Yale
20 al 22 de junio de 2003

Canada



Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a la Dra. Miriam Stewartal, Directora del Instituto de Género y Salud perteneciente al Instituto Canadiense para la Investigación en Salud, por todo su apoyo, sin el cual esta iniciativa no hubiera sido posible. Asimismo, hacemos extensivo nuestro agradecimiento a la Dra. Elizabeth MacGregor, Subdirectora del Instituto de Género y Salud del Instituto Canadiense para la Investigación en Salud, por el aporte que nos ha brindado. La Dra. MacGregor concibió el concepto de esta iniciativa, contribuyó con su visión y energías para impulsar esta idea y enriqueció los borradores iniciales de nuestro trabajo con sus comentarios exhaustivos.

Asimismo, quisiéramos expresar un especial agradecimiento a todos aquéllos que han contribuido de manera significativa en el desarrollo de estos trabajos por sus valiosos e incondicionales comentarios, entre ellos a Paul Courtright, Kelly Lee, Geoffrey Oldham y Michael Phillips, así como a Ken Bassett, Gloria Bondar, Marie Boutilier, Kari Hartwig, Basanti Majumdar y Jeff Reading por sus observaciones a los borradores iniciales de este informe. También agradecemos a Megan Camm y Mary Chiu por su destacado apoyo administrativo y quisiéramos augurarles a estos jóvenes profesionales un futuro brillante en su carrera académica.

Finalmente, quisiéramos agradecer los fondos proporcionados por los Institutos Canadienses para la Investigación en Salud, así como el respaldo recibido de la Coalición Canadiense para la Investigación de la Salud Global, el Instituto Fogarty dependiente de la Oficina de Institutos Nacionales de Salud, la Organización Mundial de la Salud, el Centro de Investigación en Salud de la Mujer, la Universidad de Harvard y la Universidad de Yale.

Autores

Dra. Heather Maclean, Directora del Centro de Investigación en Salud de la Mujer,
Centro Colaborador OMS/OPS para la Investigación en Salud de la Mujer

Dr. Ronald Labonte, Director de la Unidad de Investigación de la Salud y Evaluación de la Población de
Saskatchewan
Profesor de las Universidades de Saskatchewan y Regina

Keva Glynn, M.H.Sc. (Master en Ciencias de la Salud), Investigadora Asociada
Centro de Investigación en Salud de la Mujer, Centro Colaborador OMS/OPS para la Investigación en
Salud de la Mujer

Suzanne R. Sicchia, M.H.Sc. (Master en Ciencias de la Salud), Candidata al M.Sc. (Master en Ciencias),
Investigadora Asociada
Centro de Investigación en Salud de la Mujer, Centro Colaborador OMS/OPS para la Investigación en
Salud de la Mujer

TABLA DE CONTENIDOS

PREFACIO.....	6
CAPÍTULO 1: GLOBALIZACIÓN Y SALUD: MARCO ESTRUCTURAL.....	8
La globalización no es algo nuevo pero sí diferente	8
¿Cómo afecta esta realidad a los hombres y mujeres?	9
La globalización puede ser positiva para nuestra salud.....	10
Al mismo tiempo, la globalización puede ser negativa para nuestra salud.....	10
Marco para comprender el impacto de la globalización en la salud.....	11
CAPÍTULO 2: LA GLOBALIZACIÓN ECONÓMICA	15
DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO*	15
Introducción.....	15
Teoría y práctica de la globalización y la teoría económica neoliberal.....	17
Estudios críticos de género	18
Conclusiones.....	23
CAPÍTULO 3: LAS DIMENSIONES DE GÉNERO EN LAS ASOCIACIONES GLOBALES PÚBLICAS Y PRIVADAS PARA LA SALUD**	24
Introducción.....	24
Asociaciones Globales Públicas y Privadas y Bienes Públicos Globales.....	25
Las Asociaciones Globales Públicas y Privadas y la Salud.....	25
Asociaciones Globales Públicas y Privadas, participación de los sectores privados y de la salud	28
Gobierno de la salud global y las AGPP: Un análisis de género	31
Investigación futura.....	32
CAPÍTULO 4: TEMAS CLAVE RELACIONADOS	37
Breve introducción a los trabajos sobre el tema de globalización, género y salud	37
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	62
APÉNDICE 1: DEFINICIONES DE GLOBALIZACIÓN	67
APÉNDICE 2: PARTICIPACIÓN Y VOZ DE HOMBRES Y MUJERES*.....	70
APÉNDICE 3: SOCIOS DEL PROYECTO DE GLOBALIZACIÓN, GÉNERO Y SALUD	72
REFERENCIAS	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Globalización y salud: Vías y elementos seleccionados	14
Figura 2: Tendencias habitualmente asociadas con la ola actual de globalización según la literature	16
Figura 3: Sesgo en las políticas macroeconómicas asociadas con la actual ola de globalización	19
Figura 4: Tendencias laborales de género asociadas con la actual ola de globalización	21
Figura 5a: Resumen del sector privado y las AGPP: Un análisis de género	30
Figura 5b: Resumen sobre el gobierno del sistema: Un análisis de género	31

PREFACIO

Este trabajo de investigación les ofrece a todos los partícipes en el ámbito que aquí se aborda un trampolín para discutir los temas clave en la interfaz entre globalización, género y salud. La discusión que se plantea en este informe no es exhaustiva. En cambio, su objetivo es imponer un reto a la opinión e ideas de las personas sobre los temas de la salud de género asociados con la actual ola de globalización. Si bien nuestro análisis gira principalmente en torno a un debate general sobre las diferencias entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, sería pertinente realizar un estudio más específico de lo que ocurre dentro de esos países y entre sí. Asimismo, nuestro análisis se centra en el género y, por lo tanto, las secciones correspondientes a los temas específicos de este trabajo no contemplan otras formas importantes de estratificación social, tales como clase, raza, capacidades y orientación sexual. Otra limitación importante del presente trabajo de investigación es la ausencia de un análisis histórico consistente de la globalización.¹ En rigor, debería realizarse un análisis de tales características, en particular en relación con el impacto de la globalización en la salud de los Pueblos Indígenas. Históricamente, sus experiencias de opresión han trascendido con creces la actual ola de globalización y, sin embargo, continúan produciendo efectos profundos y permanentes sobre su salud (Reading, comunicación personal, 20 de enero de 2003). Finalmente, los temas de salud que se recogen en este informe se basan en la revisión de una amplia gama de literatura y discusiones con expertos en esta área. Como es natural, la definición de globalización utilizada y los temas de salud ‘prioritarios’ que emanan del punto de intersección entre globalización, género y salud varían de acuerdo con la ubicación geográfica y perspectiva sociopolítico individual. Por consiguiente, estos trabajos sólo pueden considerarse como un punto de partida para un posterior análisis más riguroso. Finalmente, es nuestro anhelo que las discusiones que surjan de este trabajo sienten las bases para futuras acciones, entre ellas, el desarrollo de actividades de investigación, capacitación y generación de políticas.

Estructura del trabajo

Este trabajo de investigación está dividido en cuatro capítulos: (1) marco estructural de la globalización y la salud; (2) globalización económica desde la perspectiva de género; (3) dimensiones de género de las asociaciones públicas y privadas globales de la salud; y (4) temas clave en la interfaz entre globalización, género y salud. Además, el documento incluye un glosario de términos, apéndices, una lista de material de referencia y un formulario de opinión que los invitamos a completar una vez leído la totalidad de este documento o cualquiera de sus partes. En síntesis, el capítulo uno introduce el marco de Labonte y Torgerson (2002) como una herramienta heurística que se puede utilizar para desarrollar un entendimiento más crítico de la relación dinámica entre globalización y salud. El capítulo dos se concentra más específicamente en la teoría y práctica de la globalización económica y resume algunos de los principales estudios críticos de estas ideas y enfoques desde la óptica del género. El capítulo tres profundiza el contenido de los dos primeros y explora los temas de salud y gobernabilidad desde el punto de vista de las asociaciones públicas y privadas globales. Asimismo, ofrece un estudio de caso ilustrativo sobre la Iniciativa Internacional contra el Tracoma. El último capítulo incluye una serie de trabajos breves que abordan un conjunto de temas que surgen de la interfaz entre globalización, género y salud. Los mismos arrojan luz y en algunos casos se explayan sobre los

¹ Véase Branko Milanovic (2003) y Katz (2001) para mayor información sobre la relación entre colonialismo y globalización.

temas presentados en capítulos anteriores. La breve extensión de estos trabajos es intencional y su objetivo es proporcionar una síntesis de la literatura relacionada en las siguientes áreas: nutrición y seguridad alimentaria, HIV/SIDA, tabaquismo, salud mental, enfermedades infecciosas y violencia.

La globalización describe un proceso por el cual las naciones, empresas e individuos están logrando una conexión e interdependencia cada vez mayor en todo el mundo a través de una creciente integración económica, intercambio de comunicación, difusión cultural (especialmente de la cultura occidental) y viajes. No se trata de un fenómeno nuevo. Jared Diamond, en su libro titulado *Guns Germs and Steel* (2000), relata cómo la historia de la humanidad se ha caracterizado por la lucha permanente por extender las fronteras, la exploración, la expansión, la conquista y la asimilación.

La globalización no es algo nuevo pero sí diferente

La globalización contemporánea, inducida por las innovaciones en el área de las tecnologías de la comunicación, se caracteriza por una liberalización cada vez mayor en el flujo transfronterizo de capital financiero y en el comercio de bienes y servicios. Se diferencia de eras anteriores en varios aspectos, a saber:

1. *La magnitud y velocidad de dicho movimiento, en particular el del capital financiero.* El volumen diario de transacciones en divisas supera los US \$1.5 billones (algunos estiman que asciende a US \$2 billones), es decir más del doble de las reservas totales de divisas de todos los gobiernos. Dichas transacciones reducen la capacidad del Estado de intervenir en los mercados de divisas a fin de estabilizar sus respectivas monedas, administrar sus economías y mantener la autonomía fiscal (PNUD, 1999a). La carga interna que ocasionan estas crisis de divisas (mayor desempleo, menos servicios públicos, aumento de la pobreza) ha sido soportada principalmente por las mujeres (Gyebi y colab., 2002), lo cual a su vez, y ante la inminencia de tales caídas en la economía, ha desembocado en un aumento de la violencia contra las mujeres y niños (Shin & Chang, 1999; UNFPA, 1998).
2. *El establecimiento de normas vinculantes, principalmente a través de la Organización Mundial del Comercio.* Los acuerdos comerciales imponen obligaciones supra-nacionales cada vez mayores a las naciones-estado. Además, los países han celebrado centenares de otros acuerdos y convenios multilaterales sobre derechos humanos y protección ambiental, pero muy pocos llevan implícita alguna sanción. Esta asimetría entre las normas económicas exigibles (basadas en el mercado) y las obligaciones sociales y ambientales recíprocas no exigibles constituyen el principal reto de gobernabilidad del nuevo milenio (Kickbusch, 2000; Labonte, 1998; PNUD, 1999a).
3. *El tamaño de las compañías transnacionales involucradas, muchas de las cuales cuentan con economías mucho más grandes que varias naciones o incluso regiones enteras.* Gran parte del comercio global de bienes se realiza dentro de las mismas empresas, lo cual significa que la filial de una compañía en un país

* Dr. Ronald Labonte, Director de la Unidad de Investigación de la Salud y Evaluación de la Población de Saskatchewan, Profesor de las Universidades de Saskatchewan y Regina.

vende piezas o productos a una filial en otro país (Reinicke, 1998). Esto le permite a las empresas concentrar los procesos de la cadena de producción que requieren de mano de obra intensiva en los países donde los salarios son más bajos (a menudo en zonas exclusivas de producción de bienes de exportación) y declarar la mayor parte de sus ingresos en países donde los impuestos también son más bajos, lo cual conduce a una competencia fiscal global y a una menor recaudación impositiva obtenida de las empresas en todos los países).

4. *El aparente compromiso de la mayoría de los países de continuar con el proyecto de integración económica global a través de una mayor liberalización del mercado.* Este compromiso se construye sobre la base de dos décadas de dominio de los fundamentos económicos neoliberales, reflejados en las políticas macroeconómicas de muchos gobiernos, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la mayoría de los acuerdos de comercio. Esta situación, sin embargo, a veces puede verse alterada por la renuencia de las naciones más ricas del mundo a cumplir con tales fundamentos si éstos no las benefician directamente, como ha quedado demostrado con la continua presencia e incluso el aumento de subsidios internos otorgados a la agricultura que distorsionan el modelo de comercio en la Unión Europea, Japón y Estados Unidos.
5. *La naturaleza “inherentemente global” de muchos temas sociales, económicos y de la salud* (Labonte & Spiegel, 2002). El impacto ambiental de las actividades humanas tiene una escala y alcance que afecta a todo el Planeta. La pandemia de algunas enfermedades y la estagnación económica apuntalan de algún modo el colapso del Estado y el conflicto regional (Price-Smith, 2002). Casi un sexto de la humanidad se “moviliza” para escapar de la degradación económica o ambiental y los conflictos sociales, ejerciendo presión en las fronteras de otras naciones. El riesgo del retorno al unilateralismo de las naciones más poderosas siempre está latente. La evidencia de la necesidad de contar con soluciones multilaterales (globales) es irrefutable.

¿Cómo afecta esta realidad a los hombres y mujeres?

Gran parte del foco del fenómeno de la globalización se ha concentrado en los efectos de las distintas políticas macroeconómicas (es decir, la liberalización, la privatización, el minimalismo del Estado) en el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Hasta hace poco tiempo, prácticamente se ha hecho caso omiso a las consecuencias de la globalización actual en la salud y, en especial, en el modo diferente en el que ésta afecta la salud de los hombres y mujeres, tanto en un sentido positivo como negativo. Muchos estudios sobre las diferencias de género en cuanto a salud y desarrollo en las naciones más pobres se limitan al nivel doméstico o de la comunidad local. En este caso, la evidencia resulta convincente: En igualdad de condiciones, los hogares donde las mujeres controlan la mayor parte de los ingresos o recursos alimentarios tienden a ser más saludables (Rico, 1998). Históricamente las mujeres siempre han asumido más responsabilidad sobre los niños y el cuidado de la familia y asignan a dicha responsabilidad una mayor prioridad que los hombres a la hora de distribuir los ingresos del hogar.

Sin embargo, si traspoláramos este interrogante a los estratos más elevados de la economía política, la pregunta sería por qué generalmente las mujeres ejercen menos control de los recursos materiales o cuál es el factor que determina su mayor control de los recursos del hogar. En términos más amplios, ¿cuáles son los factores que influyen en el contexto social, ambiental, económico y político que distribuye los recursos necesarios entre hombres y mujeres de manera diferenciada? ¿Qué rol cumple la globalización actual en esta configuración? En definitiva, la pregunta clave aquí es si la globalización está conduciendo o no hacia una forma de desarrollo económico que permite a las mujeres achicar la brecha que las separa de los hombres en cuanto a salud, educación y derechos legales.

La globalización puede ser positiva para nuestra salud

Desde una óptica positiva, en materia de salud existen varios argumentos pro-globalización indiscutibles. La difusión del nuevo conocimiento y tecnología a través del comercio y la inversión, por ejemplo, puede contribuir en el control, tratamiento y prevención de enfermedades. Asimismo, existe amplio consenso sobre los efectos positivos de la globalización en los derechos y apoderamiento de género, si bien se advierte que estos derechos no son tan sólo una invención de Occidente sino que también existieron (a menudo con mayor presencia en tiempos de la colonización pre-occidental) en muchos países supuestamente menos emancipados que los que conocemos en la actualidad (Sen, 1999). En términos económicos, el argumento de la pro-globalización postula que el aumento del comercio y la inversión extranjera a través de la liberalización puede fomentar el crecimiento económico. Dicho crecimiento se puede destinar a sostener la inversión en los bienes públicos necesarios, tales como la atención sanitaria, la educación, programas de apoderamiento de las mujeres, etc. (Dollar, 2001; Dollar & Kray, 2000). Dicho crecimiento, en especial en los países más pobres, también permite reducir la pobreza, lo cual a su vez conduce a un mejor estado de salud de la población. Este factor, particularmente en los países más desfavorecidos, está cada vez más asociado con el crecimiento económico (Sayedoff & Schultz, 2000; Organización Mundial de la Salud, 2001), cerrándose así un círculo perfecto.

Al mismo tiempo, la globalización puede ser negativa para nuestra salud

El argumento a favor de la globalización, si bien imperioso, es cuestionado por algunos escépticos que sostienen que el círculo perfecto de la globalización puede arrastrar cierta corriente viciosa de fondo; por ejemplo, una propagación más rápida de las enfermedades infecciosas -algunas de las cuales se están volviendo resistentes a los tratamientos- y la adopción cada vez más habitual de estilos de vida poco saludables propios de 'Occidente' por un número creciente de personas (Lee, 2001). El mayor desafío es que la liberalización no siempre o necesariamente conduce hacia un mayor intercambio comercial, inversiones extranjeras o crecimiento económico y que, cuando esto ocurre, no necesariamente contribuye a reducir la pobreza (Cornia, 2001; NDP y colab., 2000; Weisbrot y colab., 2001). Gran parte de los resultados depende de las condiciones sociales, económicas y ambientales pre-existentes dentro de cada país, así como de los programas y políticas nacionales específicos que permitan fortalecer las capacidades de los ciudadanos (programas sociales de salud, educación y bienestar) (PNUD 1999a, PNUD y colab., 2000).

China, Corea, Tailandia, Malasia, Indonesia y Vietnam aumentaron considerablemente su protagonismo comercial en el mundo, pero lo hicieron sobre todo en términos de exportaciones. Retuvieron las barreras arancelarias y no arancelarias que protegían algunos sectores importantes de su economía frente a las importaciones de otros competidores, resguardaron la propiedad pública de grandes segmentos del sector bancario e impusieron restricciones en la afluencia de capital externo. Históricamente éste es el modo en el que se desarrollaron las economías más ricas de Europa y Norteamérica (Rodríguez & Rodrik, 2000; Rodrik, 1999). Las normas de la Organización Mundial del Comercio hoy prohíben que los países pobres hagan lo mismo y sólo les otorgan algunas condiciones de “tratamiento especial y diferencial” (exenciones en los acuerdos comerciales). A las economías más débiles que cuentan con menos protección interna, en gran medida eliminada en el pasado a través de las políticas de préstamo de “ajuste estructural” del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, les ha ido bastante mal con la liberalización, especialmente a los países de África y América Latina. El efecto neto para ellos ha sido una marcada disminución en su actividad económica interna, menores salarios e ingresos fiscales y una balanza comercial empobrecida (Desarrollos Sustentables, 2001). A modo de ejemplo, tras su proceso de liberalización, México, Uruguay, Zimbabwe, Kenya, India y las Filipinas fueron testigos de bruscas caídas en sus ingresos con un aumento correspondiente de la pobreza y niveles deficientes de salud entre la población rural (Hilary, 2001).

Marco para comprender el impacto de la globalización en la salud

La globalización puede mejorar la salud de las personas en algunas circunstancias pero empeorarla en otras, especialmente cuando el proceso de liberalización se desarrolla con gran rapidez y sin apoyo del Estado para los sectores y grupos de la población afectados por el mismo (Ben-David y colab., 1999; Cornia, 2001; PNUD, 1999a). El libre comercio de productos agrícolas puede ofrecer beneficios económicos a corto plazo a los países menos desarrollados. Este factor puede mejorar la salud de las personas, según la equidad con la que dichos beneficios se distribuyan entre todos los ciudadanos. Sin embargo, la exportación de alimentos en los países más pobres también puede incrementar el consumo de combustibles fósiles utilizados para su transporte, creando efectos perjudiciales para la salud y el medio ambiente tanto a corto como a largo plazo, reducir la seguridad alimentaria (FAO, 1996; Karl, 1997) y aumentar el tiempo destinado por las mujeres a la producción de alimentos para consumo doméstico (Tibaijuka, 1994). Por otra parte, la exportación de productos básicos fomenta un crecimiento económico a largo plazo inferior al de la exportación de productos fabricados (“con valor agregado”) (Kim y colab., 2000). Las políticas proteccionistas, incluyendo los subsidios, permiten preservar la vida rural y los medios de vida, argumentos que habitualmente preconizan la Unión Europea y Japón (Labonte, 2000). Esto beneficia la salud y la calidad de vida de las poblaciones rurales; sin embargo, dichas políticas también respaldan formas ecológicamente no sustentables de producción y elevan el control oligopolístico de las empresas sobre la producción global de alimentos.

La apertura del comercio ha aumentado la participación de las mujeres en el sector del trabajo remunerado, lo cual constituye un logro importante en el apoderamiento de género (Ozler en PNUD, 1999a). No obstante, gran parte del trabajo de las mujeres continúa siendo mal recompensado, insalubre e inseguro en las zonas de exportación de “libre comercio” que a menudo vedan cualquier forma de organización del trabajo y emplean sólo a mujeres. A menudo,

el ingreso que obtienen va destinado directamente a los hombres del núcleo familiar. Las mujeres tienen la prerrogativa en estos puestos de trabajo porque se les paga menos por su labor.

La mayoría de los países en vías de desarrollo carecen de leyes de equidad salarial y la brecha en los ingresos que perciben hombres y mujeres se está ampliando cada vez más en muchos países (Gyebi y colab., 2002). La ayuda pública para los niños de corta edad también se ha reducido en numerosos países que han implementado políticas de comercio abierto, presagiando futuras desigualdades en el área de salud. También existe evidencia de lo que podría considerarse una “jerarquía global del cuidado”. Las mujeres de los países en vías de desarrollo que trabajan como personal doméstico en los países ricos envían remesas a sus familias en monedas muypreciadas en sus países de origen. Una parte de ese dinero se utiliza para contratar a mujeres rurales más pobres aún que ellas para que se ocupen del cuidado de sus hijos. Estas mujeres, a su vez, delegan en sus hijas mayores (a menudo todavía muy jóvenes y con escasa educación) el cuidado de sus propias familias en las aldeas o poblados que se ven obligadas a abandonar (Hochschild, 2000).

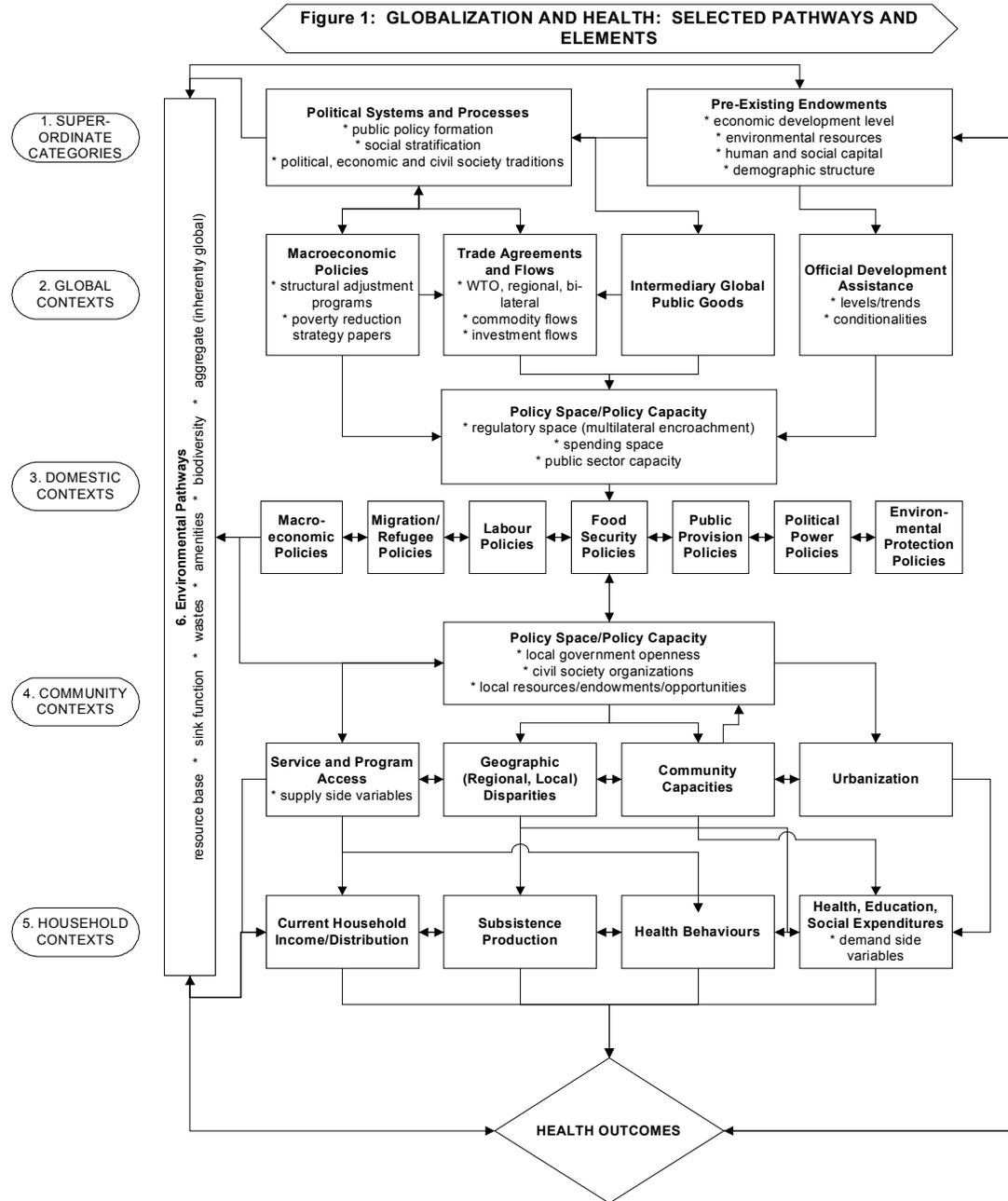
¿Qué ganan? ¿Qué pierden? O quizás expresado en términos más mordaces, ¿quién gana y quién pierde realmente? ¿Cómo se distribuye en cualquier caso esa pérdida o ganancia entre hombres y mujeres?

Descubrir el impacto que la globalización provoca en la salud, como una forma de responder a dichos interrogantes, puede resultar una tarea compleja y atemorizante. La Figura 1, que se basa en un estudio más amplio (Labonte & Torgerson, 2002), brinda un marco estructural para comprender cómo la globalización puede afectar la salud. Los aspectos clave indicados en dicho gráfico se describen a continuación en orden descendente de importancia:

1. El impacto de la globalización en la salud depende del contexto histórico de cada país en particular, en especial de sus tradiciones políticas, sociales y económicas (por ejemplo, democráticas, oligárquicas, patriarcales, teocráticas, dictatoriales) y de su bagaje de dotes pre-existentes (por ejemplo, nivel de desarrollo económico, recursos ambientales, desarrollo del capital humano).
2. En general, los principales vehículos a través de los cuales opera la globalización actual consisten en políticas macroeconómicas impuestas (en especial, los Programas de Ajuste Estructural del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, precursores de la agenda de “libre comercio” de la actualidad); acuerdos de comercio con fuerza ejecutiva (en particular, la Organización Mundial del Comercio) y el flujo transfronterizo asociado de bienes, capital y servicios; asistencia al fomento oficial como una forma de transferencia de la riqueza para el desarrollo de infraestructura pública en las naciones más pobres; y “bienes públicos globales intermedios”, es decir los numerosos acuerdos multilaterales existentes –en gran medida aún sin aplicar- en materia de derechos humanos, protección del medio ambiente, derechos de la mujer, derechos del niño, etc.

3. Estos vehículos, a su vez, producen efectos positivos y negativos en la salud dentro del ámbito de la política interna, aumentando o disminuyendo la capacidad del sector público y la autoridad regulatoria. Las políticas internas clave que condicionan los efectos de la salud incluyen el acceso universal a la educación y el cuidado de la salud, los derechos humanos y laborales legislados, las restricciones en los productos perjudiciales para la salud –el tabaco o la exposición a desechos peligrosos- y la protección ambiental. Otras cuestiones en discusión son el impacto de la liberalización en los ingresos públicos y los programas de redistribución, así como la función de los acuerdos de comercio a la hora de circunscribir las capacidades regulatorias en las áreas de desarrollo social y de la salud.
4. Las políticas nacionales y la transferencia de recursos afectan las capacidades de los gobiernos locales o regionales de regular sus entornos más inmediatos, ofrecer acceso equitativo a los servicios de promoción de la salud, aumentar las habilidades de género de la comunidad (apoderamiento de la comunidad) o afrontar los crecientes procesos de urbanización.
5. A nivel del hogar, todo lo antedicho determina en gran medida el ingreso familiar y su distribución, el estado de salud y los gastos del hogar (tanto en tiempo como en dinero) en salud, educación y programas sociales.
6. Cada uno de estos niveles atraviesa y es atravesado por factores ambientales, entre los cuales se destacan el agotamiento de los recursos (agua, tierra, bosques), la pérdida de la biodiversidad y la contaminación.

Figura 6: Globalización y salud: Vías y elementos seleccionados



CAPÍTULO 2: LA GLOBALIZACIÓN ECONÓMICA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO*

Introducción

A los efectos del presente trabajo, la globalización (véase Apéndice 1) se entiende como el proceso por el cual las naciones, empresas e individuos están logrando una conexión e interdependencia cada vez mayor en todo el mundo “a través del comercio, las finanzas, la producción y una densa red de tratados e instituciones internacionales” (Cameron & Stein, 2000: pág. S16). Kelly Lee considera que estos procesos están cambiando la naturaleza de la interacción humana, “derribando las barreras del tiempo, el espacio y las ideas, las cuales han separado a las personas y naciones en distintos ámbitos, como el de la salud y el medio ambiente, el social y cultural, el del conocimiento y la tecnología y el político e institucional” (cita de Lee en Lister, 2000; véase también Lee, 2000b; PNUD, 1999a). Tanto Lee como Scholte (2000) hacen una distinción entre los términos “global” e “internacionalización”, que describen la integración funcional de estas actividades. Más aún, la integración funcional de la globalización se manifiesta de cinco modos diferentes, a saber: (1) un aumento en el suministro de servicios a expensas de la industria y producción pesadas; y (2) un incremento en la economía de la información. Lee sostiene que ambos aspectos representan cambios económicos y tecnológicos que, a su vez, permiten (3) una mayor integración económica en la producción transnacional de bienes y servicios; (4) economías de escala a nivel regional y global en materia de producción y consumo; y (5) una mayor movilidad del capital, bienes, servicios y segmentos del mercado laboral (Lee, 2002). Finalmente, cabe destacar que, si bien la globalización no es un fenómeno nuevo, existe consenso con respecto al hecho de que el ritmo actual de cambio es un factor distintivo de la presente tendencia (véase Fidler, 2001; Kennedy, 1996; Labonte, 2002; Scholte, 2002; PNUD, 1999a; Banco Mundial, 2001c). La Figura 2 ofrece una lista parcial de los temas de debate más candentes (muchos de los cuales se abordan expresamente en los resúmenes de otros trabajos incluidos más adelante en este informe) que a menudo se asocian con la ola actual de globalización.

* Suzanne Sicchia, MHS., Candidata MSc., Asociado en Investigación, Centro de Investigación en Salud de la Mujer & Dra. Heather Maclean, Directora, Centro de Investigación en Salud de la Mujer.

Figura 7: Tendencias habitualmente asociadas con la ola actual de globalización según la literatura

Tendencia	Ejemplos
Tecnológica	Sistemas de transporte más veloces y económicos (vial, aéreo y ferroviario). Avances en las tecnologías de la información (Internet, comunicaciones globales vía satélite, telemedicina, etc.). Crecimiento de la comunicación y el comercio electrónicos. Expansión de los medios de comunicación.
Económica	Aumento en el volumen y frecuencia de los flujos de capital, bienes y divisas. Producción y comercio global (alimentación, vehículos, drogas ilícitas). Volatilidad del mercado y crisis financiera. Expansión global del capitalismo. Aumento de las privatizaciones. Incremento de las inversiones extranjeras directas. Reducción en los niveles de asistencia oficial al desarrollo. Mayor participación de las mujeres en la fuerza laboral. Mayor poder/protagonismo de las empresas y organismos multinacionales.
Socio-cultural	Flujos culturales e intercambio de ideas. Preocupación con respecto a la occidentalización y desafíos de las culturas/bagaje del conocimiento de los pueblos indígenas. Sociedad civil fortalecida (movimientos sociales transnacionales). Demografía (población de ancianos en los países de mayores ingresos, huérfanos/niños cabeza de hogar en algunos países de menores recursos). Modificaciones en el rol de los géneros, relaciones y dinámica familiar.
Movimiento demográfico	Migración intra e interterritorial. Desplazamiento. Viaje y turismo. Tráfico de personas. Trabajadores golondrina y “fuga de cerebros”. Comunidades de la diáspora. Urbanización sin precedentes. Mega urbes en estado de emergencia.
Política	Aumento de acuerdos multilaterales. Mayor énfasis en los derechos humanos. Aceleración en los cambios políticos. Mayor alcance y facultades de las organizaciones multilaterales. Crecimiento de los organismos no gubernamentales. Cambio en las funciones ejercidas por los gobiernos y empresas a la hora de suministrar redes de contención social a la sociedad civil.
Medioambiental	Agotamiento acelerado de los recursos. Degradación del medio ambiente. Cambio climático (efecto invernadero, El Niño). Mayor concientización global sobre el medio ambiente e interés por proteger los bienes públicos globales. Aumento del número de tratados internacionales en materia de medio ambiente.

Hasta la fecha, gran parte del debate en torno al tema de la globalización se ha visto polarizado, reflejando distintas perspectivas teóricas, disciplinarias e ideológicas (Lee y colab., 2002: 16; véase también Dollar, 2001k; Hoffman, 2002; Milanovic, 2003). En efecto, ya sea que la definición de globalización denote aspectos positivos o negativos (en mayor o menor medida), la misma depende aparentemente de una serie de factores que incluyen valores, el enfoque teórico, la profundidad del análisis que se aplique, las medidas ulteriores y resultados que se invoquen y el nivel de importancia atribuido a la distinción entre aquéllos que se benefician y aquéllos que no. Desde luego que, dado el alcance de este discurso y a la luz de que el énfasis de este trabajo se centra en el tema del género, no es posible realizar una revisión integral de la literatura existente en materia de globalización. En cambio, este informe apunta específicamente a los aspectos clave de la globalización económica. En consecuencia, ofrece una breve descripción de las teorías y políticas neoliberales relacionadas con la actual ola de globalización, seguida por un resumen de estudios críticos de género realizados sobre estas teorías y políticas. Para mayor claridad, dicho resumen está dividido en dos grandes categorías. La primera parte cuestiona la teoría y los postulados contenidos en la literatura a favor de la globalización y en muchas de las reformas macroeconómicas asociadas con la actual ola de globalización. La segunda parte analiza las mediciones realizadas para determinar el carácter de la relación entre globalización, crecimiento y desarrollo.

Teoría y práctica de la globalización y la teoría económica neoliberal

A un extremo del debate sobre la globalización económica se sitúan los partidarios de los principios políticos y económicos asociados con la presente ola de globalización, entre los que se destacan las políticas macroeconómicas que promueven o facilitan la liberalización, la desregulación y la privatización. En términos generales, estos argumentos reflejan la teoría económica neoclásica o neoliberal (Lee, en proceso de edición), fundada en el siglo XVIII y que continúa desempeñando un rol fundamental, si bien a menudo implícito, en los principales discursos y prácticas económicas de la actualidad. Los supuestos que subyacen los argumentos neoliberales incluyen la aceptación del individualismo impuesto por Occidente, el énfasis en la eficiencia, el modelo de *'laissez-faire'* aplicado a los mercados y la aceptación de la 'teoría de la elección racional'. En su defensa por estos principios, los partidarios neoliberales afirman que los mercados se están 'auto-corrigiendo' ante 'sus propias imperfecciones', como lo demuestra, por ejemplo, la discriminación de género en el lugar de trabajo (véase Banco Mundial, 2001a).

Las conceptualizaciones neoliberales de la globalización y el movimiento hacia un único sistema económico global consideran este proceso como inevitable y sostienen que el impacto sobre el crecimiento y el desarrollo será altamente positivo (Anker 2002; Beneria y colab., n.d.; Lee en proceso de edición; Scholte, 2002). Para avalar su posición, esta corriente a menudo apunta a los ejemplos de éxito en algunos países asiáticos, específicamente China, India y Vietnam. Asimismo, los expertos neoliberales destacan los siguientes fundamentos: (1) fuerte crecimiento económico y mayor libertad económica como resultado de la aplicación de políticas macroeconómicas efectivas; (2) importantes avances en el desarrollo humano frente a una mayor gobernabilidad, innovación tecnológica y menores costos de dichas tecnologías; y (3) mayor democratización institucional e internacional (Ames y colaboradores, n.d.; cita de Froning en Campbell y colab., 2002; Dollar & Gatti, 1999; Pinnix & Griffin, 2002; Fondo Monetario Internacional, 2000; *The Economist*, 2000; Banco Mundial, 2001c; Yusuf, 2001). Más aún, cuando estos expertos discuten sobre la relación entre globalización, género y salud, con frecuencia hacen referencia a un significativo aumento en la participación de las mujeres en la fuerza laboral activa, una disminución en la diferencia salarial entre hombres y mujeres y una reducción en los niveles generales de pobreza, mejores niveles de educación entre las mujeres en todo el mundo y un marcado aumento de su expectativa de vida en los países en desarrollo (Banco Mundial, 2001c).

Asimismo, la literatura proporciona una visión diferente sobre el impacto de la globalización. En efecto, muchos estudiosos han puesto en tela de juicio las políticas macroeconómicas asociadas con la ola actual de globalización (por ejemplo, la reforma fiscal, la liberalización del ingreso de inversiones directas del extranjero, la liberalización del mercado, la reducción del gasto público, la desregulación y las privatizaciones), basándose en el hecho de que las mismas son problemáticas en esencia puesto que están arraigadas en la teoría económica neoliberal. Esta óptica distinta de la globalización (de índole reformista, opositora o de transformación) muestra una amplia gama de enfoques que, no obstante, presentan aristas comunes. En primer lugar, se cree que los beneficios de la globalización no alcanzan a todas las personas y países de manera equitativa. El segundo tema (aunque de menor intensidad) se refiere al escepticismo sobre la capacidad de las reformas económicas neoliberales (y de las organizaciones aparentemente fundadas sobre los pilares de la teoría neoliberal) de abordar tal disparidad. A tal fin, algunos sostienen que dichas reformas macroeconómicas mantienen relaciones de poder dominante y niveles reales de inequidad y desigualdad, mientras que otros afirman que las mismas exacerban

y/o generan nuevas formas de inequidad. En apoyo a su postura, destacan el impacto de la volatilidad financiera y la crisis que esto provoca en diferentes segmentos de la sociedad; asimismo, hacen referencia al impacto diferencial que provocan los programas de ajuste estructural en los miembros de la sociedad (véase Aslanbeigui & Summerfield, 2000; Elson & Cagatay, 1999; Floro & Dymiski, 2000; Seguino, 2000; Silvey, 2003; Singh & Zammit, 2000; PNUD, 1999a; UNIFEM-ESEA, 1998; Upadhyay, 2000; OMS, 2002c).

Estudios críticos de género

Los estudios críticos de género en materia de globalización económica y las reformas macroeconómicas relacionadas comparten muchos de estos puntos de interés. No obstante ello, incorporan otro nivel de análisis al realizar un examen explícito de la relación entre globalización, género y otros tipos de estratificación social. Los críticos en este ámbito cuestionan el supuesto según el cual el contenido de las políticas macroeconómicas es ‘indiferente al género’ o ‘neutral al género’. En cambio, argumentan que dichas políticas tienen un carácter social inherente y, por lo tanto, producen un impacto de género (véase Elson, 1995; Elson & Cagatay, 2000; Upadhyay, 2000). A los efectos de su claridad, el presente informe se divide en dos grandes categorías. En primer lugar, se incluye una revisión de los planteos que cuestionan los supuestos teóricos implícitos en las reformas macroeconómicas vinculadas con la actual ola de globalización y en armonía con la literatura que respalda dichas reformas. En segundo lugar, se incluye un estudio que cuestiona las mediciones y resultados asociados con la globalización, el crecimiento y el desarrollo.

(1) Estudios críticos teóricos

El cuestionamiento y transformación del pensamiento neoliberal subyacente a la principal corriente de teoría y práctica económica actual constituye el centro de muchos de los estudios críticos de género llevados a cabo en relación con la globalización económica y las instituciones, gobiernos e individuos que facilitan las reformas macroeconómicas pertinentes. Concretamente, estos estudios de género consideran que la globalización económica no está vacía de contenido social; es decir que las políticas macroeconómicas afines a la globalización económica no son ‘indiferentes al género’ ni pululan en el vacío. En cambio, estas reformas se basan en un ‘cierto conjunto de relaciones distributivas y estructuras institucionales’ (Elson & Cagatay, 2000: 1347; véase también Elson & Cagatay 1999; Katz, 2001; Sadasivam, 1997; Banco Mundial, 2001c) que reflejan, y en algunos casos pueden reproducir, las relaciones de poder dominante de una determinada sociedad (Elson & Cagatay, 2000: pág. 637). Por consiguiente, las políticas macroeconómicas presentan cierto sesgo (e interactúan con otras políticas e instituciones que a su vez también presentan cierto sesgo, tales como los procesos legales y los tribunales, los Ministerios de Finanzas y las empresas y organismos multinacionales) que pueden producir un impacto negativo mucho mayor en las mujeres y niñas que en los hombres. Elson y Cagatay (2000) hacen referencia a tres tipos de sesgo, a saber: ‘sesgo hacia la mercantilización’; ‘sesgo hacia hombre como cabeza de familia’; y ‘sesgo deflacionario’ (véase la Figura 3).

Figura 8: Sesgo en las políticas macroeconómicas asociadas con la actual ola de globalización

Sesgo hacia la mercantilización	<ul style="list-style-type: none"> • Se produce cuando los gobiernos se ven presionados o deben aplicar un recorte fiscal y minimizar el déficit, los niveles impositivos y el gasto público. En este caso, los beneficios públicos y los servicios sociales son reemplazados por prestaciones individuales basadas en el mercado que sólo están disponibles para aquéllos que pueden pagarlas. • La mercantilización propicia el crecimiento y el poder de las instituciones financieras.
Sesgo hacia el hombre como cabeza de familia	<ul style="list-style-type: none"> • Una forma de fracaso sistémico en el sistema de derechos que afecta a toda la economía y es inherente a las políticas macroeconómicas que se apoyan únicamente, o en especial, en el empleo a tiempo completo a fin de lograr las metas sociales. • Asume que los gastos de subsistencia de los niños y las mujeres deberían estar a cargo de los padres y esposos, quienes tienen escasas responsabilidades domésticas o ninguna en absoluto. • Este sesgo dificulta el acceso de las mujeres a los beneficios sociales y las vuelve dependientes de los hombres, en particular cuando dedican la mayor parte de su tiempo al cuidado de los hijos y de los familiares ancianos o enfermos.
Sesgo deflacionario	<ul style="list-style-type: none"> • Ocurre cuando los gobiernos adoptan políticas macroeconómicas (por ejemplo, altas tasas de interés, políticas monetarias ajustadas y restricción fiscal) necesarias para asegurar y/o atraer capital a corto plazo. Estas políticas pueden impedir que los gobiernos asuman eficazmente las consecuencias sociales de la recesión. • Tiene un enorme efecto negativo en las mujeres dado que éstas pierden sus empleos en el mercado laboral formal y, por consiguiente, se vuelcan masivamente al sector informal, lo cual provoca una caída en los salarios. Además, las mujeres sufren un impacto negativo de mayor envergadura que los hombres, puesto que aparentemente cuentan con menor acceso a las redes de contención social y, por lo tanto, asumen una mayor responsabilidad a la hora de amortiguar los efectos negativos de la recesión en sus familias.

Adaptado de: Elson & Cagatay (2000).

Otra observación que a menudo se realiza en los estudios sobre la globalización económica asociada al género se refiere a la ‘invisibilidad’ y ‘subestimación’ general de las mujeres en las reformas económicas. Esta invisibilidad y subestimación es abarcativa y comprende: (1) la ausencia de mujeres en los procesos y maquinarias de toma de decisiones a nivel micro, meso y macro (véase Apéndice 2); (2) la falta de atención como consecuencia de la actual discriminación de género; (3) la indiferencia frente a la desigualdad de acceso y control de los bienes de producción entre hombres y mujeres; (4) el fracaso a la hora de distinguir el abanico completo de actividades retribuidas (mercado) y no retribuidas (fuera del mercado) realizadas por las mujeres (véase la Figura 4) y el impacto que esto produce en el crecimiento y el desarrollo; y (5) la falta de mérito otorgado a la doble carga de trabajo y lo que muchos han denominado el tiempo de pobreza de las mujeres (Anker, 2002; Beneria, 1995b/2002; Beneria y colab., 2000; Braunstein, 2000; Secretaría del Commonwealth, 1999; Sen, 2000; WEDO, 2002; OMS, 1995/1998; Women’s Edge, 2002; PNUD, 1999a/2002; UNIFEM-ESEA, 1998; Banco Mundial, 2001c).

En este contexto, pensadoras/es y activistas feministas ofrecen un enfoque alternativo. Sugieren que los gobiernos y organizaciones multinacionales deberían adoptar estrategias que permitieran una mejor identificación y abordaje de estos tipos sistémicos de sesgo. De este modo, los estudiosos en materia de género afirman que los beneficios de la globalización podrían maximizarse y distribuirse de manera más equitativa y que los objetivos de desarrollo humano podrían lograrse con mayor rapidez. Elson y Cagatay (2000) sostienen que la forma en la que la economía general ha manejado estos tipos de sesgo hasta la actualidad refleja una ‘visión acumulativa’ según la cual las políticas sociales son un “pensamiento que se gesta a posteriori de las políticas macroeconómicas” (pág. 1347). Por consiguiente, recomiendan una serie de estrategias que incluyen llamamientos para una mayor integración de género en el sector financiero, así como la evaluación de los factores de género en los acuerdos comerciales y de inversión, el desarrollo de diagnósticos de pobreza más sensibles al género, el uso de sistemas de evaluación de políticas con conciencia de género, evaluaciones de beneficiarios desglosados por género, y otras formas de evaluación sobre el tema de género (véase Bamberger y colab., 2000; Durbin, 1999; Elson & Cagatay, 1999; Fine, 2002; Gibb, 2001; ICRW, 2002; Sen, 1999; Subramarian, 1999; UNIFEM-ESEA, 1998). Elson y Cagatay (2000) dan un paso más e instan a la formulación de un ‘enfoque de transformación’ de la macroeconomía en virtud del cual la ‘solidez’ de estas reformas se juzgue en función de su capacidad de cumplir con una agenda de justicia social en lugar de hacerlo únicamente en relación con ‘criterios basados en el mercado’, como suele suceder. Los autores citan el ‘*Canadian Alternative Federal Budget*’ como un ejemplo de este tipo de abordaje (Item: 1359; véase también el Centro Canadiense de Alternativas Políticas, 2003).

Figura 9: Tendencias laborales de género asociadas con la actual ola de globalización

Tendencias laborales
<p><i>Sector agrícola:</i> La realidad demuestra que en algunos países se ha producido un desplazamiento del sistema de explotación agrícola con fines de autoabastecimiento, que fundamentalmente emplea a mujeres, hacia el cultivo con fines pecuarios que utiliza mano de obra predominantemente masculina. Los desafíos asociados con el tipo de trabajo que se realiza en este sector como resultado de dicho cambio incluyen largas jornadas laborales, una pérdida significativa en los ingresos y/o posibles beneficios para las mujeres que no tienen capacidad legal para ser propietarias de la tierra y/o no tienen acceso al crédito y otros recursos productivos, y una mayor competencia entre mujeres en micro emprendimientos de similares características que deben vender sus productos en mercados locales/nacionales saturados. En consecuencia, ‘muchas mujeres se ven imposibilitadas de recoger los beneficios de la diversificación basada en la exportación’ (Women’s Edge, 2002).</p>
<p><i>Sector público:</i> El sector público ha sido una fuente tradicional de empleo formal para muchas mujeres. Además de la pérdida de empleos, el ‘ahuecamiento del Estado’ constituye un factor de aumento considerable en la labor doméstica no retribuida que llevan a cabo mujeres y niñas y que deben asumir por ser a menudo quienes se ocupan del cuidado de los niños, así como de los miembros enfermos y ancianos del núcleo familiar. Asimismo, existen pruebas que indican que las mujeres en los países desarrollados se ven afectadas negativamente por la reducción de personal en el sector público, ya que este hecho las impulsa hacia el mercado informal de trabajo donde los salarios son inferiores y perciben menos beneficios tales como cobertura médica y jubilación (Doyal 2002; PNUD, 1999a; Women’s Edge 2002).</p>
<p><i>Sector de producción:</i> La eliminación de cuotas y aranceles en virtud del GATT encendió la mecha del sector de la producción y fabricación. Los desarrollos producidos en este ámbito, tales como la mecanización y sofisticación tecnológica de los modos de producción, han generado mayores oportunidades de empleo y han elevado las retribuciones de algunos grupos. No obstante ello, el acceso a dichas funciones por parte de las mujeres a menudo se topa con la segregación ocupacional y la discriminación de género. Más aún, las mujeres de escasos recursos, que tienen mayor probabilidad de carecer de una educación adecuada y/o tienen acceso limitado a la capacitación laboral, tienen incluso menos posibilidades que otras mujeres de obtener un puesto en un sector que requiere mano de obra calificada (Women’s Edge 2002).</p>
<p><i>Sector informal:</i> La participación de las mujeres en el mercado informal de trabajo ha sufrido un importante incremento, incluyendo las zonas de procesamiento de exportaciones, trabajo por contrato laboral, empleo estacional o a tiempo parcial, empleos en negro y sin ningún tipo de protección, mujeres involucradas en trabajos a destajo realizados en el hogar y prostitución. Las mujeres que habitualmente realizan tareas que no requieren mano de obra calificada ganan poco dinero, se ven obligadas a soportar largas jornadas de trabajo, no tienen ningún tipo de seguridad laboral (las fluctuaciones se corresponden con la demanda del mercado) y a menudo no gozan de ningún o de escasos beneficios. Asimismo, el hecho de que exista un gran porcentaje de la población representado en este sector se traduce en menores aportes a la base fiscal necesaria para el mantenimiento de una red de contención social sustentada en los fondos públicos (véase Benería, 2002; Women’s Edge 2002)</p>
<p><i>Sector familiar:</i> Las mujeres soportan una enorme carga de responsabilidad en el cuidado y atención de los niños y ancianos. Para algunas de ellas, esta división de género del trabajo se traduce en largas jornadas de trabajo, en menos experiencia laboral (en especial en el sector formal) y en mayores costos fijos de participación en el mercado laboral con respecto a los hombres. Asimismo, en épocas de crisis económica, y en respuesta a la caída de los ingresos familiares, el trabajo de las mujeres y niñas en el seno familiar aumenta. Si bien los gobiernos pueden hacer frente a este sector y reducir la carga horaria destinada a estas tareas a través de la provisión de servicios sociales subsidiados con fondos públicos (por ej., licencia por maternidad paga, centros diurnos de cuidado infantil gratuito, cobertura de salud), las privatizaciones, el ajuste del gasto público y la reducción de la base impositiva pueden debilitar la capacidad de un gobierno de brindar redes de contención social adecuadas (Benería y colab., 2000; UNDP, 1999a; Women’s Edge 2002).</p>

(2) Refutación de las pruebas: Cuestionamiento de las mediciones y resultados

Nuestra revisión hasta la fecha de la literatura sobre globalización nos ha conducido a tres conclusiones principales relacionadas. En primer lugar, al inicio de esta revisión se identificaron algunas brechas significativas en los datos disponibles (véase Berry, 2002). En particular, existe una cantidad relativamente escasa de datos desglosados sobre género/sexo, sobre todo cuando se examinan estudios de investigación que relacionen la globalización con el género y la salud (Subramanian, 1999; Upadhyay, 2000; Banco Mundial, 2001c). Además, el análisis de género del impacto de la globalización (independientemente de cuál sea su definición) también es escaso y, cuando existe, tiende a centrarse en el impacto del comercio, por ejemplo, en lugar de las dimensiones de género de las políticas macroeconómicas contemporáneas (si bien los estudios críticos de género de las políticas de ajuste estructural y estabilización de las décadas del '80 y '90 constituyen una excepción relevante). En efecto, hasta el día de hoy hemos encontrado pocos trabajos de investigación sobre el impacto de género de la creciente Inversión Extranjera Directa (IED), la reciente disminución de la Asistencia Oficial al Desarrollo (AOD) por parte de la OCDE y los países miembro del Comité de Asistencia para el Desarrollo, o sobre los Trabajos de Estrategias para la Reducción de la Pobreza, entre otros.

Una segunda visión se refiere a las fuerzas opuestas y a la fragmentación que a veces pueden regir la relación entre globalización, crecimiento y desarrollo. Si bien parece existir un consenso general en la literatura revisada acerca de que la globalización ha conducido a un crecimiento significativo y que el crecimiento es positivo para el desarrollo, parece reinar menos consenso con respecto al significado que debería tener el crecimiento o cómo se lo debería definir, cómo se lo debería lograr y, por lo tanto, cómo se lo debería medir. Joeques (1998?) y Seguino (2000) ofrecen dos ejemplos de cómo algunos estudios críticos de género cuestionan la evidencia sobre una relación fuerte y positiva entre la liberalización del comercio, el crecimiento equitativo y la igualdad de género (véase también PNUD, 1999a). Mediante la aplicación de un análisis de género y tras haber fundamentado su trabajo en diferentes conceptualizaciones sobre las implicancias del crecimiento, sus hallazgos contrastan con las conclusiones obtenidas a través de otros estudios. Un tercer punto de vista se refiere a las definiciones operativas. En particular, el análisis de género de la literatura que versa sobre el tema de la globalización revela la importancia de las definiciones operativas y de los parámetros de medición o de los resultados en los hallazgos de un estudio (véase Berry, 2002; Durbin, 1999; Ravillon, 2003; Banco Mundial, 2001c). Más aún, cuando no existe una definición expresa y/o mediciones estandarizadas, resulta extremadamente difícil generalizar los resultados de un estudio, efectuar/considerar comparaciones entre países o identificar/analizar las tendencias regionales.

Dos ejemplos demuestran la necesidad de contar con definiciones estandarizadas y metodologías comunes. El primer ejemplo surge de un trabajo reciente de Ravillon (2003) que explora el debate sobre el progreso alcanzado en pos de la mitigación de la pobreza y la inequidad en la ola actual de globalización. La visión neoliberal sugiere que la globalización ha contribuido a la pobreza e inequidad. En este sentido, es posible que los expertos neoliberales defiendan su posición presentando pruebas (ya mencionadas anteriormente) que indiquen que durante esta ola actual de globalización la inequidad y la pobreza han disminuido. Por otra parte, los opositores del neoliberalismo arguyen lo contrario, es decir que la globalización ha tenido un impacto menor o nulo en la pobreza e inequidad. En parte, la discrepancia entre ambas conclusiones se debe a la visión sobre género y a las distintas definiciones y mediciones operativas aplicadas en este análisis. Por ejemplo, aquéllos que sostienen que la pobreza y la desigualdad están en

descenso hablan en términos de *pobreza absoluta* (línea de pobreza con un poder de consumo fijo) y de *desigualdad relativa* (referida a las diferencias en los niveles de vida en comparación con otros grupos o individuos de la sociedad). La aplicación de medidas relativas de pobreza, curiosamente, sugiere un patrón diferente. En particular, indica que el crecimiento económico experimentado durante la ola más reciente de globalización ha producido un impacto menor o completamente nulo en la pobreza.

Un segundo ejemplo demuestra el valor agregado de observar la realidad desde la óptica de género. Se refiere a la importancia de las definiciones operativas explícitas y estandarizadas a la hora de determinar la definición de éxito y, por lo tanto, los resultados a ponderar. Muchas medidas de la pobreza específicamente se basan de manera implícita en el modelo unitario del hogar², según el cual (1) los ingresos y riesgos del hogar son compartidos; (2) se produce un efecto cruzado de los salarios percibidos por el núcleo familiar según el cual el impacto producido por los cambios en el salario del esposo sobre la oferta de mano de obra de la mujer es igual al impacto de los cambios en el salario de la mujer en la oferta de mano de obra de su esposo; y (3) las asignaciones en el seno del hogar son ‘eficientes en términos de Pareto’³ (Lundber según cita del Banco Mundial, 2001c: 157-8). La investigación que se apoya en este modelo (por ejemplo, distintos estudios sobre consumo doméstico) ha sido cuestionada debido a que existe evidencia que sugiere que tales supuestos no reflejan la dinámica real de los hogares. El modelo unitario de hogar ha sido ampliamente criticado por no tener en cuenta las relaciones de poder de género dentro del núcleo familiar, por las asimetrías en la asignación de recursos, las discrepancias de inversión en capital humano y las diferencias de acceso y control de los bienes de producción en el hogar que pueden favorecer a los hombres (Banco Mundial, 2001c; véase también Biswal-Dhawan, 1999; Phipps & Burton, 1996). Asimismo, se piensa que la adhesión a este modelo convierte el trabajo familiar no remunerado de una gran cantidad de mujeres y niños en una labor invisible y empaña el impacto real ocasionado por distintas condiciones macroeconómicas asociadas con la ola actual de globalización.

Conclusiones

Este trabajo contiene una breve revisión de la literatura en materia de globalización económica examinada por la autora hasta la fecha. Por consiguiente, alude a las definiciones contrapuestas de la globalización encontradas en dicha literatura y a las diferentes tendencias vinculadas con la ola actual. Además, brinda un panorama general de las principales teorías económicas y de los correspondientes conceptos de globalización sobre el tema, así como algunos de los estudios críticos de género más comunes. De este modo, queda demostrada la importancia y relevancia de formular definiciones operativas explícitas a la hora de realizar estudios de investigación sobre globalización. Más aún, este informe pone el énfasis en la necesidad (e importancia) de contar con parámetros de medición regionales y/o internacionales estandarizados debidamente desglosados por sexo y género con el propósito de: (1) facilitar una investigación más crítica y mejor fundamentada sobre el impacto diferencial que produce la globalización en los hombres y mujeres a nivel intra y transnacional; y (2) aumentar la efectividad y sensibilidad en la tarea de desarrollo de programas y políticas.

² Véase Banco Mundial, 2001c: 307-312 para obtener una tabla comentada de las pruebas empíricas de este modelo.

³ Es decir, ninguna reasignación de los recursos del hogar es posible sin afectar como mínimo a uno de los miembros.

CAPÍTULO 3: LAS DIMENSIONES DE GÉNERO EN LAS ASOCIACIONES GLOBALES PÚBLICAS Y PRIVADAS PARA LA SALUD**

Introducción

Este breve ensayo brinda una reseña sobre los desafíos internacionales inherentes a la gestión de los bienes públicos globales. En particular, analiza el rol emergente de las Asociaciones Globales Públicas y Privadas (AGPP) en la prestación de servicios de atención sanitaria y considera el impacto de género que produce esta forma de ejercicio del poder sobre la salud.

Los Bienes Públicos Globales (BPG) se encuentran en el ojo del debate sobre la globalización. La gestión del impacto de la globalización depende en gran medida de la adecuada provisión y protección de los BPG tanto a nivel nacional como internacional. Muchas de las principales protestas contra la globalización (que se llevaron a cabo, por ejemplo, en Seattle y Quebec) se han concentrado en el modo en que las fuerzas de la globalización han mitigado la provisión equitativa de los BPG, como el aire limpio y el agua, además de los bienes sociales como la paz y la seguridad. También critican la manera en que los “males” públicos globales (MPG), como el comercio de drogas ilícitas y la propagación de enfermedades infecciosas, ha aumentado aparentemente en esta era de la globalización (Lee & Dodgson, 2000; PNUD, 1999a; UNFPA, 1998).

Los bienes públicos y privados se definen como “recursos económicos destinados al bienestar del ser humano” (Kaul & Faust, 2001). Esta amplia categoría incluye componentes de nuestro ecosistema, bienes sociales y económicos y necesidades básicas como alimentos, ropa y vivienda. Los bienes privados (como el pan y el calzado) son distintos, ya que se puede impedir que los tomen otros individuos y suelen estar amparados por los derechos de propiedad. A diferencia de éstos, los bienes públicos son “un derecho inalienable y común a todos en cuanto a su consumo” (Kaul y colab., 2003). Entre ellos se encuentran componentes de nuestro ecosistema como el aire, el agua y los bosques, además de los bienes sociales y económicos como la paz, la atención sanitaria y la educación (Kaul & Faust, 2001). En un contexto más amplio, los bienes públicos *globales* son bienes públicos con beneficios o costos que van más allá de las fronteras, incluyendo las divisiones regionales, generacionales y de clases (Kaul, 2000).

En la última década, existió un movimiento creciente en la comunidad internacional que tenía como propósito desarrollar un marco para regular la provisión de los BPG (Sachs, 2001). En particular, ha existido un fuerte movimiento para reformar el proceso de desarrollo de las políticas públicas con la intención de incluir a otros actores, con especial énfasis en quienes pertenecían al sector privado (Kaul & Ryu, 2001). La inclusión del sector privado se considera fundamental por la credibilidad que implica, dado el impacto dominante de los flujos transnacionales de bienes y finanzas característicos de esta ola de globalización (Kaul & Ryu, 2001). En consecuencia, el abordaje de fondo hacia las políticas en la esfera internacional ha sido el desarrollo de las Asociaciones Globales Públicas y Privadas (AGPP) para regir la provisión de los BPG.

Asociaciones Globales Públicas y Privadas y Bienes Públicos Globales

Las Asociaciones Globales Públicas y Privadas han sido denominadas “experimentos sociales” en las políticas públicas, puesto que marcan un enfoque innovador, si no completamente nuevo, ante la gestión y la provisión de bienes públicos (Widdus, 2003). En el sector de la salud, se definen como “relaciones de colaboración que trascienden los límites nacionales y reúnen por lo menos a tres partes para lograr una meta conjunta de generación de salud” (Buse & Walt, 2000a; Buse & Walt citado en Reich, 2002). En la última década, las AGPP han surgido como una estrategia que intenta superar los pasados fracasos públicos y del mercado en lo que respecta a la salud pública nacional e internacional (Buse & Walt, 2000a: 549). Por otra parte, las AGPP abarcan una variedad de asociaciones⁴, incluyendo aquéllas con personalidad jurídica, aquéllas en las que el ejercicio del poder conjunto y de facto es compartido entre los socios y las de colaboración informal y cerrada (Buse & Walt, 2000a).

Es notable observar que las AGPP atraen a las organizaciones multilaterales como las Naciones Unidas, el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Cámara Internacional de Comercio, las compañías farmacéuticas y las organizaciones no gubernamentales orientadas a la salud por varios motivos. En primer lugar, se supone que las AGPP tienen la capacidad de controlar la transferencia de los bienes o “males” públicos a través de las fronteras nacionales, o de guiar el proceso de privatización (por ejemplo, la creciente preocupación mundial sobre la privatización del suministro del agua). En segundo término, los interesados están reconociendo cada vez más que la envergadura y la complejidad de los problemas de salud del mundo son demasiado elevadas para que los maneje un solo sector. En tercera instancia, las organizaciones públicas, como la OMS que ha aprobado aumentos mínimos en su presupuesto total en los últimos veinte años, están dispuestas a buscar “relaciones abiertas y constructivas con el sector privado y con la industria” (OMS 1998 citado en Reich, 2002). Finalmente, el nuevo entorno también ha creado el potencial de un rol ampliado para las ONG y las organizaciones de la sociedad civil, particularmente con respecto a la reforma de los sistemas de salud.⁵

Las Asociaciones Globales Públicas y Privadas y la Salud

El debate ideológico que rodea a las AGPP y su rol en la provisión de servicios para la salud coloca una bisagra en los temas relacionados con el acceso. Debajo de muchas de las actuales inquietudes sanitarias del mundo subyace la evidencia de las crecientes desigualdades en los recursos financieros y sanitarios entre los países desarrollados y aquéllos en vías de desarrollo (PNUD, 1999a; Upadhyay, 2000). Esta inequidad de recursos se asocia con la abrumadora carga de enfermedades que padecen los países en desarrollo con respecto a los desarrollados. Sin embargo, si bien el mundo en desarrollo soporta una carga desproporcionada de enfermedades contagiosas, la migración demográfica sin precedentes que se ha producido en todo el mundo ha significado que estas enfermedades ya no estén confinadas a determinadas regiones, como lo demuestra la propagación mundial del HIV/SIDA, la tuberculosis resistente a los antibióticos y la enfermedad de diseminación más reciente, el Síndrome Respiratorio Agudo Severo o SARS

⁴ Esto incluye (1) las asociaciones basadas en un producto; (2) las asociaciones de desarrollo de producto; y (3) las asociaciones basadas en determinados sistemas/temas. Para mayor información en esta materia, véase Thomas & Curtis 2001 y Buse & Walt, 2000.

⁵ Nota: Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales de Médicos Sin Fronteras. Esta organización ha sido exitosa en su tarea de reinicio de la producción de varias drogas para tratar los trastornos del sueño y de reducción del precio de los medicamentos contra el SIDA en África. Además, como resultado de esta campaña se ha aprobado o ratificado una legislación en Kenya y Sudáfrica para que los medicamentos esenciales sean más accesibles para las poblaciones de menores recursos (Informe de Actividades MSF 2000/2001).

(Arhin-Tenkorang & Conceicao citado en Kaul, 2003). Desde una perspectiva política, la inequidad de recursos entre naciones ricas y pobres también está relacionada con los riesgos sanitarios mundiales como la guerra y el terrorismo (Kaul, 2000).

Los defensores de las AGPP sugieren que su presencia reducirá las desigualdades sanitarias entre los países desarrollados y aquéllos en vías de desarrollo al (1) abordar la brecha existente entre la naturaleza mundial y multifacética de los desafíos sanitarios y la actual configuración de las políticas locales y los marcos regulatorios; (2) la configuración pública/privada de la organización reducirá la gestión burocrática de las relaciones internacionales comunes para el sistema existente, y dará lugar a una combinación cada vez más sistemática de actores nacionales e internacionales; (3) las AGPP ofrecen el potencial para que los múltiples actores democratizen el proceso de desarrollo de una agenda de política internacional, mientras que en el pasado había resultado un proceso principalmente intergubernamental; y (4) las AGPP brindan incentivos efectivos para motivar a los actores públicos y privados a desarrollar maneras eficientes y efectivas de brindar bienes públicos y, en particular, servicios sanitarios (Kaul, 2000; Reich, 2002).

Por otra parte, quienes son escépticos frente a las AGPP sostienen los siguientes argumentos:

- (1) Las AGPP contribuyen con la división entre lo público/privado en la provisión y el consumo de servicios sanitarios, lo cual puede exacerbar las desigualdades existentes dentro de los países y entre ellos (Kaul y colab., 2003). El principio que afirma que las AGPP “democratizan” la agenda internacional de las políticas sanitarias a través de la participación de múltiples socios presupone un campo de juego uniforme en lo político, financiero y social entre los países desarrollados y aquéllos en vías de desarrollo. Esta visión, sin embargo, hace caso omiso a varias diferencias importantes a nivel nacional (por ejemplo, variaciones en los ciclos políticos, estabilidad política, infraestructura y estabilidad financiera) que podrían generar un impacto importante en la capacidad que tienen las AGPP en lograr metas a corto y largo plazo (Phillips, comunicación personal, junio de 2003).
- (2) A nivel nacional, aquellos países que históricamente han tenido experiencias negativas de colonización pueden sentirse protectores de su identidad nacional y ven en las AGPP una “nueva forma de elitismo” dominado por los gobiernos y las empresas de los países desarrollados (Lee, comunicación personal, junio de 2003; Phillips, comunicación personal, junio de 2003).
- (3) En el ámbito nacional, las reformas económicas acompañadas de una ideología neoliberal emergente (por ejemplo, los Programas de Ajuste Estructural [SAP] y los Ensayos de Estrategias de Reducción de la Pobreza [PRSP]) ya han iniciado la privatización de los servicios públicos de atención sanitaria en muchos países en desarrollo, como por ejemplo China y los países africanos ubicados al sur del Sahara (Sen & Koivusalo, 1998). En los países en desarrollo donde la privatización de los servicios de salud pública ha reducido el acceso a los mismos entre los sectores más desfavorecidos, se ha socavado la confianza que el público y los gobiernos tenían en los supuestos beneficios de la privatización de los servicios sanitarios a escala internacional a través de las AGPP (Phillips, comunicación personal, junio de 2003).

- (4) La relación entre los socios de las AGPP suele ser controvertida y combativa y requiere concesiones de todas las partes (Lee, comunicación personal, junio de 2003). Esto es particularmente válido en el mundo en desarrollo, donde muchos gobiernos están luchando por retener la confianza y la credibilidad públicas en su capacidad de brindar servicios de bienestar social después de la introducción de SAP y PRSP. Las AGPP crean competencia entre los sectores público y privado por conseguir profesionales del área de la salud dentro de sus países, menguando aún más la capacidad que tiene el sector público de brindar servicios adecuados. En cuanto a mantener su legitimidad, los países en desarrollo también vacilan a la hora de trasladar el control de la prestación de los servicios sanitarios a las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), si bien, a su vez, saben que necesitan de su ayuda (Phillips, comunicación personal, junio de 2003). Por su parte, las OSC se sienten frustradas al percibir que su participación en las AGPP tiene acceso limitado.
- (5) Los argumentos que se pueden esgrimir a favor o en contra de las AGPP pocas veces tienen en cuenta su rol (o ausencia del mismo) en la prestación y gestión de los “males públicos globales”. La gestión de los MPG enfatiza la tensión existente entre la provisión nacional e internacional de los bienes públicos. A diferencia de los bienes públicos, donde la cuestión principal es asegurar el acceso para todos, los males públicos globales requieren de una gestión que limite el consumo, o que lo frene por completo. Con respecto a la asistencia sanitaria, la mayoría de los males públicos (por ejemplo, contaminación del aire y del agua, diseminación de enfermedades infecciosas) ha quedado bajo la gestión del estado nacional a través del sector de la salud pública.

La mayoría de las AGPP tiene agendas bien definidas y limitadas, que se concentran en la producción de “bienes” públicos (como por ejemplo, la donación y distribución de medicamentos esenciales, programas de vacunación, investigación y desarrollo) tanto a nivel nacional como internacional. Los críticos de la privatización de los servicios de salud pública alegan que el despliegue nacional de recursos del sector de la salud pública contribuye con los actuales desafíos mundiales de la salud pública (por ejemplo, HIV/SIDA) (Deber, 2000; Sen & Koivusalo, 1998). Sin embargo, en el ámbito internacional poco se está haciendo a través de las AGPP por abordar las deficiencias de los sistemas nacionales de salud pública. Como lo ilustra el reciente intento por controlar el brote mundial del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), la gestión internacional de los males públicos globales, como es el caso de una enfermedad infecciosa, se encuentra en su etapa inicial y aún no se ha beneficiado de los recursos invertidos en las AGPP.

Asociaciones Globales Públicas y Privadas, participación de los sectores privados y de la salud

El capital organizado (como el Banco Mundial) ha surgido como una nueva potencia en la gestión de los BPG y, según algunos expertos, ofrece el potencial de abordar la acuciante preocupación de las crecientes desigualdades en el sector de la salud (McKinsey & Gates, 2002). Por su parte, las fundaciones privadas de Estados Unidos han respondido al actual entorno político a través de una mayor participación en la creación y apoyo financiero brindado a las AGPP (por ejemplo, la Fundación Bill & Melinda Gates, la Fundación Edna McConnell Clark y la Fundación Rockefeller).

El sector privado (por ejemplo, las fundaciones y compañías farmacéuticas) se siente motivado a participar en las AGPP a raíz de una creciente demanda de responsabilidad por parte de las empresas y la esperanza de mejorar la imagen corporativa y el compromiso de sus miembros. Además están interesados en elevar la influencia de las compañías multinacionales y transnacionales en el área de políticas globales. Por otra parte, suelen existir beneficios financieros directos para el sector privado (por ejemplo, reducciones impositivas, desarrollo del mercado y penetración del mismo) que están relacionados con el trabajo en el sector sanitario. Finalmente, las compañías, particularmente los laboratorios de medicamentos, se ven alentados a promocionar sus marcas a través de los programas de donación (Buse & Walt 2000a; Thomas & Curtis, 2000).

Existen numerosas ventajas relacionadas con la fusión de las culturas pública y privada (véase la Figura 5a). Además, esto crea una oportunidad para que las organizaciones del sector público adquieran nuevas habilidades, en particular en el área de gestión. Si el foco se pusiera en una agenda sanitaria más acotada, se podría mejorar el monitoreo y el control de los problemas de la salud, que ha significado una especial preocupación en los países en desarrollo. Finalmente, esto ofrece a los países el potencial de fortalecer su capacidad brindando apoyo a las infraestructuras sustentables capaces de proporcionar vacunas, administrar tratamientos y controlar enfermedades (Ahrin-Tenkorang & Conceicao citado en Kaul, 2002).

Por otra parte, se han elevado muchas inquietudes con respecto a la participación del sector privado en las AGPP por el tema de la salud. En primer lugar, existen diferencias fundamentales en las normas, valores y motivación entre el sector público y el privado (Buse & Walt en Reich, 2002). Segundo, existen inquietudes que indican que el interés de la rentabilidad podría llegar a oscurecer los objetivos de la salud pública, por ejemplo, a través del desarrollo de nuevos productos subsidiados por fondos públicos o la donación de medicamentos para así reclamar una reducción impositiva. Tercero, el sector privado puede verse inclinado a reducir la agenda de salud a proyectos financiados, a costas de fortalecer los sistemas de prestación de salud. Otra inquietud relacionada es que las AGPP podrían limitar las asociaciones a situaciones de mutuo beneficio, en las que los países considerados de alto riesgo quedarían abandonados a merced de un clima socio-político más receptivo (Buse & Walt en Reich, 2002).

Con respecto al impacto de género de la participación del sector privado en las AGPP, existe una preocupación que indica que la salud de las mujeres no será prioritaria en la fusión de las culturas pública y privada puesto que hay pocos procesos, si es que existen, que puedan asegurar que la salud de la mujer permanezca en la agenda. Quizá más problemática aún resulte la falta de mujeres en los estratos de toma de decisiones dentro del sector privado que pudieran asegurar un

lugar para la salud de la mujer dentro de las AGPP (véase Apéndice 2). El hecho de que las AGPP tengan una agenda de salud más estrecha tiene implicancias específicas para las mujeres. Las desigualdades de género están enraizadas en las fuerzas sociales (como la pobreza), que no suelen abordarse desde la perspectiva de las agendas específicas de las AGPP. Otra preocupación que surge en este sentido es que esa agenda limitada no tiene en cuenta las responsabilidades sociales de la mujer (como recolectar agua o cuidar de la familia) ni su rol en las experiencias de salud de la mujer. Para resguardar la salud de la mujer, es necesario contar con una agenda global que priorice los aspectos de género en temas de salud, cuyo desarrollo y coordinación estén a cargo de un organismo internacional que rija a las AGPP.

Figura 10a: Resumen del sector privado y las AGPP: Un análisis de género

PARTICIPACIÓN DEL SECTOR PRIVADO*		
<i>Desafíos</i>	<i>Oportunidades</i>	<i>Consideraciones de género</i>
<i>Diferencias en las normas, valores y motivación.</i>	<i>Oportunidad para que las organizaciones aprendan nuevas habilidades, particularmente en el área de gestión.</i>	<i>Preocupación porque la salud de la mujer no sea una prioridad en la fusión de las culturas pública y privada.</i>
<i>El interés de rentabilidad puede oscurecer los objetivos de la salud pública.</i>	<i>Mejora del monitoreo y el control de los problemas de salud. Fortalecimiento de la capacidad en los países en desarrollo a través del apoyo de la infraestructura sustentable.</i>	
<i>El sector privado tiene una mayor influencia sobre las agendas de las organizaciones internacionales.</i>	<i>La asistencia de las Naciones Unidas ya no depende de los objetivos políticos y económicos.</i>	<i>Existe la necesidad de contar con una agenda global sobre la salud de la mujer, que sea aprobada por todos (organismos públicos y privados).</i>
<i>Fragmentación de la cooperación internacional existente en el área de la salud. Potencial de corrupción a nivel internacional.</i>	<i>Conformación de la coalición a nivel nacional. Programas de donación de medicamentos: Por lo general, se relacionan con la fragmentación de la corrupción y la cooperación internacional. Sin embargo, son útiles puesto que acercan los medicamentos más necesitados, además de vacunas y otros productos de la salud, a las poblaciones que no pueden pagarlos.</i>	<i>La entrega y distribución de medicamentos deberá tener lugar dentro del contexto de las prioridades nacionales existentes. Sin embargo, dichas prioridades nacionales no pueden priorizar la salud de la mujer sin contar con los recursos que permitan promoverla. Potencial de inversiones públicas y privadas en la salud materna y reproductiva, particularmente en el desarrollo de anticonceptivos.</i>
<i>Limitar la agenda de salud a los proyectos financiados.</i>	<i>Capacidad para desplegar fuerzas de tarea de rápida respuesta en el área de salud.</i>	<i>Las desigualdades de género en el ámbito de la salud están inveteradas en las fuerzas sociales (por ejemplo, en la pobreza). Estos temas no suelen abordarse en las agendas limitadas de las AGPP (véase el estudio de caso que se presenta más adelante).</i>
<i>Las asociaciones pueden modificar el ámbito de acción de las comisiones asesoras expertas en el área de salud fuera de las Naciones Unidas.</i>	<i>Potencial de mayores recursos e innovación.</i>	<i>Preocupación porque la salud de la mujer no sea una prioridad. Las comisiones técnicas del área de salud no tendrán una adecuada representación femenina.</i>
<i>Acceso y disponibilidad del conocimiento médico.</i>	<i>Menos burocracia. Potencial para asumir un rol de liderazgo para que la tecnología y el conocimiento relacionado con la salud sean más accesibles.</i>	<i>La disponibilidad del conocimiento médico específico del género y el acceso a la información médica por parte de la mujer no están asegurados en la nueva y rápida transmisión del conocimiento.</i>

* Fuentes: IPPI Sept. 2001. Ed. Karin Holm; Arhin-Tenkorang & Conceicao in Kaul 2002: 499; Buse & Walt in Reich 2002: 187; Reich 2002; IPPI Mtg of Managers Oct. 2001.

Gobierno de la salud global y las AGPP: Un análisis de género

Las Asociaciones Globales Públicas y Privadas intentan desarrollar una plantilla para la regulación de la salud global que transforme el sistema de salud mundial para las futuras generaciones (véase la Figura 5b). En particular, si se establece el liderazgo de las AGPP a través del desarrollo de un organismo regulador internacional, existe el potencial de influir sobre la reforma del sistema sanitario a escala mundial. Sin embargo, aún no existen normas para la regulación, evaluación, responsabilidad o transparencia de los procesos de las AGPP (Reich, 2002). Con respecto a la responsabilidad, no queda claro a quién le corresponderá, dado que depende de los interesados del sector privado y de las estructuras políticas del sector público. Por otra parte, los criterios de membresía de los organismos de regulación aún está por determinarse y actualmente están regidos por los científicos del hemisferio Norte y por el sector comercial (Buse & Walt en Reich, 2002). Finalmente, a pesar de las preocupaciones por el hecho de que el sector privado domine el desarrollo de un marco de regulación mundial de la salud, no queda claro quién liderará el desarrollo de un marco legislativo para las AGPP.

Dada la histórica falta de oportunidades de participación de las mujeres en los altos cuadros de las organizaciones con fines de lucro, existe la inquietud de que las mujeres no puedan ocupar una posición que les permita influir en el desarrollo de un marco de regulación durante esta etapa “de transformación” (véase Apéndice 2). Finalmente, si se invita a las mujeres a participar, existirá la preocupación sobre la diversidad geográfica y racial del grupo seleccionado. En general, las mujeres de países en desarrollo con menores recursos y contactos tienen menos probabilidades de lograr una posición de influencia sobre la evolución de un marco internacional de salud.

Figura 5b: Resumen sobre el gobierno del sistema: Un análisis de género

REGULACIÓN*		
<i>Desafíos</i>	<i>Oportunidades</i>	<i>Consideraciones de género</i>
<i>No existen normas para la regulación, evaluación, responsabilidad y transparencia.</i>	<i>Potencial para desarrollar una plantilla que transforme el sistema global de salud para las futuras generaciones.</i>	<i>La capacidad de la mujer de influir en ese marco durante esta etapa “de transformación”.</i>
<i>Responsabilidad: Varía mucho entre el sector público y el privado.</i> <i>Transparencia: La asociación a los organismos de regulación no es clara. Pocas asociaciones incluyen la representación de los países de bajos ingresos.</i>		<i>La mujer se encuentra sub-representada en la toma de decisiones, particularmente en los niveles superiores de las organizaciones privadas con fines de lucro (véase Apéndice 2).</i> <i>¿A qué mujeres se puede invitar a participar y en qué eventos?</i> <i>Las mujeres de los países en desarrollo, con menores recursos y contactos, tienen menos probabilidades de influir en la agenda.</i>
<i>Existe la inquietud de que el sector privado domine el liderazgo de las AGPP.</i>	<i>Potencial para transformar la reforma de los sistemas sanitarios a través de un enfoque nuevo e innovador del liderazgo global en el tema de salud.</i>	<i>Actualmente la mujer no ocupa los puestos de poder necesarios para influenciar el liderazgo de las AGPP.</i>

*Fuentes: IPPI Sept. 2001. Ed. Karin Holm; Arhin-Tenkorang & Conceicao in Kaul 2002; Buse & Walt in Reich, 2002: 187; Reich 2002; IPPI Mtg of Managers Oct. 2001.

Investigación futura

Nuestra revisión de la literatura hasta la fecha ha revelado una cantidad de áreas que garantizan una investigación más profunda. En primer lugar, no hemos encontrado ningún análisis de género en el rol de las AGPP en la prestación de servicios de salud. Segundo, en función de nuestros hallazgos que indican que las mujeres están mal representadas en los altos niveles de las Instituciones Financieras Mundiales, la Organización Mundial de Comercio y los Bancos Regionales de Desarrollo, queda claro que se requiere más investigación sobre la posición social de la mujer frente a la estructura de regulación de las AGPP. Además, desde el punto de vista de las políticas, se necesita abrir un debate de mayor nivel sobre el poder y la influencia de las mujeres en la toma de decisiones dentro las AGPP. Tercero, se requiere más investigación para desarrollar un marco de evaluación y así poder determinar el impacto del género de estos “experimentos sociales” (Widdus, 2003). Finalmente, el rol de los males públicos globales en lo que respecta a la tensión nacional/internacional implícita en la formación de las AGPP garantiza una investigación más profunda, además de un análisis adicional desde la perspectiva de género.

Estudio de caso de las Asociaciones Globales Públicas y Privadas: La iniciativa internacional contra el tracoma^{^^}

Basado en el trabajo de los doctores Paul Courtright y Ken Basset (2002)

Antecedentes

En 1997, la OMS desarrolló una iniciativa para combatir la ceguera, conocida como la Iniciativa de la Visión 2020. Su objetivo concreto era “coordinar las actividades y movilizar los recursos para asistir a los gobiernos nacionales en los programas de control del tracoma como parte de la atención sanitaria primaria” (Visión 2020 citada en Reich, 2002: 43). La OMS adoptó un abordaje multifacético denominado ‘SAFE’ que incluye: Cirugía para corregir el tracoma en una etapa avanzada; antibióticos para tratar la infección activa; lavado del rostro para reducir la transmisión de la enfermedad y mejoras ambientales para aumentar el acceso al agua limpia y a una mejor educación para la salud e higiene pública (Reich, 2002).

Al año siguiente, la Fundación Edna McConnell Clark⁶ y Pfizer Inc⁷ anunciaron la formación de la Iniciativa Internacional contra el Tracoma (ITI), una organización sin ánimo de lucro que tiene el objetivo de implementar una estrategia multifacética para combatir el tracoma (Reich, 2002). En 1999, el programa ITI identificó a Ghana, Mali, Marruecos, Tanzania y Vietnam como los primeros países para este programa de control del tracoma. Hacia 2001, Etiopía, Nepal, Nigeria y Sudán fueron incluidos en el programa.

Los indicios prematuros del impacto de la iniciativa ITI son prometedores: En diciembre de 2000, ITI anunció que los proyectos piloto de Marruecos y Tanzania habían recortado la aparición del tracoma en más del 50% en una población de dos millones de personas en poco más de un año (Reich, 2002). La iniciativa ha recibido fondos adicionales de la Fundación Clark por un valor de 6 millones de dólares sobre un período de tres años; de Pfizer recibió 10 millones de dosis de Zithromax y 6 millones de dólares en concepto de fondos para gastos operativos a lo largo de tres años. La Fundación Bill y Melinda Gates también ha contribuido con 20 millones de dólares en el lapso de cinco años y el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido acordó donar unos 2 millones de dólares durante el próximo año (ITI citado en Reich, 2002).

La mujer y el tracoma

El tracoma es la segunda y tercera causa principal de ceguera en el mundo. Hay 150 millones de personas afectadas en 48 países, de los cuales 6 millones son ciegos (Centro de Oftalmología Comunitaria de Kilimanjaro, y colab., n.d.). Esta enfermedad se puede tratar e incluso prevenir. Es una infección del ojo que se transmite fácilmente y se caracteriza por reiteradas infecciones que producen cicatrices en el párpado superior, propagando finalmente la infección hacia el interior del ojo. Luego, las pestañas raspan la cornea, lo que da lugar a la ceguera. Es muy frecuente en las comunidades rurales donde el acceso al agua limpia y a la atención sanitaria está limitado, y donde es común encontrar familias que viven hacinadas (Centro de Oftalmología Comunitaria de Kilimanjaro y colab., n.d.).

^{^^} Un especial agradecimiento a los doctores Paul Courtright y Ken Basset, al Centro de Oftalmología Comunitaria de Kilimanjaro y al Centro de Oftalmología Internacional y Epidemiológica de British Columbia por otorgar el permiso para incluir su trabajo como estudio de caso.

⁶ La Fundación Edna Clark es una importante fundación filantrópica privada con sede en Nueva York.

⁷ Pfizer Inc. es una compañía farmacéutica global cuyo volumen de negocios en 1998 superó los 13.500 millones de dólares.

El tracoma es una enfermedad que afecta principalmente a las mujeres. La tasa del tracoma y el riesgo de ceguera de esta enfermedad es de 3 a 4 veces mayor en la mujer que en el hombre (GAWH, n.d.). Las diferencias biológicas ofrecen pocas explicaciones de esta preponderancia entre las mujeres. Se podría decir que las mujeres de todas las edades experimentan mayores niveles de exposición a los factores causales de la enfermedad, incluyendo:

- *El cuidado de los niños:* Algunos estudios indican que los niños son la principal reserva de infección causada por la bacteria Chlamydia asociada al tracoma inflamatorio (Thylefors y colab. citado en GAWH, n.d.).
- *Agua:* La inaccesibilidad al agua, las desigualdades en la distribución de este recurso en los hogares y la falta de voluntad de usar cantidades limitadas de agua para la higiene están relacionadas con mayores tasas de tracoma. Sin embargo, los estudios realizados sobre la relación entre el tracoma y la distancia hasta las fuentes de suministro de agua han quedado inconclusos (Taylor y colab. citado en GAWH, n.d.).
- *Nivel socio-económico de la mujer:* Los estudios han demostrado una relación inversa entre el nivel socio-económico y el riesgo de contraer tracoma (Millar & Lane citado en GAWH, n.d.).
- *En los países en desarrollo, las mujeres tienden a recurrir a los servicios de atención oftalmológica en menor medida que los hombres* (Lewallen & Courtright, 2002). Una revisión de la literatura y un meta-análisis de los datos han demostrado que las tasas de cirugía ocular son entre 1,2 y 1,7 veces más altas en los hombres que en las mujeres, a pesar de que estas últimas representan el 63% de todos los casos potenciales de cirugía en las poblaciones bajo estudio (Ibid.). Se considera que existe un componente cultural que explica estas diferencias (las mujeres son menos propensas a recurrir a la atención de sus ojos). Por lo tanto, si la cirugía no se dirige específicamente a las mujeres, éstas recibirán menos tratamiento que los hombres.

En muchos países, la distribución y el monitoreo de antibióticos ha ocurrido a expensas de otros aspectos efectivos de la estrategia SAFE más a largo plazo, como el lavado del rostro y los cambios ambientales (Centro de Oftalmología Comunitaria de Kilimanjaro y colab., n.d.). Dados los factores que colocan a la mujer en un mayor nivel de riesgo de contraer tracoma, este abordaje podría perjudicarla. En consecuencia, el Centro de Kilimanjaro afirma que el tema del género debería considerarse en los cuatro componentes de la estrategia SAFE.

En algunos países (notablemente en Tanzania) los programas de distribución de antibióticos están organizados en forma vertical. Esto puede implicar una carga significativa en los tiempos del personal de la atención sanitaria. Es necesario realizar más investigaciones para determinar si esta carga afecta de manera diferente a los prestadores de servicios asistenciales para el hombre y la mujer (Centro de Oftalmología Comunitaria de Kilimanjaro y colab., n.d.).

Por otra parte, preocupan los costos de la distribución de antibióticos. En Tanzania, se les pidió a las autoridades sanitarias del distrito que se hicieran cargo del costo de la distribución. La brecha entre la donación y la distribución de antibióticos en muchos sistemas sanitarios se ha identificado como un problema común en la salud dentro del ámbito de las AGPP (IPPI, 2001). Una crítica frecuente es que la distribución de los medicamentos donados en los países en desarrollo distrae importantes recursos de otros sectores del sistema de salud, claramente del sistema de salud pública (IPPI, 2001). El efecto relativo de este cambio en los recursos de los profesionales de la salud, tanto en el hombre como en la

mujer además del público en general, aún debe ser investigado (Centro de Oftalmología Comunitaria de Kilimanjaro y colab., n.d.).

Finalmente, se han registrado reducciones en la frecuencia del tracoma en países en desarrollo como Gambia y Malawi, que aún no se han beneficiado de la participación de la AGPP en la distribución de antibióticos para el tratamiento de esta enfermedad. Estas reducciones se suman a las mejoras alcanzadas en el ámbito de la higiene pública, el suministro de agua, la educación y el acceso a la atención médica. En función de los factores conocidos que colocan a la mujer en un mayor nivel de riesgo de contraer tracoma, las mejoras en estas áreas podrían tener un impacto de género sobre la incidencia de la enfermedad.



**TEMAS CLAVE EN LA INTERFAZ ENTRE
GLOBALIZACIÓN, GÉNERO Y SALUD**

Nutrición y seguridad alimentaria

HIV/SIDA

Tabaquismo

Seguridad y salud en el trabajo

Salud mental

Enfermedades infecciosas

Violencia

Breve introducción a los trabajos sobre el tema de globalización, género y salud

Gran parte del análisis que documenta los vínculos entre salud y globalización adolece de un problema: no reconoce el impacto de género. Está claro que los hombres y mujeres experimentan distintos patrones de enfermedad y que su expectativa de vida es diferente (Wizemann & Pardue, 2001), lo cual también varía considerablemente de un país a otro con distintos niveles de desarrollo. Esta brecha persiste a pesar del gran volumen de trabajos disponibles que dejan constancia de la relación entre las categorías de sexo y género y la salud de las mujeres (Doyal, 1995; OMS, 1995/1998/2001c). Biológicamente, la capacidad reproductiva coloca a las mujeres en una posición vulnerable con respecto al control de la fertilidad y su habilidad de asegurar un embarazo y alumbramientos seguros (Doyal, 2002). Los factores sociales desempeñan un rol fundamental en estas diferencias. En rigor, la literatura sugiere que en ninguna sociedad las mujeres son tratadas en un pie de igualdad respecto de los hombres (PNUD, 1997/1999a; Naciones Unidas 2000a/b), hecho que arroja consecuencias importantes para su salud (Doyal, 2001).

Las secciones a continuación presentan una serie de temas relacionados con la salud que ponen en relieve el impacto diferencial que provoca la globalización en la salud de las mujeres con respecto a los hombres. Cada sección contiene una visión general de temas tales como la seguridad alimentaria, el HIV/SIDA, el tabaquismo, la higiene en el trabajo, la salud mental, las enfermedades infecciosas y la violencia. Algunos de estos temas se basan en una cantidad considerable de datos que demuestra un fuerte vínculo entre ellos. En otros casos, dicho impacto no se documenta con la misma efectividad y se apoya en trabajos y análisis especulativos de estudios de casos. No obstante, todos los ejemplos subrayan la importancia de la globalización como un poderoso catalizador de cambio –a veces positivo y otras negativo- en las condiciones de salud de las mujeres en todo el mundo.

Informe sobre nutrición y seguridad alimentaria *

A. Panorama general de las características y estadísticas de los alimentos[^]

Prevalence of Child Malnutrition using World Development Indicators*								
Region / Country	Child Wasting	Child Stunting	Region / Country	Child Wasting	Child Stunting	Region / Country	Child Wasting	Child Stunting
North America			Eastern Europe			Sub-Saharan Africa		
Canada	–	–	Ukraine	3	16	Kenya	22	33
United States	1	2	Uzbekistan	19	31	Ethiopia	47	52
Central America			Middle East			West Africa		
Costa Rica	5	6	Lebanon	3	12	Gambia	17	30
Guatemala	24	46	Kuwait	2	3	Sierra Leone	27	n/a
South America			Northern Asia			South Africa		
Chile	1	2	China	10	14	Zimbabwe	13	27
Bolivia	8	27	Mongolia	13	25	Zambia	24	42
Western Europe			South-East Asia			North Africa		
France	–	–	Philippines	32	32	Togo	25	22
			India	53	52	Senegal	18	23

^v Numbers refer to the % under age 5

Source: World Bank, 2003.

[^] Dada la ausencia de datos desglosados por género, la desnutrición infantil se utiliza como referente de la desnutrición femenina.

B. Antecedentes

El grado en el que la seguridad alimentaria afecta a las mujeres en todo el mundo de manera diferencial se debe a los siguientes factores: (1) la división de género del trabajo; (2) la disparidad en la distribución de los alimentos en el seno familiar que las desfavorece; (3) un aumento global de la cantidad de mujeres cabeza de familia; (4) el fuerte vínculo entre la nutrición materna e infantil; (5) las diferencias biológicas en las necesidades de alimentación, principalmente debido al rol reproductivo de las mujeres; y (6) la escasez de estudios científicos sobre el impacto en las mujeres de los productos químicos utilizados en la agricultura y del uso de alimentos genéticamente modificados.

C. Temas clave relacionados

Tema 1: Acuerdos multilaterales, empresas y política interna

- *La apropiación de la producción de los alimentos por parte de las empresas transnacionales está desplazando a los pequeños productores agropecuarios. En los países en vías de desarrollo, las mujeres constituyen la mayor parte de la mano de obra dedicada a la producción agrícola con fines marginales y de autoabastecimiento. A medida que las mujeres son apartadas de la tierra y su capacidad de producir alimentos para consumo doméstico disminuye, muchas de ellas procuran realizar otras tareas fuera de ese sector a fin de ganar un salario que les permita comprar alimentos (Kulkarni, 2002; Storey, 2002). Para muchas de ellas, esto implica un aumento considerable en su tiempo de desplazamiento entre el lugar de trabajo y el hogar, donde además deben cumplir con sus tareas domésticas habituales, lo cual provoca su agotamiento físico y desnutrición por falta de consumo de proteínas.*

- *La reducción en el volumen de agua potable disponible como consecuencia del monocultivo está obligando a las mujeres a gastar más energías para sostener el hogar. En algunas zonas rurales, las mujeres actualmente dedican entre 4 y 5 horas diarias en la obtención de agua (Khosla & Pearl, 2003). Este aumento en el desgaste de energía de las mujeres sin una dieta nutritiva adecuada disminuirá sus reservas de proteínas (Kulkarni, 2002). También resulta preocupante el hecho de que, en general, el riego y el acceso al agua con fines de producción agrícola constituyen una responsabilidad de los hombres, mientras que las mujeres son quienes se ocupan de su obtención para consumo doméstico (Kulkarni, 2002; Francisco, 2000). La división de género en términos de la responsabilidad en la tarea de obtener agua para la producción agrícola y el consumo doméstico plantea otra inquietud con respecto al acceso y disponibilidad de agua potable.*

* Keva Glynn, Heather Maclean, Ron Labonte, Suzanne Sicchia.

Tema 2: Aumento de alimentos importados

- *La escasez de alimentos nacionales es cada vez mayor en los países en vías de desarrollo que están luchando por obtener suficientes ingresos de divisas a fin de importar los alimentos necesarios. A pesar de los esfuerzos por aumentar la producción destinada a la exportación, se prevé que para el año 2020 muchos países en desarrollo no dispondrán de suficientes divisas extranjeras para importar los alimentos que necesitan (FAO, 2002a). La escasez de alimentos afecta de manera distinta a hombres y mujeres debido a la disparidad generalizada en la distribución de los mismos en el seno del hogar que desfavorece a las mujeres (Haddad, 1999; Messer, 1997).*
- *En los países en vías de desarrollo donde la demanda de alimentos importados es cada vez mayor y la capacidad de establecer un sistema adecuado de control de las normas de seguridad alimentaria cada vez menor, existe la posibilidad de que grandes sectores de la población se vean expuestos a los alimentos genéticamente modificados (AGM). Éste es un hecho significativo puesto que se conoce relativamente poco acerca de la potencial transferencia de genes de los AGM a los seres humanos (OMC/OMS, 2002). Más aún, dada la ausencia histórica de participación de las mujeres en los ensayos clínicos y científicos, tal vez no exista suficiente evidencia que permita respaldar la exención de la cuestión de la salud de las mujeres del Acuerdo sobre Barreras Técnicas al Comercio de la OMC (Gammage y colab., 2002). En efecto, existe escaso conocimiento acerca de las implicancias de los AGM en la capacidad de reproducción/embarazo y lactancia. Finalmente, la creciente dependencia de los productos extranjeros socava la capacidad de las mujeres de brindar alimentos seguros y nutritivos a sus familias.*

Tema 3: Introducción de alimentos genéticamente modificados

- *El contenido y la evolución del conocimiento técnico y agrícola de las mujeres a menudo se contraponen con los requisitos de patentamiento de TRIPS. Otra barrera que deben afrontar las mujeres en el mundo en desarrollo es su limitado acceso a los recursos financieros y legales para obtener patentes (Gammage y colab., 2002). Este tema y la búsqueda de sistemas sui generis para la protección del conocimiento tradicional son cuestiones pendientes en la agenda del Consejo de la OMC sobre TRIPS.*

- *Los organismos genéticamente modificados (OGMs) generan preocupación en torno al “cruce” de especies (el desarrollo de pastos más duros con mayor resistencia a las enfermedades o inclemencias ambientales). Al igual que los agricultores en tierras marginales, las mujeres serán las primeras en experimentar este impacto en su capacidad de producir alimentos (Francisco 2000).*

Tema 4: El movimiento de las personas y las ideas

- *Violencia y migración.* En todos los niveles, la violencia también reduce la capacidad de las mujeres de producir sus propios alimentos. En efecto, a nivel nacional, las mujeres y los niños representan los grupos mayoritarios entre los refugiados y, como tales, a menudo están expuestos a la escasez de alimentos y a la desnutrición por falta de proteínas y vitaminas. A nivel doméstico, la violencia familiar afecta la distribución de los alimentos. Los estudios han demostrado una fuerte relación negativa entre la violencia ejercida contra la mujer y el consumo de calorías de los niños en el hogar (Haddad, 1999). El desplazamiento de las mujeres y niños también reduce la capacidad a largo plazo de las mujeres de producir sus propios alimentos.
- *La epidemia de obesidad mundial está afectando a hombres y mujeres de distinta manera.* Si bien los hombres son más propensos a sufrir de sobrepeso, la obesidad prevalece más entre las mujeres, en especial en el caso de países que están atravesando un rápido proceso de transición, tales como Argelia, Argentina, Chile, China, Egipto, Indonesia, la República Islámica de Irán, Kiribati, Marruecos, Uzbekistán y muchos países del Caribe (OMS, 2000e).

Informe sobre el HIV/SIDA*

A. Panorama general del HIV/SIDA (Fuente: UNAIDS, 2002d)

	Epidemic Started	Adults & Children Living with HIV/AIDS	Adults & Children Newly Infected	Adult Prevalence Rate %	% Positive Adults (Women)	Main Mode(s) of Transmission for those living with HIV/AIDS**
Sub-Saharan Africa	Late 70s Early 80s	28.5 million	3.5 million	9	58	Hetero
North Africa & Middle East	Late 80s	500,000	80,000	0.3	54	Hetero, IDU
South/ South East Asia	Late 80s	5.6 million	700,000	0.6	37	Hetero, IDU
East Asia / Pacific	Late 80s	1 million	270,000	0.1	24	IDU, Hetero, MSM
Latin America	Late 70s Early 80s	1.5 million	140,000	0.5	31	MSM, IDU, Hetero
Caribbean	Late 70s Early 80s	420,000	60,000	2.3	50	Hetero, MSM
Easter Europe & Central Asia	Early 90s	1 million	250,000	0.5	26	IDU
Western Europe	Late 70s Early 80s	550,000	30,000	0.3	26	MSM, IDU
North America	Late 70s Early 80s	950,000	45,000	0.6	20	MSM, IDU, Hetero
Australia & New Zealand	Late 70s Early 80s	15,000	500	0.1	7	MSM
TOTAL		40 million	5 million	1.2	50%	

* The proportion of adults (15-49) living with HIV/AIDS in 2001, using 2001 population numbers
 ** Hetero: Heterosexual transmission -- IDU: transmission via injection drug use -- MSM: sexual transmission among men having sex

- En 2000, el HIV/SIDA fue la tercera causa de discapacidad que modificó la expectativa de vida de ambos sexos en todas las edades, representando un 6,1 por ciento del total global (OMS, 2001b: p. 27).
- En 2000, el HIV/SIDA fue la primera causa de discapacidad que modificó la expectativa de vida de las mujeres de todas las edades, representando un 6,5 por ciento del total global (OMS, 2001b: 27).
- En 2002, la cantidad de enfermos de HIV/SIDA ascendía a 42 millones de adultos y 5 millones de niños respectivamente, más del 95% de ellos en países en vías de desarrollo y un 70% en la región del África Subsahariana (Banco Mundial, 2003: 11). Asimismo, desde el inicio de la epidemia, 14 millones de niños han quedado huérfanos como consecuencia del SIDA (Hagen, 2002: 39).
- Aproximadamente la mitad de los nuevos casos de HIV/SIDA registrados en los países en desarrollo son mujeres (UNAIDS, 2002e). Dentro de los países, la epidemia de HIV/SIDA puede exacerbar las diferencias de ingresos entre hombres y mujeres, en parte debido al incremento de las responsabilidades de cuidado de enfermos dentro de la familia por parte de las mujeres y al marcado aumento en la cantidad de mujeres HIV positivo.

* Suzanne Sicchia, Heather Maclean, Ron Labonte, Keva Glynn

B. Temas clave relacionados

Tema 1: Acuerdos multilaterales y política interna

- *En el marco de TRIPS (Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio), el acceso a los antiretrovirales es limitado.* Esto incluye aquéllos utilizados para prevenir la transmisión de enfermedades de madres a hijos (PNUD, 2002; OMS, 2001a; Red Global de Mujeres para los Derechos Reproductivos, 2002). Además, los actores que tienen un papel protagónico en las negociaciones entre las compañías farmacéuticas multinacionales y los gobiernos son preponderantemente hombres, lo cual refleja quién ejerce el poder en las relaciones de género en la sociedad (PNUD, 1999a; Naciones Unidas 2000b).
- *Los sistemas de supervisión de la salud pública pueden verse comprometidos por las reducciones en los subsidios asignados por el sector público* (Lee, 2000), afectando de este modo la obtención de datos desglosados por sexo y nuestra capacidad de monitorear la trayectoria de la enfermedad y las estrategias de intervención a seguir.
- *La reducción del gasto público, el menoscabo del estado benefactor y el aumento de las privatizaciones* puede producir un efecto desproporcionado en las mujeres que se encuentran entre los sectores más pobres y marginales de muchas sociedades (Doyal, 2002). El rápido declive y pérdida de servicios sociales y otras prestaciones de salud que en antaño eran subsidiados por el Estado hoy se traducen en un franco aumento en la tarea que las mujeres y niñas deben desempeñar en el hogar, en especial en aquellas zonas donde la epidemia de HIV/SIDA causa mayores estragos (véase HelpAge International; Ainsworth & Dayton, 2003; Barrientos y colab., 2003).

Tema 2: Tendencias laborales e inseguridad en los ingresos

- *El declive del Estado benefactor aumenta considerablemente el trabajo no remunerado de las mujeres y niñas* quienes se ocupan del cuidado de los enfermos de HIV/SIDA (Doyal, 2002).
- *Frente al desempleo y diferencias de remuneración entre hombres y mujeres y entre los segmentos más ricos y más pobres de la sociedad, las mujeres y niñas están más propensas a volcarse a la prostitución* como un medio para complementar los ingresos familiares, aumentando así su riesgo de contraer el HIV (Paci, 2002).
- *El número creciente de mujeres que ingresan en la fuerza laboral* puede convertirse en un reto y motivo de tensión en las relaciones familiares y de la comunidad (por ejemplo, cuando la tarea o el desplazamiento de las mujeres hacia el lugar de trabajo atenta contra las normas de género), aumentando potencialmente el riesgo de discriminación de estas mujeres, de la violencia basada en el sexo y del HIV/SIDA.

Tema 3: Movilidad demográfica

- *Las mujeres refugiadas y que han debido migrar corren un mayor riesgo de contraer HIV/SIDA como consecuencia de la violencia sexual y están más expuestas a caer en la prostitución.* Del mismo modo, en períodos de guerra y caos social aumenta el riesgo de violación de las mujeres y niñas, lo cual repercute directamente en un mayor riesgo de infección (UNAIDS 2002a/2002b).

Informe sobre el HIV/SIDA*

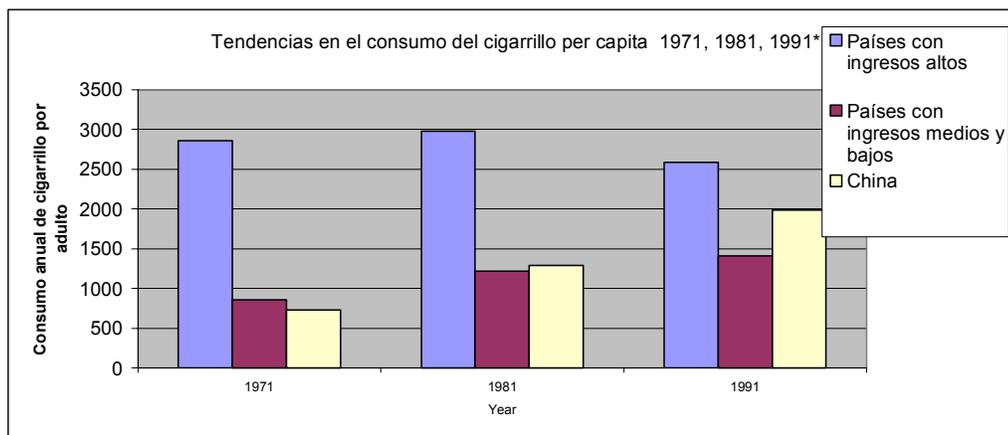
- *El incremento del tráfico de personas también está vinculado con la propagación del HIV/SIDA.* El tráfico anual alcanza entre uno y dos millones de personas aproximadamente. Las mujeres y niños representan la mayoría de las víctimas de este fenómeno (Paci, 2002; UNAIDS, 2002a; PNUD, 1999a).
- *El rápido aumento en la densidad demográfica,* como ocurre en los campos de refugiados y otras formas de urbanización no planificada, incluyendo la migración de las personas de las zonas rurales a los centros urbanos en busca de empleo. A menudo, este hecho está asociado con condiciones pobres de vida (por ejemplo, vivienda inadecuada, sistemas de sanidad deficientes, etc.). Tales condiciones comprometen el sistema inmunológico de las personas volviéndolas vulnerables a las enfermedades infecciosas, entre ellas el HIV/SIDA (Stillwagon, 2000). Asimismo, estas condiciones de vida pueden aumentar la probabilidad de los individuos de involucrarse en prácticas de alto riesgo tales como el uso de jeringas para el consumo de drogas y la prostitución, o bien convertirlas en víctimas de la violencia sexual (Paci, 2002; PNUD, n.d.; UNAIDS 2002a).
- *Los hombres cuyo trabajo consiste en viajar (conductores de camiones y miembros de fuerzas de paz) y aquéllos a quienes su empleo les mantiene alejados de su hogar durante largos períodos también son más propensos a mantener relaciones sexuales con prostitutas sin ninguna protección, lo cual también aumenta su riesgo de contraer HIV.* De este modo, las esposas o compañeras de estos hombres quedan igualmente expuestas a ese riesgo (UNAIDS, 2002a; Upadhyay, 2000; Women's EDGE, 2002).

Tema 4: Tecnologías de la información y la comunicación y la sociedad civil

- *Las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) y el aumento en la movilidad demográfica ha facilitado la participación y organización de la sociedad civil a nivel local, nacional, regional e internacional con respecto a una serie de temas sociales que incluyen el HIV/SIDA.* Las redes resultantes (por ej., The Global Network of Positive Persons GNP+) han sido importantes partidarias y han permitido que muchas personas, que de otro modo resultaría marginada por el estigma societal, puedan hacer oír su voz, por ejemplo, los homosexuales, travestís, hombres y mujeres dedicados a la prostitución y adictos a las drogas intravenosas (Hartwig, comunicación electrónica, 2003; UNIFEM, 2000c).

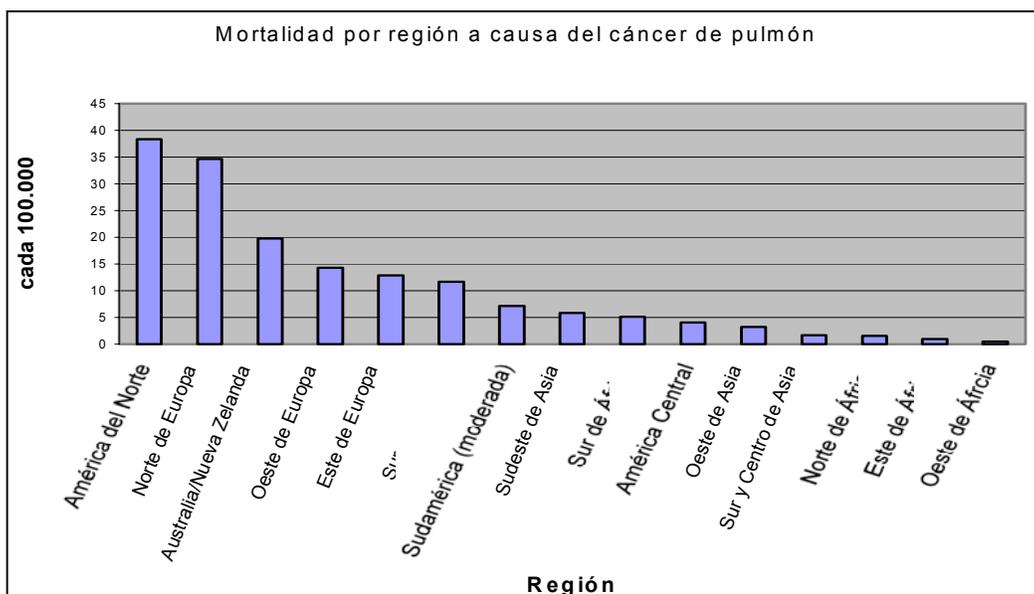
Informe sobre el tabaquismo*

A. Panorama general de las estadísticas y características del tabaquismo



Fuente: *Tobacco or Health: A global status report*. Ginebra OMS, 1997.

*Datos no desglosados por género.



Adaptado de: Pisani P et.al. Int. J. Cancer: 83: 18-

- Las proyecciones indican que las muertes causadas por el consumo de tabaco en los países en desarrollo se cuadruplicarán entre 1990 y 2020 (OMS 1999b). Actualmente, mueren cuatro millones de personas al año como consecuencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (OMS, 1999b). De mantenerse las actuales tendencias, la OMS (1999b) estima que para el año 2030 el saldo de esas muertes ascenderá a diez millones de personas.

* Keva Glynn, Heather Maclean, Ron Labonte, Suzanne Sicchia.

B. Antecedentes

En términos globales, el 47% de los fumadores son hombres y el 12% mujeres (OMS, 1999b). Si bien la epidemia del consumo de tabaco entre los hombres se encuentra en leve descenso, no se prevé que el pico entre las mujeres se alcance hasta mediados del siglo XXI. Uno de los temas de preocupación es el aumento del consumo de tabaco entre las mujeres en los países en vías de desarrollo y entre las jóvenes en el mundo desarrollado. En la actualidad, el 8% de las mujeres en los países en vías de desarrollo y el 15% de las mujeres en el mundo desarrollado fuman (OMS, 2001). Sin embargo, se estima que, sin cambios contundentes en las prácticas de prevención, la prevalencia de este hábito aumentará hasta un 20% entre las mujeres tanto en el mundo desarrollado como en aquél en vías de desarrollo (OMS, 2001).

En Estados Unidos, el número de víctimas del cáncer de pulmón ha superado al del cáncer de mama y se ha convertido en la causa principal de mortalidad por cáncer entre las mujeres. En todo el mundo, el cáncer de pulmón actualmente representa el 10% de las víctimas fatales del cáncer entre las mujeres (OMS, 2001). Los estudios indican que las mujeres pueden ser más susceptibles al cáncer de pulmón que los hombres (Payne, 2001). El riesgo de cáncer de pulmón entre las mujeres es superior al de los hombres en todos los niveles de consumo de tabaco, tanto de bajo como de alto contenido en nicotina. Más aún, el cáncer provocado por células agresivas pequeñas es más habitual en las mujeres que en los hombres. También resulta inquietante el hecho de que más mujeres no fumadoras que hombres sufren de cáncer de pulmón. Para concluir, últimamente se ha observado un rápido aumento en la incidencia y mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres jóvenes en el mundo desarrollado, en comparación con cierta tendencia de nivelación o incluso disminución entre los hombres.

C. Temas clave relacionados

Tema 1: Acuerdos multilaterales y política interna

- *La reducción de las barreras arancelarias y no arancelarias impuestas al tabaco y a los productos afines al tabaco ha producido una caída en el precio del mismo (Collishaw y colab., 2001; Taylor y colab., 2000b). La realidad indica que las mujeres en los países en desarrollo son particularmente vulnerables a la caída en el precio de los cigarrillos, lo cual muestra una fuerte asociación entre el precio bajo del tabaco y el aumento en el consumo de cigarrillos en los países de bajos ingresos, sobre todo en los sectores más pobres (Taylor y colab., 2000; OMS, 2001a).*
- *Las restricciones impuestas a los gobiernos para regular la publicidad del tabaco son un motivo de preocupación especialmente para las mujeres en el mundo en desarrollo, donde las empresas tabacaleras están llevando adelante agresivas campañas publicitarias dirigidas a las mujeres como segmento no explotado del mercado (Hammond, 1998; Jenkins y colab., 1997; OMS, 2001).*
- *El desarrollo de la Convención Marco de la OMS sobre el Control del Tabaco (FCTC) representa una iniciativa innovadora hacia el gobierno global de la salud. La meta, que consiste en desarrollar un tratado internacional de carácter vinculante, es un nuevo desarrollo en la implementación de un sistema global de gobierno de la salud. Las acciones de lobby ya se han puesto en marcha para incluir los temas específicos de género.*

Tema 2: Tendencias laborales

- *El aumento de la cantidad de mujeres empleadas en el mercado laboral formal e informal, especialmente en los países en vías de desarrollo, puede conducir a un aumento en el consumo del tabaco.* El poder de consumo de las mujeres y niñas se ha elevado en muchas partes del mundo. Si bien las mujeres y niñas continúan percibiendo salarios inferiores al de sus contrapartes masculinos, el hecho de contar con ingresos propios les brinda una nueva oportunidad para comprar cigarrillos.

Tema 3: Movilidad demográfica

- *La occidentalización de las culturas en todo el mundo está reduciendo los tabúes sociales y culturales en torno al hábito de fumar entre las mujeres en distintas partes del mundo en desarrollo.* Además, la imagen de la mujer emancipada “occidentalizada” se está utilizando para comercializar el tabaco entre las mujeres del mundo en desarrollo (Hammond y colab., 1998; OMS, 2001).
- *A pesar de la caída en el precio de los cigarrillos y del marcado aumento de la comercialización del tabaco en todo el mundo, el contrabando de estos productos continúa siendo lucrativo y está en aumento* (Chaloupka & Nair, 2000). El mayor flujo de personas que se mueven dentro y fuera de las fronteras de los países, la presencia de las tecnologías de la comunicación destinadas a facilitar un intercambio veloz de la información dentro de las redes de contrabando, el mayor potencial de beneficios a partir del aumento en el consumo del cigarrillo y la menor capacidad de los gobiernos de ofrecer sistemas adecuados de control o de aplicación de las normas contribuyen al aumento de este fenómeno. El resultado es un incremento en la oferta disponible de cigarrillos baratos que, según los estudios, propicia el consumo de cigarrillos entre los sectores más pobres, dentro de los cuales las mujeres representan la mayoría.

Tema 4: Tecnologías de la información y la comunicación y la sociedad civil

- *Las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) también han permitido la formación de un Sistema Global de Control del Tabaco* que suministrará información sobre el nivel de incidencia, tendencias de consumo, morbilidad y mortalidad relacionadas e intervenciones a través de programas y políticas. Dada la escasez de datos concretos sobre género en esta área, el nuevo sistema de control brindará información importante para la generación de programas y políticas específicas de género (OMS 2001).
- *En el mundo desarrollado, se ha producido un cambio reciente hacia la formación de coaliciones femeninas anti-tabaco* (por ej., INWAT). Las mujeres en el mundo desarrollado también han organizado dos Conferencias Internacionales sobre las Mujeres, el Tabaquismo y la Salud (Irlanda del Norte 1992; Kobe, Japón 1999 según cita de la OMS, 2001).

A. Panorama general de las estadísticas de seguridad y salud en el trabajo

- En 1997, las pérdidas económicas totales a causa de enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo sumaron aproximadamente el 4% del producto nacional bruto del mundo (OMS, 1999d; OIT, 2001:7).
- En 1999, según los informes, las mujeres representaban entre el 33% y el 42% de la población mundial activa estimada (Brundtland, 1999; OMS, 1999d). Más aún, las mujeres constituyen entre el 60% y el 90% de los 27 millones de trabajadores dentro de las más de 2.000 Zonas de Procesamiento de Exportaciones en todo el mundo, donde la legislación en materia ambiental y de salud laboral es deficiente y donde generalmente se concentran los procesos de producción más difíciles y peligrosos (Cornia 2001: 837; Harcourt, 2000; sitio de la OIT 2003).
- Los informes indican que un número creciente de mujeres en los países de Europa del Este y China actualmente trabajan en la industria del sexo, incluyendo el comercio sexual (Paci, 2002). Se calcula que dos tercios del tráfico de 500.000 mujeres destinadas a la prostitución proviene de los países de Europa del Este (McDonald, Moore & Timoskhina, 2000).
- La participación de las mujeres en la fuerza laboral ha aumentado prácticamente en todas las regiones. Sin embargo, la cantidad de mujeres dedicadas a tareas familiares no remuneradas continúa superando a la de los hombres, fenómeno que se manifiesta principalmente en África y Asia (Banco Mundial, 2003: 45).

B. Antecedentes

La experiencia de las mujeres en el lugar de trabajo dentro del marco actual de globalización se diferencia claramente de aquélla de los hombres por los siguientes motivos: (1) el aumento sin precedentes en la participación de las mujeres en la fuerza laboral; (2) la cantidad cada vez mayor de mujeres empleadas en el creciente mercado informal de trabajo, en particular en tareas que requieren mano de obra no calificada; y (3) la doble carga de trabajo que las mujeres deben afrontar cada día más ante el achicamiento del sector público. Cabe destacar que existen insuficientes datos desglosados por género en materia de seguridad y salud en el trabajo. Los hechos que se detallan a continuación se ciñen exclusivamente a los datos disponibles.

C. Temas clave relacionados

Tema 1: Acuerdos multilaterales, empresas y política interna

- *La liberalización del comercio y el crecimiento orientado hacia las exportaciones han aumentado el acceso de las mujeres al empleo y han achicado considerablemente la brecha de género presente en la actividad económica.* Asimismo, han contribuido a la independencia económica de las mujeres y en algunos casos han reducido también las diferencias de género en relación con los salarios (Dollar & Gatti, 1999). No obstante ello, los beneficios no se han traducido en una mejora neta y consistente en la salud ni el bienestar (Beneria y colab., n.d.; Loewenson, 2001a/b; Women's EDGE, 2002).

Informe sobre seguridad y salud en el trabajo*

- *Se cree que la doble carga de trabajo que soportan las mujeres en todo el mundo (empleo remunerado y trabajo en el hogar) está aumentando en proporción a la reducción en el gasto del Estado y el ajuste del sector público. En consecuencia, el riesgo de las mujeres de padecer enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo también puede elevarse (OIT, 1999; Women's EDGE, 2002; UN, 2000b).*

* Suzanne Sicchia, Heather Maclean, Ron Labonte, Keva Glynn.

Tema 2: Tendencias laborales

- *Las mujeres y los niños, considerados como una fuerza laboral 'flexible y dócil', se encuentran sobrerrepresentados en los empleos que requieren menos calificaciones dentro del volátil mercado informal. Este sector es particularmente vulnerable a los cambios ocurridos en el mercado y se caracteriza por salarios bajos, escasos beneficios y condiciones de trabajo deficientes (Brundtland, 1999; OIT, 1999; Women's EDGE, 2002: 45). Esta 'feminización del trabajo' contribuye al empobrecimiento sistemático de las habilidades de las mujeres para desempeñarse en el sector del trabajo, lo cual, a su vez, actúa como acicate para la 'feminización de la pobreza' (Loewenson, 2001a; Women's EDGE, 2002).*
- *La participación creciente de las mujeres en las Zonas de Procesamiento de Exportaciones (EPZ) está asociada con altos niveles de accidentes ocasionados por la utilización de máquinas, condiciones de trabajo e higiene deficientes e inadecuadas (por ejemplo, excesiva exposición al polvo, ruido, productos químicos tóxicos y escasa ventilación), así como a la discriminación y violencia en el lugar de trabajo. Las EPZs se consideran zonas donde el trabajo implica un alto nivel de estrés y están relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, una serie de trastornos psicológicos, abortos naturales, problemas en el embarazo y una mala salud del feto (OIT, 1999; GOHNET, 2000; Women's EDGE, 2002). Algunas empresas de EPZ han ofrecido incentivos a las mujeres que desean someterse a tratamientos de esterilización a fin de evitar la pérdida de tiempo ocasionada por los permisos de maternidad (Loewenson, 2001a).*

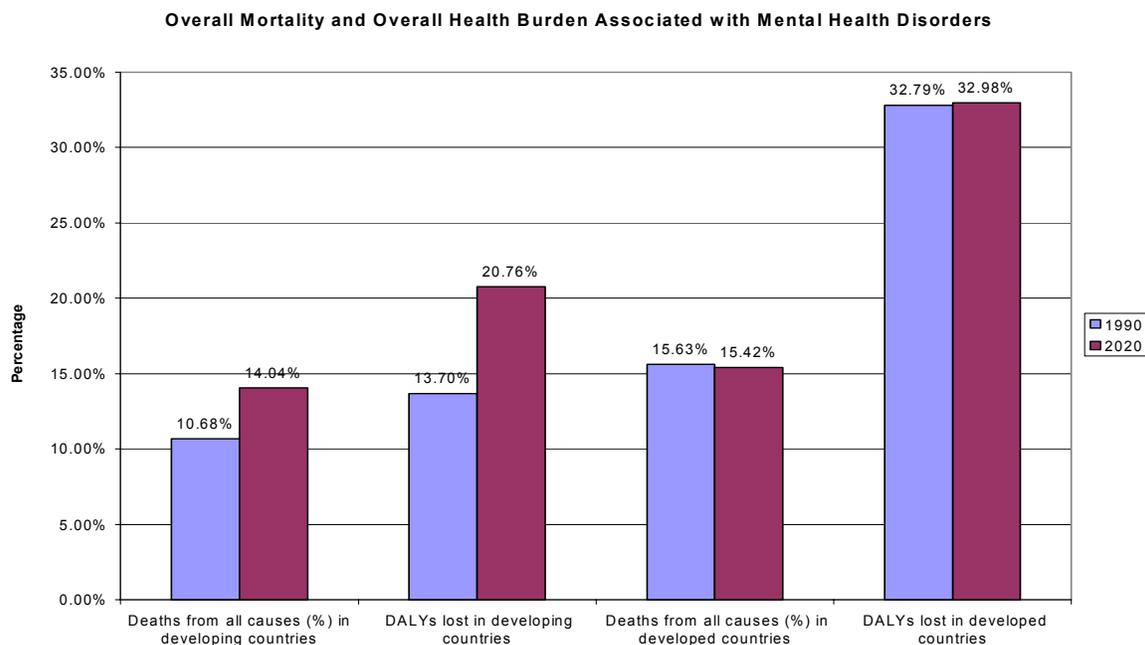
Tema 3: Movilidad demográfica

- *La migración entre regiones y entre zonas rurales y urbanas ha aumentado considerablemente durante la actual ola de globalización. Si bien las mujeres migran tanto como los hombres, las investigaciones indican que los patrones de migración y su relación con la salud están directamente vinculados con el género (NU, 2000b). Por ejemplo, muchas mujeres de todo el mundo enfiladas en este fenómeno y que trabajan en el sector informal o se ven involucradas en actos ilícitos tienen un mayor riesgo de sufrir algún tipo de violencia y de discriminación (NU, 2000b; OIT, n.d.).*

Tema 4: Las tecnologías de la información y la comunicación y la sociedad civil

- *Los avances en las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) han beneficiado a los trabajadores de todo el mundo a la hora de organizarse y ejercer lobby frente al Estado, el sector privado y otros organismos multinacionales a los efectos de mejorar sus condiciones de trabajo. Este hecho resulta particularmente importante puesto que en todo el mundo las mujeres tienen menos probabilidades de integrar algún sindicato que los hombres (Valls-Llobet y colab., 1996?). Las alianzas internacionales tales como HomeNet, StreetNet y Women in Informal Employment: Globalizing & Organizing (WIEGO), han ayudado a movilizar a las mujeres que trabajan en el mercado informal para que también ejerzan su propio lobby frente al sector industrial y los organismos internacionales como la OIT, con el propósito de obtener mejores condiciones y estándares laborales. Como resultado, se han creado una serie de redes de autoayuda que brindan asistencia a las mujeres permitiéndoles el acceso a servicios financieros, sanitarios, de cuidado infantil y capacitación (Carr y colab., 2000; Moghadam, 1999; Valls-Llobet y colab., 1996?).*

A. Panorama general sobre la salud mental



Fuente: Phillips, M. (2001). Carga sobre la salud de los trastornos mentales y neurológicos y de los problemas de comportamiento en los países en desarrollo. (Base de datos sobre la carga global de enfermedades).

**Los datos no están desglosados por género.*

Las enfermedades mentales son el resultado de una serie de factores sociales, genéticos, traumáticos e infecciosos y la interacción entre ellos. Este trabajo se centra en los aspectos sociales que afectan la salud mental, en especial aquellos asociados con la globalización.

- Cinco de las diez causas principales de discapacidad en todo el mundo responden a problemas relacionados con la salud mental (OMS/OIT, 2000). Los trastornos de esta índole representan el 10,7% del total de las causas de muerte registradas en 1990 en los países en vías de desarrollo y constituirán el 14% en 2020 (Phillips, 2001). En los países desarrollados en 1990, los trastornos mentales alcanzaron el 15,6%, una cifra que según las estimaciones se mantendrá constante hasta el año 2020 (Phillips, 2001).
- Entre el 90% y el 95% de los casos de depresión y aproximadamente el 70% de los casos de esquizofrenia no reciben ningún tipo de tratamiento en los países en vías de desarrollo (OMS/Banco Mundial, 1996).
- La depresión unipolar o profunda prácticamente se duplica en las mujeres con respecto a los hombres y se prevé que se convertirá en la principal causa mundial de enfermedad entre las mujeres en el año 2020 (Murray & Lopez, 1996; OMS, 2001c).
- Entre los trastornos mentales, la depresión contribuye considerablemente a la carga global de enfermedades. Por lo tanto, reducir la cantidad de mujeres que presentan este cuadro contribuiría de manera significativa a aliviar la carga global de discapacidad ocasionada por trastornos psiquiátricos (OMS, 2002a).

B. Temas clave relacionados

Tema 1: Acuerdos multilaterales, política interna e inequidad

- *Los estudios han demostrado que los países que están atravesando un rápido proceso de reestructuración económica (por ejemplo, Brasil, Chile, Zimbabwe e India) indican una relación importante entre los altos índices de depresión y ansiedad, el género femenino y un bajo nivel de educación y pobreza (Kirmani & Manyakho, 1996; Patel y colab., 1999; OMS, 2001c). En México, país que ha experimentado una importante transición económica, la tasas de suicidio han aumentado un 62% en la población general en los últimos quince años (OMS, 2001b).*
- *Según el Índice de Apoderamiento de Género y el Índice de Desarrollo de Géneros, ninguna sociedad trata a sus mujeres de la misma manera que a sus hombres (PNUD, 1997). La división basada en el género entre el trabajo remunerado y el no remunerado vuelve a las mujeres económica y socialmente más inseguras y vulnerables frente a la pobreza tanto crónica como temporaria, lo cual puede resultar en crisis familiares, personales y económicas, incluyendo aquéllas inducidas por los Programas de Ajuste Estructural y los Trabajos sobre Estrategias para la Reducción de la Pobreza (OMS, 2000a).*
- *Un volumen considerable de los trabajos de investigación realizados han asociado la creciente inequidad salarial con el índice cada vez mayor de trastornos mentales, entre los cuales se incluyen depresión, ansiedad y síntomas somáticos (Patel y colab., 1999; OMS, 2001c). A menudo también se considera que el cambio socioeconómico (en cualquier dirección) es un factor que contribuye a los índices de suicidio más elevados registrados recientemente (OMS, 2001b).*
- *Ante la reducción del gasto público, las mujeres se ven obligadas a asumir una carga mayor en el cuidado de los miembros de la familia y de la comunidad que sufren de HIV/SIDA. Los efectos psicológicos en los miembros de hogares que han sufrido una ruptura familiar y en las mujeres que continúan siendo las principales encargadas de los enfermos de HIV/SIDA aún resultan desconocidos, aunque se consideran importantes (OMS, 2001b). Asimismo, los efectos del fuerte estigma y discriminación contra las víctimas del HIV/SIDA juegan un rol fundamental en la aflicción psicológica asociada con la enfermedad (OMS, 2001b).*
- *La reducción del gasto público en la atención sanitaria puede exacerbar la brecha entre el cuidado y el tratamiento clínico de individuos con cuadros de depresión y esquizofrenia, incluyendo el acceso a la medicación básica y la rehabilitación psicoterapéutica y psicosocial. Dado que los índices de depresión femenina prácticamente duplican al de los hombres, este fenómeno tiene el potencial de producir un efecto particularmente devastador en las mujeres (OMS, 2001b).*

Tema 2: Tendencias laborales y salud mental

- *En los empleos que requieren menos calificaciones, las mujeres tienden a gozar de menor autonomía respecto a su jornada laboral y ritmo de trabajo, lo cual contribuye a la depresión y ansiedad (OMS/OIT, 2000).* Este hecho tiene especial importancia puesto que los estudios indican que las mujeres representan una mayoría desproporcionada en las tareas que requieren mano de obra no calificada dentro del mercado informal (Brundtland, 1999; OIT, 1999; Women's EDGE, 2002).
- *El desempleo es un problema común en los países que están atravesando un proceso crucial de reestructuración económica (por ej. Hungría, Tailandia, China).* Las personas que pierden su empleo tienen más del doble de posibilidad de sufrir un cuadro de depresión (OMS/OIT, 2000). Las mujeres que trabajan en tareas no calificadas son las más susceptibles a la pérdida del empleo. En China, donde el desempleo no es un problema nuevo, la falta generalizada de oportunidades laborales y la incapacidad de afrontar el ritmo del cambio social se consideran factores fundamentales en la el alto porcentaje de incidencia de los intentos de suicidio entre las mujeres (Bezlova, 2003).
- *Para muchas mujeres en todo el mundo, un empleo remunerado se suma al resto de sus responsabilidades domésticas y familiares preexistentes (OIT, 1999; NU 2000b).* La literatura indica que el hecho de desempeñar múltiples roles aumenta el riesgo femenino de sufrir trastornos mentales y de comportamiento, incluyendo depresión y ansiedad (OMS, 2001b).
- *Las mujeres que migran están más expuestas al riesgo de ser víctimas de la violencia y la discriminación, dos factores íntimamente ligados a su bienestar mental (UNFPA, n.d.; OMS, 2000a).*

Tema 3: Movilidad demográfica

- *Las mujeres y niños representan el 80% de los 50 millones de personas afectadas por los conflictos violentos, las guerras civiles, los desastres naturales y la migración (OMS, 2002a).* El riesgo de las mujeres de desarrollar algún tipo de trastorno postraumático a causa del estrés (PTSD) como consecuencia de la exposición a alguna situación traumática es aproximadamente el doble que en el caso de los hombres (Breslau y colab., 1998).
- *Los estudios indican que los inmigrantes y refugiados que escapan de condiciones de violencia, en general las mujeres, niños y personas mayores, son particularmente susceptibles a sufrir trastornos mentales (Health Canada, 2001; Flaskerud & Kim, 1999).*
- *Los efectos en la salud mental de las mujeres y niñas destinadas a la prostitución son muy similares a aquéllos identificados en los estudios de investigación sobre la violencia femenina e idénticos a los que sufren las víctimas de situaciones de tortura (OMS, 2001c).*
- *El incremento del trabajo estacional, especialmente el desplazamiento de los hombres hacia grandes centros urbanos, ha provocado un fuerte aumento en la carga de trabajo de las mujeres rurales que permanecen en el campo. En China, este fenómeno ha dado lugar a un posterior aumento en los índices de suicidio entre las mujeres rurales. Entre 1995 y 1999, las mujeres rurales entre 15 y 34 años en China registraron el más alto nivel de suicidio en comparación con los hombres de zonas urbanas y rurales e incluso con las mujeres residentes en grandes urbes (Yip y colab., 2000; Phillips, comunicación personal, 15 de abril de 2003).*

Tema 4: Tecnologías de la información y la comunicación y la sociedad civil

- *La difusión de los valores occidentales está planteando un desafío a las desigualdades tradicionales entre géneros.* Algunos sostienen que el cambio producido en las relaciones entre los géneros está fomentando un incremento de la violencia doméstica, si bien este hecho debería ser debidamente comprobado a través de los estudios pertinentes, puesto que aún no existen datos concretos al respecto. La violencia basada en el género constituye un factor significativo a la hora de predecir las tendencias suicidas entre las mujeres. Más del 20% de las mujeres que experimentaron alguna forma de violencia han realizado intentos de suicidio (OMS, 2001c).

A. Panorama general de las enfermedades infecciosas

- *Los niños menores de cinco años, las mujeres embarazadas y las madres de corta edad son los grupos más vulnerables frente a las enfermedades infecciosas* (OMS, n.d.1). En efecto, la carga de transmisión de enfermedades contagiosas por vía materna, perinatal o de los alimentos, medida en términos de tasa de enfermedad, es trece veces mayor en los países de ingresos medios y bajos que en los países ricos (Foro Global sobre Investigación en Salud, 2002). Más aún, el 33% de todas las causas de mortalidad entre las mujeres se debe a enfermedades infecciosas (OMS, n.d.1).
- *En 1998, la tuberculosis se cobró la vida de 1,5 millones de personas en todo el mundo* (OMS, 2000f; NU, 2000b). Esta enfermedad es la causa principal de mortalidad como consecuencia de un único agente de infección entre los adultos de países en vías de desarrollo y ha vuelto a manifestarse en los países más ricos fundamentalmente a través de los inmigrantes (Banco Mundial, 2003: 111). Además, la TB es una de las primeras causas de mortalidad entre las mujeres, que representan el 40% del total de muertes ocasionadas por esta enfermedad (NU, 2000b). Las mujeres entre 15 y 40 años tienen prácticamente más del doble de probabilidad que los hombres de la misma edad de que la infección se desarrolle en enfermedad, aunque éstos son más propensos a sufrir dicho desarrollo a partir de los 40 años (Hartigan, 1999; NU, 2000b).
- *Existen entre 300 y 500 millones de casos clínicos de malaria y más de un millón de muertes al año* (Banco Mundial, 2001b). Se estima que esta enfermedad registra un saldo de un millón de víctimas al año, la mayoría de ellas niños y mujeres embarazadas en la región del África Subsahariana (Banco Mundial, 2001b; OMS, n.d.1). La malaria es una causa importante de mortalidad entre las mujeres embarazadas, de abortos espontáneos y de partos donde el feto nace muerto. Asimismo, contribuye al desarrollo de la anemia crónica (Amazigo, n.d.; Foro Global sobre Investigación en Salud, 2002; NU, 2000b: 74; OMS, n.d.1/1998/2000f; World Watch Institute, 2003).

B. Antecedentes

La relación entre globalización, enfermedades transmisibles y género es compleja y no existen estudios exhaustivos al respecto. En consecuencia, el planteamiento que se realiza a continuación es sumamente amplio y se apoya en los siguientes supuestos:

- La actual ola de globalización está asociada a una movilidad demográfica sin precedentes dentro y fuera de un mismo país, a la urbanización creciente y a menudo no planificada y a una tendencia hacia la reducción del gasto público en salud, educación y otros programas sociales en numerosos países;
- Los resultados negativos relacionados con estas tendencias han provocado la propagación de enfermedades infecciosas tales como el cólera (véase Lee & Dodgson, 2000) y afectan en gran medida a los sectores más desfavorecidos de todo el mundo (Hartigan, 1999; Farmer, 1996; OMS, 2000f), representado en un 70% por mujeres (PNUD 1995 citado en Doyal, 2002; Farmer, 1996; OMS, n.d.1);

- La relación entre sexo, género y enfermedades infecciosas se puede manifestar en términos de distintas susceptibilidades/inmунidades, exposición a vectores de enfermedades y factores de protección, así como a través de la sintomatología o experiencia provocada por la enfermedad y en el acceso a los servicios sanitarios correspondientes (Foro Global sobre Investigación en Salud, 2002; NU, 2000b).

* Suzanne Sicchia, Heather Maclean, Ron Labonte, Keva Glynn.

C. Temas clave relacionados

Tema 1: Acuerdos multilaterales, política interna y trabajo

- *La pesada carga de la deuda, la consecuente reducción del gasto público en salud y servicios sociales y la introducción de tarifas aplicadas a los usuarios podría comprometer el control de la salud, la prevención y las estrategias de intervención* (OMS, n.d.1). Los sistemas de salud debilitados y las tarifas impuestas a los usuarios representan un motivo particularmente acuciante para las mujeres que a menudo postergan los tratamientos y cuentan con menor acceso a los servicios de salud que los hombres para el tratamiento de una serie de enfermedades infecciosas, entre ellas la malaria. Por otra parte, los hombres generalmente cumplen con los tratamientos indicados en menor medida que las mujeres (Nanda, 2002; Sachs, 2001; Tanner & Vlassoff, 1998; NU 2000b; Banco Mundial, 2001b). Finalmente, las mujeres tienen mayor riesgo de exposición a las enfermedades infecciosas ya que asumen las tareas de cuidado de los familiares u otros miembros enfermos de la comunidad como consecuencia de los cambios precedentes.
- *En algunos casos, el aumento del flujo del comercio internacional ha creado las condiciones necesarias para la propagación de enfermedades infecciosas.* Éste es el caso del comercio internacional realizado a través del transporte por carreteras. Según los datos disponibles, esta modalidad ha introducido vectores del dengue en numerosos países de Europa, América y África (OMS–sitio de TDR, 2002). Las dimensiones de género de dicho fenómeno no han sido debidamente estudiadas hasta la fecha.
- *En muchos países en vías de desarrollo, el trabajo remunerado y no remunerado en el mercado informal y que implica el manejo de residuos puede posicionar a las mujeres y niños, que habitualmente realizan estas tareas, en una posición de mayor riesgo de contraer los vectores de enfermedades y sufrir posteriores infecciones.* Las familias que habitan en las cercanías de zonas de desecho de residuos son grupos particularmente vulnerables. (Véase OIT <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/enviro/backgrnd/wesdcs2.htm>; UNFPA, n.d.).

Tema 2: Movilidad demográfica

- *El movimiento de personas a través de las fronteras implica una serie de cambios en los patrones geográficos de las enfermedades infecciosas y presenta un reto significativo para el conjunto de medidas del sistema de salud pública diseñadas para controlar y contener dichos brotes de enfermedad.* Además, la migración transnacional tiene la potencialidad de reintroducir enfermedades ‘erradicadas’ en los países en vías de desarrollo, tales como la viruela (PNUD, 1999a; OMS, 2000f; Organización Mundial de Turismo, 2002). Si bien las mujeres migran con la misma frecuencia que los hombres, existen pocos estudios dedicados a las dimensiones de género de los distintos tipos de migración y a la forma en la que éstos pueden estar asociados de manera diferencial con las enfermedades transmisibles ya sea por agua o por aire (NU, 2000b).
- *Se estima que aproximadamente la mitad de los refugiados en todo el mundo están infectados de tuberculosis* (OMS, n.d.2). A comienzos del año 2002, en la mayoría de las regiones, las mujeres y niñas de todas las edades constituían entre el 45% y el 55% de la población mundial de refugiados (UNHCR, 2002/2002a). Además, las condiciones de vida deficientes normalmente asociadas a los campos de refugiados también presentan puntos de contacto con una serie de enfermedades infecciosas como el HIV, infecciones de transmisión sexual y cuadros de diarrea.
- *La densidad demográfica, la urbanización no planificada y/o la consecuente falta de infraestructura adecuada* (vivienda y sistemas sanitarios deficientes, acceso limitado al agua potable, sobrepoblación, etc.) constituyen un buen caldo de cultivo para la propagación de enfermedades infecciosas. Las personas de bajos recursos son las más propensas a la exposición a estos vectores de enfermedad (OMS, 2000f; OIT, 2003a/2003b). En efecto, ‘entre 1990 y 2001, las telecomunicaciones y la electricidad fueron los sectores que captaron el mayor porcentaje de inversiones realizadas en proyectos de infraestructura a través de la participación privada en los países en vías de desarrollo, mientras que los sistemas de suministro de agua y de salud representaron sólo un 5%’ (Banco Mundial, 2003: 261).

Tema 3: Inquietudes en torno al medio ambiente

- *Los cambios ambientales, incluyendo el cambio climático, la deforestación y la contaminación del aire y del agua, se encuentran asociados a las enfermedades infecciosas.* La OMS (2000f) sostiene que dichos cambios, en especial la deforestación, han acortado la distancia entre los seres humanos y los animales e insectos portadores de enfermedades. Asimismo, el cambio climático y los patrones climáticos inusuales que se están produciendo pueden afectar el hábitat de los animales y provocar el desarrollo de nuevas enfermedades que también perjudiquen la salud de los seres humanos. Ése es el caso de brote del Síndrome Pulmonar por Hantavirus de 1993 en Estados Unidos y los recientes brotes de dengue y de su manifestación más peligrosa -la Fiebre Hemorrágica del Dengue- en el Continente Americano y en algunas regiones de Asia y África a medida que el mosquito portador de esta enfermedad extiende su alcance (OMS, 2000f; OMS-TDR sitio web 2002).

A. Panorama general de la violencia

- La cantidad total de muertes a causa de conflictos violentos ha aumentado en los últimos cuatro siglos (OMS, 2002c). Los índices máximos de muertes a causa de motivos bélicos en todo el mundo se registraron en la Región Africana de la OMS (32,0 por 100.000), seguida por países de ingreso medios y bajos en la Región Este del Mediterráneo (8,2 por 100.000) y por la Región Europea de la OMS (7,6 por 100.000) respectivamente. Cabe destacar que también ha aumentado el número de víctimas civiles (OMS, 2002c).
- El gasto anual en despliegue militar y comercio de armas en todo el mundo asciende a aproximadamente US\$800 mil millones (cita en la Crónica de NU, 2003: 9).
- Durante la década de los '90, la cantidad de refugiados y de personas expulsadas y obligadas a migrar dentro de un mismo territorio creció un 50% (PNUD, 2002: 11). A comienzos de 2002, las mujeres y niñas de todas las edades representaban entre el 45% y el 55% de la población total de refugiados (UNHCR, 2002).
- En 48 relevamientos demográficos realizados en todo el mundo, se observó que entre el 10% y el 69% de las mujeres encuestadas habían sufrido algún tipo de agresión física por parte de su pareja en algún momento de su vida (OMS, 2002c: 89). Si bien la violencia física contra el otro miembro de la pareja es un fenómeno común a todos los grupos socioeconómicos, los estudios sugieren que las mujeres que viven en condiciones de pobreza sufren un riesgo mucho mayor de ser víctimas de la violencia femenina (OMS, 2002c). Asimismo, los estudios demuestran que aproximadamente 1 de cada 5 mujeres en todo el mundo serán víctimas de violación o intento de violación en algún momento de su vida (OMS, 1998).
- El tráfico internacional oscila entre 700.000 y 1,5 millones de mujeres y niños al año (Organización Internacional para la Migración [IOM], 2001). En efecto, algunos estudios indican que cerca de 4 millones de mujeres y niñas son compradas y vendidas en todo el mundo mediante la prostitución forzada, la esclavitud y el matrimonio forzoso. Esta práctica se ha convertido en uno de los negocios ilícitos mundiales de mayor crecimiento en la actualidad. Los traficantes registran ganancias que ascienden a aproximadamente US\$7 mil millones al año (Hughes, 2000).
- UNICEF (2001) sostiene que la globalización ha facilitado el tráfico de mujeres y niños a través de las fronteras y ha aumentado la cantidad de destinos donde hoy los pedófilos pueden practicar el sexo con niños. Un estudio realizado por Estados Unidos revela que 1 de cada 5 niños que aparecen en las redes de Internet habitualmente son requeridos por extraños en busca de experiencias sexuales. Del mismo modo, en 1998 el gasto en 'contenido para adultos' en Internet ascendió a US\$1 mil millones, representando el 69% del total de las ventas de contenido (Moore citado en Hughes, 2000; véase también Hughes, 2002 para mayor información sobre las TICs y la industria del sexo).

B. Antecedentes

La violencia contra las mujeres está asociada con una serie de resultados negativos para la salud que incluyen desde lesiones graves, disfunciones funcionales y discapacidades permanentes, una serie de alteraciones ginecológicas, trastornos postraumáticos causados por el estrés, depresión, ansiedad, adicción al alcohol y a otras sustancias tóxicas y enfermedades de transmisión sexual, así como homicidio, suicidio, mortalidad derivada de la maternidad y mortalidad infantil (Heise y colab., 1994/1999; OMS, 2002c; UNFPA, 2001). La pobreza y la inequidad constituyen el vínculo entre la violencia y la globalización y, a su vez, están asociadas tanto a la perpetración de actos de violencia como al riesgo de ser víctimas de ella. De este modo, la pobreza actúa como un ‘indicador’ de una serie de condiciones sociales que, en su conjunto, aumentan el riesgo de las mujeres de sufrir algún hecho de violencia (OMS, 2002). Esta relación resulta significativa porque los beneficios de la globalización no han sido distribuidos de manera homogénea dentro de un mismo país y de una nación a otra y, por lo tanto, en algunos casos la globalización ha contribuido a aumentar la brecha de la desigualdad y la inequidad (PNUD, 1999a; OMS, 2002c).

* Suzanne Sicchia, Heather Maclean, Ron Labonte, Keva Glynn

C. Temas clave relacionados

Tema 1: El ritmo de cambio y la violencia basada en el género

- *La inestabilidad económica* en los países donde se ha producido un rápido cambio social (mayor desempleo, devaluación de la moneda, reducción del gasto público, aumento de la pobreza) en respuesta a las presiones globales afecta principalmente a las mujeres (Gyebi y colab., 2002; Upadhyay, 2000; OMS, 2002c). Los estudios indican que, a la luz de estos cambios, la violencia contra las mujeres y niños aumenta (Shin & Chang, 1999; UNFPA, 1998). Un ejemplo de esta compleja relación es la cantidad masiva de violaciones ocurridas entre las mujeres chinas en Indonesia en ocasión de los disturbios callejeros producidos durante las demostraciones contra la crisis económica en ese país (Shrader, 2000:7). Asimismo, la inseguridad en la obtención de ingresos y la urbanización no planificada que acompañan estos cambios pueden obligar a las mujeres y niñas a volcarse a la prostitución, aumentando así su riesgo de convertirse en víctimas de la violencia (OMS, 1995/2002c).

Tema 2: Tendencias laborales

- *El número creciente de mujeres que trabajan en el mercado informal las expone a una serie de condiciones que van en detrimento de su propia salud, incluyendo la discriminación de género, el acoso en el lugar de trabajo y la violencia* (Poster, 2002; Women’s EDGE, 2002; Comisión de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, 1998). La violencia y sus consecuencias asociadas a las mujeres que trabajan en este sector se aplican en especial al número cada vez mayor de mujeres y niñas que se trafican en el mundo (Paci, 2002; OMS, 2002c).
- *Ante la inseguridad de la obtención de ingresos y la pobreza, los grupos más vulnerables de la población, sobre todo mujeres y niños, se ven expuestos a la prostitución y la violencia.* Los estudios indican que las mujeres y niñas que trabajan en la industria del sexo están particularmente expuestas a la violencia (Paci, 2002; OMS, 2002c).

Informe sobre la violencia*

- *En regiones con condiciones crónicas de desempleo, ya sea por falta de trabajo tanto en el sector público como privado, los estudios realizados en el campo indican un mayor índice de alcoholismo entre los hombres, violencia doméstica y otras formas de violencia (véase Secretaría del Commonwealth, 1999: 27; OMS 2002c).*
- *En algunos casos, la introducción del cultivo con fines pecuniarios ha obligado a las mujeres a trasladarse a través de grandes distancias para poder obtener alimentos y agua para la familia. Esta situación las expone a un mayor riesgo de ser víctimas de un acto de violencia, puesto que algunos estudios realizados en el pasado hacen referencia a los ataques sexuales sufridos por mujeres y niñas que deben atravesar solas largas distancias para realizar esas actividades (OMS, 1995).*

Tema 3: Movilidad demográfica, disturbios y conflictos civiles

- *El Informe Mundial sobre la Violencia (2002c) indica que el siglo XX fue uno de los períodos más violentos en la historia de la humanidad. Los disturbios y conflictos civiles, así como el aumento del fundamentalismo, han producido un impacto negativo en la salud y el bienestar de las mujeres y niñas (Harcourt, 2000; Katz, 2001; UNAIDS, 2002a/b; OMS, 2002c).*
- *Durante y después de períodos de conflicto social aumenta el riesgo de las mujeres de sufrir hechos de violencia. Además de no gozar de los mismos derechos de solicitar asilo y asistencia humanitaria, en épocas conflictivas las mujeres y niñas están más expuestas a sufrir ataques físicos, violación o prostitución forzada a cambio de su supervivencia (UNAIDS, 2002a; UNHCR, 2002; OMS, 2002c). Esta situación se aplica especialmente en el caso de las mujeres refugiadas y mujeres jóvenes que representan un grupo vulnerable debido a su edad (Shrader, 2000; UNHCR, 2002; OMS, 2002c).*
- *El tráfico de mujeres y niñas con fines de explotación sexual constituye una tendencia global significativa asociada con la actual ola de globalización. Los avances en las TICs y reducción de los costos de transporte (características fundamentales de dicha ola de globalización) han dado lugar a una serie de actividades ilícitas que han pasado inadvertidas y que afectan fundamentalmente a las mujeres de los países en transición o en vías de desarrollo, incluyendo las redes organizadas de prostitución y el latrocinio de inmigrantes (Hughes, 2000; OECD, 2002; PNUD, 1999a; OMS, 2001c).*

Tema 4: Tecnologías de la información y la comunicación y la sociedad civil

- *Los avances en las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) han contribuido a movilizar a hombres y mujeres en la lucha contra la violencia basada en el género y en la creación de conciencia y conocimiento acerca de las causas y consecuencias de los conflictos. Estas redes nacionales e internacionales han facilitado la investigación sobre la violencia basada en el género y otras formas de violaciones a los derechos humanos (OMS, 2002c: 14 & 228).*
- *Los progresos alcanzados en las TICs también han sido de ayuda para los organismos no gubernamentales, tales como Amnistía Internacional, Médicos Sin Fronteras, Human Rights Watch y la Cruz Roja Internacional, en las tareas de control de las causas y consecuencias de los conflictos.*

- *Por otro lado, sin embargo, estos avances tecnológicos así como los precios asequibles del transporte, la eliminación de restricciones a los mercados y el aumento de incentivos para la generación de ganancias (todos ellos característicos de la actual ola de globalización) crean las condiciones necesarias para la comercialización y acceso más libre al alcohol, las drogas y las armas de fuego, además de promover el tráfico de mujeres y niñas (OMS, 2002c: 14).*

Tema 5: Roles y relaciones entre género

- *Los cambios producidos en la dinámica familiar y en los roles de los géneros (mujeres que trabajan, mujeres que postergan el matrimonio y la maternidad, hombres que se ausentan del hogar durante largos periodos como consecuencia de su trabajo) pueden generar ciertas fuerzas de tensión en el seno del hogar y contribuir al abuso de las mujeres y niños (Shrader, 2000:7; OMS, 2002c: 100), especialmente cuando estos cambios son contrarios a las normas sociales y de género tradicionales. Por ejemplo, la probabilidad de violencia dentro de la familia y la comunidad es mayor cuando las mujeres comienzan a trabajar fuera del hogar contraviniendo de este modo los preceptos religiosos (véase Vonderlack & Schreiner, 2001; Schuler, Hashemi & Badal, 1998).*
- *En algunos casos en los que las prácticas tradicionales son cuestionadas como consecuencia de un cambio en los roles y relaciones entre géneros, existe cierto riesgo de resistencia o confrontación. Por ejemplo, los esfuerzos por poner fin a prácticas tradicionales perjudiciales pueden interpretarse como una forma de promover los ideales ‘occidentales y/o feministas’ contrarios a las normas culturales (Mukhopadhyay, 1995). La tensión que surge como consecuencia de la percepción de este tipo de amenaza puede conducir a la violencia contra aquellas mujeres que comulguen con estos principios o avalen el cambio.*

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Antimicrobial agent: Any substance of natural, synthetic or semi-synthetic origin which at low concentrations kills or inhibits the growth of micro-organisms but causes little or no host damage.

Communicable/infectious disease: An illness due to a specific infectious agent or its toxic products that arises through transmission of that agent or its products from an infected person, animal, or reservoir to a susceptible host, either directly or indirectly through an intermediate plant or animal host, vector, or the inanimate environment (Last in WHO, 2001d).

Decent work: Productive work in which rights of workers are protected; which generates adequate income; and, with adequate social protection. The primary goal of the ILO is to promote opportunity for women and men to obtain decent and productive work [in both the formal and informal sector], in conditions of freedom, equity, security and human dignity (ILO presentation available online at www.ilo.org).

Economics: The study of the production, distribution and consumption of wealth in human. (The Penguin Dictionary of Economics, 1998).

Economies of scale: Factors which cause the average cost of producing a commodity to fall as output of the commodity rises. For instance, if a firm or industry which would less than double its costs, if it doubled its output, enjoys economies of scale. There are two types of such economies. The first called internal—accrue to the individual firm regardless of the size of its industry. The second type —external economies—arise because the development of an industry can lead to the development of ancillary services of benefit to all firms. (Penguin Dictionary of Economics, 1998).

Emerging infections: A collective name for infectious diseases that have been identified and taxonomically classified recently. In the final quarter of the twentieth century, more than 30 such conditions, many of them capable of causing dangerous epidemics were recognized. They

include human immuno-deficiency virus (HIV) infection, ebola virus disease, Hantavirus pulmonary syndrome and other viral haemorrhagic fevers, campylobacter infection, transmissible spongiform encephalopathies, Legionnaires' disease, and lyme disease. Some appear to be 'new' diseases of humans, others may have existed for many centuries and have been recognized only recently because ecological or other environmental changes have increased the risk of human infection. (Last cited in WHO, 2001d).

Engendering: "Engendering means much more than identifying the impact of policy or programme changes on women. Engendering also involves the recognition that the gender division of labour and its associated norms, values and ideologies about masculinity and femininity are defined by a complex of power relations which tend to accord to women lesser political voice, social/cultural value, and access to and control over economic resources. These power relations of gender...vary with historical and regional context, in addition to being cross cut by other social relations of class, caste, ethnicity, or race within a given society." (Commonwealth Secretariat, 1999: 19).

Epidemiology: Epidemiology is the study of the distribution and determinants of health-states or

Equity in health: Equity means fairness. Equity in health means that people's needs guide the distribution of opportunities for well-being. (Reference: Equity in health and health care. WHO, Geneva, 1996).

Export Processing Zones (EPZ): An EPZ is an industrial area, usually with defined boundaries, that specializes in manufacturing for export and offers a liberal regulatory environment. A number of different terms are used to describe EPZs including industrial free zones, special economic zones and tax free zones. Although EPZ's differ from country to country some common characteristics include: (1) unlimited, duty free imports of materials for production; (2) less governmental 'red tape' and more flexible labour

laws; (3) long-term tax holidays and concessions; (4) often above average communications services and infrastructure, including subsidized utilities and rentals; and, (5) no limitations on foreign ownership or repatriation of profits (Robertson, 2001: 1-2).

Foodborne illness: Foodborne illnesses are defined as diseases, usually either infectious or toxic in nature, caused by agents that enter the body through the ingestion of food. Foodborne diseases are a widespread and a growing public health problem, in both developed and developing countries. The global incidence of foodborne disease is difficult to estimate, but it has been reported that in 2000 alone 2.1 million people died from diarrhoeal diseases. A great proportion of these cases can be attributed to contamination of food and drinking water. Additionally, diarrhoea is a major cause of malnutrition in infants and young children. (WHO, 2002)

Gender: Refers to women's and men's roles and responsibilities that are socially determined. Gender is related to how we are perceived and expected to think and act as women and men because of the way society is organized, not because of our biological differences (WHO, 1998: 56).

Gender based violence: Violence against women is any act of gender based violence that results in, or is likely to result in, physical, sexual, psychological harm or suffering to women, including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty whether occurring in public or private life (United Nations, General Assembly, 1993).

Gender budgets: A variety of processes and tools that attempt to assess the impact of government budgets, mainly at the national level, on different groups of men and women, through recognizing the ways in which gender relations underpin society and the economy. Gender or women's budget initiatives are not separate budgets for women. They include analysis of gender-targeted allocations, such as special programmes targeting women; they disaggregate by gender the impact of mainstream spending across all sectors and services; and they review equal opportunity

policies and allocations within government services (Ames et al., n.d.).

Gender Roles: The particular economic and social roles which a society considers appropriate for women and men. Gender roles and responsibilities vary between cultures and can change over time. In almost all societies women's roles tend to be undervalued (WHO, 1998: 56).

Gender/Sex disaggregated data: Statistical information that differentiates between men and women; for example, 'number of women in the labour force' instead of 'number of people in the labour force'. This allows one to see where there are gender gaps (Ames et al., n.d.).

Global Public Goods: Goods whose characteristics of publicness (non-rivalry in consumption and non-excludability of benefits) extend to more than one set of countries or more than one geographic region and don't discriminate against any population groups or generations (present and future) (UNDP, 1999).

Global Public Private Partnerships in health: collaborative relationships that transcend national boundaries and bring together at least three parties to achieve a shared health creating goal (Buse & Walt, 2000a).

Gross Domestic Product (GDP): The value of aggregate production in a country during a year (Parkin & Bade, 1997). GDP is GNP excluding net income from abroad and gives some indication of the strength of industry within a country (The Macmillan Encyclopedia, 2001).

Gross National Product (GNP): A measure of the total annual output of a country, including net income from abroad; it provides a measure of the economic strength of that country. (The Macmillan Encyclopedia, 2001).

Health is defined by the WHO (1948) as: 'a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity'. Within the context of health promotion, health has been considered less as an abstract state and more as a means to an end which can be expressed in functional terms as a resource which permits people to lead an individually, socially and

economically productive life. Health is a resource for everyday life, not the object of living. It is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities. (Reference: Ottawa Charter for Health Promotion. WHO: Geneva, 1986).

Heavily Indebted Poor Countries initiative (HIPC): The principal objective of the Debt Initiative for the HIPCs is to bring the country's debt burden to sustainable levels, subject to satisfactory policy performance, so as to ensure that adjustment and reform efforts are not put at risk by continued high debt and debt service burdens. Currently there are 42 countries ranked as HIPCs by the World Bank, 34 of which are in Africa. Relief under the enhanced HIPC framework has been agreed for 26 countries (World Bank Website, May 2003).

Human capital: Is the skill and knowledge of people, which arise from their education and on-the-job training. (Parkin & Bade, 1997: 44).

Incidence: The rate at which new cases of infection arise in a population (<http://www.albany.net/~tjc/gloss96.html#P>).

Indigenous Peoples: "Indigenous Peoples shall be peoples living in countries which have populations composed of different ethnic or racial groups who are descendants of the earliest populations which survive in the area, and who do not, as a group, control the national government of the countries within which they live" (World Council of Indigenous Peoples, 1977).

Inequality: The degree to which the distribution of economic welfare generated in any economy differs from that of equal shares among its inhabitants. In practice, the measure most commonly adopted is that of the distribution of income, other measures include expenditure and wealth. (Adapted from: The Penguin Dictionary of Economics, 1998). The World Bank website (May 2003) conceptualizes inequality as the dispersion of a distribution, whether that be income, consumption or some other welfare indicator or attribute of a population.

Inflation: Persistent increases in the general level of prices. It can be seen as a devaluing of the worth of money. Inflation is a recurring but only intermittent historical phenomenon. A crucial feature of inflation is that price rises are sustained. (Adapted from: The Penguin Dictionary of Economics, 1998).

Informal sector: Production and distribution of goods and services that take place outside the reach of the regulatory framework, often in household-based and small-scale enterprises. These enterprises generally lack legal recognition and may not be subject to labour and other standards prescribed by the legal code. Employees in the informal sector commonly lack nonwage benefits, such as disability, severance, maternity leave, or pensions, which are often required by law for formal sector employees. (World Bank, 2002p: 318).

Invisible underemployment: Is primarily an analytical concept reflecting a misallocation of labour resources or a fundamental imbalance as between labour and other factors of production. Characteristic symptoms might be low income, underutilization of skill, low productivity" (ILO cited in Bolle, in Loutfi 2002: 220).

Keynesian economics: Associated with John Maynard Keynes. In general, Keynesian economics tends to support the following propositions: (a) Aggregate demand plays a decisive role in determining the level of real output. (b) There is no automatic tendency for the level of savings and investment to be equal, as the level of investment is not primarily determined by the rate of interest. (c) As a result, economics can settle at positions with high unemployment and exhibit no natural tendency for unemployment to fall. (d) Governments, primarily through fiscal policy, can influence aggregate demand to cut unemployment. (The Penguin Dictionary of Economics, 1998).

Macroeconomics: The study of whole economic systems aggregating over the functioning of individual economic units. It is primarily concerned with variables which follow systematic predictable paths of behaviour and can be analyzed independently of the decisions of the many agents who determine their level. More

specifically, it is a study of national economies and the determination of national income. It focuses on sectors of the economy, such as, the industrial sector, the financial sector, the public sector, etc. (Adapted from: The Penguin Dictionary of Economics, 1998).

Mental health: Mental and behavioural disorders are understood as clinically significant conditions characterized by alterations in thinking, mood (emotions) or behaviour associated with personal distress, and/or impaired functioning. Mental and behavioural disorders are not just variations within the range of 'normal', but are clearly abnormal or pathological phenomena (WHO, 2001b: 21).

Microeconomics: The study of economics at the level of the individual consumers, groups of consumers or firms. A broad distinguishing feature of microeconomics is to focus on the choices facing, and the reasoning of, rational individual's economic decision-making. (Adapted from: The Penguin Dictionary of Economics, 1998).

Neo-classical economic theory: Based on Adam Smith's early works. Assumes a 'laissez-faire' approach to economics, which argues that the only way to encourage growth is to allow free trade and free markets. Accordingly, the main role of government is to ensure the free workings of markets using 'supply side policies' and to ensure a balanced budget. Any other government intervention is seen as potentially destabilizing and inflationary.

Occupational health: Occupational health should aim at: the *promotion* and maintenance of the highest degree of physical, mental and social well-being of all workers in all occupations; the *prevention* amongst workers of departures from health caused by their working conditions; the *protection* of workers in their employment from risks resulting from factors adverse to health; the placing and maintenance of the worker in an occupational environment adapted to his physiological and psychological capabilities. (Revised WHO/ILO definition, 1995)

Pareto-efficient: An allocation is Pareto efficient if there is no other allocation in which some other individual is better off and no individual is worse off.

Partnership: a collaborative relationship between entities to work towards shared objectives through a mutually agreed division of labour" (Buse & Walt, 2000a).

Part-time work: According to Convention No. 175 part-time worker means an employed person whose normal hours of work are less than those of comparable full-time workers (Bolle cited in Loutfi, 2002: 217. ILO Women Gender & Work).

Population of concern to UNHCR: Refugees, returned refugees or returnees, and asylum-seekers; and, certain groups of internally displaced people, certain groups of war victims, etc. (UN, 2000b: 162).

Poverty: The World Bank's 2000 World Development Report defines poverty as an unacceptable deprivation in human well-being that can compromise both physiological and social deprivation. Poverty can be defined by some absolute measure (earnings below some specified minimum level) or in relative terms (the number of the poorest 10 per cent of households, for example). The most commonly used way to measure poverty is based on incomes or consumption levels (at the household level). When estimating poverty world-wide, the same reference poverty line has to be used, and expressed in a common unit across countries. Therefore, for the purpose of global aggregation and comparison, the World Bank uses reference lines set at \$1 and \$2 per day in 1993 Purchasing Power Parity (PPP) terms.

Prevalence: The proportion of the host population infected (or with some marker of past or present infection) at a particular time. (<http://www.albany.net/~tjc/gloss96.html#P>)

Protectionism: Government restrictions on international trade in order to protect domestic industries from foreign competition Tariffs (a tax that is imposed by the importing country when an imported good crosses its international boundary) and Non-tariff barriers (any action other than a tariff that restricts international trade) are the two main protectionist methods used by governments (Parkin & Bade, 1997: 912).

Public goods: A good or service that can be consumed simultaneously by everyone and from which no one can be excluded (Parkin & Bade, 1997: 416).

Rational theory/expectations: The assumption that the behaviour of economic agents is based on an understanding of the economy, and a forecast of future events that are not systematically falsified by actual economic events. Nobody can predict the future with perfect foresight because unforeseen, random happenings are bound to occur. However, someone with rational expectations will construct their expectations so that on average they are correct; that is, they will be wrong only because of random, non-systematic errors. (The Penguin Dictionary of Economics, 1998).

Re-emerging infections: Certain “old” diseases, such as tuberculosis and syphilis that have experienced a resurgence because of changed host-agent-environment conditions. (Last cited in WHO, 2001d).

Social capital: Social capital represents the degree of social cohesion which exists in communities. It refers to the processes between people which establish networks, norms, and social trust, and facilitate co-ordination and co-operation for mutual benefit. (Reference: Health Promotion Glossary, WHO: Geneva, 1998).

Social cohesion: “Is the connectedness among individuals and social groups that facilitates collaboration and equitable resource distribution at the household, community, and state level. Social cohesion is essential for societal stability...” (Narayan et al., 1999: 175)

Trafficking in women: All acts involved in the recruitment and transportation of a woman within and across national borders for work or services by means of violence, or threat of violence, abuse of authority or dominant position, debt bondage, deception or other forms of coercion (McDonald et al., 2000).

Violence against women: The United Nations defines violence against women (VAW) as “any act of gender-based violence (GBV) that results in, or is likely to result in, physical, sexual, or psychological harm or suffering to women,

including threats of such acts, coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether occurring in public or private life” (United Nations General Assembly, 1993). The World Health Organization has since expanded this definition by developing an ecological model of VAW that recognizes the context of GBV and provides examples of the types of violence women may experience across the lifespan (WHO, 1998).

Work: The participation of individuals in productive activities for which they either receive remuneration (in cash or in kind) for their participation or are unpaid because they are contributors to a family business enterprise. It also includes subsistence production of goods for their own households and non-economic activities. (UN, 2000b: 109).

APÉNDICE 1: DEFINICIONES DE GLOBALIZACIÓN

Tipografía de las definiciones de globalización	
Categoría	Descripción
Globalización como internacionalización	La globalización es considerada “simplemente como otro adjetivo que describe las relaciones transfronterizas entre países”, describiendo el crecimiento en el intercambio internacional y la interdependencia.
Globalización como liberalización	En este amplio conjunto de definiciones, “el término globalización se refiere a un proceso de eliminación de restricciones impuestas por el gobierno sobre movimientos entre países para crear una economía mundial ‘abierta’ y ‘sin fronteras’” (Scholte 2000: 16).
Globalización como universalización	En esta aplicación, el término “global” significa “mundial” y “globalización” es “el proceso de diseminación de diversos objetos y experiencias a personas de todos los rincones de la Tierra”. Un clásico ejemplo de esto sería la difusión de la informática y la televisión, entre otros.
Globalización como occidentalización o modernización	En este caso, el término “globalización” se entiende como una dinámica a través de la cual las estructuras sociales de la modernidad (capitalismo, racionalismo, industrialismo, burocratismo, etc.) se difunden en todo el mundo, normalmente destruyendo las culturas pre-existentes y la auto-determinación local en ese proceso.
Globalización como desterritorialización (o como la diseminación de la supraterritorialidad)	Aquí, la “globalización” conlleva una reconfiguración de la geografía, de modo tal que el espacio social ya no se traza completamente en términos de lugares territoriales, distancias territoriales y fronteras territoriales.

Fuente: Jan Aart Scholte (2000: 15-17).

APÉNDICE 1: DEFINICIONES DE GLOBALIZACIÓN (continuación)

Definiciones de globalización en la literatura	
Fuente	Definición
Asamblea de los Pueblos de Asia-Pacífico (APPA)	“La APPA considera que la globalización es un proceso que concentra el capital y el control político en manos de una selecta minoría, en lugar de distribuirlos en forma equitativa entre las masas” (citado en Osman, 2000: 981).
Cogburn, D.L., 1998	“A este nivel sumamente orgánico y fundamental, la globalización se refiere a los monumentales cambios estructurales que se dan en los procesos de producción y distribución en la economía global. ...A través de la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación, las empresas tienen la capacidad de disminuir el impacto del espacio, el tiempo y la distancia. ...A un nivel más coyuntural y secundario, la globalización está afectando todas las estructuras y procesos sociales, políticos y económicos que surgen de esta reestructuración global”.
Cornia, G.A., 2001	“...el proceso a través del cual los hacedores de las políticas nacionales e internacionales promueven la desregulación local y la liberalización externa ...el cambio hacia este paradigma de políticas comenzó en la década del ‘80 con la adopción de la desregulación local, la liberalización del comercio y la privatización. Esta última con frecuencia toma la forma de adquisiciones internacionales por parte de firmas multinacionales”.
Fidler, D.P., 2001	“...el proceso de aumentar la interconexión entre sociedades de modo tal que los acontecimientos ocurridos en una parte del mundo produzcan cada vez más efecto en las personas y las sociedades alejadas”.
Giddens, A., 1990	“La intensificación de las relaciones sociales en el mundo que vinculan ciudades distantes de modo tal que los acontecimientos locales se ven influenciados por acontecimientos que ocurren a muchos kilómetros de distancia y viceversa”.
Held, D., y colab., 1999	“Un proceso (o conjunto de procesos) que representa una transformación en la organización espacial de las relaciones e intercambios sociales –evaluadas en términos de alcance, intensidad, velocidad e impacto– generando redes de actividad y flujos transcontinentales o interregionales”.
Kenedy, P., 1996	“La interconexión de capital, producción, ideas y culturas a un ritmo cada vez más acelerado”.
Labonte, R., 2003	“La globalización describe un proceso a través del cual las naciones, las empresas y las personas están cada vez más conectadas y son más interdependientes en todo el mundo a través de una mayor integración económica e intercambio de comunicación, difusión cultural (especialmente de la cultura occidental) y viajes. No se trata de un nuevo fenómeno”.
Milanovic, B., 2003	“...La globalización tiene dos facetas: La benigna, basada en intercambios voluntarios y la libre circulación de las personas, el capital, los bienes y las ideas; y la otra, basada en la coerción y la fuerza bruta”.
Scholte, J.A., 2002	“La globalización es una transformación del espacio social que se produce con la difusión de la transplanetariedad (y en los tiempos contemporáneos también suele ser supraterritorial) y la conexión entre las personas. ...La globalización y el neoliberalismo no son lo mismo: El segundo es un abordaje

	de políticas hacia el primero. El neoliberalismo dictamina que la globalización es un proceso económico que debería controlarse mediante la mercantilización a través de la privatización, la liberalización y la desregulación”.
Naciones Unidas, Consejo Económico y Social	“La globalización se puede entender como un fenómeno multidimensional que consta de numerosos procesos complejos e interrelacionados, que dan como resultado efectos variados y hasta a veces impredecibles. Por lo tanto, la globalización se refiere a diversos procesos que tienen implicancias mundiales y traspasan las fronteras nacionales. Mientras que en eras anteriores también se ha experimentado la globalización, la forma actual tiene determinadas características distintivas, como el progreso en nuevas tecnologías, sistemas de transporte más rápidos y económicos, liberalización del comercio, aumento en los flujos financieros y crecimiento en el tamaño y el poder de las corporaciones”. (E/CN.4/Sub.2/AC.4/2003/2).
Banco Mundial, 2002	“...La creciente integración de las economías y las sociedades del mundo... [que resultan de] menores costos de transporte, menores barreras comerciales, comunicación más veloz de las ideas, surgimiento de los flujos de capital y una mayor presión por la migración”.

APÉNDICE 2: PARTICIPACIÓN Y VOZ DE HOMBRES Y MUJERES*

Gráfico 1: Detalle del género en las juntas de gobernadores y directorios de instituciones

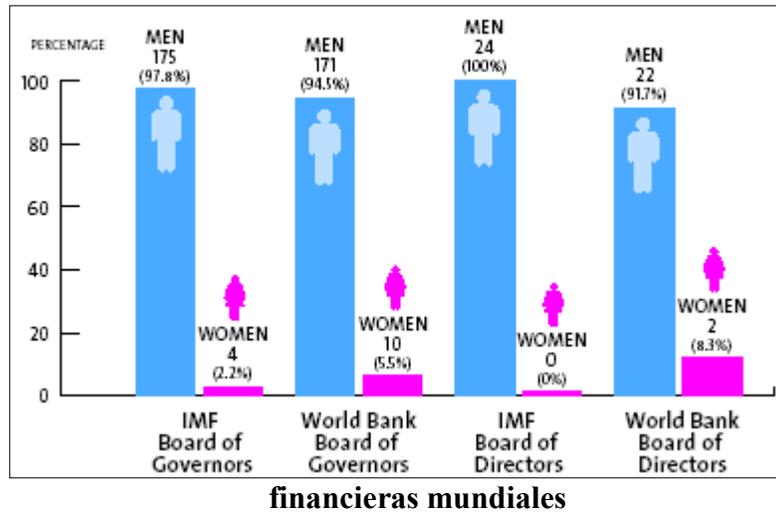
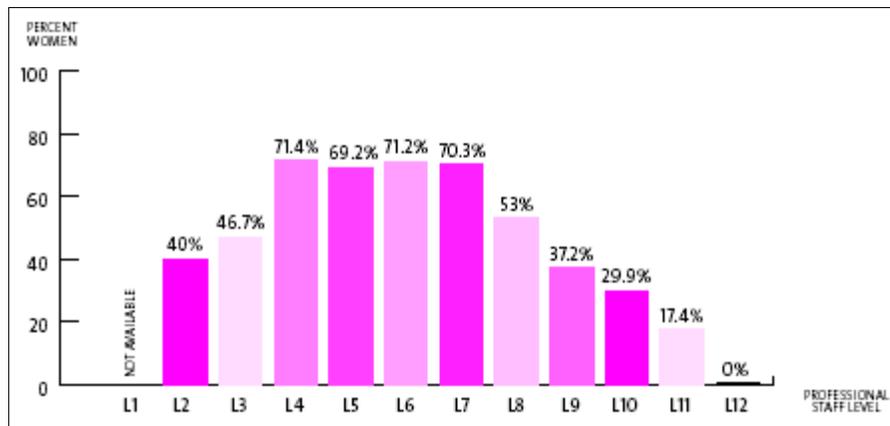


Gráfico 2: Mujeres a niveles profesionales en la Organización Mundial del Comercio *



* L1 indica un nivel bajo y L12 indica un nivel elevado

* Fuente: Organización de Mujeres para el Medio Ambiente y el Desarrollo (n.d.). Los números hablan por sí solos. Hoja de hechos. WEDO: New York.

APÉNDICE 2: PARTICIPACIÓN Y VOZ DE HOMBRES Y MUJERES* (continuación)

Gráfico 3a: Detalle del género de las juntas de gobernadores en los Bancos Regionales de Desarrollo

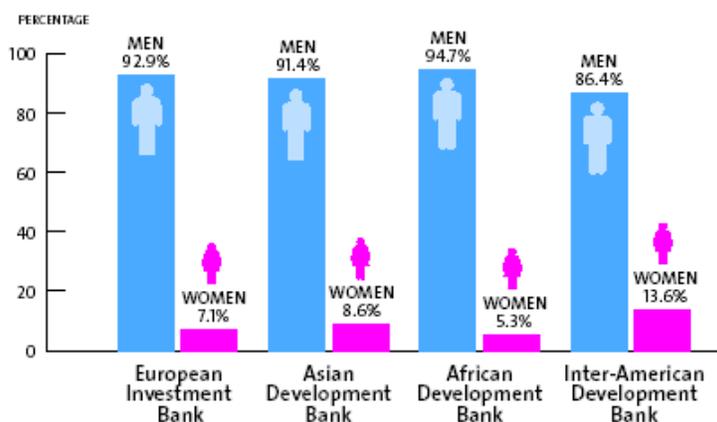
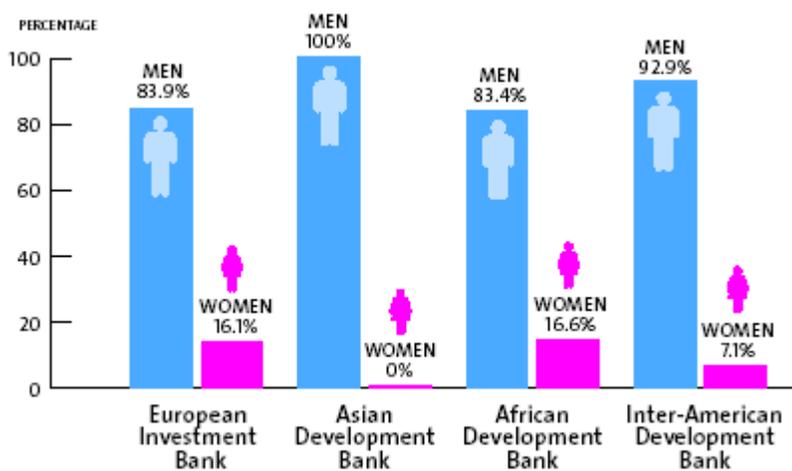


Gráfico 3b: Detalle del género en los directorios de los Bancos Regionales de Desarrollo



** Fuente: Organización de Mujeres para el Medio Ambiente y el Desarrollo (n.d.). Los números hablan por sí solos. Hoja de hechos. WEDO: New York

APÉNDICE 3: SOCIOS DEL PROYECTO DE GLOBALIZACIÓN, GÉNERO Y SALUD

Institutos Canadienses para la Investigación en Salud, Instituto de Género y Salud

http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/igh/index_e.shtml

El Instituto de Género y Salud (IGH) es líder (en colaboración con el Instituto de la Población y la Salud Pública dependiente de los Institutos Canadienses para la Investigación en Salud) de una iniciativa denominada “Reducción de las disparidades en salud y promoción de la equidad en las poblaciones vulnerables”. El mandato del Instituto de Género y Salud es apoyar la investigación que aborda la manera en que el sexo (las dimensiones biológico-genéticas) y el género (las dimensiones socio-culturales de la identidad de género) interactúan con otros factores socio-culturales, bio-físicos y político-económicos para influir en la salud y crear condiciones que difieran de los factores de riesgo o intervenciones efectivas para hombres y mujeres a lo largo de su vida.

Institutos Canadienses para la Investigación en Salud, Instituto de la Población y la Salud Pública

http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/ipph/index_e.shtml

La misión del Instituto de la Población y la Salud Pública (IPPH) es apoyar la investigación de las interacciones complejas (biológicas, sociales, culturales, ambientales) que determinan la salud de los individuos, las comunidades y las poblaciones del mundo, y aplicar ese conocimiento para mejorar la salud tanto de las poblaciones como de los individuos a través de asociaciones estratégicas con los sectores interesados de la población y la salud pública, además de innovadores programas de financiación para la investigación.

Institutos Nacionales de Salud, Centro Internacional Fogarty

<http://www.nih.gov/fic/>

El Centro Internacional Fogarty (FIC) promueve y respalda internacionalmente la investigación científica y la capacitación para reducir las desigualdades en la salud mundial. El FIC ha sido un componente crítico en el esfuerzo de investigación internacional del Instituto Nacional de la Salud (NIH) destinado a propiciar los aspectos relacionados con la salud a través de la cooperación científica internacional. Fogarty ha respondido a los duros desafíos de la salud mundial en la actualidad trabajando y logrando que los resultados de los descubrimientos científicos estuvieran disponibles para los pueblos de todo el mundo. Con este fin, el FIC ha asumido un rol de liderazgo en la formulación e implementación de políticas e investigaciones biomédicas.

Instituto Nacional de la Salud, Oficina de Investigaciones sobre la Salud de la Mujer (ORWH)

<http://www4.od.nih.gov/orwh/>

La ORWH es un catalizador y punto central en el Instituto Nacional de la Salud (NIH) que trabaja para mejorar la salud de la mujer. Colabora con los demás institutos y centros que componen el NIH con el fin de estimular las investigaciones sobre temas relacionados con la salud de la mujer. Asimismo, patrocina iniciativas de investigación y provee los fondos para proyectos de investigación.

Institutos Canadienses para la Investigación en Salud, Instituto de Salud de los Pueblos Aborígenes

http://www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/iaph/index_e.shtml

El Instituto de Salud de los Pueblos Aborígenes (IAPH) es uno de los trece institutos fundadores del CIHR. El cometido del Instituto es avalar la investigación abordando las necesidades especiales de salud de los pueblos aborígenes de Canadá a fin de mejorar sus condiciones. En consecuencia, el IAPH lucha por alcanzar la excelencia en la investigación y alienta a los investigadores de distintas disciplinas en el área de la salud a que trabajen juntos y resuelvan los problemas complejos mientras construyen una capacidad de investigación tendiente a mejorar la salud de los pueblos aborígenes.

Centro de Investigación en Salud de la Mujer

<http://www.crwh.org>

Establecido en 1995, el Centro de Investigación en Salud de la Mujer (CRWH) es una asociación conjunta entre Sunnybrook, el Women's College Health Sciences Centre y la Universidad de Toronto. Su misión es dirigir y fomentar la investigación relevante para la vida de la mujer y promover su aplicación en diversas comunidades. El CRWH es reconocido como líder nacional en la investigación de la salud de la mujer y además es conocido como Organización Panamericana de la Salud/Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud para la Investigación en Salud de la Mujer.

Centro para el Liderazgo Público de la Universidad de Harvard, Escuela de Gobierno Kennedy

<http://www.ksg.harvard.edu/leadership/>

Lanzado en el año 2000, el Centro para el Liderazgo Público (CPL) ha respondido rápidamente al creciente interés en materia de liderazgo. El Centro está igualmente comprometido en reducir la brecha existente entre la teoría y la práctica del liderazgo. El CPL brinda un foro para alumnos, becarios y practicantes comprometidos con la idea que expresa que el liderazgo público efectivo es fundamental para el bien común. Crea oportunidades para la reflexión y el descubrimiento y promueve el intercambio dinámico de ideas entre representantes de distintas disciplinas, sectores, culturas y naciones.

Universidad de Yale, Escuela de Salud Pública, División de Salud Mundial

<http://www.info.med.yale.edu/eph/>

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Yale brinda liderazgo para proteger y mejorar la salud del público. La División de Salud Mundial de la Escuela aplica los marcos y métodos teóricos de las ciencias políticas, economía política, antropología y epidemiología para estudiar las políticas e instituciones relacionadas con la salud a nivel local, nacional, mundial e internacional.

La Organización Mundial de la Salud

<http://www.who.int/about/en/>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), el organismo de las Naciones Unidas especializado en la salud, se estableció el 7 de abril de 1948. El objetivo de la OMS, expresado en su Constitución, es que todos los pueblos logren el mayor nivel de salud posible. La Constitución de la OMS define la salud como el estado de completo bienestar tanto físico como mental y social y no simplemente como la ausencia de una enfermedad o dolencia.

La OMS está regida por 192 Estados Miembro a través de la Asamblea Mundial de la Salud, compuesta por representantes de los Estados Miembro de la OMS.

Coalición Canadiense para la Investigación de la Salud Global

http://www.idrc.ca/media/ghr_e.html

Cuatro organizaciones gubernamentales canadienses han aunado sus fuerzas para formalizar un compromiso compartido de abordar los problemas de la salud mundial a través de la investigación. La Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), los Institutos Canadienses para la Investigación en Salud (CIHR), el Centro Internacional de Investigación y Desarrollo (IDRC) y Health Canada (Ministerio de Salud de Canadá a nivel federal) han formado la Iniciativa Global para la Investigación en Salud.

Cátedra Regional UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología en Latinoamérica

http://www.idrc.ca/media/ghr_e.html

La Cátedra UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología en Latinoamérica es un ámbito regional de producción, formación y difusión de nuevos conocimientos sobre la participación, contribuciones, usos y demandas de las mujeres en la Ciencia y la Tecnología. Tiene como meta principal poner en práctica las recomendaciones del Foro Regional realizado en Bariloche, Argentina en octubre de 1998 y la Agenda de Acción de la Conferencia Mundial “La Ciencia para el Siglo XXI: Un nuevo compromiso”, organizada por UNESCO en Budapest, Hungría en 1999. Entre sus objetivos principales se encuentran: promover y realizar investigaciones sobre las relaciones entre mujer/género, ciencia y tecnología en América Latina; formar docentes y estudiantes para una educación no sexista; promover la integración de la perspectiva de equidad de género en la planificación e implementación de políticas públicas en la región; y estimular proyectos colaborativos entre investigadores/as, líderes políticos, sectores empresarios y organizaciones de mujeres a nivel regional y global.

REFERENCIAS

- Africa Action (2002). *Africa: From aid to entitlement*. Retrieved June 1, 2003, from http://www.sas.upenn.edu/African_Studies/Urgent_Acti on/apic062802.html.
- Ainsworth, M., & Dayton, J. (2003). The impact of the AIDS epidemic on the health of older persons in Northwestern Tanzania. *World Development*, 31(1): 131-148.
- Alli, B.O. (2001). *Fundamental principles of occupational health and safety*. ILO: Geneva. Retrieved December, 2002, from <http://www.ilo.org/public/english/support/pub/pdf/fundamen.pdf>.
- Amazigo, U. (n.d.). *Women's health and tropical diseases: A focus on Africa*. Retrieved January 16, 2003, from <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/tropical.htm>.
- Ames, B., et al. (n.d.). *Macroeconomic issues*. Retrieved April 23, 2003, from <http://www.worldbank.org/poverty/strategies/chapters/macro/macro.htm>.
- Anker, R. (2002). Theories of occupational segregation by sex: An overview. In M. Fetherolf-Loutfi (Ed.). *Women, gender and work* [Chapter 8]. ILO: Geneva.
- Arhin-Tenkorang, D., & Conceicao, P. (2003). Beyond communicable disease control: Health in the age of globalization. In I. Kaul, Conceição, P., Le Goulven, K., & Mendoza, R.U. (Eds.), *Providing Global Public Goods: Managing Globalization*. Oxford University Press.
- Aslanbeigui, N. & Summerfield, G. (2000). The Asian crisis, gender, and the international financial architecture. *Feminist Economics*, 6(3): 81-103.
- Baden, S., & Wach, H. (1998). *Gender, HIV/AIDS transmission and impacts: a review of issues and evidence: Report*. Briefing prepared for the Swedish International Development Cooperation Agency Institute of Development Studies (No. 47): Brighton.
- Bamberger, M., Blackden, M., Fort, L., and Manoukian, V. (2000). *Gender. In Poverty Reduction Strategy Sourcebook, Learning Events and Comprehensive Review*. Retrieved March 2003, from <http://poverty.worldbank.org/library/view/4221>.
- Barrientos, A., Gorman, M., & Heslop, A. (2003). Old age poverty in developing countries: Contributions and dependence in later life. *World Development*, 31(3): 555-570.
- Beneria, L. (1995b). Toward a greater integration of gender in economics. *World Development*, 23(11): 1839-1850.
- Beneria, L. (2002). The enduring debate over unpaid labour. In M. Fetherolf-Loutfi (Ed.), *Women gender and work* [Chapter 6]. International Labour Organization: Geneva.
- Beneria, L., Floro, M., Grown, C., & MacDonald, M. (2000). Introduction: Globalization and gender. *Feminist Economics*, 6(3): vii-xviii.
- Berry, A. (2002). *Methodological and data challenges to identifying the impacts of globalization and liberalization on inequality*. Draft paper prepared under the UNRISD project Improving Research and Knowledge on Social Development in International Organizations (November 2002). University of Toronto.
- Bezlova, A. (2003). *Suicide prevention center opens in China*. Retrieved May 20, 2003, from <http://www.atimes.com/atimes/printN.html>.
- Biswal-Dhawan, U.D. (1999). Testing the family 'common preference' model for immigrant and non-immigrant women's labour supply. *Canadian Public Policy*, xxv(1): s95-s114.
- Braunstein, E. (2000). Engendering foreign direct investment: Family structure, labour markets and international capital mobility. *World Development*, 28(7): 1157-1172.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, et al. (1998). Trauma and post-traumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55: 626-632.
- BRIDGES. *Weekly Trade Digest*. 6(19). May 22, 2002.
- Brundtland, G.H. (1999). *Women's Work, An Excerpt from Tyoterveiset, Special Issue 2, Women and Work*. Global Occupational Health Network, World Health Organization: Geneva, Switzerland. Retrieved December 2002, from <http://www.who.int/oeh/WHOEU/WEB>.
- Brundtland, G.H. (2000). Mental health in the 21st century. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4).
- Buse, K. & Gwin, C. (yyyy). The World Bank and global cooperation in health: The case of Bangladesh. *The Lancet*, 351: 665-669.
- Buse, K., & Walt, G. (2000a). Global public private partnerships: Part 1 – a development in health? *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4).

- Buse, K., & Walt, G. (2000b). Global public private partnerships: Part II – what are the health issues for global governance? *Bulletin of the World Health Organization*, 78(5).
- Buse, K. & Waxman, A. (2001). Public Private health Partnerships: a strategy for WHO. *Bulletin of World Health Organization*, 79(8): 748-754.
- Cameron, D., & Stein, J. (2000). Globalization, culture and society: The state as place amidst shifting spaces. *Canadian Public Policy XXVI* (Supplement: S15-S34).
- Campbell, S., Johnson, R., & Rainer, S. (2002). *Globalization. An introduction*. Retrieved October 2002, from, <http://www.ncat.edu/~simkinss/econ210/honors/globalizationintro.htm>.
- Canadian Centre for Policy Alternatives (2003). *Alternative Federal Budget 2003: The cure for the common budget*. Ottawa. Retrieved May 29, 2003, from, <http://www.policyalternatives.ca/afb/index.html>.
- Carr, M., Chen, M.A., & Tate, J. (2000). Globalization and homebased workers. *Feminist Economics*, 6(3): 123-142.
- Catagay, N. (1998). *Gender and poverty*. UNDP (Working Paper No. 5): New York.
- Chaloupka, F.J., & Nair, R. (2000). International issues in the supply of tobacco: recent changes and implications for alcohol. *Addiction*, 95(4): S477-S489.
- Cogburn, D. L. (1998). *Globalization, knowledge, education and training in the global world*. Conference paper for the InfoEthics98, UNESCO. Retrieved December 10, 2002, from http://www.unesco.org/webworld/infoethics_2/eng/papers/paper_23.htm
- Collin, J., Lee, K., & Bissell, K. (2002). The framework convention on tobacco control: the politics of global health governance. *Third World Quarterly*, 23(2): 265-282.
- Collishaw, N., Callard, C., Swenarchuk, M., & Stanton, H. (2001). *Trade agreements and tobacco control: how WTO Agreements may stand in the way of reducing tobacco use*. Canadian Centre for Policy Alternatives. Briefing paper series: Trade and investment, Vol. 2(7).
- Commonwealth Secretariat (1999). *Gender mainstreaming in finance: A reference manual for governments and other stakeholders*. Report prepared by Gita Sen. London.
- Communicable Disease Prevention, Control and Eradiction, WHO (December 1999): Geneva. Retrieved December 2002, from, http://www.who.int/gtb/publications/Gender/Gender_paper.doc
- Cornia, G.A. (2001). Globalization and health: Results and options. *Bulleting of the World Health Organization*, 79(9): 834- 841.
- Cornia, G.A., & Court, J. (2001). *Inequality, growth and poverty in the era of liberalization and globalization*. Helsinki: UNU/WIDER.
- Dannecker, P. (2000). Collective action, Organization building, and leadership: Women workers in the garment sector in Bangladesh. *Gender and Development*, 8(3): 31-39.
- Deber, R. (2000). *Getting what we pay for: Myths and realities about financing Canada's health care system*. Background paper prepared for the Dialogue on Health Reform. April 11, 2000.
- Diaz-Bonilla, E., Thomas, M., & Robinson, S. (2002). *On boxes, contents and users: Food security and the WTO negotiations*. International Food Policy Research Institute (TMD Discussion Paper No. 82): Washington, DC.
- Doha Ministerial Draft. (2002). *Doha Ministerial Draft: Agriculture, September 26, 2002*. Retrieved, November 11, 2002, from <http://www.cid.harvard.edu/cidtrade/southcentre/agriculture.html>.
- Dollar, D. (2001k). Is globalization good for your health? *The Bulletin of the World Health Organization*, 79(9):180.
- Dollar, D., & Gatti, R. (1999). *Gender inequality, income, and growth: Are good times good for women?* World Bank, Development Research Group: Poverty Reduction and Economic Management Network: Washington, D.C. Retrieved October, 2002, from, <http://www.worldbank.org/gender/prr/wp1.pdf>
- Dollar, D. & Kraay, A. (2000). *Growth is Good for the Poor*. Washington: World Bank. Retrieved from <http://www.worldbank.org/research>
- Doyal, L. (1995). *What makes women sick, gender and the political economy of health*. London: Macmillan.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323.
- Doyal, L. (2002). Putting gender into the health and globalization debates: New perspectives and old challenges. *Third World Quarterly*, 23(3): 233-249.
- Durbin, E. (1999). Toward a gendered human poverty measure. *Feminist Economics*, 5(2): 105-108.

- Economist, The (2000). *Growth is Good*. May 27, 82.
- Elson, D. & Cagatay, N. (1999). *Engendering macroeconomic policy and budgets for sustainable development*. Paper prepared for the First Global Forum on Human Development, July 29-31, 1999. United Nations: New York.
- Elson, D. & Cagatay, N. (2000). The social content of macroeconomic policies. *World Development*, 28(7): 1347-1364.
- Elson, D. (1995). Gender awareness in modeling structural adjustment. *World Development*, 23(11): 1851-1868.
- FAO [Food and Agricultural Organization] (1996). *Rural Women and Food Security: Current Situation and Perspectives*. FAO: Rome.
- FAO (2002a). *Food outlook: Global information and early warning system on food and agriculture*. FAO (No. 4): Rome.
- Farmer, P. (1996). Social inequalities and emerging infectious disease. *Perspectives*, 2(4): 259-269.
- Fidler, D.P. (2001). The globalization of public health: The first 100 years of international health diplomacy. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9): 842-849.
- Fine, B. (2002). Economics imperialism and the new development economics as Kuhnian paradigm shift? *World Development*, 30(12): 2057-2070.
- Flaskerud, J.H. & Kim, S. (1999). Health problems of Asian and Latino immigrants. *Nursing Clinics of North America*, 34(2).
- Floro, M. & Dymiski, G. (2000). Financial crisis, gender, and power: An analytical framework. *World Development*, 28(7): 1269-1283.
- Fontana, M., & Wood, A. (2000). Modeling the effects of trade on women, at work and at home. *World Development*, 28(7): 1173-1190.
- Francisco, J. (2000). Women, trade liberalization and food security. *Development*, 43(2): 88-90.
- Galbraith, J., Pitts, et al. (2002). Is inequality increasing? *Foreign Affairs*, 81(4): 178-182.
- Gammage, S., Jorgensen, H., McGill, E., & White, M. (2002). *Framework for Gender Assessments of Trade and Investment Agreements*. Report prepared for Women's EDGE, Global Trade Program, Washington, D.C.
- GAWH [Global Alliance for Women's Health] (n.d.). *Trachoma: A women's health issue*. Retrieved June 5, 2003, from <http://www.gawh.org/publications/pdf/trach-e.pdf>.
- Gibb, H. (2001). *Gender mainstreaming: good practices from the Asia Pacific region*. The North-South Institute: Ottawa.
- Global Forum for Health Research (2002). *The 10/90 Report on health research 2001-2002*. World Health Organization: Geneva.
- Global Forum for Health Research (2003). *International meeting on a global framework for health research and development*. April 29, 2003.
- GOHNET (2000). *The GOHNET Newsletter: Fall 2000*. Retrieved January 2003, from, <http://www.who.int/oeh/WHOEU/>
- Gordon, P., Crehan, K. (n.d.). *Dying of sadness: Gender, sexual violence and the HIV epidemic*. UNDP/SEPED Conference Paper Series.
- Government of Rwanda (2002). *Poverty Reduction Strategy Paper: June 30, 2002*. International Monetary Fund. Retrieved November 25, 2002, from, <http://www.imf.org/External/NP/prsp/2002/rwa/01/index.htm>.
- Grown, C., Elson, D., & Cagatay, N. (2000). Introduction. *World Development*, 28 (7): 1145-1156.
- Guardian Weekly (2003).
- Gyebi, J., Brykczynska, G., & Lister, G. (2002). *Globalization: Economics and women's health*. Globalization, Women's Development and Health, (draft paper, October 2002). Retrieved January 2003, from, http://www.ukglobalhealth.org/content/Text/Globalization_New_version.doc.
- Haddad, L. (1999). Women's status: Levels, determinants, consequences for malnutrition, interventions, and policy. *Asian Development Review*, 17(1,2): 96-131.
- Hammond, R. (1998). *Addicted to profit: big tobacco's expanding global reach*. Essential Action 1998: Washington, D.C.
- Harcourt, W. (2000). *Women, health and globalization*. *Society for International Development*. (Draft paper for discussion June 15, 2000).
- Hartigan, P. (1999). *Communicable diseases, gender and equity in health*. Retrieved January 16, 2003, from, <http://www.hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/Hupapers/gender/hartigan.html>.
- Health Canada (2001). *Immigration and Health*. (Cat. No. H13-5/01-5E). Retrieved October 18, 2002, from, <http://www.hc-sc.gc.ca/iacb>

- dgiac/nhrdp/index.html.
- Heise, L.L., et al., (1999). *Population Report Update*. World Bank discussion paper on violence against women. World Bank: Washington, D.C.
- Heise, L.L., Pitanguy, J., & Germain, A. (1994). *World Bank discussion paper on violence against women: The hidden health burden*. World Bank: Washington.
- HelpAge International (n.d.). *Practical issues: How HIV/AIDS affects older people*. London. Retrieved April, 2003, from, <http://www.helpage.org>.
- Hochschild, A.R. (2000). Global Care Chains and Emotional Surplus Value. In Hutton, W. & Giddens, A. (Eds.), *Global Capitalism*, New York: The New Press.
- Hogan, J. (2002). A generation of orphans? The General Assembly debates HIV/AIDS. *UN Chronicle*, 4: 39.
- Hughes, D.M. (2000). The internet and sex industries: Partners in global sexual exploitation. *Technology and Society Magazine* (Spring 2000): 35-42.
- Hughes, D.M. (2002). The use of new communications and information technologies for sexual exploitation of women and children. *Hastings Women's Law Journal*, 13(1): 129-148.
- ICRW (2002). *Gender analysis of budgets: Background brief*. January, 2002. Retrieved February 12, 2002, from http://www.undp.org/unifem/economic_security/re_source_kit.html.
- IPPI [Initiative on Public-Private Partnerships for Health] (2001). *Public Private Partnerships for Health and Guaranteeing Drug Delivery through Health Systems: Issues Needing Further Analysis*. Report of a meeting hosted by the London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM).
- ILO [International Labour Organization] (1999). *Gender issues in occupational safety and health*. ILO, Bureau for Gender Equality: Geneva, retrieved December, 2002, from, <http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender/osh/index.htm>.
- ILO (2003a). *Women, environment and sustainable development: Discussion booklets*. ILO: Geneva, retrieved February 2003, from, <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/actrav/enviro/backgrnd/wesdcs2.htm>.
- ILO (2003b). *Skills development for the informal economy*. ILO: Geneva. Retrieved February, 2003, from, <http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/informal/who.htm>.
- ILO (n.d.) *GENPROM Working Paper Series*. ILO: Geneva. Retrieved, January 2003, <http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/advocacy/protect.htm>.
- IMF [International Monetary Fund] (2000). *Globalization: Threat or opportunity*, IMF: Washington, DC, retrieved October 12, 2002, from, <http://www.imf.org/external/np/exr/ib/2000/041200.html>.
- Islam, A. & Tahir, M. (2001). Health sector reform in South Asia: new challenges and constraints. *Health Policy*, 60: 151-169.
- Joekes, S. (1998?). *A gender-analytical perspective on trade and sustainable development*. Institute of Development Studies, University of Sussex: United Kingdom.
- Kanbur, R. (2002). *International Financial Institutions and International Public Goods: Operational Implications for the World Bank*. G-24 Discussion Paper Series, No.19. Geneva: United Nations Publication.
- Kane, P., & Dennerstein, L. (Eds.). (1996?). *Women and occupational health*. Issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health: Melbourne, Australia.
- Karl, M. (1997). *Higher Agricultural Education and Opportunities in Rural Development for Women*. FAO: Rome.
- Katz, C. (2001). On the grounds of globalization: topography for feminist political engagement. *Signs*, 26(4): 1213-1234.
- Kaul, I. (2001). Public Goods in the 21st Century. In D. Drache (Ed). *The Market of the Public Domain* (pp.255-273). Routledge: London & New York.
- Kaul, I. & Faust M. (2001). Global public goods and health: taking the agenda forward. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9): 869-874.
- Kaul, I., Conceicao, P., Le Coulven K., & Mendoza, R.U. (n.d.). *How to improve the provision of global public goods*.
- Kaul, I. & Le Coulven, K. (2001). *Global Public Goods: Making the Concept Operational*. United Nations Development Programme Discussion Papers. Retrieved June 5, 2003, from, <http://www.undp.org/ods/worddocs/concept-operational.doc>
- Kaul, I. & Ryu, G. (2001). Global Public Policy Partnerships - seen through the lens of global public goods. *Conference Proceedings: Fourth*

- World Bank Conference on Evaluation and Development - The Partnership Dimension*. New Brunswick, U.S.A: Transaction Publishers.
- Kaul, I., et al. (2003). Why do global public goods matter today? In I. Kaul et al. (Eds.). *Providing Global Public Goods - Managing Globalization* (pp. 1-22). Oxford University Press: New York.
- Kenedy, P. (1996). Forecast: Global gales ahead. *New Statesman and Society*, May 31, 1996: 28-9.
- Kennelly, J. (n.d.). *The global drug-pushers: Globalization is not good for women's health: Here's why*. Retrieved October 1, 2002, from <http://www.policyalternatives.ca/>.
- Khosla, P., & Pearl, R. (2003). *Untapped connections: Gender, water and poverty*. WEDO. Retrieved March 28, 2003, from <http://www.wedo.org/susdev>.
- Kickbusch, I. (2000). The development of international health policies-accountability intact? *Social Science & Medicine*, 51:979-89.
- Kickbusch, I., & de Leeuw, E. (1999). Global public health: Revisiting healthy public policy at the global level. *Health Promotion International*, 14(4): 285-288.
- Kickbusch, I., & Quick, J. (1998). Partnerships for health in the 21st century. *World Health Statistics Quarterly*, 51(69).
- Kilimanjaro Centre for Community Ophthalmology & the British Columbia Centre for Epidemiologic & International Ophthalmology (n.d.). *Trachoma and Gender: Does health sector reform and public-private partnership for implementation of the SAFE strategy improve or worsen gender equity?*
- Kim, J-Y, Millen, M., Irwin, A. & Gershman J. (eds.) (2000) *Dying for growth: Global inequality and the health of the poor*. Common Courage Press: Monroe.
- Kirman M.N., & Munyakho D. (1996). The impact of structural adjustment programs on women and AIDS. In *Women's experience with HIV/AIDS: An International Perspective*. Eds. L.D. Long & Ankrah, E.M. New York: Columbia University Press.
- Kulkarni, S. (2002). A local answer to a global mess: Women's innovations to secure their livelihoods. *Canadian Women's Studies. Special Issue: Women, Globalization and International Trade*, 21/22 (4).
- Labonte, R. (1998). Healthy public policy and the World Trade Organization: a proposal for an international health presence in future world trade/investment talks. *Health Promotion International*, 13(3): 245-56.
- Labonte, R. (1999). *Brief to the World Trade Organization: World trade and population health*. (Retrieved November 8, 1999).
- Labonte, R. (2000). Brief to the World Trade Organization: World Trade and Population Health. *International Journal of Health Promotion and Education*, VI(4):24-32.
- Labonte, R. (2001). *Health, globalization and sustainable development*. A discussion paper prepared for the WHO meeting 'Making health central to sustainable development" Oslo, Norway. November 29- December 1, 2001.
- Labonte, R. (2002) *Globalization, trade and health: Unpacking the linkages, defining the healthy public policy options*, Presentation to the III Conferencia Regional Latino-Americano de Promocao da Saude e Educacao para a Saude, Sao Paulo, Brazil; November 10 – 13, 2002. <http://www.spheru.ca>.
- Labonte, R., & Spiegel, J. (2002) *Health, Globalization and Research Priorities*. A Briefing Paper Prepared for the Institute on Population and Public Health (<http://www.spheru.ca>)
- Labonte, R., & Torgerson, R. (2002) *Frameworks for analyzing the links between globalization and health*. SPHERU – University of Saskatchewan (mimeo, draft report to World Health Organization, Geneva). (<http://www.spheru.ca>)
- Lee, K. (1999). Globalization, communicable disease and equity: A look back and forth *Development*, 42(4): 35-39.
- Lee, K. (2000). The impact of globalization on public health: Implications for the UK *Journal of Public Health Medicine*, vol. 22(3): 253-262.
- Lee, K. (2000b). Globalization and health policy. In, *Health and Human Development in the New Global Economy*. PAHO: Washington.

- Lee, K. (2001). Globalization: A New Agenda for Health? In McKee, M., Garner, P. and Scott, R. (eds.) *International Co-operation in Health*. Oxford University Press: Oxford.
- Lee, K. (2003). Personal electronic communication. June 9, 2003.
- Lee, K. (in press). Globalization and health, An introduction. (*Chapter 1: An introduction to global health*). Palgrave Macmillan: London.
- Lee, K. & Bradley, D., et al. (2002). Globalization and health: Informed and open debate on globalization and health is needed. *British Medical Journal*, 324(7328): 44-46.
- Lee, K. & Dodgson, R. (2000). Globalization and cholera: Implications for global governance. *Global Governance*, 6(2): 213.
- Lee, K., McMichael, T., Butler, C., Ahern, M., and Bradley D. (2002). Global change and health- the good, the bad and the evidence. In *Global change human health*, 3(1): 16-19.
- Lister, G. (2000). *Global health and development: the impact of globalization on the health of poor people*. Unpublished paper prepared by DFID.
- Lewallen, S., & Courtright, P. (2002). Gender and use of cataract surgical services in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(4).
- Loewenson, R. (2001a). Globalization and occupational health: A perspective from southern Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9): 863-868.
- Loewenson, R. (2001b). Effects of globalization on working women: Zimbabwe. *African Newsletter on Occupational Health and Safety*, 11: 66-68.
- London School of Hygiene and Tropical Medicine (2001). *Public-private partnerships for health and guaranteeing drug delivery through health systems issues needing further analysis*. In K. Holm (Ed). London.
- Lopez-Valcarel, A. (2001). New challenges and opportunities for occupational safety and health in a globalized world. *African Newsletter on Occupational Health and Safety*, 11: 60-63.
- Management Sciences for Health. (2001). *Forming Partnerships to Improve Public Health*. Retrieved April 25, 2003, from http://erc.msh.org/staticpages_printerfriendly/2.2.3_health_English_.htm
- Managers of Donation/Distribution Partnerships (2001). *Public-private partnerships involved in the distribution or coordination of donated, subsidized, or negotiated products: identification of challenges and issues of shared interest*. Geneva.
- Martorell, R. (2001). *Obesity. Health and Nutrition: Emerging and Reemerging Issues in Developing Countries*. Report prepared for the IFPRI (Brief No. 7). Retrieved November 12, 2002, from <http://www.ifpri.org/2020/focus/focus05/focus05%5F07.htm>.
- Mattock, N. (2003). Public/private partnership: developing an oral treatment for visceral leishmaniasis. *TDR News*. Retrieved May 20, 2003, from http://www.who.int/tdr/publications/tdr_news/news60/miltefosine.htm.
- McDonald, L., Moore, B., & Timoshkina, N. (2000). *Migrant sex workers from Eastern Europe and the Former Soviet Union: The Canadian case*. Status of Women Canada, Policy Research: Ottawa, Ontario.
- McDonough, P., & Walters, V. (2001). Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science & Medicine*, vol. 52(4): 547-59.
- McKinsey & Company, & The Bill and Melinda Gates Foundation. (2002). Retrieved May 30, 2003 from http://www.weforum.org/pdf/Initiatives/GHI_2003_GlobalHealthAlliances.pdf.
- Medecins Sans Frontiers (2001). *Annual Report 2001*. <http://www.msf.org/content/page.cfm?articleid=3E581C28-16EE-4161-A2387D46A8184A18>.
- Messer, E. (1997). Intra-household allocation of food and health care: Current findings and understandings. *Social Science & Medicine*, 44(11): 1675-1684.
- Messing, K. & Stellman, J.M. (1996?). Understanding occupational disease in women. In P. Kane & Dennerstein, L., *Women and occupational health*. Issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Work.
- Milanovic, B. (2003). The two faces of globalization: Against globalization as we know it. *World Development*, 31(4): 667-683.
- Mirza, Z. (1999). WTO/TRIPs, pharmaceuticals and health: Impacts and strategies. *Development*, 42(4): 92-97.
- Moghadam, V.M. (1999). Gender and globalization: Female labour and women's mobilization. *Journal of World Systems Research*, 2: 367-388.

- Mukhopadhyay, M. (1995). Gender relations, development practice and culture. *Gender and Development*, 30(1): 13-18.
- Murray, J.L., & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Summary. Boston: Harvard School of Public Health.
- Najam. (2001). *Public-private partnership on women health emphasized*. Message posted to Health-list (June 19).
- Narayan, D., Patel, R., Schafft, K., Rademacher, A., & Koch-Schulte, S. (1999). Can anyone hear us? Voices from 47 countries. In *Voices of the Poor, Vol. I*, World Bank: Washington, D.C.
- Nanda, P. (2002). Gender dimensions of user fees: Implications for women's utilization of health care. *Reproductive Health Matters*, 10(20): 127-134.
- OECD [Organization for Economic Cooperation and Development] (2002). *Women on the move: Trends in international migration*, SOPEMI Report 2001. *OECD Observer*, 25 June 2002.
- Osman, S. (2000). Globalization and democratization: The response of the indigenous peoples of Sarawak. *Third World Quarterly*, 21(6): 977-988.
- Paci, P. (2002). *Gender in transition*. World Bank, Human Development Unit, Eastern Europe and Central Asia Region: Washington, DC. Retrieved May, 21, 2002, from <http://www.worldbank.org>.
- PAHO [PanAmerican Health Organization]. (nd). *Gender and food security: fact sheet*. PAHO: New York.
- Parkin, M. & Bade, R. (1997). *Economics: Canada in the global environment* (3rd Edition). Addison-Wesley Publishers Ltd.: Don Mills, Ontario.
- Patel, V., Araya, R., de Lima, M., Ludermir, A., & Todd, C. (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science & Medicine*, 49: 1461-1471.
- PATH Press Room. (1998). Becton Dickinson & UNICEF launch public/private partnership to eliminate "silent killer" disease worldwide. Retrieved May 20, 2003, from <http://www.path.org/resources/press/19980310-unicef.htm>.
- Payne, L. (1999). Food shortages and gender relations in Ikafe settlement, Uganda. *Global Network for Reproductive Rights Newsletter*: 66(6).
- Payne, S. (2001). Smoke like a man, die like a man? A review of the relationship b/w gender, sex and lung cancer, in *Social Science & Medicine*, (53): 1067-1080.
- Phillips, M. (2001). *The health burden of mental and neurological conditions and of behavioral problems in developing countries: A re-analysis of the Global Burden of Disease Data*. Unpublished document.
- Phillips, M. Personal electronic communication. April 16, 2003.
- Phillips, M. Personal electronic communication. June, 2003.
- Phipps, S.A., & Burton (1996). Collective models of family behaviour: Implications for economic policy. *Canadian Public Policy/Analyse de Politiques*, 22:129-143.
- Pinnix, R., & Griffin, W. (2002). *The case for globalization*. Retrieved October 31, 2002, from, <http://www.ncat.edu/~simkinss/econ201honors/globalizationfor/html>.
- Plumridge, L. (n.d.). Sex workers and health in P. Kane & Dennerstein L., *Women and occupational health. Issues and policy paper*. Report prepared for the Global Commission on Women's Work: 76-82. Retrieved November, 2002, from, <http://www.who.int/oeh/OCHweb/OCHweb/OSHPages/OSHDdocuments/Women/WomenOccupHealth.pdf>.
- Poster, W.R. (2002). Racism, sexuality, and masculinity: Gendering 'global ethnography' of the workplace. *Signs (Spring 2002)*: 126-158.
- Rankin, P.L., & Vickers, J. (2001). *Women's movements and state feminism: Integrating diversity into public policy*. Status of Women Canada: Ottawa, Ontario.
- Rao, J. M. (1999). Openness, Poverty and Inequality. In *Background Papers Human Development Report 1999, Volume 1*. UNDP: New York.
- Rao, J. M. (1999a). Openness, Poverty and Inequality. In *Background Papers Human Development Report 1999, Volume 1*. UNDP: New York.
- Rao, J. M. (1999b). Globalization and the Fiscal Autonomy of the State in *Background Papers Human Development Report 1999, Volume 1*. UNDP: New York.
- Reich, M.R. (Ed.) (2002). *Public-private partnerships for public health*. Harvard University Press: Massachusetts.
- Reinicke, W. (1998). *Global Public Policy: Governing without Government?* Brookings Institute: Washington.

- Renault, B. (Ed.) (2000). Editorial: The need for private-public partnerships. *Nature Medicine*, 6(5): 481.
- Rico, M. (1998) *Gender, the Environment and the Sustainability of Development*. UN: Santiago, Chile.
- Ridley, R.G. (2001). Putting the Partnership into public-private partnerships. *Bulletin of World Health Organization*, 79(8): 694.
- Robertson, D. (2001). *Export processing zones and the WTO Agreement on Subsidies and Countervailing Measures*. Baker & Associates.
- Rodriguez, F., & Rodrik, D. (2000) *Trade Policy and Economic Growth: A Skeptic's Guide to the Cross-National Evidence*. University of Maryland and Harvard University.
- Rodrik, D. (1999). *The New Global Economy and Developing Countries: Making Openness Work*. Harvard University: Massachusetts.
- Sachs, J.D. (2001). *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health [December 20, 2001]. WHO: Organization: Geneva.
- Sadasivam, B. (1997). The impact of structural adjustment on women: A governance and human rights agenda. *Human Rights Quarterly*, 19(3): 630-665.
- Savedoff, W. et al. (eds.) (2000). *Wealth from Health: Linking Social Investments to Earnings in Latin America*. Inter-American Development Bank: Washington.
- Scholte, J.A. (2002). *The sources of neoliberal Globalization*. Draft paper prepared for the United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD): Geneva.
- Scholte, J.A. (2000). *Globalization, a critical introduction*. London: Palgrave.
- Seguino, S. (2000). Gender inequality and economic growth: A cross-country analysis. *World Development*, 28(7): 1211-1230.
- Sen, A. (1998). Human development and financial conservatism. *World Development*, 26(4): 733-742.
- Sen, A. (1999). *Development as Freedom*. Knopf: New York.
- Sen, G. (2000). Gender mainstreaming in ministries of finance. *World Development*, 28(7): 1379-1390.
- Sen, G., George, A., & Östlin, P. (2002). Engendering Health Equity: A Review of Research and Policy, in G. Sen, A. George, & Östlin, P (Eds). *Engendering International Health: The Challenge of Equity*. MIT Press: Cambridge.
- Sen, K & Koivusalo, M. (1998). Health care reforms and developing countries—A critical overview. *International Journal of Health Planning and Management*, 13: 199-215.
- Shin, G., & Chang, K. (1999). *Social Crisis in Korea*. UCLA and Seoul National University. (mimeo).
- Shrader, E. (2000). *Economic development and gender violence*. World Bank, Gender Unit, Latin America and the Caribbean Region Poverty Reduction and Economic Management Division: New York.
- Shretta, R., Brugha, R., Robb, A. & Snow, R.W. (2000). Sustainability, affordability, and equity of corporate drug donations: The case of Malarone. *The Lancet*, 355(9216): 1718-1720.
- Silvey, R. (2003). Engendering social capital: Women workers and rural-urban networks in Indonesia's crisis. *World Development*, 31(5): 865-879.
- Singh, A. & Zammit, A. (2000). International capital flows: Identifying the gender dimension. *World Development*, 28(7): 1249-1268.
- Smith, R. (Ed.). (2000). Vaccines and medicines for the world's poorest: Public-private partnerships seem to be essential. *British Medical Journal*, 320(7240): 952-953.
- Stillwaggon, E. (2000). Determinants of HIV transmission in Africa and Latin America. *South African Journal of Economics*, 16: 175-204.
- Storey, S. (2002). Neoliberal trade policies in agriculture and the destruction of global food security: who can feed the world? *Canadian Woman Studies. Special Issue: Women, Globalization and International Trade*, 21/22(4).
- Subramarian (1999).
- Sustainable Developments (2001). *Summary of the WTO Symposium on Issues Confronting the World Trading System*, 55(1).
- T'Hoën E. (2000). Access to essential drugs and globalization. *Development*, 42(4): 87-91.
- Tanner, M. & Vlassoff, C. (1998). Treatment seeking behaviour for malaria: A typology based on endemicity and gender. *Social Science & Medicine*, 46(4-5): 523-532.
- Taylor, A.L., & Bettcher, D.W. (2000a). WHO Framework Convention on Tobacco Control: a

- global “good” for public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(7): 920-928.
- Taylor, A.L., et al. (2000b). The impact of trade liberalization on tobacco consumption. In P. Jha & Chaloupka, F. (Eds.), *Tobacco Control in Developing Countries*, Oxford University Press: 343-364.
- Taylor, R. & Blair, S. (2002). *Public Hospitals. The World Bank Group, Private Sector and Infrastructure Network*, January 2002, Note Number 241.
- Tibaijuka, A. (1994). The cost of differential gender roles in Africa agriculture: a case study of smallholder banana-coffee farms in Kagera Region. *Journal of Agricultural Economics*, 45(1):69-81.
- Thomas, A. & Curtis, V. (2001). *Public-private partnerships for Health: A review of best Practices*. Retrieved June 5, 2003, from, <http://www.wsp.english/activities/handwashing/bestpractice.pdf>.
- UNAIDS (2002a). *Report on the global HIV/AIDS epidemic – Focus: AIDS and mobile populations*. UNAIDS: New York.
- UNAIDS (2002b). *HIV/AIDS Fact Sheet Series (July 2002)*. UNAIDS: New York.
- UNAIDS (2002c). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. UNAIDS: New York.
- UNAIDS (2002d). *Regional HIV/AIDS Statistics and Features, End of 2001*. UNAIDS: Geneva. Retrieved November 10, 2002, from, <http://www.unaids.org>.
- UNAIDS (2002e). *HIV/AIDS in Africa: Fact sheet*. Retrieved October 28, 2002, from http://www.unaids.org/fact_sheets/files/Africa_Eng.html.
- UNCTAD [United Nations Conference on Trade and Development] (2002). *Escaping the Poverty Trap: The Least Developed Countries Report 2002*. UNAIDS: New York.
- UNDP [United Nations Development Programme] (1997). *Human Development Report*. Oxford University Press: New York.
- UNDP (1999a). *Human development report, 1999*. UNDP: New York.
- UNDP (1999b). *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. Oxford University Press: New York.
- UNDP (2002). *Human Development Report 2002*. UNDP: New York.
- UNDP (n.d.). *The nexus of vulnerability: Prevention of trafficking of women and girls and HIV/AIDS in South Asia*. UNDP HIV and Development Programme South/South West Asia.
- UNDP, UNEP, World Bank, World Resources Institute (2000). *World Resources 2000-2001*. World Resources Institute: Washington.
- UNEP [United Nations Environment Programme] (1999). *Global Environmental Outlook 2000*. UNEP Earthscan: London.
- UNESCAP [United Nations Commission for Social Development, Economic and Social Council] (1998). E/CN.5/1998/7-E/1998/ 26: New York.
- UNFPA [United Nations Population Fund] (1998). *Development, Gender, Population and Themes in UN Conferences, 1985-1995*. UNFPA: New York.
- UNFPA (2001). *The state of the world population: footprints and milestones, Population and environmental change*. UNFPA: New York.
- UNFPA (n.d.). *People on the move: Urbanization and international migration*. Retrieved January 21, 2003, from, <http://www.unfpa.org/modules/6billion/ccmc/urbanization&migration.html>.
- UNHCR [United Nations High Commission for Refugees] (2002). *Statistical yearbook 2001: Refugees, asylum-seekers and other persons of concern – Trends in displacement, protection and solutions*. New York.
- UNHCR (2002a). *Refuge women: Global consultations on international protection*. New York. Retrieved December, 2002, from, http://www.unhcr.ch/prexcom/standocs/englih/gc02_10e.pdf.
- UNHCR (2003). Online statistics. Retrieved October, 2002, from <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/statistics>.
- UNICEF [United Nations Children Fund] (2001). *Profiting from abuse: An investigation into the sexual exploitation of our children*. New York.
- UNIFEM (2000c). *Progress of the World's Women 2000*. New York.
- UNIFEM-ESEA (1998). *Women in a global economy: Challenge and opportunity in the current Asian economic crisis*. Retrieved February 26, 2003, from <http://www.unifem-eseasia.org/Resources/GlobalEconomy/TOC.html>.
- United Nations (2000a). *Human Development Report 2000*. New York.

- United Nations (2000b). *The world's women 2000: Trends and statistics*. New York.
- United Nations (nd). *Food Security and Sustainable Development Division*. UN, Economic Commission for Africa [ECA]. Retrieved November 8, 2002, from <http://www.un.org/Depts/eca/divis/fssd/>
- United Nations Chronicle (2003). Multilateral agenda needs to be energized. *UN Chronicle*, XL(1): 8-10.
- University of Cambridge (n.d.) *Online dictionary of epidemiology*. Retrieved December, 2002, from <http://www.albany.net/~tjc/gloss96.html#P>.
- Upadhyay, U.D. (2000). India's new economic policy of 1991 and its impact on women's poverty and AIDS. *Feminist Economics*, 6(3): 105-122.
- Valls-Llobet, C., Borrás, G., Doyal, L., & Torns, T. (1996?). Household labour and health, in P. Kane & Dennerstein, L., *Women and occupational health. Issues and policy paper*. Global Commission on Women's Work: 55-60.
- Vonderlack, R.M. & Schreiner, M. (2001). *Women, microfinance, and savings: Lessons and proposals*. Centre for Social Development (December 27, 2001): St. Louis, MO.
- Walt, G., & Buse, K. (Eds.) (2000). Editorial: Partnership and fragmentation in international health: threat or opportunity? *Tropical medicine and International Health*, 5(7): 467-471.
- Walters, B. (1995). Engendering macroeconomics: A reconsideration of growth theory. *World Development*, 23(11): 1869-1880.
- WEDO [Women's Environment and Development Organization] (2002). *The numbers speak for themselves*. Retrieved May 2, 2003, from <http://www.wedo.org/ffd/representation.htm>.
- Weisbrot, I., Baker, D., Kraev, E., & Chen, J. (2001). *The Scorecard on Globalization 1980 - 2000: Twenty Years of Diminished Progress*. Centre for Economic and Policy Research, http://www.cepr.net/globalization/scorecard_on_globalization.htm.
- WHO [World Health Organization] (1995). *Women's health: Improve our health, improve the world*. WHO Position Paper presented at the Fourth World Conference on Women, in Beijing China (4-15 September 1995).
- WHO (1997). *Tobacco or Health: A Global Status Report*. WHO: Geneva.
- WHO (1998). *Gender and health technical paper*. WHO/FRH/WHD/98.16: WHO: Geneva.
- WHO (1999a). *The mental health of indigenous peoples: An international overview*. WHO: Geneva.
- WHO (1999b). *Tobacco Health Facts*. WHO (Fact Sheet No. 221): WHO: Geneva. Retrieved November 21, 2002, from <http://www.who.int/>.
- WHO (1999c). *World Health Report 1999*. WHO: Geneva.
- WHO (1999d). *Occupational health fact sheet No. 84: Ethically correct, economically sound*. (June 1999): Geneva. Retrieved November, 16, 2002, from <http://www.who.int/inffs/en/fact084.html>.
- WHO (2000). *Framework Convention on Tobacco Control: Introduction*. WHO: Geneva. Retrieved November 21, 2002, from <http://tobacco.who.int/en/fctc/index.html>.
- WHO (2000a). *Women's mental health: an evidence based review*. WHO: Geneva.
- WHO (2000b). *WHO Framework Convention on Tobacco Control*. Report prepared by the WHO Secretariat, Geneva. (EB/107/30).
- WHO (2000d). *Participation of nongovernmental Organizations in the Intergovernmental Negotiating Body*, Intergovernmental Negotiating Body on the Framework Convention on Tobacco Control, First session, A/FCTC/INB1/5 Paras 4,6.
- WHO (2000e). *Nutrition for health and development: A global agenda for combating malnutrition* WHO (WHO/NHD/00.6): Geneva.
- WHO (2000f). *Communicable diseases 2000: Highlights of activities in 1999 and major challenges for the future*. WHO: Geneva.
- WHO (2001). *Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century*. In (Eds.) J. Samet & Soon-Young, Y. WHO, Institute for Global Tobacco Control and Johns Hopkins School of Public Health.
- WHO (2001a). Globalization, TRIPs and access to pharmaceutical. *WHO Policy Perspectives on Medicine*. WHO: Geneva.
- WHO (2001b). *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. WHO: Geneva.
- WHO (2001c). *Gender disparities in mental health*. WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence: Geneva.
- WHO (2001d). *Protocol for the assessment of national communicable disease surveillance and response systems*. Department of Communicable