

SÍ A LA OPCIÓN, NO AL AZAR

PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA,
DERECHOS HUMANOS
Y DESARROLLO



estado de la población mundial 2012

Todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de sus poblaciones lo antes posible, en todo caso para el año 2015, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que no estén legalmente prohibidos. El objetivo sería ayudar a las parejas y los individuos a alcanzar sus objetivos de procreación y brindarles todas las oportunidades de ejercer su derecho a tener hijos por elección.

—Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrafo 7.16

El Estado de la Población Mundial 2012

Este informe fue producido por la División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

EQUIPO EDITORIAL

Editor: Richard Kolledge
Oficial Editorial Asociado: Robert Puchalik
Oficial Asociada Editorial y Administrativa: Mirey Chaljub
Gerente de Distribución: Jayesh Gulrajani

AGRADECIMIENTOS

El equipo editorial agradece al grupo asesor del UNFPA sobre el informe por haber orientado la conceptualización, la dirección y la preparación del informe y haber aportado observaciones invaluableles sobre las versiones preliminares. El Grupo está integrado por: Alfonso Barragues, Beatriz de la Mora, Abubakar Dungus, Werner Haug, Michael Hermann, Mona Kaidbey, Laura Laski, Edilberto Loaiza, Kechi Ogbuagu, Niyi Ojuolape, Nuriye Ortayli y Jagdish Upadhyay.

Las versiones preliminares también fueron revisadas por Ann-Birgitte Albrechtsen, Klaus Beck, Ysabel Blanco, Delia Barcelona, Saturnin Epie, François Farah, Kate Gilmore, Elena Pirondini y Ziad Rifai.

También contribuyeron a la elaboración sustantiva del informe Hafedh Chekir, Thea Fierens, Nobuko Horibe, Bunmi Makinwa y Marcela Suazo. Se recibió apoyo y asesoramiento adicional de Mohamed Afifi, Monique Clesca, Jorge Córdoba, Adebayo Fayoyin, Sonia Heckadon, Gabriela Iancu, Yanmin Lin, Suzanne Mandong, William Ryan y Sherin Saadallah.

El equipo editorial también agradece a Marisabel Agosto su sostenida colaboración con el informe mediante tareas de formulación, redacción y edición. Asimismo, agradece a Karin Ringheim y David Lvinger sus contribuciones al informe.

ACERCA DE LOS AUTORES

Margaret Greene

Margaret Greene (escritora e investigadora principal) ha trabajado durante casi 20 años sobre los factores sociales y culturales determinantes de la salud, la salud reproductiva en los adolescentes, las políticas de desarrollo y las cuestiones de género. Son ampliamente conocidas sus tareas de investigación y promoción acerca de las condiciones en que se encuentran las niñas y las mujeres en los países pobres y la necesidad de involucrar a los jóvenes y a los adolescentes varones en pro de la igualdad entre hombres y mujeres. Actualmente, Margaret Greene dirige un grupo de consultoría, *GreeneWorks*, que trabaja en la promoción del cambio social para mejorar la salud y el desarrollo. Ocupa la Presidencia del Consejo de Administración de Promundo-USA y de la Fundación Willows, que proporciona servicios de salud reproductiva en Turquía. Margaret Greene recibió sus diplomas de Doctorado y Maestría de Filosofía en Demografía de la Universidad de Pennsylvania, y una Licenciatura en Lingüística de la Universidad de Yale.

Shareen Joshi

Shareen Joshi (investigadora y escritora del Capítulo 4) es profesora visitante de Desarrollo Internacional en la Universidad de Georgetown, Escuela del Servicio Diplomático, en Washington, D.C., y dicta cursos de economía y desarrollo político; pobreza, género y política; y enfoques integrados del desarrollo sostenible. En la Universidad de Yale recibió diplomas de Doctorado en Economía, Maestría de Filosofía en Economía, y Maestría de Economía. Tiene una Licenciatura en Matemáticas de la Universidad Reed, Portland, Oregón.

Omar Robles

Omar Robles trabaja como consultor en cuestiones de salud, género y desarrollo. Ha conducido cursos del UNFPA de formación en programación sensible a las cuestiones de género en Indonesia y actualmente asesora sobre cuestiones de género en relación con el grupo de oficiales de emergencia para *CARE Internacional*. Antes de desempeñarse como consultor, Omar desempeñó funciones de asesoramiento sobre cuestiones de género y políticas sanitarias en la Iniciativa Mundial de Políticas de Salud de la USAID, ejecutada por el *Futures Group*. Tiene un diploma de Maestría en Ciencias de Salud Pública, Políticas de Salud y Gestión de la Universidad de Carolina del Norte, Escuela Gillings de Salud Pública Mundial, y un diploma de Licenciatura en Periodismo y Comunicación de Masas, también de la Universidad de Carolina del Norte.

Foto en la tapa: Una madre con su hijo, Pakistán

©Panos/Peter Barker



SÍ A LA OPCIÓN, NO AL AZAR

PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA, DERECHOS HUMANOS Y DESARROLLO

Prólogo página ii

Panorama general página iv

1 El derecho a la planificación de la familia página 1

2 Análisis de los datos y las tendencias para comprender los desafíos página 17

3 Problemas para asegurar el acceso de toda persona a los servicios página 39

4 Los efectos sociales y económicos de la planificación de la familia página 71

5 El gasto y el ahorro al apoyar el derecho a la planificación de la familia página 87

6 Asegurar el derecho universal a la planificación de la familia página 97

Indicadores página 106

Bibliografía página 117



◀ Una niña adolescente asiste a una reunión informativa acerca de la planificación de la familia en Dominica.

©Panos/Philip Wolmuth

Prólogo

EL derecho de toda persona a decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo tenerlos ha sido el principio orientador de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, durante decenios, pero especialmente a partir de 1994, cuando 179 gobiernos se reunieron y aprobaron el memorable Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD).

La CIPD marcó una gran transición del paradigma en la esfera de la población y el desarrollo, al reemplazar un enfoque de la planificación de la familia impulsado por razones demográficas, con otro enfoque basado en los derechos humanos y las necesidades, aspiraciones y circunstancias de cada mujer.

Los efectos de ese adelanto han sido verdaderamente revolucionarios para centenares de millones de mujeres y jóvenes que, en los últimos 18 años, obtuvieron las facultades y los medios de evitar o postergar el embarazo.

Los resultados de ese enfoque de la salud sexual y reproductiva y la planificación de la familia basado en los derechos humanos han sido extraordinarios. Se agregaron millones de mujeres a las facultadas para tener menor cantidad de hijos y comenzar a tenerlos en etapas posteriores de sus vidas, de modo de disponer de oportunidades para completar su educación, obtener mayores ingresos y escapar a la trampa de la pobreza.

Innumerables estudios han demostrado que las mujeres que usan métodos de planificación de la familia disfrutan, en general, de mejor salud, están mejor educadas, poseen más medios de acción en sus hogares y sus comunidades y son más productivas económicamente. Y en los hogares donde padres y madres tienen la facultad y los medios de decidir acerca de la cantidad de embarazos y el espaciamiento entre ellos, sus hijos tienden a ser más saludables, a tener mejor rendimiento escolar y a desarrollarse para llegar a obtener mayores ingresos.

Y ahora hay pruebas irrefutables de que, al integrar la planificación de la familia en las iniciativas generales de desarrollo económico y social, es posible ejercer un positivo efecto multiplicador sobre el desarrollo humano y el bienestar de países enteros.

Los visionarios que forjaron en 1994 el Programa de Acción de la CIPD tienen mucho de qué enorgullecerse: desde entonces, los progresos han sido notables.

No obstante, cuando viajo por el mundo, sigo encontrando mujeres y niñas que me dicen que no pueden ejercer su derecho a la planificación de la familia y terminan teniendo más hijos que los deseados, lo cual las sobrecarga económicamente, perjudica su salud y menoscaba sus oportunidades de una vida mejor para ellas mismas y para sus familias.

Según estadísticas recientes, actualmente hay en los países en desarrollo 867 millones de mujeres en edad de procrear que necesitan anticonceptivos modernos; de ese total, 645 millones tienen acceso a ellos, pero la abrumadora cantidad de 222 millones siguen careciendo de acceso. Esto es inexcusable. La planificación de la familia es un *derecho humano*. Por consiguiente, debe estar al alcance de todos quienes deseen ejercerlo. Pero, evidentemente, este derecho no está al alcance de todos, especialmente en los países más pobres.

Persisten varios obstáculos. Algunos atañen a la calidad y disponibilidad de suministros y servicios, pero muchos otros son atribuibles a las circunstancias económicas y las limitaciones sociales. Sea cual fuere el tipo de obstáculo, es preciso superarlo.



Al reconocer la urgente necesidad de abordar esa persistente y masiva necesidad insatisfecha de planificación de la familia, el UNFPA, el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional, la Fundación Bill y Melinda Gates y otros copartícipes organizaron una reunión en la cumbre celebrada en julio de 2012, en que se recibieron promesas de contribuciones por valor de 2.600 millones de dólares a aportar por los países donantes, además de nuevas promesas de contribuciones de los propios países en desarrollo, por importes sustanciales. Esta nueva financiación tiene el propósito de proporcionar a 120 millones adicionales de mujeres y niñas adolescentes residentes en países en desarrollo servicios de planificación voluntaria de la familia, antes de 2020. Pero es necesario agregar más recursos y más compromisos políticos para responder a *la totalidad* de la necesidad insatisfecha.

La planificación de la familia es fundamental para la vigencia de muchos objetivos de la comunidad internacional: mejorar la salud de madres e hijos, promover la igualdad entre hombres y

mujeres, aumentar el acceso a la educación de calidad, posibilitar que los jóvenes participen plenamente en sus economías y sus comunidades, y reducir la pobreza. Por consiguiente, es preciso integrar plenamente la planificación de la familia en todas las iniciativas de desarrollo, actuales y futuras, incluido el marco mundial de desarrollo sostenible que sucederá después de 2015 a los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En 1994, la comunidad internacional asumió un compromiso respecto de todas las mujeres, todos los hombres y todos los jóvenes, de proteger sus derechos como individuos cuando adoptan una de las decisiones más fundamentales en sus vidas. Es hora de que demos cumplimiento a ese compromiso y logremos que la planificación voluntaria de la familia esté a disposición de todos.

Dr. Babatunde Osotimehin

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

▲ *El Director Ejecutivo del UNFPA, Dr. Babatunde Osotimehin, promete continuar la asistencia a la salud reproductiva y la planificación voluntaria de la familia en Filipinas.*
©UNFPA

Panorama general

Los 179 gobiernos participantes en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994, afirmaron el derecho de toda persona a la planificación de la familia, cuando los signatarios del Programa de Acción de la CIPD declararon: “el propósito de los programas de planificación de la familia debe ser permitir a las parejas y a las personas decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo”. Esta afirmación marcó el comienzo de la transición del paradigma en que se basaban los gobiernos y las organizaciones internacionales al considerar las cuestiones atinentes a población y desarrollo.

La planificación de la familia tiene importancia crítica para la capacidad de cada persona de ejercer sus derechos reproductivos y otros derechos humanos básicos. El consenso internacional sobre el derecho a decidir el momento y el espaciamiento de los embarazos es resultado de décadas de investigación, promoción y debate. Actualmente, este consenso se refleja en una renovada focalización de las entidades que se ocupan del desarrollo en la necesidad de intensificar las políticas y las acciones programáticas a fin de asegurar que todas las personas puedan ejercer por igual su derecho a tener acceso a servicios de alta calidad, suministros e información, cuando los necesiten.

Es preciso ofrecer una amplia gama de servicios a fin de asegurar la salud sexual y reproductiva; la planificación de la familia es solamente uno de esos servicios, que debería integrarse con los siguientes:

- atención primaria de la salud, además de atención prenatal y del parto y atención postnatal;
- prevención y tratamiento apropiado de la infecundidad;
- atención de las consecuencias del aborto realizado en malas condiciones;
- tratamiento de las infecciones del aparato reproductor;
- prevención, atención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA;
- información, educación y asesoramiento psicosocial sobre la sexualidad humana y la salud reproductiva;

- prevención y vigilancia de la violencia contra la mujer y atención de las sobrevivientes de casos de violencia; y
- otras acciones a fin de eliminar las prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación o corte genital femenino.

El presente informe se centra en la planificación de la familia y los derechos al respecto, por las siguientes razones:

- El derecho básico de todas las parejas y todas las personas a decidir libre y responsablemente el momento de tener hijos y la cantidad de hijos a tener se considera un aspecto fundamental de los derechos reproductivos, junto con el derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva, y el derecho a adoptar decisiones con respecto a la reproducción, libres de discriminación, coacción y violencia.
- La capacidad de una persona de planificar el momento de tener hijos y el tamaño de su familia es un fuerte factor determinante de la vigencia de los demás derechos.
- Y el derecho a la planificación de la familia ha sido un objetivo en pro del cual han luchado muchos y que todavía requiere tareas de promoción, pese a los fuertes marcos mundiales de derechos humanos y de desarrollo en que se apoya dicho derecho.



◀ Las mujeres que pueden planificar sus familias tienen más probabilidades de enviar a sus hijos a la escuela; y cuanto más tiempo los niños permanezcan en la escuela, tanto mayores serán sus ingresos a lo largo de toda la vida, lo cual los ayudará a elevarse por encima de la pobreza.

©Lindsay Mgbor/
Departamento del
Reino Unido para el
Desarrollo Internacional

La transición hacia un enfoque de la planificación de la familia basado en los derechos humanos

El valor de un enfoque basado en los derechos humanos es que considera a cada persona como un ser humano íntegro por propio derecho, y un agente activo, y no un beneficiario pasivo. Este enfoque se fundamenta en la explícita identificación de los titulares de derechos (personas) y los garantes de obligaciones (gobiernos y otras entidades) que son responsables de la vigencia de los derechos. Actualmente, se acepta en general que la planificación de la familia es la base de toda una gama de derechos.

Por esa razón, el enfoque basado en los derechos humanos ha de ser la premisa inicial del marco mundial de desarrollo sostenible que sucederá a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) cuando llegue a término su plazo en 2015. En un reciente documento acerca del programa posterior a 2015, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos destacó que “la creciente aceptación mundial de enfoques del desarrollo basados en los derechos humanos y fundamentados en los principios de participación, rendición de cuentas, no discriminación, ampliación de los medios de acción de las personas y vigencia del estado de derecho, ofrece una esperanza de que actualmente esté surgiendo un modelo de desarrollo más esclarecido”.

Los enfoques basados en los derechos humanos—de la planificación de la familia o de otros aspectos del desarrollo sostenible—, pueden conducir a situaciones de mayor equidad e igualdad y de no discriminación.

Tener hijos cuando se opta por tenerlos, y no al azar

En el presente informe *Estado de la Población Mundial* se presentan las razones por las que la planificación de la familia es un derecho humano, y lo que eso significa para las personas, en países tanto en desarrollo como desarrollados. En el informe se sintetizan varios marcos de referencia de la salud en general, la salud reproductiva y la planificación de la familia, y también se amplían los conceptos, profundizando el análisis de la importancia de involucrar a los hombres en la planificación de la familia como asociados en las relaciones y en la vida, y como beneficiarios de los servicios; destacando la necesidad de recopilar más datos y formular programas que también beneficien a los jóvenes no casados y, al mismo tiempo, a las personas mayores no casadas; señalando a la atención las altas tasas de embarazo no planificado y no deseado en países tanto en desarrollo como desarrollados; y destacando que los cambios en la actividad sexual ocurridos en todos los grupos de edades ponen cada vez más en tela de juicio muchas prácticas y muchos supuestos sociales, culturales y de género que son perjudiciales.

El presente informe se estructura de modo de responder a las siguientes preguntas básicas:

¿Qué es el enfoque de la planificación de la familia basado en los derechos humanos?

En el Capítulo 1 figura un panorama general de los compromisos internacionales en pro de la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, haciendo particular hincapié en el Programa de Acción de la CIPD y en el renovado compromiso internacional de incluir inversiones en planificación de la familia en el programa de desarrollo sostenible que se adoptará después de que haya llegado a término el plazo fijado para los ODM. En ese capítulo se reseñan las libertades y las atribuciones atinentes a los derechos reproductivos, sobre la base de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. En el mismo capítulo se indican las obligaciones de los Estados de asegurar la vigencia del derecho a la planificación de la familia, y también el marco de responsabilización en el seguimiento de la puesta en práctica.

¿En qué aspectos se han logrado adelantos y quiénes no pueden todavía ejercer plenamente su derecho a la planificación de la familia?

En los Capítulos 2 y 3 se utilizan pruebas objetivas resultantes de la investigación y la programación para describir las tendencias mundiales y mostrar las disparidades en el disfrute de los beneficios de la planificación de la familia. En el Capítulo 2 se señalan a la atención las desigualdades acusadas por varios indicadores básicos de planificación de la familia. Se examinan los indicadores de desigualdades en el acceso y la utilización de servicios de planificación de la familia por personas con distintos niveles de riqueza y de educación y distintos lugares de residencia. En este capítulo se analizan las razones por las cuales las personas usan determinados métodos, el uso predominante de métodos femeninos y los efectos de la planificación de la familia sobre la incidencia del aborto. En el Capítulo 3 se analiza el nivel relativamente alto de necesidad insatisfecha en determinados subgrupos grandes de población—en gran medida, dejados de lado—: jóvenes, personas no casadas de todas las edades, hombres y adolescentes varones, personas pobres y otros grupos socialmente marginados, con acceso restringido a la información y los servicios. En este capítulo se analiza la manera en que la cambiante dinámica de la actividad sexual y de las pautas de matrimonio están afectando la necesidad de planificar la familia.



¿Cuáles son los beneficios sociales y económicos de un enfoque de planificación de la familia basado en los derechos humanos?

En el Capítulo 4 se resumen los beneficios sociales y económicos de ampliar el acceso a la planificación de la familia, prestando especial atención a las poblaciones carentes de servicios y con mayores necesidades. Entre los beneficios para las personas, con grandes implicaciones para las familias, las comunidades y los países, figuran las reducciones en las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad, los adelantos en la educación femenina y las mejores perspectivas que tienen los niños para su futuro. Cuando los gobiernos asignan prioridad a la planificación de la familia como parte de una estrategia integrada de desarrollo, efectúan una inversión estratégica que, al mismo tiempo que conduce al cumplimiento de su obligación de proteger los derechos de los ciudadanos, contribuye a mitigar la pobreza y a estimular el crecimiento económico.

¿Cuáles son las implicaciones de costos del enfoque de la planificación de la familia basado en los derechos humanos?

Es preciso que los gobiernos y los organismos de desarrollo efectúen mayores inversiones de recursos en plasmar los adelantos para el individuo y los amplios progresos sociales y económicos que pueden lograrse gracias al enfoque de la planificación de la familia basado en los derechos humanos. En el Capítulo 5 se condensan las más recientes investigaciones sobre el cálculo de costos, y se llega a la conclusión de que la necesidad insatisfecha seguirá aumentando a medida que vaya aumentando la cantidad de jóvenes que van ingresando en su etapa de procreación. La investigación confirma que la planificación de la familia es una inversión en salud pública con alto rendimiento en función de los costos. Si se toman en cuenta sus contribuciones a la vigencia de los derechos humanos y su excelente relación costo/eficacia, no cabe duda de que la planificación de la familia es una inversión estratégica.

¿Qué debería hacer la comunidad internacional para poner en práctica el enfoque basado en los derechos humanos?

En el Capítulo 6 se ofrecen recomendaciones para orientar las futuras inversiones y políticas, así como los futuros programas. Es preciso que los interesados clave reconozcan que las desigualdades sistemáticas en la planificación de la familia infringen los derechos humanos, y que orienten la información y los servicios hacia las poblaciones insuficientemente atendidas. Será preciso que las familias, las comunidades, las instituciones y los gobiernos modifiquen sus estrategias, a fin de asegurar que cada persona esté en condiciones de ejercer su derecho humano a la planificación de la familia. Esas acciones ampliarán los enfoques convencionales de los programas de planificación de la familia. Tiene importancia crítica la adopción de indicadores posteriores a los ODM que posibiliten evaluaciones pormenorizadas de las disparidades en cuanto a la salud sexual y reproductiva.



El derecho a la planificación de la familia

Un derecho humano fundamental

En la actualidad, se da por sentado en general el derecho a la planificación de la cantidad de hijos y el momento de tenerlos por los millones de personas que tienen los medios y las facultades de hacerlo. Pero hay en el mundo una gran cantidad de personas que no disfrutan del derecho a escoger la cantidad de hijos que tendrán y el momento de tenerlos, o bien debido a que carecen de acceso a la información y los servicios de planificación de la familia, o bien porque la calidad de los servicios de que disponen es tan deficiente que no recurren a ellos y, por ende, son vulnerables al embarazo no planificado.

En 1994, durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), la comunidad internacional acordó que la planificación de la familia debería estar a disposición de todas las personas que quieran utilizarla y que los gobiernos deberían crear condiciones propicias a la vigencia del derecho de las personas a planificar sus familias. Pero, según investigaciones recientes, actualmente hay en los países en desarrollo 222 millones de mujeres que carecen de medios o de facultades para aplazar los embarazos y la crianza de los hijos. Al mismo tiempo, en los países desarrollados hay millones de mujeres que no pueden planificar sus familias debido a que carecen de acceso a información, educación y asesoramiento sobre planificación de la familia, o porque no pueden obtener métodos anticonceptivos y tropiezan con barreras de índole social, económica y cultural, entre ellas discriminación, coacción y violencia en relación con sus vidas sexuales y reproductivas.

La posibilidad de determinar la cantidad de hijos y el espaciamiento entre ellos puede tener efectos sobre las perspectivas de las mujeres y las niñas de obtener educación o ingresos y sobre su bienestar, y lo propio ocurre con los hombres y los adolescentes varones. En consecuencia, la vigencia del derecho a la planificación de la familia posibilita el disfrute de otros derechos, entre ellos los derechos a la salud, a la educación y al logro de una vida en

condiciones de dignidad. Para subsanar la mortalidad y la morbilidad maternas, la intervención con mayor eficacia en función de los costos consiste en aplicar a la planificación de la familia un criterio basado en los derechos humanos y en opciones bien fundamentadas. Asegurar la vigencia del derecho a la planificación de la familia puede, en última instancia, acelerar el adelanto de un país hacia superar la pobreza y alcanzar sus objetivos de desarrollo. El acceso universal a servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, tiene tanta importancia que forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, de las Naciones Unidas. Y será fundamental para la consecución de los objetivos prioritarios planteados en el marco de desarrollo sostenible para después de 2015.

Aun cuando la planificación de la familia es un derecho fundamental, algunas veces las comunidades, los sistemas de salud y los gobiernos tienen una cierta ambivalencia al respecto. El compromiso en pro de la planificación de la familia tal vez se resienta debido a que está asociada con la actividad sexual y también debido a su significado en el ámbito de los valores sociales y culturales. En términos prácticos, también puede debilitarse el compromiso general en favor de la planificación de la familia cuando se titubea en ampliar el acceso a los servicios en beneficio de determinados grupos de población.

◀ *En un centro de promoción de la mujer en el Pakistán, varias madres asisten a una charla sobre anticonceptivos.*
©Panos/Peter Barker

“Todos los seres humanos nacen libres con igualdad de dignidad y de derechos... Es atributo de cada persona disfrutar de los derechos y las libertades establecidos en esta Declaración, sin distinción de ningún tipo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otras condiciones... Todos tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona”.

— Declaración Universal de Derechos Humanos

Algunos programas de planificación de la familia han excluido o no han beneficiado a diversos grupos, entre ellos, los jóvenes y las personas no casadas. Otros grupos, incluidas las de personas con discapacidad o personas mayores, también se han visto excluidos del acceso a los programas de planificación de la familia debido a los erróneos conceptos reinantes acerca de que no tienen necesidades sexuales.

En el presente informe se fundamenta la tesis de que la imposibilidad de determinar el momento de tener hijos y la cantidad de hijos a tener es consecuencia de la injusticia social y la falta de libertad y las refuerza todavía más; y se promueve el derecho a disponer de acceso a servicios de planificación de la familia, como aspecto esencial, y a veces descuidado, de la gama de servicios necesarios para ampliar el apoyo a la salud sexual y reproductiva; también se destaca que la planificación de la familia es una de las medidas de salud pública y de desarrollo sostenible que tiene mayor eficacia en función de los costos (Levine, *What Works Group and Kinder, 2004*).

La planificación de la familia refuerza otros derechos humanos

El mundo ha evolucionado hasta llegar a una comprensión generalizada acerca de la salud sexual y reproductiva y los factores institucionales, sociales, políticos y económicos necesarios para apoyarla. Esta idea compartida quedó documentada cabalmente en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, que marcó un profundo cambio en el enfoque adoptado por la comunidad internacional respecto de la salud sexual y reproductiva y ha conformado muchas políticas actualmente vigentes. El Programa de Acción, aprobado por 179 gobiernos, reconoce oficialmente

los derechos de las personas a tener hijos cuando así lo deciden, y no quedar librados al azar.

Las personas tienen derecho a determinar el tamaño de sus familias y a escoger el momento de tener hijos. Varios componentes del Programa de Acción de la CIPD contribuyeron a posibilitar que mayor cantidad de personas ejerzan sus derechos reproductivos. En primer lugar, el Programa de Acción contribuyó a promover los derechos reproductivos al definir el concepto general de “salud sexual y reproductiva”, y al prestar atención a las condiciones sociales que conforman ese concepto. El Programa de Acción reconoció explícitamente la importancia de la salud sexual y reproductiva en las vidas de las mujeres, así como las necesidades particulares de los adolescentes, mujeres y varones, y los papeles de los hombres y de los adolescentes varones. Estableció el mandato de que los programas de desarrollo conexos han de tomar en cuenta— y han de responder a—factores sociales, políticos

La CIPD define la salud sexual y reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables; el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que posibiliten los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.

— Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.2.

y económicos que afectan de manera diferente a las personas en función de quiénes son, dónde residen y de qué se ocupan.

Otra contribución de la CIPD: mientras los programas anteriores habían considerado la planificación de la familia como actividad independiente, el Programa de Acción ubicó esa planificación en el marco más amplio de los programas de salud sexual y reproductiva: los derechos reproductivos se basan no solamente en el reconocimiento de la facultad de las parejas y las personas de planificar sus propias familias, sino en “el derecho a alcanzar el más alto nivel posible de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción y sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.3, 1994).

Dado que reduce las preocupaciones acerca del embarazo no deseado, la planificación de la familia puede contribuir a consolidar las relaciones en la pareja y a asegurar una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos. El respeto, la protección y la vigencia de sus derechos humanos facilita que las personas se beneficien plenamente con las inversiones efectuadas en la planificación de la familia (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

Compromisos internacionales

La salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos no constituyen un nuevo conjunto de derechos, sino que ya estaban reconocidos, implícita o explícitamente, en leyes nacionales, documentos internacionales de derechos humanos y otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. De esas normas internacionales, algunas atañen a derechos humanos más amplios, que también sostienen el derecho a la salud sexual y reproductiva y el derecho a la planificación de la familia.

Los derechos reproductivos abarcan tanto las libertades como las facultades correspondientes a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. El derecho a decidir la cantidad de hijos que una persona ha de tener y el espaciamiento entre ellos es parte integrante del marco

de derechos reproductivos y, por consiguiente, está relacionado directamente con otros derechos humanos básicos, entre ellos:

- **El derecho a la vida;**
- **El derecho a la libertad y la seguridad de la persona;**
- **El derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva;**
- **El derecho a otorgar consentimiento al matrimonio y a disfrutar de igualdad dentro del matrimonio;**
- **El derecho a la vida privada;**
- **El derecho a la igualdad y la no discriminación;**
- **El derecho a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;**
- **El derecho a la educación, incluido el acceso a la educación sobre sexualidad;**
- **El derecho a participar en la conducción de asuntos públicos y el derecho a una participación política libre, activa y significativa;**
- **El derecho a buscar, impartir y recibir información y a tener libertad de expresión;**
- **El derecho a beneficiarse con el progreso científico.**

(Center for Reproductive Rights, 2009; International Planned Parenthood Federation, 1996).

Esos derechos derivan de numerosos tratados internacionales y regionales y de convenciones internacionales. Por consiguiente, reflejan una comprensión en común de los derechos humanos fundamentales. Esos y otros derechos humanos relacionados con los derechos reproductivos, así como sus fuentes, se presentan en la publicación *Reproductive Rights are Human Rights*, del Centro de Derechos Reproductivos (2009).

En respuesta a las realidades de la desigualdad entre los géneros y a la naturaleza de la fisiología reproductiva, varios documentos de derechos humanos se refieren a las dificultades especiales con que tropiezan las mujeres y las niñas, y a la discriminación a que están sujetas. Entre los derechos humanos más directamente pertinentes a la desigualdad por motivos de género pueden citarse el derecho a estar libre de prácticas discriminatorias que causan perjuicios especiales a las mujeres y a las niñas, y el derecho a no estar sujetas a coacción sexual ni a violencia por motivos de género.

Tratados, convenciones y acuerdos pertinentes a la salud reproductiva y los derechos reproductivos

-
- 1948** **Declaración Universal de Derechos Humanos:** documento fundamental que ha inspirado todo el discurso sobre derechos humanos y muchas constituciones y leyes nacionales, y es una fuente de derecho consuetudinario internacional.
-
- 1968** **Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán:** proclama y declara el derecho de las parejas a disponer de información, acceso y opciones para determinar la cantidad de sus hijos y el espaciamiento entre ellos.
-
- 1974/1984** **Plan de Acción Mundial sobre Población** aprobado en 1974, en la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest y las 88 recomendaciones para seguir aplicando el Plan de Acción aprobadas en 1984, en la Conferencia Internacional sobre Población celebrada en México, D.F.
-
- 1969** **Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial**
-
- 1969** **Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Progreso Social y Desarrollo,** resolución 2542 (XXIV), Artículo 4: "Los padres tienen el derecho exclusivo de determinar libre y responsablemente la cantidad y el espaciamiento de sus hijos". La Asamblea también resolvió que la aplicación de este derecho requiere "la provisión a las familias de los conocimientos y los medios necesarios para que puedan ejercer sus derechos ..."
-
- 1976** **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos:** utilizado por los grupos de defensa de los derechos civiles en su lucha contra el abuso por los gobiernos del poder político.
-
- 1976** **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales:** aprobado en 1966, entró en vigor en 1976; en su Artículo 12 se reconoce el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
-
- 1979** **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer:** es el único documento internacional de derechos humanos que menciona concretamente la planificación de la familia como clave para asegurar la salud y el bienestar de la familia. La Convención proporciona la base para lograr la equidad entre hombres y mujeres, asegurando la igualdad de acceso de la mujer a la vida política y pública y la igualdad de oportunidades al respecto— incluido el derecho a votar y a presentar su candidatura en elecciones—, así como el derecho a la educación, la salud y el empleo.
-
- 1986** **Declaración sobre el Derecho al Desarrollo:** exhorta al desarrollo encaminado a lograr el bienestar de toda la población, su participación libre y significativa y la distribución equitativa de los beneficios resultantes.
-
- 1989** **Convención sobre los Derechos del Niño:** establece estándares para la defensa del niño contra el descuido y los malos tratos en los países de todo el mundo. A fin de proteger el interés superior del niño, tiene como objetivos:
- Proteger a los niños contra acciones y prácticas dañinas, incluida la explotación comercial y sexual y el maltrato físico y mental, para lo cual se ayudará a padres y madres en el cumplimiento de sus responsabilidades de crianza positiva de un niño, cuando necesiten asistencia.
 - Asegurar el derecho de los niños a tener acceso a ciertos servicios, como atención de la salud, y a la información sobre sexualidad y reproducción.
 - Garantizar la participación del niño en cuestiones relativas a su protección, a medida que va creciendo, incluido el ejercicio del derecho a la libertad de palabra y de opinión.
-
- 1993** **Conferencia Mundial de Derechos Humanos, de las Naciones Unidas, celebrada en Viena:** afirma que los derechos de la mujer son derechos humanos.

- 1994** **Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo** (CIPD), celebrada en El Cairo; 179 gobiernos convinieron en que la población y el desarrollo son cuestiones inextricablemente ligadas y que habilitar a las mujeres y satisfacer las necesidades de las personas en materia de educación y salud, incluida la salud reproductiva, son condiciones necesarias para el adelanto individual y el desarrollo equilibrado. En la Conferencia se aprobó el Programa de Acción a 20 años, centrado en las necesidades y los derechos de las personas, y no en el logro de metas demográficas. Se reconoció que son componentes fundamentales de las políticas de población y desarrollo: promover la igualdad entre los géneros, eliminar la violencia contra la mujer y asegurar la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad. Los objetivos concretos de la CIPD se centraron en la provisión de acceso universal a la educación, particularmente de las niñas; reducir la mortalidad de lactantes, niños y madres; y asegurar para 2015 el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, y a la atención del parto por personal cualificado, y también prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.
- 1995** **Declaración y Plataforma de Acción de Beijing**, aprobada por la Cuarta Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer: reitera la amplia definición del derecho a la planificación de la familia planteada en el Programa de Acción de la CIPD.
- 1999** **Medidas clave para la ejecución ulterior del Programa de Acción de la CIPD**: proclama la necesidad de adoptar una perspectiva de género en todos los procesos de formulación y aplicación de políticas y en la prestación de servicios, especialmente los de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia. Se destaca la necesidad de otorgar prioridad a la salud sexual y reproductiva, en el marco de la reforma más amplia de los servicios de salud, prestando especial atención a los derechos de grupos excluidos.
- 2000** **Declaración del Milenio**: formulada en 2000 por 189 países, que prometieron liberar a los pueblos de la extrema pobreza para 2015; pero inicialmente, no se hizo suficiente hincapié en las conexiones con la salud reproductiva.
- 2001** **Objetivos de Desarrollo del Milenio** (ODM): constituyen un plan de campaña con metas mensurables y claros plazos; entre las metas pertinentes a la salud reproductiva figuran:
- Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna (Meta 5-A).
 - Lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva (Meta 5-B).
- 2004** **57ª. Asamblea Mundial de la Salud**: aprueba la primera estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre salud reproductiva, reconoce el Programa de Acción de la CIPD y exhorta a los países a aplicar la nueva estrategia como parte de las medidas nacionales para el logro de los ODM:
- Incorporar la salud reproductiva y sexual como parte integrante de la planificación general, la presupuestación y el seguimiento y la preparación de informes sobre los adelantos hacia los ODM.
 - Fortalecer los sistemas de salud a fin de proporcionar acceso universal a la atención de la salud sexual y reproductiva, prestando especial atención a las personas pobres y otros grupos marginados, incluidos los adolescentes y los hombres.
- 2005** **Cumbre Mundial 2005**, como seguimiento de la Cumbre del Milenio 2000: los líderes mundiales se comprometen en pro del acceso universal a la salud reproductiva para 2015, además de promover la igualdad entre los géneros y eliminar la discriminación contra la mujer.
- 2006** **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad**
- 2010** **Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio**: los líderes mundiales renuevan su compromiso de lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, promover la igualdad entre los géneros y eliminar la discriminación contra la mujer.
- 2011** **Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer**: emite una declaración por la que establece que todos los Estados tienen la obligación, relativa a los derechos humanos, de garantizar que las mujeres de todos los grupos raciales y todos los niveles económicos tengan acceso oportuno y sin discriminación a servicios apropiados de salud materna.

Salud: un derecho social y económico

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR) se prepararon durante el decenio de 1960 con el fin de asegurar que se llevaran a la práctica los principios consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos. Los activistas de derechos humanos han velado por que el ICCPR desempeñara un papel fundamental en la protección de las personas contra los abusos de poder político por parte de los gobiernos, mientras que actualmente el ICESCR tiene gran importancia como instrumento en las gestiones de los activistas para persuadir a los gobiernos de que el derecho a la vivienda o a la alimentación debe estar en un mismo plano que el derecho al voto (*The Economist*, 2001). Los activistas en algunos de los países más pobres del mundo, y los comprometidos a ayudar a esos países, han exigido que el acceso a bienes económicos y sociales sea considerado un derecho en lugares donde el acceso a los alimentos y el albergue es tan deficiente que hasta los derechos civiles y políticos parecerían un lujo.

A partir de 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado exhortando a la comunidad internacional a que respete y defienda oficialmente la salud como derecho humano. El desafío ha sido definir qué significan, específica y concretamente, esos derechos sociales y económicos— incluido el derecho a la salud— a fin de facilitar su promoción y su vigencia en la práctica. En el año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de las Naciones Unidas, definió las “obligaciones básicas” de los gobiernos, incluso la provisión de acceso en igualdad de condiciones a servicios de salud, alimentos suficientes, agua potable, saneamiento y medicamentos esenciales.

Responsabilidad por la vigencia de los derechos

Ningún derecho existe sin la contrapartida de una obligación, y ninguna obligación tiene significado si no se rinde cuentas de su cumplimiento. Los órganos de las Naciones Unidas encargados de vigilar la aplicación de los tratados siguen la pista al cumplimiento por los gobiernos de los principales tratados de dere-

chos humanos y ahora formulan regularmente recomendaciones de que los gobiernos adopten medidas para proteger la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos (*Center for Reproductive Rights*, 2009). Bajo los auspicios del Consejo de Derechos Humanos, de las Naciones Unidas, cada cuatro años se realiza el Examen Periódico Universal, que consiste en un examen que han de realizar todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, conducido por cada Estado, de los adelantos logrados en materia de derechos humanos. Cada Estado tiene la oportunidad de presentar las medidas que ha adoptado a fin de mejorar la situación de los derechos humanos en el respectivo país y de dar cumplimiento a sus obligaciones en materia de derechos humanos.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer examina la información disponible sobre la protección de derechos humanos de la mujer en todo el mundo y formula recomendaciones al respecto. Por ejemplo, en 2011 el Comité emitió firmes recomendaciones dirigidas a los gobiernos de Nepal, Zambia y Costa Rica, a fin de que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de sus ciudadanos (*Center for Reproductive Rights*, 2011a). El Secretario General creó en 2011 el Grupo independiente de examen integrado por expertos a fin de vigilar la aplicación de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño, y también estableció la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño (*World Health Organization*, 2010a). El Grupo independiente integrado por expertos, el cual vela por que se dediquen recursos a fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (reducir la mortalidad infantil) y 5 (mejorar la salud materna), tiene un mandato de cuatro años, y presenta su primer informe a la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2012.

Las instituciones nacionales de derechos humanos y los tribunales nacionales son directamente responsables de asegurar la vigencia de los derechos reproductivos. Por ejemplo, la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenya investigó recientemente denuncias de abusos contra los derechos reproductivos en ese país (*Kenya*

National Commission on Human Rights, 2012). En las denuncias, formuladas a fines de 2009 por la Federación de Abogadas de Kenya y el Centro de Derechos Reproductivos, se afirmaba que en los establecimientos de salud de Kenya se infringían los derechos reproductivos. La Comisión constató que se habían infringido esos derechos humanos a consecuencia, en gran medida, de la deficiente calidad de los servicios, y exhortó al Gobierno a que introdujera las mejoras necesarias.

La Corte Constitucional de Colombia ha emitido importantes dictámenes para asegurar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (Corte Constitucional de Colombia, 2012; *Reprohealthlaw*, 2012). Por ejemplo, en 2010 afirmó la legalidad de los anticonceptivos de emergencia y aseguró el acceso a ellos. En un dictamen emitido en 2011, en respuesta a una petición presentada por promotoras de la salud de la mujer, la Corte Constitucional de Colombia reconoció los derechos sexuales y reproductivos, incluidos los derechos a la vida, la salud y la vida privada, de una niña de 12 años de edad que había quedado embarazada y a la que se denegó un aborto, pese a que el aborto es legal en el país. Se impuso una multa a los servicios de salud que la habían obligado a conservar su embarazo y también se les impuso la obligación de ofrecerle servicios de salud mental durante tanto tiempo como los necesite.

En 2003, transcurridos diez años después de la celebración de la CIPD, el UNFPA realizó la Encuesta mundial sobre las experiencias en los países (UNFPA, 2005a). De los 151 países encuestados, 145 proporcionaron respuestas sobre la vigencia de los derechos reproductivos. Entre los países que respondieron, 131 manifestaron que habían adoptado nuevas políticas, planes, programas o estrategias nacionales sobre derechos reproductivos, o nueva legislación al respecto.

Marco de planificación de la familia y derechos humanos

En 1994, al celebrarse la CIPD, la comunidad internacional puso de manifiesto su reconocimiento del derecho de las personas a la planificación de la familia asumiendo un compromiso en pro del enfoque de la salud basado en los derechos humanos y centrado en fomentar la capacidad de los Estados y las



personas para asegurar el disfrute de esos derechos. Por consiguiente, no solamente las personas tienen derechos, sino que, al mismo tiempo, los Estados tienen la *obligación* de respetar, proteger y garantizar la vigencia de esos derechos (*Center for Reproductive Rights and UNFPA*, 2010).

En su labor en apoyo de los derechos humanos, los organismos de las Naciones Unidas se orientan por el Concepto común de la cooperación para el desarrollo basada en los derechos humanos (2003). Al tratar de asegurar la vigencia de los derechos humanos, tal como se estipula en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otros acuerdos internacionales sobre derechos humanos, “es preciso que los estándares y principios de derechos humanos orienten la totalidad de la cooperación y la programación para el desarrollo en todos los sectores y todas las etapas de la programación” (*World Health Organization and Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights*, 2010). El enfoque basado en los derechos humanos se orienta operativamente hacia fomentar las capacidades de los titulares de derechos para reivindicar esos derechos,

▲ Grace Matthews, que ya tiene dos hijos y tenía que desplazarse durante tres horas a pie o en bicicleta para obtener anticonceptivos, decidió hacerse aplicar una inyección a fin de aplazar su próximo embarazo.

©Lindsay Mgbor/
Departamento del
Reino Unido para el
Desarrollo Internacional

“Toda persona tiene derecho a la educación, que deberá orientarse hacia el pleno desarrollo de los recursos humanos, de la dignidad humana y del potencial humano, prestando especial atención a las mujeres y las niñas. La educación debería concebirse de tal manera que fortaleciera el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluidos los relacionados con la población y el desarrollo”.

—Programa de Acción de la CIPD, Principio 10.

y las capacidades de los garantes de derechos para de dar cumplimiento a sus obligaciones (Portal de las Naciones Unidas para profesionales sobre la programación basada en los derechos humanos).

Las expresiones prácticas del derecho a la planificación de la familia pueden dividirse en libertades y derechos de los que deben disfrutar los individuos, y obligaciones del Estado (*Center for Reproductive Rights and UNFPA*, 2010). Las libertades y los derechos de las personas dependen en gran medida de las obligaciones de los Estados en cuanto a garantizar la igualdad de oportunidades y la progresiva vigencia de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, en beneficio de todos sin discriminación. Esto se logra aplicando estrategias que contribuyan a eliminar los obstáculos y adoptando

▼ Madre con su hijo en Kiribati.
©UNFPA/Ariela Zibiah



medidas positivas a fin de neutralizar los factores que sistemáticamente impiden el acceso de determinados grupos a servicios de buena calidad.

Libertades y derechos de las personas

El derecho a la planificación de la familia otorga a las personas y las parejas facultades para tener acceso a *productos y servicios* de planificación de la familia, incluida la gama completa de métodos masculinos y femeninos.

El derecho a recibir *información sobre planificación de la familia y educación sobre sexualidad* es fundamental para la vigencia de los derechos de las personas. Es preciso que las personas tengan acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, mediante programas integrales de educación sobre sexualidad impartidos en escuelas, campañas, o servicios de asesoramiento y capacitación. Esta información debe ser “científicamente rigurosa, objetiva y libre de prejuicios y discriminación” (*Center for Reproductive Rights*, 2008).

El tercer elemento del derecho a la planificación de la familia es otorgar un *consentimiento bien fundamentado y en ausencia de discriminación, coacción o violencia*. Es necesario que las mujeres y los hombres, las niñas y los niños varones, puedan adoptar decisiones bien fundamentadas, libres de coacción, discriminación o violencia (*Center for Reproductive Rights and UNFPA*, 2010; *International Federation of Gynecology and Obstetrics, Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health*, 2009).

Obligaciones del Estado

El Programa de Acción de la CIPD afirma que “los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluyen la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción” (UNFPA, 1994: Principio 8).

Las obligaciones de los Estados de *respetar, proteger y garantizar la vigencia del derecho a la información y los servicios anticonceptivos* incluyen

tanto limitaciones de sus acciones como obligaciones positivas a las que deben dar cumplimiento (*Center for Reproductive Rights and UNFPA*, 2010; Hunt and de Mesquita, 2007).

- **Respetar:** Los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute del derecho a la planificación de la familia, por ejemplo, imponiendo restricciones al acceso mediante leyes que estipulen el consentimiento conyugal o parental, o prohibiendo un determinado método de planificación de la familia.
- **Proteger:** Los Estados también deben impedir que terceros infrinjan el derecho de las personas a tener acceso a la información y los servicios de planificación de la familia, por ejemplo, en casos en que un farmacéutico se niegue a proporcionar métodos anticonceptivos legalmente disponibles.
- **Garantizar:** Los Estados deben adoptar medidas legislativas, presupuestarias, judiciales y/o administrativas que garanticen la vigencia plena del derecho de las personas a la planificación de la familia, lo cual, por ejemplo, puede requerir que se subsidien determinados productos o servicios.

Tal vez algunos gobiernos, debido a sus limitados recursos, no puedan garantizar de inmediato la vigencia de algunos derechos económicos, sociales y culturales subyacentes al derecho de las personas a la información y los servicios de planificación de la familia. En esta etapa, cabe aplicar el principio de “vigencia progresiva”: dado que se reconocen esas realidades, la legislación de derechos humanos permite que los Estados demuestren que están adoptando medidas “con miras a lograr paulatinamente la plena vigencia” de esos derechos, hasta el máximo de recursos de que disponen (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966).

Además de asignar recursos, los Estados deben adoptar medidas a fin de incorporar la planificación de la familia en las políticas y los programas nacionales de salud pública y establecer sistemas de medición de los indicadores de la salud reproductiva que contribuyan al seguimiento del progreso del país hacia los objetivos de planificación de la familia. Hay, así, independientemente de los recursos nacionales, un conjunto de “obligaciones básicas mínimas” que no están sujetas al principio de

ESTRATEGIA DEL UNFPA DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA 2012-2020

Objetivo: proporcionar acceso a la planificación de la familia a 120 millones de mujeres adicionales en 69 países para 2020.

La Estrategia del UNFPA de planificación de la familia se basa en principios fundamentales: un enfoque basado en los derechos humanos que incluye el compromiso en pro de la igualdad entre los géneros; la equidad geográfica, social y económica en la prestación de los servicios; la focalización en la innovación y la eficiencia; la obtención de resultados sostenibles; y la integración en las prioridades nacionales.

El compromiso del UNFPA en pro de la integración de los derechos humanos en las políticas y los programas de planificación de la familia hace hincapié en dos acciones esenciales: las políticas, los servicios, la información y las comunicaciones, en su totalidad, deben satisfacer las normas de derechos humanos sobre utilización voluntaria de anticonceptivos y de calidad de la atención en los servicios; y es preciso adoptar medidas a fin de reducir la pobreza, la marginación y las inequidades entre los géneros, que a menudo son las causas fundamentales de que se infrinja el derecho a la planificación de la familia y de que las personas estén privadas de ese derecho (Cottingham, Germain and Hunt, 2012; *Center for Reproductive Rights and UNFPA*, 2010). Al focalizarse en los derechos, el UNFPA se compromete, en particular, a lo siguiente:

- Asegurar que los anticonceptivos que se adquieran respondan a las necesidades específicas para cada género;
- Informar a los hombres, las mujeres y los jóvenes acerca de la disponibilidad de anticonceptivos y los lugares donde pueden obtenerlos, además de apoyarlos cuando ejerzan su derecho a la planificación de la familia;
- Apoyar tanto a los hombres como a las mujeres en la transformación de las actitudes respecto de las cuestiones de género y la superación de las barreras culturales que impiden el acceso a la planificación de la familia y su utilización.

El UNFPA promueve:

- Fortalecer el compromiso político y financiero en pro de la planificación de la familia;
- Acrecentar la demanda de planificación de la familia;
- Mejorar la gestión de las cadenas nacionales de suministro;
- Acrecentar la disponibilidad y elevar la calidad de los servicios de planificación de la familia;
- Mejorar la gestión de los conocimientos sobre planificación de la familia.



- ▲ *Varias mujeres esperan ordenadamente en hilera para recibir servicios gratuitos de planificación de la familia. Según se estima, hay en los países en desarrollo 222 millones de mujeres que carecen de acceso a los anticonceptivos modernos.*
©Lindsay Mgbor/Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional

realización progresiva. Esas obligaciones incluyen la de proporcionar acceso a información y servicios de manera no discriminatoria y suministrar medicamentos esenciales según la definición del Programa de acción sobre medicamentos y vacunas esenciales, de la Organización Mundial de la Salud, que incluye la gama completa de métodos anticonceptivos” (*Center for Reproductive Rights and UNFPA*, 2010: 22).

Un enfoque de los programas y políticas de planificación de la familia en función de los derechos humanos

Las normas de derechos humanos, tal como se establecieron en tratados internacionales y se desarrollaron ulteriormente en leyes y reglamentaciones nacionales, proporcionan la base jurídica para idear y proporcionar información y servicios de planificación de la familia accesibles, aceptables y de alta calidad, y para establecer las bases de la promoción por parte de las personas y las comunidades que aspiran a obtener esos servicios (Cottingham, Germain and Hunt, 2010). Las tareas de promoción incluyen gestiones a fin de que los compromisos internacionales se reflejen en leyes, políticas y reglamentaciones nacionales, y que se establezca la obligación de rendir cuentas en cuanto a la aplicación de dichas leyes, políticas y reglamentaciones.

Las normas de derechos humanos y la interpretación competente de esas normas por parte de los correspondientes órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los tratados (Observaciones generales) proporcionan un conjunto de parámetros y criterios objetivos que contribuyen a reflejar en políticas y programas el derecho a la planificación de la familia planteado al nivel abstracto de las políticas. Como parte de asegurar que esos derechos se traduzcan en políticas y programas, es preciso que la cooperación para el desarrollo contribuya a desarrollar las capacidades de los “garantes de derechos” (especialmente, los Estados) para dar cumplimiento a sus obligaciones y de los “titulares de derechos” (personas y comunidades) para reivindicar esos derechos (*World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights*, 2010). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y

EL UNFPA ASEGURA UN SUMINISTRO FIABLE DE ANTICONCEPTIVOS DE CALIDAD

Mediante su Programa mundial para mejorar la seguridad del suministro de productos de salud reproductiva, el UNFPA asegura el acceso a suministros fiables de anticonceptivos en 46 países en desarrollo.

Desde la iniciación del Programa en 2007, el UNFPA ha movilizado 450 millones de dólares con destino a productos de salud reproductiva, incluidos anticonceptivos. Solamente en 2011, el Programa aportó 32 millones de dólares para sufragar esos productos y 44 millones de dólares con destino a iniciativas de fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y fomento de sus capacidades para ofrecer servicios de salud reproductiva.

En 2011, el Programa financió aproximadamente 15 millones de ampollas de anticonceptivos inyectables, 1,1 millón de dispositivos intrauterinos, 14 millones de ciclos de anticonceptivos orales, 316.000 dosis de anticonceptivos orales de emergencia, 308.000 implantes anticonceptivos, 253 millones de condones masculinos y 3,5 millones de condones femeninos.

Culturales, en su Observación General núm. 14 sobre el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, definió los siguientes elementos normativos que apoyan a todos los factores determinantes de la salud:

Disponibilidad

La obligación del Estado de asegurar la disponibilidad de la gama completa de métodos de planificación de la familia abarca la oferta de servicios, la reglamentación del trato a los objetores de conciencia y la reglamentación de la provisión de servicios por entidades privadas, además de asegurar que las fuentes de servicios ofrezcan la gama completa de los permitidos por las leyes. El papel del Estado en cuanto a proteger y garantizar la vigencia de los derechos incluye asegurar que el ejercicio de las objeciones de conciencia por los encargados de servicios de salud no redunde en la ausencia de esos servicios. La “objeción de conciencia” ocurre cuando los profesionales de la salud, debido a sus propias creencias religiosas o de otra índole, no quieren proporcionar información completa sobre algunas alternativas. “Como cuestión de respeto a los derechos humanos de sus pacientes, los proveedores de servicios tienen la obligación ética de hacer explícita su objeción y remitir al paciente a otros servicios

“A fin de poder reivindicar eficazmente sus derechos, los titulares de derechos deben estar en condiciones de tener acceso a la información, organizarse, participar, promover cambios en las políticas y obtener la rectificación de las situaciones”.

—Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud, 2010

apropiados, de modo que puedan obtener la información completa necesaria para efectuar una opción válida” (*International Federation of Gynecology and Obstetrics, Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health*, 2009). Los Estados Unidos responden a la objeción de conciencia en el marco de la *Affordable Care Act* (Ley sobre atención financieramente accesible). En enero de 2012, el *U.S. Department of Health and Human Services* (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos) especificó los servicios de salud preventivos que deberían cubrir los nuevos planes de seguros (Galston and Rogers, 2010). La

lista comprende anticonceptivos y esterilización, incluida la anticoncepción de emergencia. Las iglesias están exentas, de conformidad con criterios estrictos y detallados, pero la exención no incluye ni los hospitales ni las agencias de servicios sociales que tengan afiliación a una religión. Con respecto a este último grupo, si ya no estaban ofreciendo esos servicios, tendrían un plazo de un año para dar cumplimiento al nuevo mandato. Durante ese año, deberían hacer explícitas las limitaciones de la cobertura y orientar a los clientes hacia otros servicios anticonceptivos costeables.

Accesibilidad

Aun cuando los servicios existan, es posible que normas y prácticas sociales limiten el acceso de las personas a esos servicios. La supeditación de los derechos de los jóvenes a los derechos parentales, por ejemplo, puede limitar el acceso de esos jóvenes a la información y los servicios y su capacidad de acción. En el Programa de Acción de la CIPD se reconoció la necesidad de asignar prioridad al interés superior del niño (sobre la base de la Convención sobre los Derechos del Niño). Desde entonces, en otras negociaciones, en especial durante las reuniones de la Comisión de Población y Desarrollo celebradas en 2009 y 2012, se han destacado los derechos del niño y los “deberes y responsabilidades” de padres y madres, incluida la responsabilidad exclusiva de estos últimos en cuanto a decidir la cantidad de hijos a tener y el espaciamiento entre ellos.

Aceptabilidad

Tal vez la información y los servicios existan y tal vez sean accesibles a los miembros de una comunidad; pero si no son aceptables por razones culturales, religiosas o de otra índole, no serán utilizados. Por ejemplo, la investigación realizada en una comunidad de México constató que durante su etapa de procreación, las mujeres católicas casadas dependían principalmente de los métodos de retiro y abstinencia periódica; las mujeres entrevistadas para ese estudio dijeron que los anticonceptivos modernos, entre ellos la píldora y los dispositivos intrauterinos, contrarían sus creencias religiosas y, por consiguiente, eran inaceptables para ellas (Hirsch, 2008; Hirsch and Nathanson, 2001).

EL UNFPA, LOS DERECHOS HUMANOS Y LA PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA

El UNFPA trabaja en pro de la vigencia de los derechos reproductivos, incluido el derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud sexual y reproductiva, mediante la aplicación de los principios del enfoque basado en los derechos humanos, de la igualdad entre los géneros y de la sensibilidad cultural, en el marco de la salud sexual y reproductiva. Teniendo en cuenta esos principios, se considera a las personas como participantes activos en los procesos de políticas, con la posibilidad de exigir que los gobiernos rindan cuentas con respecto al cumplimiento de sus obligaciones de respetar, proteger y asegurar la vigencia de los derechos humanos.

Dado que es el principal organismo de las Naciones Unidas que trata de mejorar la salud sexual y reproductiva, el UNFPA promueve cambios jurídicos, institucionales y políticos, así como la concienciación con respecto a los derechos humanos, a fin de que se faculte a las personas para que ejerzan control sobre sus vidas sexuales y reproductivas y pasen a participar activamente en el desarrollo. El UNFPA promueve la creación de marcos nacionales de políticas y sistemas de rendición de cuentas que aseguren el acceso universal a la información, los productos y los servicios de calidad en materia de salud reproductiva, sin discriminación ni coacción de ningún tipo. Al mismo tiempo, el UNFPA destaca la necesidad de reforzar la legitimidad cultural de los principios de derechos humanos, de modo que las comunidades los adopten como propios.

Calidad

Para ser compatibles con los derechos humanos fundamentales, los servicios de planificación de la familia deben satisfacer varios estándares de calidad. Se ha avanzado hasta un considerable nivel de acuerdo con respecto a la definición de “calidad de la atención”, después de la primera vez que se la definió en 1990 (Bruce, 1990). La focalización en la calidad de los servicios desde la perspectiva de las personas ha puesto de manifiesto varios factores determinantes: opción entre diversos métodos anticonceptivos; información fidedigna sobre eficacia, riesgos y beneficios; competencia técnica de quienes ofrecen los servicios; relaciones entre quienes ofrecen y quienes utilizan los servicios basadas en el respeto por la opción bien fundamentada y el carácter privado y confidencial de la atención; seguimiento; y combinación apropiada de servicios. Cuando se ofrecen servicios de buena calidad, se satisfacen los estándares de derechos humanos y también se atrae a mayor cantidad de clientes, se acrecienta la utilización de métodos de planificación de la familia y se reduce la cantidad de embarazos no deseados (Creel, Sass and Yinger, 2002).

En los últimos años, ha ido surgiendo un consenso acerca de lo que significa asegurar la calidad en relación con la planificación de la familia y los derechos humanos. Asegurar la calidad incluye lo siguiente:

- Proporcionar servicios de planificación de la familia como parte de otros servicios de salud reproductiva, entre ellos, los de prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y atención posterior al aborto (Mora et al., 1993);
- Rechazar la fijación de metas, incentivos y desincentivos en cuanto a la planificación de la familia, por ejemplo, no ofrecer nunca dinero a las mujeres para que se sometan a una esterilización, así como tampoco a los proveedores de servicios sobre la base de la cantidad de mujeres “reclutadas” como usuarias de métodos de planificación de la familia;
- Incluir en los planes y presupuestos de planificación de la familia evaluaciones de las relaciones entre los géneros (AbouZahr et al., 1996);



- Tomar en cuenta factores como la distancia que deban recorrer los clientes, la accesibilidad financiera de los servicios y las actitudes de los encargados de prestar servicios.

▲ Una mujer con su hijo en Tanzania.
©UNFPA/Sawiche Wamunz

En ámbitos tan diferentes como el Senegal y Bangladesh, cuando las mujeres están recibiendo una atención de buena calidad aumentan las probabilidades de que utilicen métodos de planificación de la familia (Sanogo et al., 2003; Koenig, Hossain and Whittaker, 1997). Entre las mujeres que no utilizan anticonceptivos, sus percepciones acerca de la calidad

“La mala salud constituye una infracción a los derechos humanos cuando es, en todo o en parte, consecuencia de la omisión por parte de un garante de derechos—típicamente, un Estado—de cumplir con sus obligaciones de respetar, proteger y garantizar la vigencia de los derechos humanos, y se crean obstáculos que impiden que las personas disfruten de salud sexual y reproductiva. Desde la perspectiva de los derechos humanos, una pregunta fundamental es: ¿están haciendo los garantes de derechos humanos todo lo posible para eliminar esos obstáculos?”.

(Hunt and de Mesquita, 2007).

de la atención tienen un gran valor para pronosticar el grado de probabilidad de que comiencen a utilizar un método; de manera similar, las que están utilizando anticonceptivos tienen probabilidades mucho mayores de seguir utilizando el método escogido. Al mejorar la calidad de los servicios, los programas también han creado en las personas mayor conciencia de los propios derechos, lo cual conduce a la clientela a exigir mejor calidad en otras partes del sistema de salud (Creel, Sass and Yinger, 2002).

Un enfoque del desarrollo sostenible basado en los derechos humanos asigna igual importancia a los resultados y a los procesos para obtenerlos. Los estándares de derechos humanos orientan la formulación de los resultados de desarrollo y el contenido de las intervenciones, incluida la respuesta a la necesidad insatisfecha de planificación de la familia. Los principios de derechos humanos otorgan calidad y legitimidad a los procesos de desarrollo. Es preciso que esos procesos sean inclusivos y transparentes y den lugar a la participación de los interesados. Tiene importancia crítica la prioridad que debe otorgarse a los derechos y necesidades de los grupos de población postergados y excluidos a consecuencia de persistentes patrones de discriminación y menoscabo de las facultades de esas personas.

Hay tres principios intersectoriales que contribuyen a la formulación de sólidos programas de planificación de la familia, basados en los derechos humanos:

- **Participación**—el compromiso de involucrar a los principales interesados directos, especialmente los beneficiarios más vulnerables, en todas las etapas de la adopción de decisiones, desde la formulación de políticas, pasando por la ejecución de programas, hasta el seguimiento de estos (UNFPA, 2005).
- **Igualdad y no discriminación**—el compromiso de asegurar que todas las personas disfruten de sus derechos humanos, independientemente de su condición, su sexo, su género, su raza, su grupo étnico, su edad, su nivel de ingresos, su salud, su discapacidad, su orientación sexual, su lugar de residencia u otras condiciones.
- **Rendición de cuentas**—el establecimiento de mecanismos para asegurar que los gobiernos den cumplimiento a sus responsabilidades con respecto a ofrecer información y servicios de planificación de la familia. Esas responsabilidades incluyen el establecimiento de sistemas de seguimiento y evaluación, con clara indicación de niveles de referencia y metas, a fin de eva-

Viet Nam ha ampliado ▶ sus servicios de salud reproductiva, que ahora incluyen planificación de la familia, atención prenatal y postnatal y prevención del VIH.
©UNFPA/Doan Bau Chau



Para el UNFPA, los principales beneficios de aplicar un enfoque basado en los derechos humanos a la programación en materia de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, son los siguientes:

- Se promueve la vigencia de los derechos humanos y se ayuda a los gobiernos copartícipes a dar cumplimiento a sus obligaciones en materia de derechos humanos;
- Se acrecienta y se fortalece la participación de las comunidades locales;
- Se realiza la transparencia;
- Se promueven los resultados (y se armonizan con la gestión basada en los resultados);
- Se acrecienta la rendición de cuentas;
- Se reducen las vulnerabilidades al focalizarse en los grupos de la sociedad más marginados y excluidos; y
- Se propician los cambios sostenibles, puesto que los programas basados en los derechos humanos tienen mayores efectos sobre las normas, los valores, las estructuras, las políticas y las prácticas.

luar las acciones gubernamentales para asegurar la vigencia de los derechos de las personas. El seguimiento y la evaluación son indispensables para que los gobiernos tengan medios de determinar cuáles son las principales barreras que se oponen a la planificación de la familia y cuáles son los grupos que tienen mayores dificultades en superar esas barreras. Además, el seguimiento y la evaluación proporcionan a los individuos—los titulares de derechos—y a las comunidades, la información necesaria para exigir que los gobiernos rindan cuentas cuando no aseguren la vigencia de los derechos.

Conclusión

En todo el mundo, centenares de millones de hombres y mujeres desean tener hijos en el momento propicio en que optan por tenerlos y no al azar. Muchos de sus conciudadanos—los que tienen mayores recursos económicos y más alto nivel de educación—parecen estar en condiciones de disfrutar de este derecho (Foreit, Karra and Pandit-Rajani, 2010; Loaiza and Blake, 2010; *World Health Organization*, 2011). El Programa de Acción de la CIPD encuadró el derecho a la planificación de la familia en el marco del derecho a la salud sexual y reproductiva y de los derechos sexuales y reproductivos, prestando especial atención a las necesidades de las poblaciones específicamente excluidas y a la igualdad entre los géneros.

Este año, el informe Estado de la Población Mundial se basa en el marco existente de derechos humanos y salud elaborado por el UNFPA y el Centro de Derechos Reproductivos, que incluye a los adolescentes varones y a los hombres, muchos de quienes también quieren utilizar métodos de plani-

Un enfoque del desarrollo sostenible basado en los derechos humanos asigna igual importancia a los resultados y a los procesos para obtenerlos.

ficación de la familia pero en la mayoría de los casos han sido excluidos del debate. También destaca el marco de las relaciones sexuales dentro del cual las personas y las parejas eligen emplear métodos de planificación de la familia; y propugna que se preste mayor atención a ampliar el acceso equitativo a la planificación de la familia de todos los grupos de población, particularmente con referencia a las diferencias socioeconómicas existentes en *casi todos los países del mundo*.

El derecho a la planificación de la familia ha sido defendido activamente y reforzado por una serie de tratados y convenciones internacionales y aprobado por la comunidad internacional, y tiene firmes raíces en los derechos humanos. El derecho a la planificación de la familia es también el punto de entrada al logro de la vigencia de otros derechos.



Análisis de los datos y las tendencias para comprender los desafíos

Tendencias mundiales de la fecundidad

El año pasado la población mundial superó los 7 mil millones de personas y, según las proyecciones, ha de llegar a 9 mil millones para 2050. En general, el crecimiento demográfico es mayor en los países más pobres, donde las preferencias en materia de fecundidad son más altas, donde los gobiernos carecen de los recursos necesarios para satisfacer la creciente demanda de servicios e infraestructura, donde el crecimiento del empleo no se mantiene al mismo ritmo que la cantidad de personas que se van agregando a la fuerza laboral, y donde muchos grupos de la población tropiezan con mayores dificultades para tener acceso a la información y los servicios de planificación de la familia (*Population Reference Bureau*, 2011; UNFPA, 2011b).

En todo el mundo, siguieron disminuyendo lentamente las tasas de natalidad. No obstante, hay grandes disparidades entre las regiones más desarrolladas y las menos desarrolladas. Esto ocurre, en particular, en África al sur del Sahara, donde, en promedio, la cantidad de hijos de una mujer es tres veces superior a la de una mujer en las regiones más desarrolladas del mundo (5,1 hijos por mujer, en comparación con 1,7).

Una gran parte de estas diferencias es atribuible a que en África al sur del Sahara hay preferencias por familias más grandes, pero dado que en esta región las mujeres, en su mayoría, ahora aspiran a tener menos cantidad de hijos (Westoff and Bankole, 2002), las diferencias en la fecundidad ponen de manifiesto, cada vez más, el acceso limitado y desigual a los medios de prevenir embarazos no deseados en el mundo en desarrollo.

La persistencia de altas tasas de fecundidad se debe a la pobreza, la desigualdad entre los géneros

y las presiones sociales; pero en casi todos los países menos adelantados, un importante factor contribuyente a esa situación es la falta de acceso a servicios de planificación voluntaria de la familia.

¿Quiénes están utilizando métodos de planificación de la familia?

En los últimos años, el uso de métodos modernos de planificación de la familia, medido por la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, aumentó a escala mundial a un ritmo muy lento, de solamente 0,1% anual, más lentamente que en el decenio anterior (*United Nations, Department of Economic and*

Social Affairs, 2011). Ese pequeño aumento se debe en parte al gran aumento ocurrido entre 2000 y 2010 en las cantidades de mujeres casadas en edad de procrear: el 25% en 88 países que reciben apoyo de donantes con destino a la anticoncepción (Ross, Weissman and Stover, 2009). Debido a los altos niveles de fecundidad anteriormente reinantes en los

Tasas de fecundidad	
Regiones	Tasa de fecundidad total (hijos por mujer)
Todo el mundo	2,5
Más desarrolladas	1,7
Menos desarrolladas.....	2,8
Menos adelantadas.....	4,5
África al sur del Sahara.....	5,1

Fuente: United Nations, 2011a.

◀ En Malí, una pareja con sus hijos.

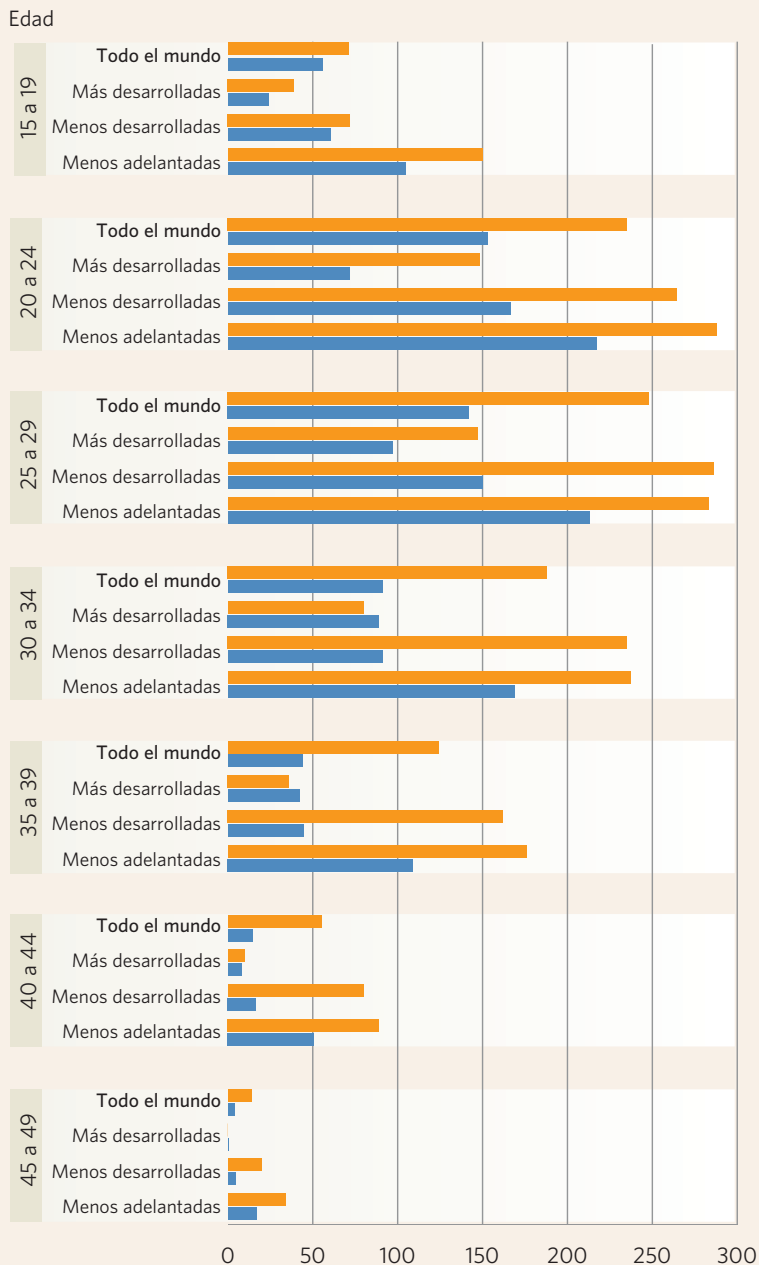
©Panos/Giacomo Pirozzi

VARIACIÓN A LO LARGO DEL TIEMPO DE LAS TASAS DE FECUNDIDAD, DESGLOSADAS POR GRUPOS DE EDADES

(HIJOS POR 1.000 MUJERES)

1970-1975

2005-2010



Source: United Nations, 2011a.

países en desarrollo, es mayor la cantidad de personas que están alcanzando ahora su etapa de reproducción y dado que hay muchas más mujeres, las medidas para satisfacer sus necesidades en materia de anticonceptivos han contribuido a un aumento únicamente marginal en el porcentaje de personas cubiertas.

A escala mundial, de las mujeres sexualmente activas en edad de procrear (15 a 49 años) que podrían quedar embarazadas, pero ni están embarazadas ni desean un embarazo, unas tres de cada cuatro utilizan actualmente métodos anticonceptivos (Singh and Darroch, 2012). En cada uno de los países del mundo, las mujeres educadas y en buena posición económica, en su mayoría, utilizan métodos de planificación de la familia. En el Asia oriental, un 83% de las mujeres casadas utilizan anticonceptivos (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2011). En cambio, es en las regiones más pobres del mundo donde las tasas de prevalencia del uso de anticonceptivos son más bajas y han tenido un aumento más lento. En África al sur del Sahara, en 2010 la tasa de uso de anticonceptivos por las mujeres fue inferior a las registradas entre las mujeres de otras regiones en 1990.

El tamaño de las familias y la utilización de anticonceptivos cambiaron pronunciadamente en todo el mundo en el decenio de 1970, cuando las parejas tenían, en promedio, cinco hijos por familia. Actualmente, el promedio es de 2,5 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2010). La causa principal de disminución de las tasas de fecundidad en los países en desarrollo es el aumento del uso de anticonceptivos (Singh and Darroch, 2012). Aun cuando a partir del año 2000 se estabilizaron las tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos, en todo el mundo sigue siendo intenso el deseo de tener familias más pequeñas, y en los países en desarrollo ese deseo va en aumento.

La utilización de anticonceptivos varía en función de los niveles de ingresos

En la mayoría de las encuestas se calculan los niveles de riqueza nacional y se desglosan los indicadores por quintil (20%) de riqueza, desde el 20% más pobre de la población hasta el 20% más rico. Los análisis por quintiles de las encuestas de población pueden ayudar a detectar las desigualdades y las

necesidades de planificación de la familia dentro de un mismo país, especialmente cuando se combinan con datos sobre la residencia urbana o rural y otros aspectos importantes del acceso (*Health Policy Initiative, Task Order 1*, 2010).

Debido a que en cada lugar de residencia, la pobreza tiene características particulares, algunos investigadores proponen ahora que se establezcan categorizaciones separadas por quintiles para poblaciones urbanas y rurales, de modo de obtener un panorama más fiel de las desigualdades entre niveles de pobreza y de riqueza, desglosado por zonas tanto urbanas como rurales. Gracias a este enfoque, es posible comparar diferentes experiencias de las mujeres pobres en entornos urbanos y de mujeres relativamente ricas en comunidades rurales. Un estudio sobre 16 países de las regiones de África, Asia, y América Latina y el Caribe, constata una fuerte correlación entre: uso de métodos de planificación de la familia, nivel socioeconómico y lugar de residencia (Foreit, Karra and Pandit-Rajani, 2010).

En países como Bangladesh, la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos es muy similar para todos los quintiles de riqueza y para ámbitos urbanos y rurales; hay apenas una pequeña diferencia en el uso de anticonceptivos entre ricos y pobres en comunidades urbanas y entre los más ricos y los más pobres en zonas rurales (*Demographic and Health Surveys*, 2007). En Bangladesh, la prevalencia del uso de anticonceptivos es mayor (en 6%) en zonas urbanas. Se han realizado comprobaciones similares, que justifican la adopción de estrategias en pro de las zonas rurales, en el Perú, que reuniría los requisitos para adoptar dichas estrategias, y lo propio ocurre con Bolivia, Etiopía, Madagascar, Tanzania, y Zambia (*Health Policy Initiative, Task Order 1*, 2010). En algunos países, entre ellos Nigeria (*Demographic and Health Surveys*, 2008), el uso de anticonceptivos modernos aumenta cuando aumenta el nivel de riqueza de las personas residentes en zonas tanto urbanas como rurales. La diferencia está en la tasa de cambio: para las personas en mejor posición económica en zonas rurales, el uso de anticonceptivos es superior al registrado para los pobres en zonas urbanas. Esos resultados justificarían políticas focalizadas en llegar a los pobres residentes urbanos, especialmente si hay patrones de disparidad similares

entre indicadores de resultados en materia de salud sexual y reproductiva.

El nivel educacional influye sobre el tamaño deseado de la familia, el uso de métodos de planificación de la familia y las tasas de fecundidad

El nivel de educación está asociado con el tamaño deseado de la familia, el uso de anticonceptivos y la tasa de fecundidad. Un análisis de 24 países de África al sur del Sahara en dos Encuestas Demográficas y de Salud consecutivas indicó que las adolescentes que más probablemente darán a luz son pobres, tienen poca educación y residen en zonas rurales (Lloyd, 2009). Las tasas de natalidad entre niñas adolescentes sin educación de 15 a 19 años son más de cuatro veces superiores a las de niñas que tienen al menos educación secundaria. La misma discrepancia existe en lo que respecta al nivel de riqueza y el lugar de residencia. Y en esos países, están aumentando las brechas: en el pasado decenio, aumentaron en casi 7% las tasas de natalidad de niñas adolescentes de 15 a 19 años carentes de educación, mientras que entre las niñas con educación secundaria o superior esas tasas disminuyeron en un 14% (Loaiza and Blake, 2010).

Las disparidades en aumento a lo largo del tiempo en las tasas de natalidad entre las niñas educadas y las carentes de educación reflejan un aumento simi-

▼ Dos estudiantes de escuela secundaria en Bucarest, Rumania, leen un folleto acerca de los condones.
©Panos/Peter Barker



SEXUALIDAD, ESTEREOTIPOS SEXUALES Y DE GÉNERO Y BAJA ACEPTACIÓN DE LA VASECTOMÍA

La falta de información y de acceso a servicios de vasectomía puede afectar los derechos y la salud de hombres y mujeres que, si estuvieran informados apropiadamente, tal vez preferirían este procedimiento relativamente sin riesgos, simple, permanente y no invasor del cuerpo, en lugar de la esterilización femenina. Los hombres que optan por la vasectomía escogen ese método a largo plazo después de considerar numerosos factores de índole fisiológica, psicológica, social y cultural. En muchos lugares, no se comprende bien la esterilización masculina, y se la considera una amenaza a la sexualidad masculina y al desempeño sexual.

Cuando los hombres y las mujeres tienen acceso a la gama completa de información y servicios de planificación de la familia, aumenta la cantidad de quienes escogen la vasectomía como método preferido de anticoncepción. La baja aceptación de la vasectomía refleja el limitado acceso a la información apropiada acerca del procedimiento, los prejuicios institucionales contra el método, y las preocupaciones de las personas acerca de los efectos de la vasectomía sobre el desempeño sexual, el vigor sexual y el placer.

Fuente: Landry and Ward, 1997; Greene and Gold, sin fecha; *EngenderHealth*, 2002.

lar de la brecha en su utilización de anticonceptivos. En 24 países de África al sur del Sahara se constató que las niñas con educación secundaria tenían probabilidades más de cuatro veces superiores de utilizar anticonceptivos que las niñas carentes de educación (Lloyd, 2009).

Mientras el uso de anticonceptivos por las adolescentes *educadas* aumentó levemente en el período comprendido entre ambas encuestas, para llegar a un total del 42%, no hubo cambios para las niñas carentes de educación. No más de una de cada diez de las no educadas utiliza anticonceptivos, aun cuando en esos países, una de cada cuatro adolescentes tiene necesidad insatisfecha de métodos de planificación de la familia, independientemente de su nivel de riqueza o educación, y de su lugar de residencia. Esas cantidades sugieren que las medidas encaminadas a mejorar el acceso de los jóvenes a los servicios de salud reproductiva, ampliando los servicios acogedores para los jóvenes, no han beneficiado a las jóvenes que son pobres, residen en zonas rurales y tienen poca educación. Las más necesitadas de esos servicios son las que menos acceso tienen (Loaiza and Blake, 2010). Las explicaciones más plausibles de los resultados positivos en cuanto al uso de métodos

de planificación de la familia en función del nivel de educación son que las jóvenes mejor educadas se casan más tarde y más raramente, utilizan más eficazmente los anticonceptivos, conocen mejor esos métodos y la forma de tener acceso a ellos, tienen mayor autonomía en la adopción de decisiones sobre cuestiones de reproducción y tienen más conciencia de los costos socioeconómicos de la procreación no deseada (Bongaarts, 2010).

ESTUDIO MONOGRÁFICO

Servicios acogedores para los jóvenes en Malawi

En ese país, al igual que en muchos otros de África, no se responde adecuadamente a las necesidades de los adolescentes y los jóvenes en materia de salud reproductiva. La falta de información, las largas distancias a recorrer para llegar a los servicios y la actitud poco acogedora de los encargados contribuyen a las altas tasas de embarazo no deseado e infección con el VIH. El UNFPA colaboró con el Ministerio de Salud de Malawi y con la Asociación de Planificación de la Familia de Malawi en la provisión de servicios integrados de salud sexual y reproductiva acogedores para los jóvenes.

La Asociación de Planificación de la Familia de Malawi ofrece sus servicios en Centros de Vida de la Juventud, que tienen propósitos múltiples, así como por conducto de equipos móviles de base comunitaria; ha fortalecido su infraestructura, como parte de mejoras en la calidad de la atención dispensada a los jóvenes. Los servicios abarcan los de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, pruebas de detección del embarazo, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, asesoramiento psicosocial sobre el VIH y detección del VIH, terapia antirretrovirus, tratamiento de infecciones oportunistas, detección y tratamiento del cáncer cervical, asesoramiento general sobre salud sexual y reproductiva, atención posterior al aborto, y atención prenatal y postnatal para madres adolescentes. Los servicios se promueven por conducto de periódicos, anuncios y sugerencias personales. Las mejoras en la infraestructura de servicios, la participación de los jóvenes en la provisión de los servicios, la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva con los de atención del VIH, y

los frecuentes pedidos de aportaciones por parte de los jóvenes clientes, todo ello ha mejorado la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y ha conducido a su mayor utilización. ■

Las correlaciones entre asistencia a la escuela, uso de métodos de planificación de la familia y tasas de fecundidad son más claramente evidentes en la adolescencia; pero los efectos sobre el tamaño deseado de la familia y el uso de anticonceptivos del mayor nivel de educación persisten en la adultez. El gráfico muestra que en 24 países de África al sur del Sahara, la tasa de utilización de métodos de planificación de la familia, por las mujeres con educación secundaria es *cuatro veces* superior a la de mujeres carentes de educación. Ese efecto refleja tanto las preferencias en cuanto a la cantidad de hijos como el acceso a métodos de planificación de la familia (UNFPA, 2010).

Uso de métodos de planificación de la familia y lugar de residencia

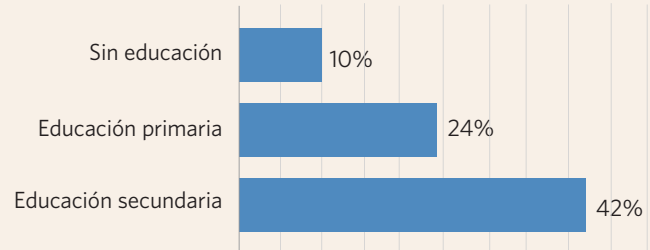
En África al sur del Sahara, el uso de anticonceptivos en zonas urbanas es el doble del registrado en zonas rurales. Muchos países, especialmente los más pobres del mundo, tropiezan con dificultades para llevar los servicios hasta las zonas rurales. Además, los residentes en zonas rurales tienden a tener menos acceso a la educación, otro importante factor de correlación con las preferencias por familias más pequeñas y la utilización de métodos de planificación de la familia.

Evolución de la demanda y uso de métodos de planificación de la familia a lo largo de toda la vida

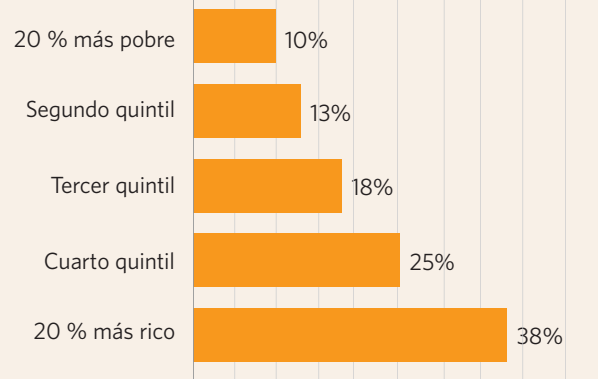
Un análisis de los datos a escala mundial indica que la actividad sexual evoluciona a lo largo del período de vida de una persona. En diversos momentos de sus vidas, las mujeres y los hombres tienen relaciones sexuales por diferentes razones y en diferentes circunstancias. Las decisiones individuales de entablar relaciones con una pareja sexual no necesariamente están asociadas con el deseo de tener hijos. En muchos casos—si no hay coacción, explotación ni violencia—es el deseo humano de tener intimidad y una relación lo que impulsa el comportamiento sexual.

LAS MUJERES MÁS POBRES, MENOS EDUCADAS Y RESIDENTES EN ZONAS RURALES TIENEN LAS MÁS BAJAS TASAS DE USO DE ANTICONCEPTIVOS EN ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA

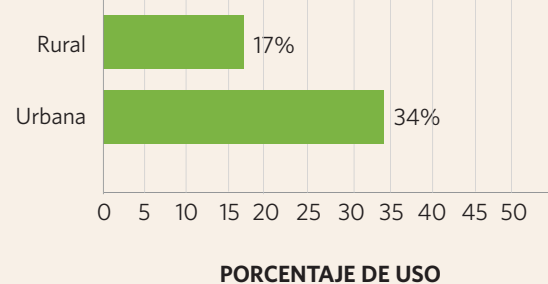
EDUCACIÓN



RIQUEZA



LUGAR DE RESIDENCIA



Prevalencia del uso de anticonceptivos por características de la situación de las mujeres en 24 países de África al sur del Sahara, según la encuesta más reciente, 1998-2008 (% de mujeres de 15 a 49 años de edad, casadas o en unión, que usan cualquier método anticonceptivo).

Fuente: *Demographic and Health Surveys* (cálculo sobre la base del Anexo III).

Los jóvenes

Aun cuando la actividad sexual de los jóvenes, en su mayor parte, ocurre dentro del matrimonio, hay muchos adolescentes, varones y niñas, que tienen actividad sexual fuera del matrimonio. La iniciación sexual ocurre cada vez más fuera del matrimonio para las niñas adolescentes, aun cuando a menudo el compañero es el futuro esposo (McQueston, Silverman and Glassman, 2012; *National Research Council and Institute of Medicine*, 2005). La disminución en la edad de la menarca probablemente ha contribuido al aumento del lapso entre la menarca y el matrimonio, y de los riesgos de salud reproductiva que corren los jóvenes. En Bangladesh, el Chad, Malí y el Níger, las relaciones sexuales siguen iniciándose muy precozmente, a los 14 años o antes, para una tercera parte de las niñas (Dixon-Mueller, 2008). La proporción que efectúa esa transición varía ampliamente entre distintos países, por ejemplo, los de África al sur del Sahara (entre 40% y 80%).

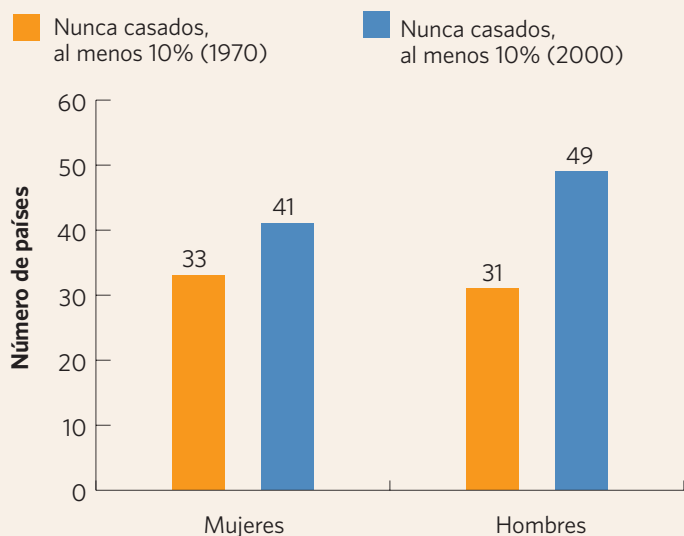
La probabilidad de que los niños varones entablen relaciones sexuales antes de cumplir 15 años es muy

inferior a la correspondiente a las niñas, en los países donde son comunes los matrimonios precoces concertados por las familias. Pero en los países donde esta última costumbre es menos común, los adolescentes varones tienen más probabilidades de tener actividad sexual precoz que las niñas de la misma edad. Como lo han señalado algunos investigadores, “la transición a lo largo del tiempo desde la iniciación sexual conyugal hacia la no conyugal puede ser beneficiosa para la salud sexual y reproductiva de las niñas”, debido a que, por lo general, las relaciones sexuales no conyugales son menos frecuentes y están mejor protegidas que las conyugales (Clark, Bruce and Dude, 2006).

Los jóvenes y los jóvenes enfrentan diferentes dificultades desde su adolescencia temprana hasta su adultez inicial. Los jóvenes, en su mayoría, no entablan relaciones sexuales consensuales para transformarse prematuramente en madres y padres. A escala mundial, los jóvenes están aplazando cada vez más el momento de contraer matrimonio. Para las mujeres, la media aritmética de edades al contraer matrimonio (personas menores de 50 años, únicamente) aumentó a partir de 1970 en 100 de los 114 países para los que se dispone de datos (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs*, 2011b).

Por otra parte, en muchos países la introducción más temprana al matrimonio y a las relaciones sexuales sigue colocando a los jóvenes en un sendero de mayor riesgo en cuanto a varios posibles resultados negativos. En varias regiones, las probabilidades de que las niñas se casen en la infancia y comiencen a tener hijos en su temprana juventud siguen siendo sustancialmente superiores a las de los varones de la misma edad. Mientras los jóvenes tal vez tengan relaciones sexuales en momentos más tempranos de sus vidas, las investigaciones comprueban que los jóvenes varones tienen más probabilidades que las niñas de la misma edad de tener relaciones sexuales con alguien con quien no viven (UNICEF, *Office of the Deputy Director, Policy and Practice*, 2011). Esos detalles contribuyen a ubicar en un marco de referencia los datos sobre planificación de la familia relativos a los jóvenes, inclusive la presentación de un panorama más completo de las razones por las cuales los jóvenes varones tienen más probabilidades que las jóvenes

NÚMERO DE PAÍSES DONDE HAY AL MENOS UN 10% DE MUJERES Y HOMBRES QUE NUNCA CONTRAEN MATRIMONIO



Fuente: *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division* (2009). *World Marriage Data 2008* (POP/DB/Marr/ Rev2008).



mujeres de utilizar condones (UNICEF, *Office of the Deputy Director, Policy and Practice*, 2011).

Adultos

La edad al contraer matrimonio por primera vez aumentó, pero las mujeres y los hombres, en su mayoría, eventualmente contraen matrimonio o comienzan a vivir en uniones consensuales (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs*, 2009). En consecuencia, sigue siendo común que la procreación ocurra en las uniones legalmente reconocidas, lo cual encuadra en la aceptabilidad social en la mayoría de los países donde la procreación debe ocurrir en las parejas casadas. Por otra parte, hay datos recientes que destacan que puede ir surgiendo cada vez más en los adultos la necesidad de utilizar métodos de planificación de la familia mientras todavía son solteros o cuando están separados o divorciados.

Actualmente, en comparación con generaciones anteriores, los adultos pasan más tiempo fuera del matrimonio, y sus necesidades de planificación de la familia reflejan esas nuevas realidades. En los países tanto en desarrollo como desarrollados, va en aumento la proporción de adultos que nunca contraen matrimonio. En los últimos 40 años, aumentó desde 33 hasta 41 la cantidad de países donde al menos un 10% de las mujeres nunca han contraído matrimonio (al llegar a los 50 años de edad); el número de países donde al menos un 10% de los

hombres no se han casado antes de cumplir 50 años aumentó desde 31 a 49.

La proporción de uniones consensuales entre parejas que residen en la misma vivienda va en aumento, pero esas relaciones son menos estables y más fluidas que los matrimonios oficiales. En la región de América Latina y el Caribe, de las mujeres de entre 20 y 34 años de edad, más de la cuarta parte vive en uniones consensuales (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs*, 2009). Este arreglo es menos común en los países de África al sur del Sahara y de Asia, donde, respectivamente, un 10% y un 2% de las mujeres viven en uniones consensuales. A escala mundial, entre 1970 y 2000 aumentó del 2% al 4% la proporción de adultos (de entre 35 y 39 años de edad) que están divorciados o separados, tendencia concentrada en los países desarrollados, pero que también se registra en otros países (*Organization for Economic Co-operation and Development*, 2010).

Métodos preferidos

En los últimos años aumentó la utilización de métodos modernos de planificación de la familia en el África oriental, particularmente en Etiopía, Malawi y Rwanda, y en el Asia sudoriental, pero no se registraron aumentos similares en el África central y el África occidental (Singh and Darroch, 2012). Cuando las mujeres tienen acceso a una gama de métodos anticonceptivos, hay varios factores que

▲ *Un hogar del Camerún, recientemente visitado por un agente de salud comunitario.*

©Alain Sibener/UNFPA

influyen sobre sus preferencias al respecto. Entre esos factores ocupan un lugar prominente los efectos secundarios sobre la salud, la facilidad de utilización y la preferencia de su pareja (Bradley, Schwandt and Khan, 2009; Darroch, Sedgh and Ball, 2011). Por ejemplo, de los 104 millones de mujeres que tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos debido a objeciones respecto de ciertos métodos, hay 34 millones que desearían utilizar métodos que no causan, ni parecerían causar, problemas de salud o efectos secundarios (Singh and Darroch, 2012). Los métodos de larga duración, como los dispositivos intrauterinos y los productos inyectables, requieren menor cantidad de visitas clínicas y dependen menos de la memoria de las usuarias para un uso sistemá-

tico del método. Las personas y las parejas que usan anticonceptivos también tienen en cuenta la eficacia de los métodos y sus tasas de fracaso, así como sus efectos sobre el placer sexual.

En algunos casos, las mujeres utilizan a escondidas métodos “invisibles”, como productos inyectables, por temor a la oposición de sus esposos. A medida que las mujeres van aspirando cada vez más a controlar su propia fecundidad, y ahora tienen mayor conocimiento de que pueden, hay mujeres que tratan de eludir la oposición utilizando anticonceptivos que no pueden ser detectados por sus compañeros. Algunos estudios y pruebas anecdóticas sugieren que parte del rápido aumento en el uso de productos inyectables (de 6% a 20%) en países de África al sur del Sahara y otros países puede atribuirse a un uso embozado por mujeres que consideran que deben ocultar su uso de anticonceptivos tanto ante sus esposos como ante sus familias o sus comunidades (Biddlecom and Fapohunda, 1998).

Eficacia de los métodos

Los métodos de larga duración, como el implante y el dispositivo intrauterino, son sumamente eficaces para prevenir el embarazo, debido en gran parte a que no requieren acciones diarias o periódicas, como tomar una píldora o aplicar otra inyección a tiempo. La píldora, el parche, el anillo vaginal, los productos inyectables y los métodos de barrera son, todos ellos, mucho más eficaces cuando el uso es “perfecto” que cuando es “típico”, porque las personas a veces olvidan utilizar el método, o lo utilizan incorrectamente.

Los métodos modernos, en su mayoría, son sumamente eficaces si se los usa de manera correcta y sistemática. Los métodos orientados a crear conciencia sobre los lapsos de fecundidad también son bastante eficaces, si se los utiliza correctamente y, a veces, son preferidos por las mujeres que tienen objeciones religiosas respecto de otras formas de anticoncepción. Hasta los métodos menos eficaces son mucho mejores para prevenir el embarazo que no usar ningún método. De cada 100 mujeres con actividad sexual que optan por no utilizar ningún método, unas 85 quedarán embarazadas dentro del primer año (Guttmacher Institute, 2012).

La eficacia de un método—medida en función de la cantidad de embarazos por cada 100 mujeres

EFICACIA DE LOS MÉTODOS

Métodos, ordenados desde el más eficaz hasta el menos eficaz	Embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso típico
Implante	0,05
Vasectomía	0,15
Esterilización femenina	0,5
Dispositivo intrauterino (DIU) (<i>Copper T</i>)	0,8
DIU que libera <i>Levonorgestrel</i>	0,2
Productos inyectables - 3 meses	6
Anillo vaginal	9
Parche	9
Píldora oral combinada	9
Diafragma	12
Condón masculino	18
Condón femenino	21
Esponja	12- 24
Retiro	22
Métodos de concienciación sobre los días de fecundidad: días estándar, dos días, detección térmica	24
Espermicidas	28
Ningún método	85

Fuente: Guttmacher Institute, 2012 (sobre la base de datos recogidos en los Estados Unidos).

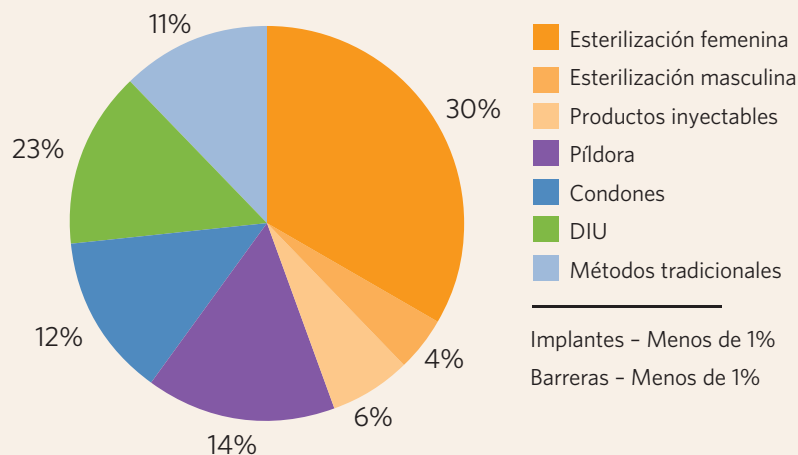
durante el primer año de uso típico—va desde 0,05% para el implante, 1,5% para la vasectomía, 5% para la esterilización femenina, hasta 18% para el condón masculino, 21% para el condón femenino, 22% para el método de retiro, 24% para todos los métodos de creación de conciencia sobre la fecundidad considerados en su conjunto, y 85% para las mujeres que no utilizan ningún método (*Guttmacher Institute*, 2012). A escala mundial, casi una de cada tres mujeres que utilizan anticoncepción depende de la esterilización femenina. Casi una de cada cuatro utiliza un dispositivo intrauterino. Más de una de cada diez utiliza un método tradicional, predominantemente el retiro y el ritmo.

El uso depende de las opciones disponibles, la facilidad en la utilización y la información

Tal vez algunas mujeres tengan necesidad insatisfecha de anticonceptivos o interrumpan su utilización debido a que no les satisfacen las opciones actualmente disponibles (Frost and Darroch, 2008; Bradley, Schwandt and Khan, 2009). Las opciones disponibles, en su mayoría, dependen de tecnologías desarrolladas en los decenios de 1960 y 1970, y desde entonces hubo muy pocas inversiones en el descubrimiento y la difusión de nuevos métodos (Harper, 2005; Darroch, 2007). Además de fortalecer la calidad de los servicios de información acerca de los métodos modernos, las medidas nacionales para asegurar la vigencia de los derechos de mujeres y hombres tal vez requieran que se efectúen inversiones en nuevos métodos anticonceptivos, incluidos métodos que no causan efectos secundarios sistémicos, que pueden usarse en función de la demanda, y que no requieren ni la participación ni el conocimiento de la pareja (Darroch, Sedgh and Ball, 2011).

Los nuevos métodos, por sí mismos, no han de eliminar la necesidad insatisfecha. Por otra parte, métodos más nuevos, aprobados recientemente por los gobiernos, podrían posibilitar que las mujeres ejercieran sus derechos a prevenir el embarazo de manera más fiable y segura. Varios estudios constatan que las principales causas de interrumpir el uso, es decir, efectos secundarios y temor a dichos efectos, dificultan responder a la necesidad insatisfecha (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

USO MUNDIAL DE ANTICONCEPTIVOS, DESGLOSADO POR MÉTODO



Fuente: United Nations. 2011 World Contraceptive Data Sheet

La eficacia y la oferta de una gama completa de métodos son parte de los factores determinantes de la demanda, pero también reflejan la oferta. Tal vez la calidad de los servicios sea deficiente y tal vez la mayoría de las personas no disponga de la gama completa de métodos y, como consecuencia, tal vez la planificación de la familia no resulte atractiva para esas personas, aun cuando deseen aplazar la procreación o ponerle fin.

Uso de métodos de planificación de la familia y fiabilidad de los suministros

Va en aumento la cantidad de opciones en materia de anticonceptivos, especialmente en los países desarrollados. Pero las mujeres residentes en la mayoría de los países en desarrollo tienen muchas menos opciones, aun cuando la gama de métodos disponibles va en aumento y ahora incluye con frecuencia productos inyectables e implantes, además de píldoras y condones. Se tropieza con dificultades para obtener métodos anticonceptivos y también para distribuirlos. Se ha comprobado que, de los recursos internacionales destinados a sufragar condones, la mayor parte se gasta en la adquisición del producto, y relativamente pocos recursos se destinan a tareas de entrega, distribución y administración.



▲ Una pareja acude a una clínica rural de planificación de la familia en Mindanao, Filipinas.
©Panos/Chris Stowers

ESTUDIO MONOGRÁFICO

Suministros en Swazilandia

El acceso a los suministros y una provisión fiable son indispensables para la vigencia del derecho de las personas a la planificación de la familia. Al igual que muchos otros países africanos, Swazilandia ha experimentado agotamientos de las existencias, lo cual crea dificultades para que las personas elijan un método y tengan confianza en él. La programación de la seguridad en el suministro de productos de salud reproductiva se centró principalmente en la adquisición de anticonceptivos por los gobiernos, con resultados deficientes.

Como parte de sus medidas para contrarrestar las altas tasas de mortalidad materna y de embarazo en la adolescencia, Swazilandia efectuó inversiones en la seguridad del suministro de productos de salud reproductiva. En 2011, el Ministerio de Salud reforzó su relación con entidades de la sociedad civil y con el UNFPA, y estableció relaciones de cooperación con la Asociación de Vida en Familia de Swazilandia, la organización *Management*

Sciences for Health y el UNFPA, a fin de reforzar la ejecución de los programas. Su objetivo general era acrecentar la eficacia del sistema de salud en cuanto a asegurar el suministro de productos de salud reproductiva mediante tres estrategias: se fortalecieron los sistemas nacionales de suministro; se reforzó la capacidad de los recursos humanos para la aplicación de las nuevas disposiciones, su seguimiento y la preparación de informes al respecto; y se consolidó el compromiso político y financiero en pro de la seguridad del suministro. Según los estándares convencionales, se logró éxito, dado que aumentó la prevalencia del uso de anticonceptivos; pero fue igualmente importante el aumento en la cantidad de establecimientos que ofrecen servicios de planificación de la familia y la mayor fiabilidad de esos servicios. ■

Los métodos tradicionales de planificación de la familia siguen siendo populares

Los métodos tradicionales siguen siendo ampliamente utilizados, especialmente en los países en desarrollo, pero los datos recogidos en encuestas no suelen aclarar las razones por las que las personas utilizan esos métodos tradicionales, en lugar de métodos modernos de planificación de la familia.

Los métodos tradicionales incluyen la abstinencia periódica, el retiro, la amenorrea de lactación (amamantamiento prolongado) y prácticas “folclóricas”; por consiguiente, su eficacia varía mucho. Los estudios comparativos en diferentes lugares confirman que las mujeres que utilizan métodos modernos tienen muchas menos probabilidades de quedar embarazadas que las que dependen de un método tradicional (Trussell, 2011).

Pese a la tendencia a englobar todos los métodos tradicionales en una única categoría, no todos los métodos tradicionales son equivalentes. En varios países se han registrado resultados positivos con métodos no modernos, tradicionales. Por ejemplo, en la República Islámica del Irán y en Turquía el método del retiro es utilizado comúnmente entre parejas de personas casadas educadas y ese método también se ha utilizado ampliamente para evitar el embarazo en Sicilia y el Pakistán (Cottingham, Germain and Hunt, 2012; Erfani, 2010). Según las Encuestas Demográficas y de Salud el “*coitus*

interruptus” sería “un método folclórico totalmente ineficaz”, aun cuando ese método se utiliza ampliamente en países como el Irán y Turquía con una eficacia casi igual a la de los condones (Cottingham, Germain and Hunt, 2012).

Los métodos femeninos de planificación de la familia se utilizan mucho más ampliamente que los métodos masculinos.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo señaló que “debería darse gran prioridad al desarrollo de nuevos métodos de regulación de la fecundidad para varones”, y exhortó a propiciar la participación de la industria privada. Instó a los países a tratar especialmente de promover la participación del hombre y su responsabilidad en la planificación de la familia (párrafo 12.14.). Casi 20 años después, no hay ningún nuevo método masculino ampliamente difundido entre el público. Dado que hay pocas opciones en materia de anticonceptivos masculinos, la utilización por los hombres de métodos de planificación de la familia ha sido inferior a la esperada por la CIPD. Actualmente, incluso si todos los métodos tradicionales que requieren la cooperación masculina (ritmo, retiro y otros) se computaran conjuntamente con los condones masculinos, los métodos masculinos representarían aproximadamente un 26% del uso total de anticonceptivos a escala mundial (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs*, 2011).

Las tasas de esterilización femenina son muy superiores a las correlativas masculinas. Aun cuando la decisión de poner fin permanentemente a la procreación puede ser difícil, la esterilización es el método de planificación de la familia más comúnmente utilizado en el mundo, del que depende más de una de cada cinco mujeres casadas. Casi en todos los países, el porcentaje de mujeres que se someten a procedimientos de esterilización es mayor que el de hombres. Por ejemplo, en Colombia, donde actualmente un 78% de las mujeres son usuarias de anticonceptivos, casi una tercera parte de todas las mujeres (31%) han sido esterilizadas, en comparación con un 2% de los hombres (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs*, 2011). Dado que a lo largo del

tiempo van declinando las aspiraciones a tener hijos, las parejas que han contraído matrimonio cuando eran muy jóvenes dejarán de tener hijos a edades más tempranas. Después de llegar al nivel de fecundidad al que aspiran, esas parejas jóvenes tal vez tengan que evitar el embarazo no deseado durante hasta 25 años, lo cual hace atractivos los métodos permanentes.

Mientras las tasas de esterilización femenina son muy altas en Centroamérica y en el resto de América Latina, pues llegan hasta un 47% en la República Dominicana, solamente 14 países del mundo tienen como mínimo 5% de hombres en los que se ha practicado una vasectomía. Las tasas de esterilización masculina y femenina son más similares entre sí en Australia y Nueva Zelanda, donde aproximadamente un 15% de los hombres y de las mujeres han sido esterilizados (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs*, 2011). Las tasas de esterilización masculina son superiores a las de esterilización femenina únicamente en unos pocos países, muy especialmente en el Canadá y en el Reino Unido, donde las tasas para los hombres son aproximadamente el doble de las correspondientes a las mujeres.

Aun cuando la decisión de poner fin permanentemente a la procreación puede ser difícil, la esterilización es el método de planificación de la familia más comúnmente utilizado en el mundo, del que depende más de una de cada cinco mujeres casadas.

A raíz de los datos recogidos en varios países, mayormente países desarrollados, podría inferirse que las tasas de vasectomía reflejan principalmente el poder económico y los derechos de las mujeres en esos países. Nepal figura entre los pocos países en desarrollo donde las tasas de vasectomía son superiores al 5% y constituyen una tercera parte, o más de las tasas correspondientes a la esterilización femenina, lo cual sugiere que las mayores facultades de las mujeres en Nepal tal vez tengan un efecto sobre las opciones en materia de anticonceptivos (*EngenderHealth*, 2002).

La esterilización femenina es un procedimiento mucho más invasor, más costoso y más riesgoso

ESTUDIO MONOGRÁFICO

Vasectomía sin escalpelo en las Islas Salomón

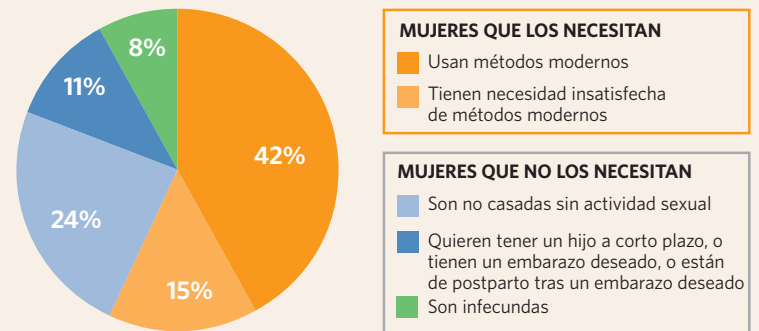
Después de la CIPD, los programas de planificación de la familia en las Islas Salomón mejoraron y pasaron a basarse más en los derechos humanos. Las nuevas disposiciones de las políticas de población reflejaron una atención especial prestada a los derechos humanos, pues el Gobierno se comprometió explícitamente a ... “alentar y apoyar las acciones parentales para adoptar decisiones responsables con respecto al tamaño de la familia...”. En el lapso 2003-2004 se revitalizó la planificación de la familia con la actualización de las directrices nacionales y el ofrecimiento de una amplia capacitación de los agentes de salud sobre varios temas, incluida la necesidad de efectuar opciones bien fundamentadas y de utilizar una combinación más amplia de métodos. La tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos aumentó desde 11% hasta 29%.

La vasectomía sin escalpelo ha sido un método especialmente popular. El éxito en la aceptación de este método se atribuyó en parte a que se invitó por primera vez a los hombres a involucrarse más en la planificación de la familia. Además, la vasectomía sin escalpelo es muy económica y puede realizarse en establecimientos locales, mientras que la ligadura de las trompas requiere un desplazamiento hasta clínicas de mayor capacidad. Otro factor adicional que parece haber tenido influencia en cuanto a cultivar el involucramiento de los hombres es que se los invitó a estar presentes durante el trabajo de parto y el parto de sus esposas, lo cual profundizó su apreciación por sus esposas y por lo que entraña el dar a luz. ■

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia es un método de prevención del embarazo que solamente se utiliza dentro de los cinco días a contar, o bien de una relación sexual sin protección, o bien del fracaso o el uso erróneo de un anticonceptivo (por ejemplo, el olvido de tomar una píldora en el momento debido), o bien una violación sexual o una relación sexual bajo coacción. Este método interrumpe la ovulación y reduce la probabilidad de embarazo en hasta un 90%. Pero no puede ni impedir la implantación de un óvulo

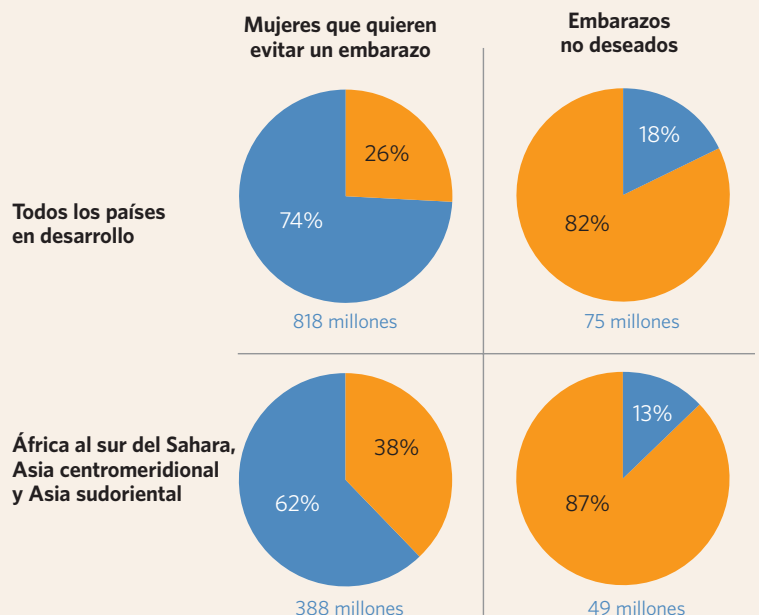
MÁS DE LA MITAD DE TODAS LAS MUJERES EN EDAD DE PROCREAR RESIDENTES EN PAÍSES EN DESARROLLO NECESITAN ANTICONCEPTIVOS MODERNOS.



Fuente: Singh, S and JE Darroch, 2012.

UNA MAYORÍA DESPROPORCIONADA DE LOS EMBARAZOS NO DESEADOS CORRESPONDE A MUJERES QUE QUIEREN EVITAR EL EMBARAZO PERO NO USAN UN MÉTODO MODERNO

■ No usan ningún método o usan un método tradicional ■ Usan métodos modernos



Fuente: Darroch, Sedgh and Ball, 2011; Singh and Darroch, 2012, y tabulaciones especiales para Singh et al., 2009.

fecundado, ni dañar a un embrión en desarrollo, ni poner fin a un embarazo. Cuanto más inmediatamente se ingiera la píldora, tanto más eficaz será. La anticoncepción de emergencia pierde su eficacia una vez que ha comenzado la implantación y no causa aborto. El propósito de su utilización es únicamente hacer frente a la emergencia, y no es apropiada para un uso regular. Para la protección a más largo plazo, si se inserta un dispositivo intrauterino de cobre antes de que transcurran cinco días a contar de la relación sexual, también puede prevenirse la implantación y el dispositivo puede permanecer colocado durante un lapso de hasta diez años (Trussell and Raymond, 2012). La anticoncepción de emergencia tiene un papel fundamental en casos de violencia sexual, conflicto armado y emergencias humanitarias. Dada la naturaleza impredecible y a menudo, no planificada, de los encuentros sexuales de los jóvenes, es especialmente importante incluir la anticoncepción de emergencia en la gama de servicios que se ofrecen a los adolescentes y los jóvenes adultos.

Derechos humanos y necesidad insatisfecha de planificación de la familia

Según un informe preparado en 2012 por el *Guttmacher Institute* y el UNFPA sobre la necesidad insatisfecha de planificación de la familia, hay 1.520 millones de mujeres en edad de procrear que residen en países en desarrollo. Según se estima, unos 867 millones necesitan anticoncepción, pero solamente 645 millones están utilizando un método anticonceptivo moderno. Los restantes 222 millones tienen necesidad insatisfecha.

- Según se estima, entre las mujeres residentes en el mundo en desarrollo que no quieren un embarazo en el corto plazo, habrá en 2012 unos 80 millones de embarazos no deseados.
- De esos 80 millones de embarazos no deseados, la mayor parte—63 millones—corresponderán a los 222 millones de mujeres con necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos.
- Un 18% de los embarazos no deseados ocurren entre los 603 millones de mujeres que estaban utilizando un método anticonceptivo moderno pero que tropezaban con dificultades para utilizar ese método sistemática y correctamente, o cuando el método falló.

¿Por qué sigue siendo tan alta la tasa de necesidad insatisfecha de anticoncepción?

La cantidad de 222 millones de mujeres que desean evitar un embarazo durante al menos dos años pero no están utilizando un método en la actualidad refleja una leve disminución en la necesidad insatisfecha entre 2008 y 2012. En ese lapso, la cantidad de mujeres que querían evitar un embarazo aumentó en casi 40 millones, y los mayores adelantos en cuanto a reducir la necesidad insatisfecha se lograron en el Asia sudoriental. Pero, pese a los adelantos, hay una gran necesidad de intervenciones con objetivos bien delimitados que lleguen a comunidades insuficientemente servidas y a grupos de población marginados, cuyas necesidades insatisfechas siguen siendo relativamente altas.

En los países en desarrollo considerados en su conjunto, un 18% de las mujeres casadas tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos; no obstante, en el África occidental, central y oriental y en el Asia occidental, entre 30% y 37% de las mujeres tienen necesidad insatisfecha de anticoncepción. En la región de los países árabes hay cantidades sustanciales de mujeres con necesidad insatisfecha de planificación de la familia, es decir, que preferirían evitar un embarazo durante al menos dos años pero no están utilizando un método de planificación de la familia. Una encuesta realizada por el Proyecto Panárabe de Salud de la Familia comprobó que en los países árabes, de las mujeres casadas en edad de procrear, solamente cuatro de cada diez usan anticonceptivos modernos (Roudi-Fahimi et al., 2012). En la mayoría de los países árabes, la ambivalencia de las mujeres con respecto a la planificación de la familia es consecuencia de diversos factores, entre ellos el temor a los efectos secundarios, la preocupación con respecto a reacciones de los esposos y conflictos acerca de sus papeles en la familia, y la responsabilidad cultural de tener hijos. Esa ambivalencia se va disipando a medida que las mujeres van avanzando en edad.

Particularmente en el África occidental y central, los débiles sistemas de salud y los servicios deficientes contribuyen a las altas tasas de necesidad insatisfecha (Singh and Darroch, 2012). En casi todos los países en desarrollo, las mujeres pobres tienen mayor cantidad de hijos y menor tasa de utilización de anti-

conceptivos que las mujeres en posición económica más holgada, lo cual pone de manifiesto la necesidad de orientar los programas hacia comunidades de bajos recursos. En África al sur del Sahara, las mujeres pertenecientes al quintil superior de riqueza tienen probabilidades tres veces mayores de utilizar anticonceptivos que las ubicadas en el quintil más bajo (Gwatkin et al., 2007). Los críticos de la planificación de la familia en ciertos lugares aducen a veces argumentos culturales para explicar la falta de utilización; no obstante, las mujeres en ambos quintiles son miembros de la misma sociedad. La mayor diferencia entre usuarias y no usuarias es que algunas tienen acceso a la información, tienen mayor posibilidad de opción como consecuencia de su mayor nivel de riqueza y de educación y pueden poner en práctica su deseo de tener menor cantidad de hijos.

Corresponde a las mujeres con necesidad insatisfecha de métodos de planificación de la familia una proporción de casi cuatro de cada cinco embarazos no deseados (Singh and Darroch, 2012). Otros factores que contribuyen a los embarazos no deseados son: utilización incorrecta o no sistemática de un método anticonceptivo, lo cual tal vez se deba a insuficiente información o inadecuado asesoramiento, e interrupción del uso de un método sin reemplazarlo con otro método (Singh and Darroch, 2012). En el mundo en desarrollo considerado en su conjunto, la utilización de métodos modernos por mujeres nunca casadas es muy inferior a la utilización por mujeres casadas, salvo en África al sur del Sahara, donde las mujeres tienen una gran necesidad de doble protección, contra el embarazo y contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, y los condones son el método predominantemente utilizado por mujeres no casadas (Singh and Darroch, 2012).

Los datos también confirman la necesidad de contar con servicios acogedores para los adolescentes y los jóvenes. La cantidad de embarazos de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad de familias pobres es más del doble de la correspondiente a las jóvenes del mismo grupo de edades pertenecientes a familias en buena posición económica (Gwatkin et al., 2007). Esas disparidades se agravan por el hecho de que las niñas pobres tienen mayores probabilidades que las niñas ricas de estar casadas, de carecer de educación y de estar malnutridas, y también de

tener partos prematuros o recién nacidos con peso inferior al normal. En los últimos diez años no pudo observarse mucho progreso en 22 países de África al sur del Sahara en cuanto al acceso de las adolescentes a los servicios, pues una de cada cuatro niñas adolescentes tiene necesidad insatisfecha de planificación de la familia (United Nations, 2011c). En todas las regiones, las adolescentes casadas tropiezan con mayores dificultades que las mujeres de más edad para satisfacer sus necesidades de servicios anticonceptivos (Ortayli and Malarcher, 2010). Pero las mujeres jóvenes nunca casadas también tropiezan con dificultades para obtener anticonceptivos, debido en gran medida al estigma asignado a tener actividad sexual antes del matrimonio (Singh and Darroch, 2012).

El uso de anticonceptivos reduce las tasas de aborto

Según un reciente estudio del *Guttmacher Institute* (Singh and Darroch, 2012), de la cantidad de embarazos no deseados que ocurrirán en 2012, estimada en 80 millones, unos 40 millones terminarán en aborto.

Los embarazos no deseados que terminan en aborto, en su mayoría, son consecuencia de que no

▼ Una agente de educación sobre salud perteneciente a una unidad móvil, visita un hogar en Gabarone, Botswana.

©Panos/Giacomo Pirozzi



se utilicen anticonceptivos o de que el método falle, particularmente cuando se trata de un método tradicional, como el retiro. Un 11% de todas las usuarias de anticonceptivos a escala mundial (menos del 7% del total de mujeres casadas) depende o bien del retiro, o bien del ritmo, o bien de otros métodos tradicionales, pese a su más baja eficacia (Rogow, 1995). Aun cuando la falta de acceso a métodos modernos suele ser uno de los factores determinantes de esa opción, hay muchas mujeres que prefieren métodos “naturales” debido a que no tienen efectos secundarios, no entrañan ningún costo y pueden utilizarse en el hogar sin necesidad de trasladarse hasta una clínica.

“Todos los países deberían, en el curso de los próximos años, evaluar la magnitud de las necesidades nacionales no atendidas de servicios de planificación de la familia de buena calidad y su integración en el contexto de la salud reproductiva, prestando especial atención a los grupos más vulnerables y desatendidos de la población”.

— Programa de Acción de la CIPD, 1994, párrafo 7.16

Si se respondiera a las preocupaciones de las mujeres acerca de los métodos modernos y si se ayudara a las mujeres que interrumpen el uso de un método a que encuentren otro, sería posible reducir en un 60% los embarazos no deseados en África al sur del Sahara, el Asia centromeridional y el Asia sudoriental, y en esas regiones se reducirían en más de la mitad las cantidades de abortos (Cohen, 2011). Al subsanar la necesidad insatisfecha, a escala mundial se evitarían 54 millones de embarazos no deseados y también se evitarían 26 millones de abortos, es decir, habría una disminución del total de abortos desde 40 millones hasta 14 millones (Singh and Darroch, 2012).

Un estudio sobre el aborto en 12 países del Asia central y de Europa oriental constató que muchas mujeres habían utilizado anticonceptivos modernos, pero habían interrumpido su uso, por diversas razones (Westoff, 2005). De los embarazos a consecuencia de la interrupción del uso de un método moderno, la mayoría terminó en aborto. Este hecho destaca la importancia de ofrecer una gama de métodos entre los cuales escoger, de proporcionar asesoramiento de alta calidad y “acompañamiento” a las clientas, y de

que los encargados de los servicios ayuden a las mujeres que están insatisfechas con los métodos que usan a hacer la transición hacia otro método antes de que ocurra un embarazo no deseado.

En Ucrania, han ido disminuyendo las tasas de fecundidad a medida que fue aumentando la cantidad de mujeres que tienen oportunidad de tener carreras fuera del hogar, y aumentó la cantidad de parejas que optan por tener menor cantidad de hijos. Inmediatamente después de la disolución de la Unión Soviética, las parejas dependían del aborto como principal medio de planificar la familia. Pero actualmente, debido a que se dispone de una variedad más amplia de métodos de planificación de la familia y a que se los comprende mejor, hay menor cantidad de embarazos no deseados y, por consiguiente, menor cantidad de abortos.

En América Latina y el Caribe han disminuido las tasas de aborto (desde 37 por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años de edad en 1995, hasta 31 por 1.000 en 2008) (Kulczycki, 2011), a medida que el uso de métodos anticonceptivos modernos fue aumentando en toda la región hasta llegar a un 67% para las mujeres casadas (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs*, 2011). Pero en algunas zonas sigue habiendo dificultades para obtener anticonceptivos, especialmente en algunos grupos, como los pobres y los adolescentes. Debido a las altas tasas de embarazo no deseado, muchas mujeres acuden en procura del aborto, que está sujeto a restricciones en la mayoría de los países de la región. En varios países, el aborto se permite únicamente para salvar la vida de la mujer. Por consiguiente, casi todos los 4,2 millones de abortos practicados cada año en la región son clandestinos o se realizan en malas condiciones; las tasas de aborto y la proporción de abortos realizados en malas condiciones en esta región son las más altas del mundo (*United Nations, Economic Commission for Latin America and the Caribbean*, 2011). Aun cuando las mujeres más ricas pueden acudir a entidades de servicios privadas, las mujeres pobres con mucha frecuencia padecen las consecuencias médicas y jurídicas de sus limitadas opciones (*World Health Organization*, 2011a). Cada año, los abortos realizados en malas condiciones en la región redundan en más de 1.000 defunciones y 500.000 hospitalizaciones (Kulczycki, 2011).

En las regiones desarrolladas y en desarrollo del mundo, las tasas de aborto son similares: en los países en desarrollo, 29 abortos por cada 1.000 mujeres, en comparación con 26 por 1.000 en los países desarrollados (*World Health Organization*, 2011). Aun cuando en los países desarrollados es más alta la prevalencia del uso de anticonceptivos, tal vez algunas mujeres interrumpen su utilización o carezcan de un acceso regular a los métodos.

Los abortos realizados en malas condiciones constituyen casi la mitad del total de abortos. (Sedgh, Singh and Shah, 2012). Casi la totalidad de los abortos realizados en malas condiciones (98%)—en todos los grupos de edades—ocurren en países en desarrollo y la mayor cantidad, en África al sur del Sahara. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, cada año hay 21,6 millones de abortos realizados en malas condiciones (*World Health Organization*, 2011). Esa cantidad va en sostenido aumento, a medida que va aumentando en todo el mundo la cantidad de mujeres en edad de procrear (15 a 44 años).

ESTUDIO MONOGRÁFICO

Aborto realizado en malas condiciones en Mozambique

Las jóvenes de Mozambique recurren a prácticas peligrosas e ilegales para poner fin a embarazos no deseados. La *Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família* (AMODEFA) y ahora también otras organizaciones no gubernamentales, han organizado “Foros de debate de mujeres” que se reúnen dos horas cada semana para hablar sobre ese tema y otras cuestiones conexas (UNFPA, 2011a). Los miembros escogen los temas, que atañen a la anticoncepción, la pareja, el aborto, la igualdad entre los géneros, las oportunidades de establecer pequeñas empresas y la violencia contra la mujer. Y esos foros son coordinados por mujeres jóvenes, miembros de AMODEFA, que han recibido capacitación en temas de derechos humanos, salud sexual y reproductiva e igualdad entre los géneros. Las jóvenes manifiestan que han adquirido mayor confianza en la adopción de sus propias decisiones sobre salud reproductiva y más conocimientos acerca de los servicios de salud reproductiva y adónde acudir para obtenerlos. ■



Al aumentar el uso de anticonceptivos, disminuye la cantidad de abortos

Hay pruebas incontestables de que a medida que se va ampliando el uso de anticonceptivos modernos, disminuyen las tasas de aborto (Westoff, 2008). Por ejemplo, en Rusia, donde entre 1991 y 2001 aumentó en 74% el uso del dispositivo intrauterino y de la píldora, disminuyeron en un 61% las tasas de aborto, el cual había sido el principal medio de control de la fecundidad durante varios decenios. Hay patrones similares en los países de Europa oriental y Asia central, donde anteriormente las mujeres carecían de acceso a anticonceptivos modernos (Westoff, 2005).

Según los más recientes datos, desglosados por edades, sobre el aborto realizado en malas condiciones, a escala mundial corresponde a las adolescentes y las jóvenes aproximadamente un 40% del total de esos abortos (Shah and Ahman, 2004). Las adolescentes tienen tasas de defunción y discapacidad superiores a las correspondientes a mujeres adultas debido a demoras en acudir en procura de servicios de aborto y a la falta de atención de las complicaciones. Las tasas de aborto aumentan al imponer límites a la anticoncepción, al aumentar la demanda de familias más pequeñas o al postergar la procreación.

▲ Hacia 2020, se habrán agregado 120 millones de mujeres a las que pueden obtener anticonceptivos, lo cual significa que habrá 200.000 mujeres y niñas menos entre las que perderán la vida en el embarazo o el parto (es decir, se salvará una vida cada 20 minutos). El acceso a anticonceptivos podría significar que habrá tres millones menos de recién nacidos que morirán en su primer año de vida.

©Lindsay Mgbor/
Departamento del
Reino Unido para el
Desarrollo Internacional

Las medidas de planificación de la familia en beneficio de los jóvenes pueden contribuir a prevenir las principales causas de defunción de niñas de 15 a 19 años de edad: complicaciones del embarazo, del parto y del aborto realizado en malas condiciones (Patton, et al., 2009). Casi todas las defunciones atribuibles a la maternidad ocurren en países en desarrollo y más de la mitad de ellas, en África al sur del Sahara; la proporción para el Asia meridional es de casi una tercera parte (*World Health Organization*, 2012).

Un estudio comparativo de hospitalizaciones en 13 países en desarrollo estimó que casi la cuarta parte de las mujeres que tienen un aborto (8,5 millones por año) padecen complicaciones que requieren atención médica, y de ellas, unos tres millones no pueden recibir la atención que necesitan (Singh, 2006).

Las adolescentes más jóvenes son las que corren mayores riesgos de complicaciones y muerte resultantes del embarazo, en comparación con las mujeres adultas. También en comparación con las adultas, las madres jóvenes tienen probabilidades de dos a cinco veces mayores de morir en el parto; el riesgo de defunción derivada de la maternidad llega a su máximo entre las niñas que dan a luz antes de cumplir 15 años (*World Health Organization*,

2006). Las jóvenes embarazadas de hasta 18 años de edad corren riesgos hasta cuatro veces superiores de defunción derivada de la maternidad que las mujeres de al menos 20 años de edad (Greene and Merrick, sin fecha).

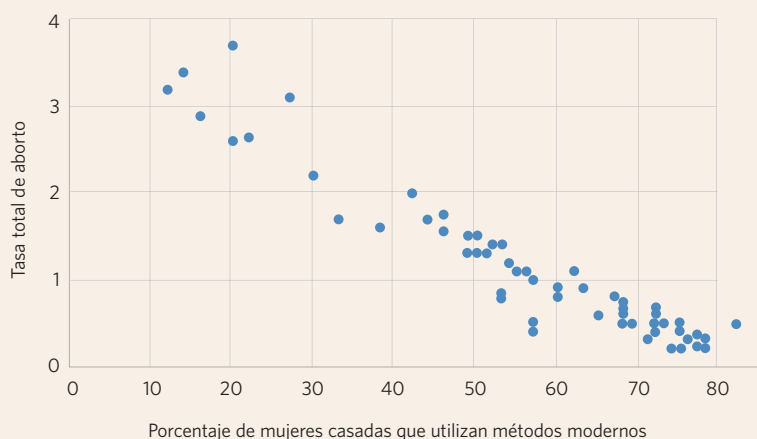
La morbilidad derivada de la maternidad, a la que a menudo no se presta mucha atención, también es motivo de preocupación en lo que respecta a las jóvenes. Las jóvenes madres que sobreviven el parto corren mayores riesgos de padecer lesiones e infecciones relacionadas con el parto, incluida la fístula obstétrica. Según estimaciones de las Naciones Unidas, en África al sur del Sahara y en Asia hay más de dos millones de mujeres jóvenes que viven con una fístula obstétrica sin recibir tratamiento, y padeciendo en consecuencia incontinencia, además de vergüenza y exclusión social (*World Health Organization*, 2010).

En la mayoría de los países, las altas tasas de defunción y discapacidad derivadas de la maternidad reflejan las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, la posición desventajosa y la exclusión social a que están sometidos los jóvenes, lo cual es una causa y, al mismo tiempo, una consecuencia, del riesgo de salud que enfrentan las jóvenes a raíz del embarazo (Swann et al., 2003; Greene and Merrick, sin fecha).

Casi un 95% de los alumbramientos por adolescentes ocurren en países en desarrollo y, en esos países, un 90% de los nacimientos en que las madres son adolescentes de 15 a 19 años de edad ocurren dentro del matrimonio (*World Health Organization*, 2008). Se reconoce cada vez más que el matrimonio precoz—matrimonio antes de cumplir 18 años—infringe los derechos humanos de la niña, la cual tiene también derecho a ser protegida contra las prácticas tradicionales nocivas (establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño), pero esas situaciones siguen siendo demasiado comunes, particularmente en países de África y del Asia meridional, donde aproximadamente la mitad de todas las niñas están casadas antes de cumplir 18 años (Hervish, 2011). Las niñas casadas, en su mayoría, quedan embarazadas poco después de su matrimonio (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011).

Aun cuando se considera que un 75% de todos los alumbramientos de madres adolescentes son

TASAS TOTALES DE ABORTO Y DE PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS EN 59 PAÍSES



Fuente: Westoff, 2005.

“deseados,” (*World Health Organization*, 2008), tales intenciones pueden estar bajo fuertes influencias provenientes de presiones sociales y normas culturales, por ejemplo, que una mujer ha de probar cuanto antes después del matrimonio que es fecunda ante su marido y la familia de su marido (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011). En el caso de niñas solteras, es mucho más probable que el embarazo sea no deseado y que termine en aborto (*World Health Organization*, 2008).

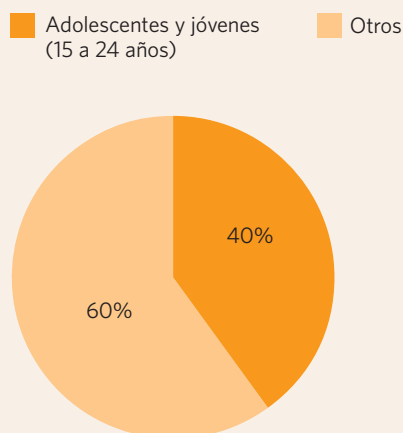
En América Latina, los partos de madres adolescentes han disminuido más rápidamente, pero la cantidad sigue siendo grande: en promedio, 80 por cada 1.000 mujeres jóvenes, cada año. En unos pocos países, entre ellos el Ecuador, Honduras, Nicaragua y Venezuela, las tasas de alumbramiento en la adolescencia son superiores a 100 por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años de edad, es decir, se aproximan a las registradas en la mayoría de los países de África al sur del Sahara (UNFPA, 2011). En esos países, las tasas de embarazo y de procreación son mucho mayores para los grupos indígenas, que tienden a estar en posición desventajosa en materia socioeconómica y educacional (Lewis and Lockheed, 2007). En los Estados Unidos, las tasas de natalidad en la adolescencia han disminuido recientemente para todos los grupos étnicos, y llegan a un nivel históricamente bajo de 34 alumbramientos por 1.000, pero siguen siendo mayores que las tasas registradas en Europa occidental (UNFPA, 2010a).

En la mayoría de las regiones, están disminuyendo las tasas de natalidad entre las adolescentes, pero la velocidad de esa disminución se ha reducido en algunas partes del mundo y ha llegado hasta cambiar de sentido en algunos países de África al sur del Sahara, donde las tasas de natalidad de las adolescentes son las más altas del mundo (*United Nations, Population Division*, 2012). En África al sur del Sahara, cada año las tasas de alumbramiento son, en promedio, 120 por 1.000 adolescentes de 15 a 19 años de edad, y oscilan desde un máximo de 199 por 1.000 en el Níger hasta un mínimo de 43 por 1.000 en Rwanda. De todas las jóvenes, más de la mitad ya han dado a luz antes de cumplir 20 años (Godha, Hotchkiss and Gage, 2011), y después de 1990, en la mayoría de los países de África al sur

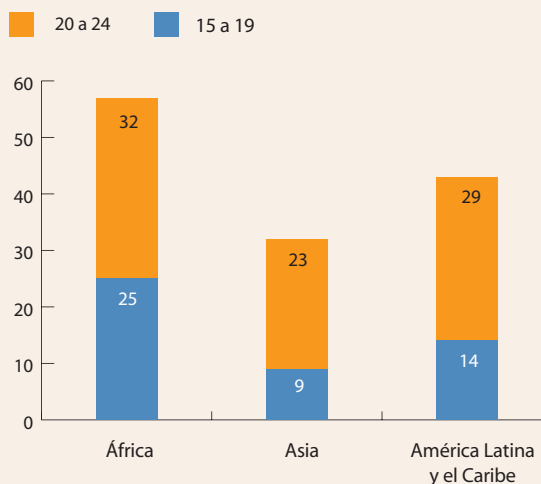
ABORTOS REALIZADOS EN MALAS CONDICIONES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

PORCENTAJE DEL TOTAL DE ABORTOS REALIZADOS EN MALAS CONDICIONES EN PAÍSES EN DESARROLLO Y PROPORCIÓN COMO PORCENTAJE DE LOS ABORTOS REALIZADOS EN MALAS CONDICIONES EN LA REGIÓN

Porcentaje entre adolescentes y jóvenes, como porcentaje del total de abortos realizados en malas condiciones a escala mundial



Desglose del porcentaje de abortos realizados en malas condiciones (15 a 24 años) en cada región



Fuente: Shah, I., Ahman, E (2004). "Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions. *Reproductive Health Matters*. 12(24 Supplement): págs 9-17.

del Sahara hubo muy poca disminución en las tasas de fecundidad de adolescentes (Loaiza and Blake, 2010). En los países del Cáucaso y de Asia central, en los últimos años se ha estabilizado la tasa de fecundidad de las adolescentes, tal vez debido a que la región ha alcanzado muy altas tasas de escolarización de las niñas, llegando a una paridad entre los géneros a nivel secundario y a una mayor cantidad de niñas que de varones que estudian a nivel terciario (United Nations, 2012). La única región donde la fecundidad en la adolescencia aumentó entre 2000 y 2012 fue el Asia sudoriental.

La necesidad de contar con datos completos

Para proteger el derecho a la planificación de la familia es necesario, en primer lugar, establecer datos básicos de referencia para comprender quiénes tienen actualmente acceso a la planificación de la familia y quiénes no lo tienen. Para asegurar la vigencia de ese derecho también es necesario comprender de qué manera los jóvenes y los adultos enfocan las relaciones sexuales, la sexualidad y la decisión de tener hijos. Hay nuevas tecnologías que posibilitan que los Estados comprendan mejor las tendencias demográficas y los factores ambientales que motivan a las personas a entablar relaciones sexuales e influyen sobre las tasas de fecundidad. Las tecnologías de las

comunicaciones digitales y móviles dan a las personas un acceso más fácil a la información acerca de sus derechos y de las obligaciones de sus gobiernos de respetarlos.

La evaluación de las tendencias de la planificación de la familia requiere un análisis pormenorizado de quiénes son las personas más vulnerables, cuyas necesidades se han descuidado, y qué factores contribuyen a la vulnerabilidad de esas personas y a su imposibilidad de disfrutar de su derecho a la planificación de la familia a lo largo de sus vidas (UNFPA, 2010).

Los datos demográficos fidedignos reflejan historias complejas y en evolución. Es cada vez más necesario que los interesados directos analicen esos datos, conjuntamente con la información acerca de las circunstancias sociales, culturales y políticas que condicionan la salud y causan una evolución en sus pautas. La Organización Mundial de la Salud afirma que esas *circunstancias sociales determinantes de la salud* son los factores a los que puede atribuirse “la mayor parte de la carga mundial de enfermedad y el grueso de las desigualdades en materia de salud” (World Health Organization, 2005). A todos los niveles—individual, comunitario y nacional—los determinantes sociales de la salud establecen las condiciones que influyen sobre la posibilidad de que las mujeres, los hombres, las jóvenes y los jóvenes varones tengan acceso a servicios de calidad de planificación de la familia cuando aspiran a prevenir o aplazar un embarazo, en diferentes etapas de sus vidas.

Por consiguiente, los responsables políticos deben utilizar datos integrales e intersectoriales sobre la dinámica de la población, incluidas las estructuras de edades y las tasas de urbanización, así como sobre otras tendencias. Limitarse a acrecentar la disponibilidad de métodos de planificación de la familia tal vez tenga escasa influencia sobre la reducción del embarazo no deseado, cuando se carece de análisis acerca de dónde es mayor la necesidad insatisfecha, dónde han sido débiles las medidas de defensa de los derechos reproductivos, o dónde hay barreras culturales, sociales, económicas o logísticas que impiden que las personas tengan acceso a la información y los servicios de alta calidad.

EN EL ECUADOR, LA PROMOCIÓN BASADA EN DATOS FIDEDIGNOS REDUNDA EN APOYO POLÍTICO Y FINANCIERO A LA PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Las tasas de fecundidad en el Ecuador varían entre distintos grupos de población. Por ejemplo, en el quintil de ingresos más bajos las mujeres tienen, en promedio, cinco hijos, en comparación con las mujeres del quintil de ingresos más altos, que tienen aproximadamente dos hijos. Esas disparidades reflejan la desigualdad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. En respuesta, el UNFPA, entabló relaciones de colaboración con el Ministerio de Salud y con organizaciones bilaterales y multinacionales, a fin de recopilar y analizar datos que documentaran las disparidades y promover cambios que rectificaran esas desigualdades. Gracias a los datos, en 2009 se fundó una nueva estrategia de planificación de la familia y prevención del embarazo en la adolescencia. Y en consecuencia, entre 2010 y 2012, el Ecuador acrecentó en más de 700% sus inversiones en el suministro de productos de salud reproductiva, incluidos los anticonceptivos, hasta llegar a 57 millones de dólares.



El Programa de Acción de la CIPD destaca la interrelación de la sexualidad humana y las relaciones entre generaciones, así como la manera en que todos esos factores afectan la posibilidad de hombres y mujeres de lograr y mantener su salud sexual y conducir sus vidas reproductivas. En consecuencia, los programas de planificación de la familia deben basarse en el análisis de los datos de tal manera que tomen en cuenta todas las etapas, sin solución de continuidad, de la actividad sexual, al mismo tiempo que las consecuencias de tal actividad sobre mujeres y hombres y sobre los distintos grupos de edades.

Conclusión

Las tasas de fecundidad, la necesidad insatisfecha, el abandono del método por quienes están utilizando anticonceptivos y los abortos realizados en malas condiciones, llegan a su máximo en los países más

pobres y, dentro de cada país, entre los grupos de población más desfavorecidos. En algunos países desarrollados persisten altos niveles de embarazo no deseado. También se registran pertinaces desigualdades en el acceso a servicios de planificación de la familia y su utilización, entre los grupos de elite, educados y en posición económica holgada, y el resto de la población. Por consiguiente, cuando se trata de utilizar métodos de planificación de la familia, los que pueden hacerlo, lo hacen, mientras que quienes tienen un acceso más limitado padecen necesidad insatisfecha y embarazo no deseado.

Cuando los responsables políticos de todo el mundo consideran la necesidad de información y servicios de planificación de la familia, deberían disponer de datos integrales y deberían tomar en cuenta las características de la actividad sexual, y no limitarse a considerar las tasas de fecundidad.

▲ Una pareja con su hijo en Vulcan. Rumania.
©Panos/Petrut Calinescu



Problemas para asegurar el acceso de toda persona a los servicios

En todo el mundo, hay un gran deseo insatisfecho de planificación de la familia en personas de diversas edades, diferentes grupos étnicos y múltiples lugares de residencia. Hay enormes variaciones en la capacidad de los países para ayudar a que sus poblaciones satisfagan ese deseo y garantizar los derechos de las personas.

En muchos países, hay leyes nacionales que ponen en práctica los compromisos internacionales en pro de los derechos humanos (Robison and Ross, eds, 2007). Pero es demasiado grande la cantidad de países donde los derechos de algunas personas—no todas—están garantizados como mera cuestión de principio.

Pese a las múltiples protecciones de índole jurídica, persisten las barreras que se oponen al acceso a los servicios—y a la vigencia de los derechos—. Algunas barreras atañen a los costos y la accesibilidad financiera. Otras corresponden a las dificultades para ofrecer de manera fiable suministros y servicios de calidad en zonas remotas, o a las distancias que deben recorrer las personas para obtener esos servicios de planificación de la familia. Otros obstáculos dimanen de normas o costumbres sociales, o de la desigualdad entre los géneros; y otros, de los marcos legislativos o de políticas.

Por consiguiente, hay muchos grupos que no están en condiciones de ejercer su derecho a decidir si tener o no hijos, cuándo tenerlos, y en qué condiciones. Las dificultades suelen residir en la discriminación directa e indirecta y la desigual aplicación de leyes, políticas y programas existentes.

A escala mundial, ciertas subpoblaciones enfrentan las mayores dificultades en cuanto a tener acceso a la información y los servicios que necesitan para planificar sus familias. Como resultado, el acceso a la planificación de la familia se asemeja más a un privilegio del que disfrutaban algunos que a un derecho universal ejercido por todos.

Enfrentar las barreras sociales y económicas con que tropieza la planificación de la familia

El Entendimiento común de las Naciones Unidas sobre un enfoque basado en los derechos humanos destaca la importancia de fomentar las capacidades de las personas para reivindicar sus derechos, así como las capacidades de los garantes de derechos para dar cumplimiento a sus obligaciones. Entre ellas, la provisión de servicios. En consecuencia, a fin de acrecentar el acceso y la utilización de servicios básicos de planificación de la familia es necesario desarrollar las capacidades para empoderar a las personas, en particular a los titulares de derechos que están marginados y son objeto de discriminación, y también desarrollar las capacidades de los garantes de derechos para responder a esas situaciones y rendir cuentas. Hay múltiples instituciones que pueden abordar, y abordan, las barreras que se oponen al ejercicio del derecho a la planificación de la familia.

Varios factores de índole social, cultural y económica pueden propiciar u obstaculizar la vigencia de los derechos, entre ellos, el acceso a la información y los servicios de planificación de la familia y la provisión de esos servicios. Esos factores pueden significar que la pertenencia a un grupo étnico, la edad, el estado civil, la condición de refugiados, el sexo, la discapacidad, la pobreza, la salud materna y otras características constituyan barreras contra el acceso de las personas a la planificación de la familia. Por otra parte, en materia de salud sexual

◀ *Brenda, de 16 años (a la izquierda) y su hermana mayor, Atupele, de 18 años (a la derecha), tienen buen desempeño académico pero tuvieron que abandonar la escuela porque su familia no podía sufragar el costo de la matrícula escolar. Ambas son ahora madres jóvenes.*

©Lindsay Mgbor/
Departamento del
Reino Unido para el
Desarrollo Internacional

y reproductiva, hay obstáculos de gran magnitud, como la desigualdad entre los géneros, la discriminación por motivos de género y la condición inermes de las mujeres en particular, que se interponen cuando ellas reivindican sus derechos y procuran asegurar su salud.

El cumplimiento de las obligaciones de los Estados relativas a la planificación de la familia requiere prestar especial atención a la igualdad entre los géneros

En muchos entornos, las normas relativas a los géneros toleran creencias, comportamientos y expectativas respecto de mujeres y hombres adultos, que agravan los riesgos y vulnerabilidades de salud para mujeres y hombres a lo largo de todas sus vidas. En contraste con los varones, con frecuencia la socialización de mujeres y niñas propicia que sean pasivas y estén poco educadas acerca de su salud sexual y reproductiva. La sexualidad—tema que abarca un múltiple conjunto de deseos, experiencias y necesidades—suele quedar circunscripta, limitándose a nociones de pureza y virginidad de las mujeres y las niñas. Las mujeres están sometidas a presiones para

“Como parte del esfuerzo encaminado a satisfacer las necesidades no atendidas, todos los países deberían tratar de individualizar y eliminar todas las barreras importantes que todavía existan para la utilización de los servicios de planificación de la familia”.

—Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrafo 7.19.

que se ajusten a normas sociales que restringen su actividad sexual y la legitiman únicamente dentro del matrimonio. A menudo se desalienta que las mujeres asuman la iniciativa de hablar de las relaciones sexuales, se nieguen a tener relaciones sexuales o hablen con su pareja de la planificación de la familia.

Las normas de masculinidad dominante imparten a los niños varones y los hombres ideas de que la sexualidad y el desempeño sexual son la clave de la masculinidad. Se les enseña que el disfrute de

relaciones sexuales es su prerrogativa y se los insta a asumir la iniciativa, lo cual crea sustanciales presiones (y suscita inseguridad). Las opiniones tradicionales sobre lo que significa ser un hombre pueden impulsar a los hombres a tener múltiples compañeras sexuales y a correr riesgos sexuales. En todo el mundo, se inculca a los hombres que ellos no son los principales responsables de la planificación de la familia, y a menudo no se los responsabiliza por los embarazos extramatrimoniales.

Ese diferente trato a niños varones y niñas a medida que van creciendo comienza a edad temprana y prosigue a lo largo de sus vidas. El resultado es que todos—niños, jóvenes, adultos—absorben en general los mensajes sobre cómo deben o no deben comportarse o pensar y desde un principio comienzan a establecer expectativas divergentes con respecto a sí mismos y a otras personas, en tanto mujeres o varones. Con frecuencia, esas expectativas se traducen, lamentablemente, en prácticas que pueden dañar la salud sexual y reproductiva.

Aun cuando son las mujeres quienes más sistemáticamente padecen a lo largo de sus vidas los efectos negativos de esas perjudiciales normas de género, las sociedades también socializan a los varones, adolescentes y niños, de maneras que conducen a deficientes resultados en su salud sexual y reproductiva. En muchas sociedades se alienta a los hombres a manifestar su virilidad asumiendo riesgos, afirmando su reciedumbre, soportando el dolor, manteniendo su hogar independientemente y teniendo múltiples compañeras sexuales. Las funciones y responsabilidades de un jefe de familia que la mantiene se inculcan a los niños varones y los hombres; las maneras predominantes de afirmar la propia virilidad requieren esos comportamientos y la asunción de esos papeles.

Si las normas de género se limitaran simplemente a marcar la *diferencia* en lugar de establecer una *jerarquía*, no habría necesidad de que las analizáramos aquí. Pero, en general, las normas de género establecen y refuerzan la subordinación de la mujer respecto del hombre y conducen a deficientes resultados en la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres. Con frecuencia, las mujeres no pueden tomar conocimiento de sus derechos,

ni obtener los recursos que podrían ayudarlas a planificar sus vidas y sus familias, sostener su adelanto en la escuela y apoyar su participación en la economía estructurada (*formal*) (Greene and Levack, 2010). A menudo, no se ofrece a los hombres acceso a la mayoría de las fuentes de información y servicios de salud reproductiva y se propicia la idea de que planificar la propia procreación no les incumbe, sino que es responsabilidad de la mujer.

Desigualdad entre los géneros en los programas de planificación de la familia

La desigualdad entre hombres y mujeres es un grave obstáculo que se opone a que las mujeres—y los hombres—puedan ejercer su derecho a la planificación de la familia. Al mismo tiempo, es un impedimento al desarrollo sostenible. La igualdad entre los géneros engloba la *meta general* de igualdad en los derechos, el acceso y las oportunidades. Al igual que la ausencia de discriminación por motivos de género, la igualdad entre los géneros denota la equidad en la *distribución* de recursos y de servicios (UNFPA, 2012b; Caro, 2009). A fin de asegurar la equidad y la justicia, los gobiernos deben procurar la igualdad entre los géneros adoptando estrategias y medidas de compensación de las desventajas históricas y sociales que impiden el disfrute de igualdad de oportunidades por las mujeres y los hombres (UNICEF, 2010).

Las barreras de índole jurídica, económica, social y cultural contra la salud y el acceso a los servicios de salud quedan reforzadas por las realidades psicológicas de la reproducción: son las mujeres quienes sufren las consecuencias de opciones deficientes en salud sexual y reproductiva y pagan esas consecuencias con su salud y, a veces, con sus vidas. Cuando se faculta a las poblaciones vulnerables proporcionando información, métodos y servicios apropiados, están en mejores condiciones para evitar muchos malos resultados de salud sexual y reproductiva que las afectan. Al prestar especial atención a la igualdad entre los géneros, es posible facilitar que tanto las mujeres como los hombres de todas las edades y en diversos ámbitos sociales planifiquen el momento de tener hijos y el espaciamiento entre ellos.

Las ideas rígidas sobre las actitudes y los comportamientos apropiados de los hombres y las mujeres



son normas aprendidas y construidas socialmente que varían entre distintos entornos locales e interactúan con factores socioculturales como clase social, raza, pobreza, casta, grupo étnico, orientación sexual y edad (Barker, 2005; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). Esas normas sociales y de género se aplican y se refuerzan en múltiples niveles, entre personas, en las familias y en grupos de gente de la misma edad, por conducto de actitudes y prácticas reinantes en las comunidades y en las instituciones.

▲ En Venezuela, una pareja acude a una clínica de atención prenatal para parejas.
© UNFPA/Raúl Corredor

ESTUDIO MONOGRÁFICO

Respuesta a la violencia por motivos de género en Tanzania

El programa *Jijenge!* en Tanzania reconoció los daños que estaba causando a las mujeres la desigualdad entre los géneros, incluidos los prejuicios a su salud

ASOCIACIÓN DE LAS ACTITUDES DE GÉNERO EQUITATIVAS CON LOS COMPORTAMIENTOS RESPECTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

	PUNTUACIÓN SEGÚN LA ESCALA GEM DE ACTITUDES DE GÉNERO EQUITATIVAS	Porcentaje de hombres que dicen que lo siguiente es importante			
		COMUNICACIÓN EN LA PAREJA	SATISFACCIÓN SEXUAL	ACOMPañAMIENTO A VISITAS PRENATALES	DETECCIÓN DEL VIH
BRASIL	BAJA	87	80	58	28
	MODERADA	84	91	68	31
	ALTA	87	95	87	38
CHILE	BAJA	50	50	27	21
	MODERADA	86	83	83	24
	ALTA	90	88	89	31
CROACIA	BAJA	70	61	69	5
	MODERADA	88	67	84	3
	ALTA	95	79	94	13
INDIA	BAJA	73	98	91	20
	MODERADA	65	98	91	12
	ALTA	64	98	93	6
MÉXICO	BAJA	71	86	75	16
	MODERADA	85	91	87	15
	ALTA	91	96	94	31
RWANDA	BAJA	--	83	--	85
	MODERADA	--	85	--	87
	ALTA	--	90	--	89

Fuente: International Center for Research on Women and Promundo, 2011.

sexual y reproductiva (Michau, Naker and Swalehe, 2002). El programa, que no se limitó a un típico enfoque biomédico de la salud sexual y reproductiva, integró en ella la igualdad entre los géneros, mediante tres estrategias:

- Proporcionar información y servicios clínicos para las mujeres, además de asesoramiento, a fin de que las mujeres determinaran las causas profundas de los problemas de salud sexual en sus comunidades;
- A fin de crear organismos y fuentes de servicios con mayor sensibilidad a las cuestiones de género,

capacitar a los agentes comunitarios, entre ellos, maestros de escuela, agentes de policía, jueces, grupos confesionales y de otros tipos, de modo que establecieran prácticas más propicias a las mujeres;

- Cambiar en las comunidades las actitudes con respecto a los géneros, estimulando el debate público sobre la situación de la mujer mediante folletos, teatro callejero, reuniones comunitarias y otras maneras de difundir información.

El programa constató que prestar atención concretamente a la violencia por motivos de género

(particularmente cuando los mensajes se enviaban por múltiples cauces) era más eficaz que un enfoque generalizado de la desigualdad entre los géneros. La clave era la participación de los hombres en los debates, al igual que el apoyo de miembros influyentes de la comunidad. ■

Dado que las actitudes más tradicionales de dominio del género masculino se correlacionan con peores resultados de salud, es lógico pensar que con otras actitudes en cuestiones de género se lograría mejorar los resultados y las prácticas de salud sexual y reproductiva (Pulerwitz and Barker 2006; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). La Encuesta internacional sobre los hombres y la igualdad de género (IMAGEN), por ejemplo, ha indicado que las prácticas más saludables están asociadas con calificaciones más altas en la escala GEM de actitudes de género equitativas, que miden las actitudes con respecto a la igualdad entre los géneros (*International Center for Research on Women and Promundo*, 2010).

Lo que expresan esos datos es que los hombres cuyas actitudes son más respetuosas probablemente tendrán mejores situaciones individuales y de pareja, que se reflejan en mejor comunicación dentro de la pareja, mayor satisfacción sexual, mayores oportunidades de acompañar a la mujer en sus visitas médicas prenatales y mayor probabilidad de haber solicitado una prueba de detección del VIH.

En los últimos 15 años, organizaciones no gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas y gobiernos han efectuado inversiones en programas que incluyen diversas acciones para combinar los cambios en las normas relativas al género con intervenciones de salud. Según investigaciones recientes, las medidas de fortalecimiento de actitudes de género más equitativas entre los hombres pueden influir sobre actitudes y prácticas respecto de la salud reproductiva (Pulerwitz and Barker, 2006; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007). Varios exámenes recientes a escala mundial de programas de salud sexual y reproductiva constataron que los que integraban consideraciones de género lograban mejores resultados (Rottach, Schuler and Hardee, 2011; Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Las actitudes y las expectativas culturales con respecto a la virginidad, el matrimonio y los papeles en



◀ Olivia Adelaide, técnica de laboratorio en el Centro Boane de Salud en Mozambique, que ofrece atención primaria de la salud y servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia y la detección del VIH.

©UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA DE LA MADRE AL HIJO

El hecho de tener reacción serológica positiva al VIH no necesariamente reprime el deseo de tener hijos, aunque una mujer en esas condiciones tal vez decida no tenerlos (Rutenberg et al., 2006). Las mujeres que viven con el VIH no pueden ejercer su *derecho a decidir la cantidad de hijos a tener, el momento de tenerlos, ni el espaciamiento entre ellos*, cuando las prácticas discriminatorias privan a esas mujeres de los medios y servicios necesarios para llevar a la práctica sus decisiones, por ejemplo, tener acceso a anticonceptivos, a servicios de planificación de la familia y de atención de la salud materna, y a medicamentos y servicios para prevenir la transmisión de la madre al hijo

El derecho a la salud y el derecho a la salud sexual y reproductiva dan a las mujeres que viven con el VIH atribuciones para tener acceso al tratamiento, la atención y los servicios necesarios a fin de prevenir la transmisión de la madre al hijo cuando están embarazadas. El riesgo de transmisión perinatal del VIH es inferior a 2% cuando el parto está atendido por personal cualificado, y además se aplican tratamientos antirretrovirus y prácticas de alimentación sin riesgo del niño. En ausencia de esos servicios de importancia crítica, el riesgo de transmisión es de entre 20% y 45% (*World Health Organization*, 2004a).

En países de ingreso bajo y mediano, según se estima, un 45% de las embarazadas con reacción positiva al VIH reciben al menos algunos medicamentos antirretrovirus para prevenir la transmisión del VIH de la madre al hijo (*World Health Organization, UNAIDS and UNICEF*, 2010).

la familia siguen siendo muy rígidas en muchos lugares y están reforzadas por la ansiedad con respecto a la sexualidad femenina, el poder y la independencia de la mujer y los peligros muy reales que enfrentan las niñas (Greene and Merrick, sin fecha). A medida que las niñas van permaneciendo en la escuela por períodos más prolongados, aumentan las probabilidades estadísticas de que lleguen a la madurez sexual mientras están matriculadas; las niñas corren riesgos que pocas escuelas abordan adecuadamente, entre ellos violencia sexual, exposición a las infecciones de transmisión sexual y el VIH, embarazo y procreación precoces y aborto en malas condiciones (Lloyd 2009). Obviamente, no todos esos riesgos son nuevos ni ocurren solamente en la escuela; muchas niñas que no asisten a la escuela también siguen casándose y teniendo hijos cuando todavía son adolescentes. Lo nuevo es la mayor posibilidad de fricción entre los papeles de la niña que han permanecido invariables (tareas domésticas, expectativas sobre la virginidad, conducción de su sexualidad y sus aspiraciones al matrimonio) y los que están cambiando (educación escolar, contacto con otros jóvenes de la misma edad, y mayor movilidad en algunos casos).

Un análisis realizado en cinco países africanos de la experiencia de niñas de 12 a 19 años que asistían a la escuela a los 12 años muestra que a cualquier edad, las niñas tienen menos probabilidades que

que la causa de que las niñas no completen su educación secundaria (Biddlecom et al., 2008; Lloyd and Mensch, 2008).

Redefinición de lo que significa ser “un hombre verdadero”

Al igual que las mujeres y las niñas, los hombres y los niños varones experimentan presiones sociales para adoptar ideas rígidas acerca de cómo deben comportarse, sentir e interactuar para ser considerados hombres verdaderos. Esos ideales son nociones aprendidas y no propios y connaturales de la pertenencia al sexo masculino (Connell, 1978; Connell, 1998). Cuando se les da la oportunidad de reflexionar críticamente respecto de esos ideales, con frecuencia los hombres y los niños varones pueden describir las presiones a que están sometidos para ser *hombres verdaderos*, concepto generalmente adscrito a asumir riesgos, tolerar el dolor, ser recio, mantener a la familia y tener múltiples compañeras sexuales (Flood, 2007).

La expresión *hombres verdaderos* por lo general denota la masculinidad hegemónica, el patrón prevaleciente de masculinidad según el cual los hombres se evalúan a sí mismos y a los demás. Los conceptos dominantes de masculinidad son complejos y difieren de una sociedad a otra, bajo la influencia de diversos factores, entre ellos cultura, raza, clase social y sexualidad (Kimmel, 2000). Por ejemplo, un grupo donde predomina una versión de la masculinidad dentro una cierta clase social o un cierto grupo étnico puede ejercer más poder respecto de otra clase u otro grupo, al igual que el dominio que ejerce la masculinidad heterosexual con respecto a la homosexual y bisexual (Marsiglio, 1998). En muchas sociedades, la masculinidad hegemónica está asociada con heterosexualidad, matrimonio, autoridad, éxito profesional, dominio étnico y/o reciedumbre física (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Los hombres y los niños varones que en sus actitudes y sus comportamientos se desvían de las normas masculinas dominantes son susceptibles de caer en el ridículo y ser objeto de críticas (Barker and Ricardo, 2005). Además, los varones jóvenes y adultos que se adhieren a esas ideas tradicionales de masculinidad tienen más probabilidades de

Un aborto realizado en malas condiciones es “un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado a cargo de una persona que carece de las aptitudes prácticas necesarias o en un entorno que no satisface los estándares médicos mínimos, o ambas cosas”.

Organización Mundial de la Salud (1992).

los varones de proseguir sus estudios primarios o secundarios y también de hacer la transición de la escuela primaria a la secundaria (Biddlecom et al., 2008). Las niñas son mucho más vulnerables al abandono escolar cuando han llegado a la madurez sexual y han experimentado relaciones sexuales premaritales; el embarazo precoz es incluso más desastroso para ellas. Algunas investigaciones recientes indican que el embarazo y el matrimonio precoces son probablemente más la consecuencia

adoptar prácticas sexuales más riesgosas (Sonenslein, ed. 2000). Los resultados al aplicar la Escala GEM de actitudes equitativas de género indican que la adhesión a opiniones más rígidas acerca de la masculinidad probablemente conducirá a actitudes o comportamientos que comprometen la propia salud sexual y la de sus compañeras (Pulerwitz and Barker, 2008).

No todos los adolescentes varones y no todos los hombres se identifican con las versiones de masculinidad dominantes en sus comunidades. Por ejemplo, los jóvenes de más alto nivel socioeconómico suelen tener más poder y más acceso a productos y oportunidades que los jóvenes de clases socioeconómicas más bajas (Barker, 2005). La evolución de la propia idea de quién es cada uno dentro de grupos de personas de la misma edad, familias y comunidades es un proceso dinámico que se va desarrollando a lo largo del tiempo (Connell, 1994). Las actitudes y las experiencias de los hombres, particularmente las conclusiones que extraen acerca de cuál es el comportamiento socialmente aceptable, tienen repercusiones sobre la inclinación de hombres y adolescentes varones a acudir o no a servicios de planificación de la familia y participar activamente con su pareja en la planificación de la familia.

En un estudio mundial realizado por la Organización Mundial de la Salud se constató que las modalidades culturalmente dominantes de la masculinidad, que suelen instar a los hombres a tener un estricto control emocional y cultivar la idea de la propia invulnerabilidad, obstan a su salud y a los comportamientos que la preservan, y los desalientan de acudir a servicios de salud o apoyar la salud de sus compañeras (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007).

Los hombres suelen carecer de oportunidades de cuestionar esas normas de comportamiento masculino y de reflexionar sobre la manera en que tales normas afectan la salud propia o la de su pareja. No obstante, algunos programas especialmente ideados han demostrado que los hombres, tanto jóvenes como adultos, pueden adoptar actitudes y comportamientos equitativos, asociados con mejores resultados de salud sexual y reproductiva (*International Center for Research on Women and Promundo*, 2010; *UN Women*, 2008).



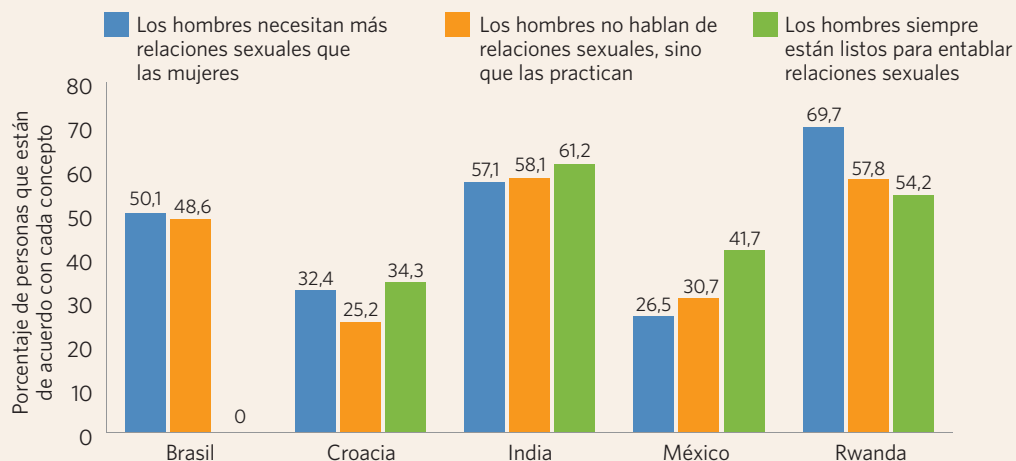
Las actitudes y normas reinantes sobre sexualidad obstaculizan el acceso a los servicios de jóvenes, personas solteras de todas las edades, hombres, adolescentes varones y grupos marginados

▲ Varios jóvenes en la Plaza Tahrir, en El Cairo. ©UNFPA/Matthew Cassel

Las normas sociales y culturales dictan quién, cuándo, con quién y con qué propósito, las mujeres y los hombres deberían tener relaciones sexuales. Se considera en general que la actividad sexual es aceptable solamente cuando las personas “correctas” la realizan en las condiciones “correctas”. Las perspectivas de grupos excluidos no se reflejan claramente en el diseño, la aplicación y evaluación de políticas y programas de planificación de la familia. Los impedimentos al acceso se dan por sentados, de conformidad con pautas de exclusión propias de cada medio social.

En sociedades de todo el mundo, las expectativas dictan que solamente haya relaciones sexuales entre personas casadas que tienen buena salud y son heterosexuales, monógamas, no demasiado jóvenes, no demasiado mayores, y cuya procreación satisface

RELACIÓN ENTRE ADHESIÓN A LOS CONCEPTOS DOMINANTES DE MASCULINIDAD Y SEXUALIDAD



Fuente: Encuesta Internacional sobre los hombres y la igualdad de género, *International Center for Research on Women* e Instituto Promundo, 2011.

las expectativas de sus familias y sus comunidades. Cuando la actividad sexual de una persona infringe alguno de esos rígidos cánones, la sociedad dificulta que esa persona tenga acceso a los métodos y servicios de planificación de la familia y a la educación al respecto.

Las normas sociales, reforzadas a lo largo del tiempo por actitudes y prácticas culturales profundamente enraizadas, subyacen al diálogo, o a su ausencia, relativo a los deseos sexuales de las personas, sus motivaciones y sus reservas acerca de utilizar servicios de planificación de la familia, además del estigma y la discriminación de que tal vez sean objeto. Por ejemplo, el caso de las adolescentes

solteras: pese a las numerosas pruebas existentes de que muchas tienen actividad sexual y que, desde el punto de vista de la salud pública, sería atinado prepararlas para conducir esa experiencia, las normas sociales excluyen que se aborden con ellas las relaciones sexuales o que se les ofrezca información sobre salud sexual y reproductiva y planificación de la familia.

Las condiciones sociales en las cuales se considera que la actividad sexual es “inaceptable” no eximen a los Estados del cumplimiento de sus obligaciones y sus compromisos en pro de la salud pública. Los gobiernos no pueden, por sí mismos, cambiar las actitudes y normas discriminatorias con respecto a las cuestiones sexuales. Pero pueden estructurar y coordinar procesos que mitiguen las barreras sociales al acceso a los servicios y la información, pueden fomentar las capacidades de los grupos marginados para que ejerzan sus derechos y pueden proporcionar a esas personas información y servicios adecuados, incluida una educación integral y objetiva sobre la sexualidad.

Al marginar los derechos de numerosas poblaciones se perjudican los objetivos nacionales de desarrollo. Esos grupos de población suelen ser los

“La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad ... La conducta sexual responsable, la sensibilidad y la equidad en las relaciones entre los sexos, particularmente cuando se inculca durante los años formativos, favorecen y promueven las relaciones de respeto y armonía entre el hombre y la mujer”.

—Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.34.

más vulnerables al descuido y la discriminación y, en muchos países, son los que tienen mayores necesidades insatisfechas. Entre quienes tienen una actividad sexual que transgrede las normas sociales reinantes y cuyo acceso a servicios fiables de planificación de la familia de calidad puede quedar obstaculizado son: 1) los jóvenes, 2) las personas no casadas de cualquier edad, 3) los hombres y los adolescentes varones, y 4) otros grupos marginados.

Si no se integran las políticas de planificación de la familia que promueven la inclusión social y si no se adopta un marco de derechos humanos, las instituciones responsables de proporcionar equitativamente información y servicios pueden descuidar de manera sistemática las necesidades de grupos enteros de población.

1 Los jóvenes

Pese a los compromisos asumidos por la comunidad internacional de eliminar las barreras que se oponen al acceso a la planificación de la familia para todos los grupos de población, las constataciones de la investigación indican que las necesidades de los jóvenes siguen siendo en gran medida desatendidas. La consecuencia es que la mayor generación de jóvenes en la historia no puede ejercer sus derechos reproductivos ni prevenir los embarazos no deseados, como tampoco mitigar los riesgos del abandono escolar, o protegerse a sí mismos contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Esta realidad y sus consecuencias perjudiciales son en gran medida susceptibles de prevención.

Actualmente, las personas de menos de 25 años constituyen un 44% del total de la población mundial y en los países en desarrollo, las cantidades de niños y de jóvenes han llegado a un máximo jamás alcanzado antes: 1.600 millones y 1.000 millones de personas, respectivamente. Solamente el grupo de niñas adolescentes de 10 a 19 años constituye casi la quinta parte del total de mujeres en edad de procrear (*Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation*, 2010; *Guttmacher Institute*, 2010a).

A medida que esos jóvenes van madurando y llegando a la adultez, sus realidades políticas, económicas y socioculturales conformarán las

oportunidades y los riesgos que enfrentan para planificar la procreación. En muchas sociedades, esos factores siguen reforzando actitudes y prácticas que restringen o desvían el acceso de los jóvenes a la educación y los servicios, recursos que los facultarían, al disponer de información, para escoger en qué momento tener hijos.

La mayor necesidad insatisfecha se registra entre los 300 millones de niñas adolescentes de entre 15 y 19 años de edad. Los riesgos del parto, tanto para la madre como para el recién nacido, son máximos cuando se trata de madres adolescentes, y es preciso no ahorrar esfuerzos para asegurar que se respeten los derechos de las adolescentes a disponer de servicios de salud sexual y reproductiva e información al respecto, incluida su protección contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH (UNICEF et al., 2011a). Cada día, 2.500 jóvenes, en su mayoría de sexo femenino, se agregan a los infectados con el VIH. Las jóvenes, tanto casadas como solteras, suelen necesitar la protección doble de un condón y un anticonceptivo moderno, a fin de protegerse contra el embarazo y las enfermedades.

En África al sur del Sahara y el Asia centro-meridional y sudoriental, más del 60% de las adolescentes que desean evitar un embarazo tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. Corresponde a esas adolescentes que no usan anticonceptivos modernos, ni dependen de métodos tradicionales, más del 80% de los embarazos no deseados en este grupo de edades.

Un análisis comparativo de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud en 40 países, efectuado por el *Guttmacher Institute*, constató que la proporción de los adolescentes que manifestaron que habían discontinuado el uso de un método mientras todavía necesitaban anticoncepción, oscilaba desde 4% en Marruecos hasta 28% en Guatemala. En todos los países, las tasas de discontinuación entre las adolescentes son superiores en un 25% a las correspondientes a mujeres de más edad, con variaciones regionales (Blanc et al., 2009). En todos los países, salvo Etiopía, las tasas de fracaso de los anticonceptivos entre los jóvenes eran mayores durante el primer año de uso.

Son muy pocos los jóvenes que pueden explorar su sexualidad en ámbitos saludables, disponiendo

de educación sobre sexualidad apropiada a las distintas edades, y de servicios, que los faculten para adoptar decisiones bien fundamentadas acerca de sus comportamientos sexuales y su salud reproductiva. Los programas de planificación de la familia pueden reflejar la creencia de que los jóvenes mantienen su abstinencia hasta el matrimonio. Este estándar sociocultural ya no refleja los diversos aspectos de la realidad de la vida sexual de los jóvenes.

Los jóvenes exploran su sexualidad y negocian sus vidas sexuales bajo la influencia de miembros de sus familias, prácticas religiosas, líderes comunitarios y otros jóvenes del mismo grupo de edades. En todos los países, los adolescentes, varones y mujeres, están expuestos a actitudes y comportamientos sobre cuestiones de género que conforman sus percepciones sobre las relaciones sexuales, la sexualidad y las relaciones en general, así como sus comportamientos. La calidad y el contenido de la información que reciben los jóvenes varían ampliamente y reciben la fuerte influencia de los grupos

de otros adolescentes (Kinsman, Nyanzi and Pool, 2000; Jaccard, Blanton and Dodge, 2005). Allí donde los adolescentes son especialmente vulnerables a la violencia por motivos de género, es posible que las adolescentes, en particular, estén expuestas a la violencia sexual y corren mayor riesgo de que su primera experiencia sexual sea forzada o se realice bajo coacción. La coacción es común en los casos de iniciación sexual precoz: en varios países, más de la tercera parte de las niñas manifiestan que en sus experiencias sexuales iniciales estuvieron sometidas a coacción (*World Health Organization*, 2012a).

En recientes análisis de datos sobre el comportamiento sexual de los jóvenes en 59 países no se detectaron tendencias universales a iniciar las relaciones sexuales a edades más tempranas. Las tendencias son complejas y varían sustancialmente de una región a otra y según el estado civil de las personas (Lloyd, 2005). Al mismo tiempo, las tendencias mundiales hacia postergar la edad del matrimonio contribuyeron a que disminuyera la proporción de

DISPARIDADES EN LAS TASAS DE FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENCIA: IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN Y EL INGRESO DEL HOGAR

Tasas de fecundidad por edades (nacidos vivos por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años), desglosadas por quintil de ingresos y por región

Región	Número de encuestas por países en la región	Promedio regional	Quintil más pobre	Quintil más rico	Proporción de tasas de fecundidad entre quintil pobre/quintil rico	% de niñas en edad escolar secundaria (primer nivel) que abandonaron la escuela
Asia oriental	4 de 7	42,4	75,6	17,6	4,3	10,0
Europa central y oriental, Asia central	6 de 8	52,7	7,0	31,3	2,3	9,6, 4,9**
América Latina y el Caribe	9 de 17	95,7	169,5	39,2	4,3	5,5
Oriente Medio y África septentrional	4 de 6	57,8	68,2	35,1	1,9	19,5
Asia meridional	4 de 8	107,0	142,0	57,9	2,5	27,3*
África al sur del Sahara	29 de 49	129,7	168,1	75,4	2,2	36,8
Promedio de todos los países	56 de 95	103,0	142,5	56,6	2,5	18,3

Fuente de los datos de fecundidad: Gwatkin et al., 2007.

Fuente de los datos de educación: UNESCO, Instituto de Estadística, 2010.

^ Incluye niños de 11 a 14 años (varía según los países)

*Incluye Asia meridional y occidental

**Los datos sobre educación se indican diferenciados para cada región



jóvenes mujeres que manifiestan que comenzaron a tener relaciones sexuales antes de cumplir 15 años (Lloyd, 2005; Greene and Merrick, sin fecha). No obstante, en las regiones donde prevalece especialmente el matrimonio precoz—Asia meridional y África central, oriental y occidental—la edad mediana de la primera relación sexual de las mujeres es inferior a la registrada, por ejemplo, en América Latina y el Caribe. Para los jóvenes varones, la edad de la primera relación sexual no está relacionada con su estado civil. Esas diferencias en las experiencias de los jóvenes son más pronunciadas en los países en desarrollo.

En evaluaciones comparativas de la salud sexual de los adolescentes en los Estados Unidos y en Europa se constató que, aunque la edad en que los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales es similar, los resultados son diferentes. En los Estados Unidos, un 46% de todos los alumnos de escuelas secundarias han tenido relaciones sexuales (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2010). Pese a similares niveles en la actividad sexual de los adolescentes en varios países europeos, entre ellos Francia, Alemania y los Países Bajos, las adolescentes sexualmente activas tienen probabilidades mucho menores de embarazo, parto o aborto; en los Estados Unidos, las tasas de embarazo, parto y

aborto de las adolescentes son aproximadamente tres veces, ocho veces y dos veces superiores a las de las mencionadas jóvenes europeas (*Advocates for Youth*, 2011). Las diferencias pueden atribuirse a políticas europeas que facilitan más el acceso de niñas y varones en edad escolar a servicios de salud sexual y a la información al respecto, además de respetar los derechos de los jóvenes y apoyar su salud: en Europa, los jóvenes tienen mayor acceso a servicios integrales de salud sexual, incluida la planificación de la familia, y a la educación sobre sexualidad; en Europa también se tiende a facilitar más la conversación sobre actividades sexuales con padres y madres y en la sociedad en general.

A escala mundial, están cambiando las pautas del matrimonio. Los jóvenes, mujeres y varones, están postergando la edad del matrimonio, y ha disminuido la cantidad de países en que la primera relación sexual coincide con el matrimonio en personas menores de 25 años, en comparación con generaciones anteriores (Lloyd, ed, 2005; Greene and Merrick, sin fecha). Esas tendencias redundan en aumentos en la tasa de prevalencia de las relaciones sexuales prematrimoniales entre los jóvenes. En los países desarrollados, hubo un marcado aumento en la cantidad de años entre la primera relación sexual y el matrimonio (Mensch, Grant and Blanc,

▲ Una pareja de recién casados en París.

©Panos/Martin Roemers

2005). El lapso transcurrido entre la primera relación sexual y la convivencia es más prolongado para los varones (tres a seis años) que para las mujeres (hasta dos años).

La ampliación del intervalo entre la edad de la primera relación sexual y la edad al contraer matrimonio por primera vez tiene consecuencias sobre los riesgos de salud sexual y las necesidades de los jóvenes, en particular las niñas en edad escolar. En un reciente análisis comparativo de 39 países se constató que—con la excepción de los casos de Benin y Malí—las niñas solteras (de 15 a 17 años) que asisten a la escuela tienen probabilidades considerablemente inferiores de haber tenido relaciones sexuales prematrimoniales, en comparación con las niñas de edad similar que no asisten a la escuela (Biddlecom et al., 2008; Lloyd, 2010). Aun cuando hay factores individuales, familiares y sociales que influyen sobre el comportamiento sexual y la participación escolar, esas constataciones destacan los efectos atribuibles a una educación en cuanto a la protección contra

▼ En Madagascar, un adolescente escucha explicaciones acerca de las relaciones sexuales sin riesgo.
©Panos/Piers Benatar



el embarazo en la adolescencia y sus consecuencias perjudiciales. Las pruebas recogidas en cinco países de África occidental indican que, en algunos lugares, el embarazo y el matrimonio precoces podrían ser las consecuencias, y no las causas, de que las niñas abandonen la escuela (Lloyd and Mensch, 2008).

Hay millones de jóvenes que tienen relaciones sexuales antes de que sus padres y madres lo reconozcan o que las instituciones respondan a sus necesidades. Esos jóvenes—casados y no casados—también necesitan servicios para evitar los embarazos no deseados y prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, pero a menudo carecen de acceso a los servicios.

La actividad sexual de los jóvenes pone en tela de juicio el énfasis en la abstinencia y la opinión de que las relaciones sexuales deben ocurrir estrictamente con fines de procreación. La realidad es que muchos jóvenes *no* se abstienen, y su actividad sexual *no* está motivada por el deseo de tener hijos. Varias evaluaciones cualitativas realizadas en países de África al sur del Sahara sugieren que, en general, los jóvenes no casados y sexualmente activos no quieren un embarazo (Cleland, Ali and Shah, 2006). Además, los jóvenes casados no necesariamente desean un embarazo cuando son jóvenes o, si ya han tenido un hijo, algunos desean aplazar el segundo embarazo.

Dado el deseo de los jóvenes de postergar la procreación y prevenir las enfermedades, tal vez el término “planificación de la familia” parezca no pertinente a sus necesidades. Varias investigaciones recientes tratan de este tema fundamental: muchos jóvenes pueden interesarse en los anticonceptivos para prevenir un embarazo no deseado y protegerse contra las infecciones de transmisión sexual, pero los mensajes convencionales sobre planificar la propia familia pueden parecer no pertinentes a sus necesidades. Para responder a esas necesidades y superar las barreras que se oponen a su acceso a la planificación de la familia, es preciso hacer hincapié en la anticoncepción y la prevención de enfermedades, y también en una educación integral sobre la sexualidad, basada en los derechos humanos, incluida la igualdad y la no discriminación, y en la reflexión acerca de los papeles de género y las actitudes y comportamientos en relación con la sexualidad (Cottingham, Germain and Hunt, 2010).

2 Personas no casadas de todas las edades

En comparación con anteriores generaciones, hay mayores cantidades de jóvenes y adultos en edad de procrear que tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio, sin ningún deseo inmediato de tener hijos (Ortega, 2012). Para asegurar su acceso a la planificación de la familia, independiente de su condición de casados o no casados, es preciso reconocer su actividad sexual con fines de placer e intimidad *antes* y *después* del matrimonio, al igual que dentro de él.

Los habitantes del mundo, en su mayoría, contraen matrimonio y su actividad sexual se realiza mayormente dentro del matrimonio (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009*). No obstante, muchas personas que nunca estuvieron casadas o cuyos matrimonios han finalizado tienen actividad sexual y desean utilizar métodos de planificación de la familia. Según datos recogidos recientemente, van en aumento las comunicaciones interpersonales entre adultos acerca de la planificación de la familia—al igual que el uso efectivo de los métodos—mientras todavía son solteros, y cuando están separados, o divorciados, o son viudos.

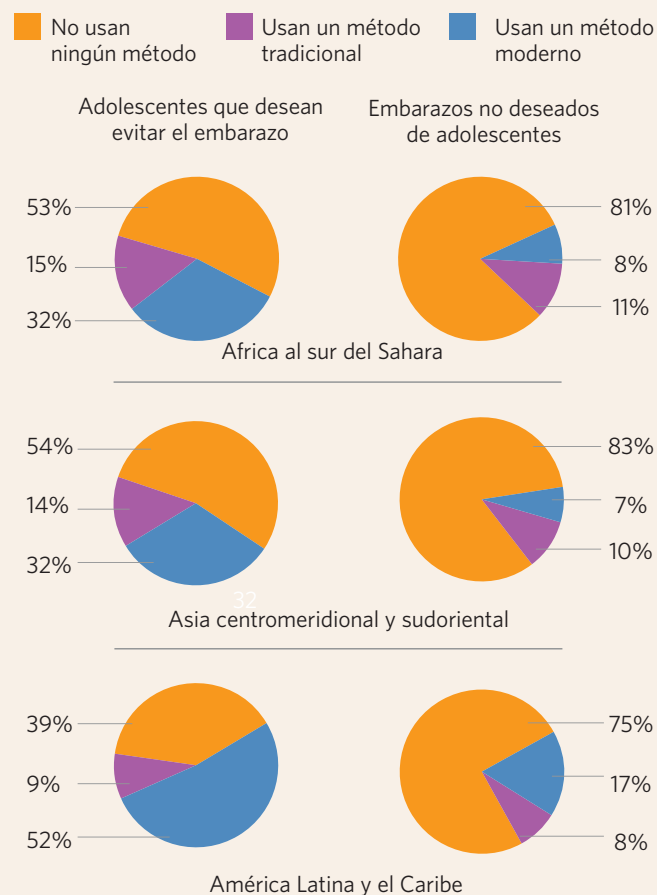
Cuando los programas estatales de planificación de la familia excluyen a esos grupos de personas no casadas, la planificación de la familia margina a una creciente porción de la población. Aun cuando las prácticas religiosas y las normas sociales establecen que el matrimonio es un requisito previo de la actividad sexual, el Estado tiene la obligación de asegurar el acceso a la planificación de la familia en beneficio de todas las personas que la necesitan, sin discriminación, sean cuales fueren sus creencias religiosas y sus prácticas sexuales.

En algunos países, va en aumento la proporción de personas que nunca han contraído matrimonio (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009*). En los últimos 40 años, aumentó desde 33 hasta 41 la cantidad de países donde hay al menos un 10% de mujeres que, al llegar a los 50 años de edad, nunca se han casado. Hay también grandes proporciones de hombres que nunca contraen matrimonio. Entre 1970 y 2000, aumentó

desde 31 hasta 49 la cantidad de países donde al menos un 10% de los hombres no están casados antes de cumplir 50 años.

Las uniones consensuales constituyen una creciente proporción de las personas que viven bajo un mismo techo, lo cual tiende a ser menos estable que los matrimonios oficiales. En América Latina y el Caribe, de las mujeres de entre 20 y 34 años de edad, más de una de cada cuatro vive en una unión consensual (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009*). Este arreglo es menos común en África al sur del Sahara y en Asia,

USO Y NECESIDAD INSATISFECHA DE ANTICONCEPTIVOS ENTRE ADOLESCENTES QUE DESEAN EVITAR EL EMBARAZO



Fuente: Guttmacher Institute and International Planned Parenthood Federation, 2010a.

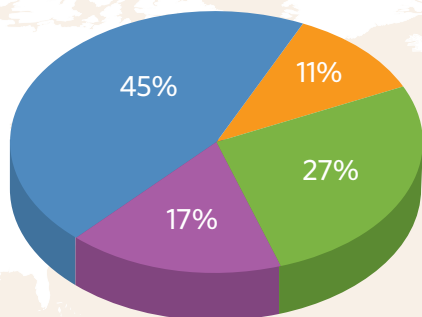
donde un 10% y un 2%, respectivamente, de las mujeres viven en uniones consensuales. En 16 países desarrollados, el porcentaje de mujeres que viven en uniones consensuales oscila desde casi 0 hasta 30. En la mayoría de los países para los que se dispone de datos, el porcentaje de mujeres en uniones consensuales llega a un máximo entre los 25 y los 29 años de edad (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009*).

A escala mundial, la proporción de adultos divorciados o separados se duplicó entre 1970 y 2000 (desde 2% hasta 4%). El divorcio y la separación son más frecuentes en los países desarrollados que en los países en desarrollo. Según *World Marriage Data, 2008*, en los países desarrollados, un 11% de las mujeres estaban divorciadas o separadas mientras que en los países en desarrollo, la proporción de

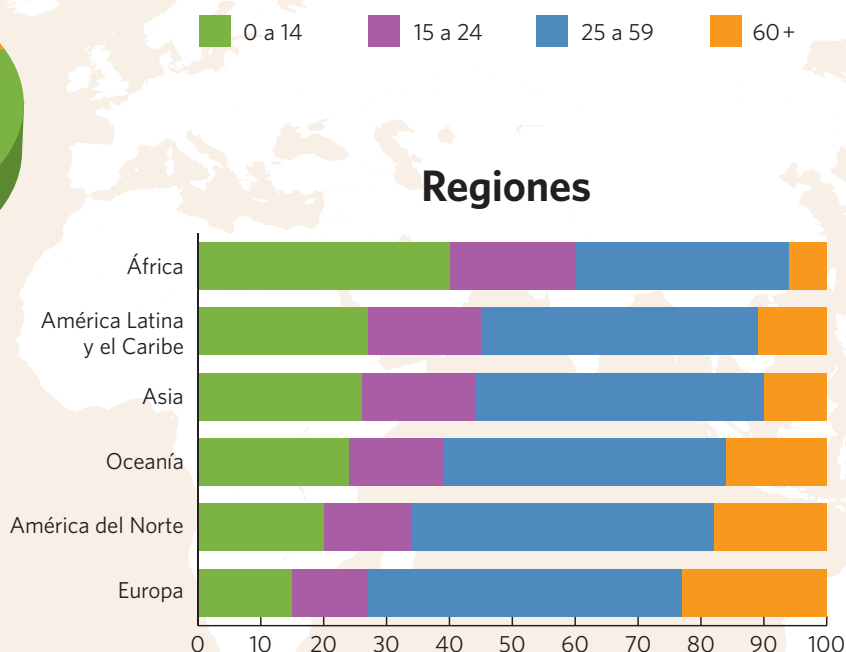
mujeres de las mismas edades que estaban divorciadas o separadas de sus esposos era solamente 2% (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2009*). Los datos correspondientes a 15 países industrializados entre 2006 y 2008 indican que la duración media del matrimonio oscila entre 10 y 17 años. Además, en los países pertenecientes a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, aproximadamente uno de cada cuatro matrimonios registrados es en segundas nupcias.

Los adultos están estableciendo parejas, permaneciendo en ellas y dándolas por terminadas según pautas muy diferentes de las de generaciones anteriores y sus necesidades de planificación de la familia, educación y servicios han asumido nuevas características. Las políticas y programas de planificación de la familia tienen oportunidad de replantear su focaliza-

¡AQUÍ ESTAMOS! DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE JÓVENES RESPECTO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL, POR REGIÓN



Todo el mundo



Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011).

ción de modo de no excluir a personas no casadas, es decir, o que nunca se casaron, o que se divorciaron, o que se separaron—transitoria o permanentemente—o que han enviudado.

En los países tanto desarrollados como en desarrollo, las normas sociales promueven—en diversos grados—la abstención de la actividad sexual hasta el matrimonio. Pese al más amplio apoyo a la educación integral sobre sexualidad en muchos entornos, el enfoque de “abstinencia hasta el matrimonio” de la planificación de la familia compromete la eficacia de los programas escolares de educación sobre la sexualidad y deja de lado las necesidades de salud sexual de adolescentes y de jóvenes adultos que son solteros y tienen actividad sexual. Las pruebas objetivas ponen de manifiesto que una educación sobre sexualidad que imparte el principio de “exclusivamente abstinencia hasta el matrimonio” no es eficaz (Kirby, 2008).

La “planificación de la familia” por lo general se focaliza en las necesidades de personas jóvenes casadas, que suelen ser las más fecundas. No obstante, hay una creciente cantidad de mujeres y hombres de más edad que, en etapas posteriores de su vida, a menudo *después* del matrimonio, deben negociar el uso de anticonceptivos y protegerse a sí mismos contra las enfermedades de transmisión sexual (*Organization for Economic Co-Operation and Development*, 2010). En la formulación de políticas y programas por lo general se pasan por alto los deseos de las personas de más edad (mayores de 49 años) de entablar relaciones sexuales. Esta omisión compromete los derechos de personas mayores sexualmente activas que desean protegerse contra resultados perjudiciales a su salud sexual y reproductiva, incluidos el embarazo no deseado de alto riesgo y las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH. Para satisfacer sus necesidades de planificación de la familia es necesario cuestionar las creencias generalizadas de que las personas mayores no tienen actividad sexual y no necesitan ejercer el derecho a la planificación de la familia.

Hay cantidades cada vez mayores de mujeres y hombres de más edad que están ingresando en las últimas etapas de su período de reproducción como personas solteras, divorciadas o viudas, lo cual crea



grandes grupos de personas que están en un período “posterior al matrimonio”. Varias investigaciones en Tailandia describieron la vulnerabilidad al VIH de los hombres de más edad (Van Landingham and Knodel, 2007), pero las investigaciones sobre planificación de la familia no han incluido esta cuestión. Con frecuencia, se dejan de lado las necesidades de salud sexual de las mujeres y los hombres de más edad debido a que, al igual que lo que ocurre con la adolescencia, las relaciones sexuales fuera del matrimonio con fines de placer e intimidad ponen en tela de juicio las normas sociales acerca de quiénes deberían tener relaciones sexuales y cuándo. En todos los países del mundo va en aumento la proporción de adultos que nunca se han casado, lo cual impone a los Estados nuevas obligaciones de satisfacer las necesidades de planificación de la familia de las personas mayores (*United Nations, Department of Economic and Social Affairs*, 2009). Los hombres y las mujeres de edad tienen necesidades insatisfechas de servicios “acogedores para personas maduras”.

La fecundidad masculina disminuye muy gradualmente a lo largo de muchos años (*Gutmacher*

▲ Anticonceptivos almacenados en la clínica de la Asociación Egipcia de Planificación de la Familia en Abo Attwa, cerca de Ismailiya.

©UNFPA/Matthew Cassel

Institute, 2003, citado en Barker and Pawlak, 2011). Los hombres de edad, que conservan su fecundidad durante períodos más prolongados que las mujeres, suelen carecer de apoyo para prevenir los embarazos de alto riesgo en sus relaciones, muchas de las cuales ocurren con mujeres de menos edad. Dado que van en aumento las cantidades de hombres y mujeres no casados que tienen relaciones sexuales *después* de haber concluido o haberse disuelto su matrimonio, si además se prestara atención a educar a los hombres de edad acerca de los beneficios y la disponibilidad de *todos* los métodos, entre ellos condones y vasectomías sin escalpelo, se podría facultar a las personas mayores para prevenir los embarazos no deseados y de alto riesgo, protegiendo así su derecho a la salud.

3 Los varones

Los hombres y las mujeres que están en relaciones heterosexuales pueden cooperar entre sí e intercambiar ideas acerca del momento de tener hijos y el espaciamiento entre ellos. No obstante, las necesida-

des y la participación de los hombres y los varones adolescentes en la planificación de la familia han sido objeto de escasa atención en comparación con sus papeles como fuentes de apoyo a la salud de la mujer (Barker and Pawlak, 2011). Considerando las pruebas recogidas y la creciente conciencia acerca de la importancia de involucrar a los hombres y a los adolescentes varones en las cuestiones de salud e igualdad entre los géneros, siguen teniendo alcance y magnitud limitados las respuestas de los países a las necesidades de planificación de la familia, relacionadas entre sí, de sus hombres y sus mujeres (Barker et al., 2010).

A lo largo de los últimos 20 años se ha ido acumulando una creciente cantidad de pruebas que demuestran que las normas de género perjudiciales influyen sobre las actitudes y los comportamientos de hombres y adolescentes varones, con consecuencias negativas tanto para las mujeres y las niñas como para los propios hombres y adolescentes varones (Barker, Ricardo and Nascimento, 2007; Barker et al., 2011). Similares programas de investigación en diversos entornos han señalado que los adolescentes varones y los hombres pueden adoptar actitudes y comportamientos propicios a la equidad entre los géneros, y a menudo lo hacen, de manera de reforzar mejores condiciones de salud para sí mismos, sus parejas y sus familias. Este concepto se está incorporando cada vez más en las políticas y los programas de planificación de la familia.

Además, varias convenciones y acuerdos internacionales, entre ellos el Programa de Acción de la CIPD, afirman la importancia de que los hombres se involucren en la vida de la familia, incluidas las cuestiones de salud sexual y reproductiva y planificación de la familia. Actualmente, es mayor la cantidad de gobiernos que han entablado diálogos sobre políticas relativas a los papeles del hombre en la salud sexual y reproductiva y va en aumento la cantidad de profesionales del desarrollo que integran las cuestiones de género en la formulación de programas.

La comunidad internacional ha reconocido que el hombre ejerce considerable influencia sobre las preferencias de la pareja en materia de fecundidad (UNFPA, 1994; Bankole and Singh, 1998). Muchas instituciones, así como centros de servicios

EN LOS PAÍSES BAJOS HAY BAJAS TASAS DE EMBARAZO NO DESEADO Y DE ABORTO ENTRE LOS JÓVENES

Los Países Bajos han superado los obstáculos al acceso de los jóvenes de diversas maneras (Greene, Rasekh and Amen, 2002). Entre los cambios principales cabe señalar: educación integral sobre la sexualidad en escuelas primarias y secundarias, incluida la instrucción sobre las relaciones, los valores, el desarrollo sexual, las aptitudes para conducir una vida sexual saludable y la tolerancia de la diversidad, temas para los cuales los maestros reciben regularmente formación sobre contenidos y enfoques didácticos; provisión de información fidedigna a padres, madres, médicos de familia, clínicas acogedores para los jóvenes y medios de difusión; garantías del carácter confidencial de la relación entre pacientes y médicos, incluidos los pacientes que son jóvenes adolescentes; y campañas nacionales explícitas y con buen humor acerca de la salud sexual. En los Países Bajos, el tema dominante en el compromiso en pro de políticas de salud sexual y reproductiva de la juventud es que las leyes deben ser atinentes a la realidad y no a planteos ideológicos (Ketting, 1994). En síntesis, el Gobierno respondió a las necesidades y aseguró la vigencia de los derechos de los jóvenes, gracias a políticas que velan por su acceso a la información y los servicios. Actualmente, en los Países Bajos, las tasas de embarazo no deseado y de aborto son las más bajas del mundo.

y organizaciones de la sociedad civil, todavía deben superar la creencia común de que los adolescentes varones y los hombres no se interesan en la planificación de la familia. Desde edades tempranas, se les inculca que la regulación de la fecundidad es responsabilidad de la mujer; e incluso los hombres que desean tener un papel más activo suelen quedar marginados por los servicios. Varias investigaciones de las maneras en que las normas de género influyen sobre los adolescentes varones y los hombres han puesto en tela de juicio los estereotipos acerca de sus actitudes y comportamientos, y han destacado las oportunidades de promoción de la salud y las acciones para lograr una mayor igualdad entre los géneros.

Los comportamientos y necesidades sexuales de los hombres acusan considerables diferencias entre una región y otra. Los más recientes datos disponibles de las Encuestas Demográficas y de Salud en 39 países sugieren que los jóvenes siguen teniendo relaciones sexuales antes de contraer matrimonio (*IFC Macro DHS Statcompiler*). La discrepancia entre la edad de la primera relación sexual y la edad al contraer matrimonio oscila desde 1,1 año en el Asia meridional y sudoriental hasta 6,8 años en América Latina y el Caribe. En África al sur del Sahara, los hombres jóvenes contraen matrimonio 4,8 años después de su primera relación sexual.

Cuando durante el intervalo entre la primera relación sexual y la entrada en el matrimonio no se llega a los adolescentes y los hombres jóvenes con servicios e información apropiados, ellos—al igual que sus parejas—corren mayores riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual y tener embarazos no deseados. Los programas de planificación de la familia en beneficio de parejas y con fuertes vínculos con la salud de la maternidad tienen menos probabilidades de llegar hasta esos hombres.

En parte, como resultado de medidas de prevención del VIH, los hombres jóvenes han ido cobrando cada vez mayor conciencia de los métodos anticonceptivos de que disponen (Abraham, Adamu and Deresse, 2010). Los hombres que viven en unión tienen mayores probabilidades de estar al corriente de los métodos anticonceptivos disponibles; en los últimos años, están cada vez más al tanto de la

disponibilidad de condones, mientras que la vasectomía sigue relativamente dejada de lado.

Aun cuando los hombres conocen cada vez mejor los métodos anticonceptivos masculinos, sigue correspondiendo a las mujeres un 75% del uso de anticonceptivos a escala mundial (*United Nations*, 2011). En 2009, las Naciones Unidas informaron que en las regiones en desarrollo, solamente un 9% de las mujeres casadas utilizaban métodos anticonceptivos que requerían participación masculina (condones y esterilización masculina) (*United Nations*, 2009).

A lo largo del tiempo, han ido cambiando las preferencias de los hombres en materia de fecundidad. Actualmente, en general los jóvenes varones desean tener familias más pequeñas. Por consiguiente, los jóvenes y los hombres adultos pueden tener un creciente deseo de disponer de información y servicios que los ayuden a escoger cuándo tener hijos (Alan Guttmacher Institute, 2003).

El uso de anticonceptivos por los hombres jóvenes (15 a 24 años de edad) varía apreciablemente

▼ *Un hombre en Kinaaba, Uganda, carga a su hijo mientras su esposa recibe una inyección con fines anticonceptivos a largo plazo.*
©UNFPA/Omar Gharzeddine



en todo el mundo, pues en partes de América del Norte, Europa y América Latina y el Caribe, entre 63% y 93% de los hombres jóvenes manifiestan que usan anticonceptivos (*United Nations*, 2007). Esas cifras contrastan marcadamente con las correspondientes a países de África al sur del Sahara donde menos de un 50% de los varones jóvenes sexualmente activos dijeron que habían usado un condón en su más reciente relación sexual. A escala mundial, la esterilización femenina sigue siendo el método más comúnmente utilizado, elegido por un 20% de las mujeres casadas (*United Nations*, 2011). La proporción es muy superior en algunos países, en función de las pautas de fecundidad y la gama de métodos reversibles de que disponen las mujeres.

“Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes ... Se exhorta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, atiendan a las necesidades especiales de los adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas. Esos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida en familia, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA”.

—Programa de Acción de la CIPD, párrafos 7.46 y 7.47.

La comunidad internacional ha cultivado con mayor ahínco la participación de los hombres en la prevención del VIH, y las medidas comunitarias de prevención han contribuido a la mayor utilización de condones masculinos. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud manifiesta que en los países en desarrollo, menos de una tercera parte (31%) de los hombres jóvenes comprende “cabal y fielmente” las características del VIH, lo cual indica que se necesita mayor apoyo a la salud sexual y reproductiva de los hombres, incluidos el

suministro de anticonceptivos y la educación sobre sexualidad (*United Nations*, 2009b).

Los hombres expresan cada vez más el deseo de involucrarse en la planificación de sus familias, incluida la reducción del número de embarazos no deseados (Barker and Pawlak, 2011). En algunos países—Brasil, Alemania, México, España y los Estados Unidos—hasta un 50% de los hombres son receptivos a la posibilidad de utilizar anticonceptivos de base hormonal si se dispusiera de esos métodos (Glasier, 2010). Cuando se involucra en los programas de planificación de la familia a los hombres en edad de procrear desde las etapas iniciales, es posible promover una comunicación más constructiva entre los miembros de las parejas acerca del momento de tener hijos y el espaciamiento entre ellos.

4 Otros grupos marginados

Poblaciones indígenas y minorías étnicas.

A menudo, las poblaciones indígenas y las minorías étnicas carecen de acceso a la planificación de la familia. Los resultados de entrevistas cualitativas indican que los propios encargados de los servicios manifiestan tener dificultades para brindar asistencia a las mujeres pertenecientes a grupos étnicos e indígenas, debido, con frecuencia, a la incapacidad para comunicarse adecuadamente o comprender sus prácticas culturales (Silva and Batista, 2010; Cooper, 2005). Los prejuicios contra esos grupos pueden redundar en menores niveles de inversión en su salud sexual y reproductiva (*United Nations Economic and Social Council*, 2009).

Las perjudiciales consecuencias de insuficientes inversiones gubernamentales se reflejan en las grandes disparidades entre mujeres indígenas y no indígenas en los principales indicadores de salud materna y salud reproductiva, entre ellos, tasas de mortalidad derivada de la maternidad, tasas de fecundidad total y tasas de necesidad insatisfecha de planificación de la familia (Silva and Batista, 2010).

En varios países de todo el mundo, hay pronunciadas desigualdades en cuestiones de salud entre grupos indígenas y no indígenas. Por ejemplo, en Guatemala, donde los grupos indígenas (Maya, Xinka, y Garifuna) constituyen casi un 40% del

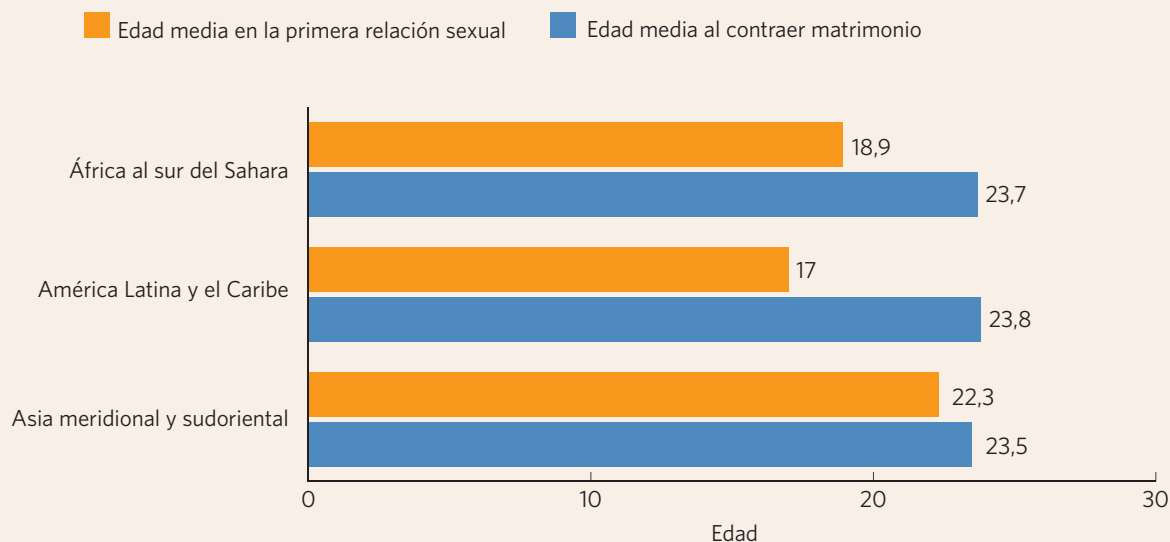
total de la población y un 75% de sus pobres, tienen necesidad insatisfecha de planificación de la familia un 39% de las mujeres indígenas casadas de 15 a 49 años de edad y, en consecuencia, no pueden ejercer su derecho a la planificación de la familia (*Guatemala Ministry of Public Health and Social Assistance*, 2003). En cambio, únicamente un 22% de las mujeres no indígenas tienen necesidad insatisfecha de planificación de la familia. Esas disparidades en el acceso a los servicios contribuyen a las altas tasas de fecundidad (6,1) de las mujeres indígenas, quienes también corren mayores riesgos de defunción derivada de la maternidad, en comparación con las mujeres no indígenas.

ESTUDIO MONOGRÁFICO

El UNFPA y los grupos indígenas en América Latina:

A fin de abordar las altas tasas de mortalidad de madres y recién nacidos entre las mujeres, las jóvenes y las adolescentes indígenas, el UNFPA estuvo tratando de acrecentar su acceso a servicios de calidad de salud materna y neonatal que sean seguros y culturalmente aceptables (UNFPA 2012c), al hacerlo, el UNFPA ha estado promoviendo el diálogo intercultural entre sistemas de salud tradicionales y sistemas de salud nacionales, predominantemente occidentales y alopáticos, apoyando al mismo tiempo las

LA NECESIDAD DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA A CONSECUENCIA DEL LAPSO MULTIANUAL ENTRE LA EDAD DEL HOMBRE AL TENER SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL Y LA EDAD AL CONTRAER MATRIMONIO



- En África al sur del Sahara los hombres tienen relaciones sexuales aproximadamente cinco años antes de contraer matrimonio.
- En América Latina y el Caribe, los hombres jóvenes inician sus relaciones sexuales mayormente antes de cumplir 18 años, y después esperan casi siete años antes de contraer matrimonio.
- En el Asia meridional y sudoriental, la distancia (1,1 año) entre la edad en que los hombres manifiestan que tuvieron su primera relación sexual, y la edad al contraer matrimonio, es apreciablemente inferior a la registrada en otras regiones.

Fuente: Países seleccionados, y datos más recientemente disponibles de las Encuestas Demográficas y de Salud. IFC Macro DHS Statcompiler.

PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA EN SITUACIONES DE ASISTENCIA HUMANITARIA: SOMALIA

En Somalia, las mujeres tienen las más altas tasas de fecundidad del mundo, con un promedio de más de seis hijos cada una (UNFPA, 2012b). Pese a los conflictos, la hambruna y las altas tasas de mortalidad de madres, lactantes y niños, en los últimos 50 años la población del país casi se ha triplicado. En esta sociedad pastoral, en este país donde tantas vidas se han perdido debido a las guerras, los niños tienen un enorme valor.

A lo largo de los dos últimos decenios de conflictos en Somalia, dada la ausencia desde 1991 de un Gobierno central en funcionamiento, la atención internacional se ha focalizado en resolver la crisis política y enviar socorro de emergencia. En esas circunstancias, no se ha asignado prioridad a formular los programas ni a crear la infraestructura necesaria para los servicios de salud, de modo de generar y satisfacer una demanda de servicios de planificación de la familia.

Hay quienes opinan que la única manera de comunicarse eficazmente sobre el tema de la planificación de la familia con los somalíes, muchos de quienes son devotos musulmanes sunitas, es por conducto de la religión. La colaboración con organizaciones confesionales puede mitigar las presiones religiosas y sociales sobre las mujeres que practican el espaciamiento de los alumbramientos. Los métodos tradicionales, como el retiro y el amamantamiento exclusivo, son los aceptados más fácilmente en la sociedad somalí. El UNFPA está colaborando con organizaciones no gubernamentales y gubernamentales en la provisión de suministros y servicios de salud reproductiva. Dado que actualmente el peor período de hambruna ya es cuestión del pasado, Somalia tienen oportunidad de prestar atención a los programas de planificación de la familia, como medio de salvaguardar el bienestar de futuras generaciones.

intervenciones de base comunitaria que movilizan a las comunidades a fin de salvar vidas de mujeres. Las funciones de “intermediación cultural” que desempeñan las autoridades y los líderes indígenas, incluidas las parteras tradicionales, son fundamentales en ese proceso.

El UNFPA también contribuyó a promover los conocimientos sobre las poblaciones indígenas en el plano regional y nacional mediante estudios cualitativos y cuantitativos, promoviendo la inclusión de temas relativos a poblaciones indígenas en los censos de población y vivienda y contribuyendo a mejorar los registros de salud y otros registros administrativos. ■

Personas con discapacidad. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad reconoce sus particulares derechos y estipula

las correlativas obligaciones de los Estados. La Convención especifica que las personas con discapacidad tienen facultades jurídicas en igualdad de condiciones con las demás personas (Artículo 12), tienen derecho a contraer matrimonio, a fundar una familia y a mantener su fecundidad (Artículo 23), y también a tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (Artículo 25).

Las investigaciones constatan que las personas con discapacidad padecen discriminación que infringe sus derechos y que los prejuicios sociales menoscababan su posibilidad de sobresalir en los planos académico, profesional y personal (*World Health Organization*, 2011). Además, las personas con discapacidad tienen peores niveles socioeconómicos y padecen pobreza (Scheer et al., 2003; *European Commission*, 2008).

A escala mundial, está generalizada la creencia de que las personas con discapacidad son ajenas a las cuestiones sexuales y deberían estar sujetas a un estricto control de su sexualidad y su fecundidad (*World Health Organization*, 2009). Las personas con discapacidad tienen actividad sexual y varios estudios han documentado grandes necesidades adicionales insatisfechas de planificación de la familia (Maart and Jelsma, 2010; *World Health Organization*, 2009). Pese a las disposiciones legales que otorgan a las personas con discapacidad el derecho a planificar sus embarazos y determinar el momento de tenerlos, es muy probable que se las excluya de los programas de educación sobre sexualidad (Rohleder et al., 2009; *Tanzanian Commission for AIDS*, 2009). Varios estudios también han documentado casos de esterilización involuntaria de mujeres con discapacidad (Servais, 2006; Grover, 2002). La esterilización sin el consentimiento de los interesados infringe las normas internacionales de derechos humanos.

Personas que viven con el VIH. Las investigaciones realizadas en países tanto desarrollados como en desarrollo indican que las personas que viven con el VIH no reprimen su deseo de tener hijos (Rutenberg et al., 2006). Las consideraciones particulares respecto de mujeres y hombres que viven con el VIH y están previendo la posibilidad del embarazo siguen imbuidas del estigma y la discrimi-

nación de que son objeto por parte de sus familias, sus comunidades y los sistemas de salud (Oosterhoff et al., 2008).

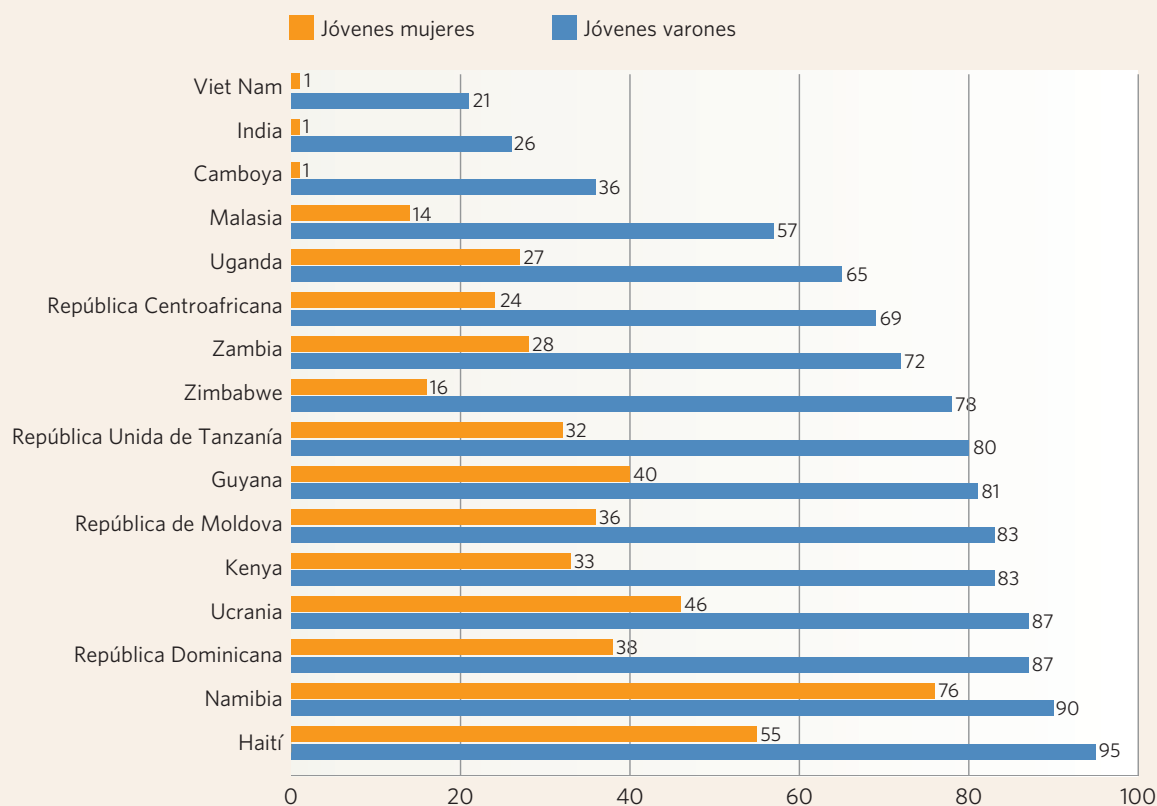
Para las mujeres y los hombres que tienen acceso a tratamientos antirretrovirus, actualmente un caso con diagnóstico de VIH puede atenderse en gran medida de manera similar a una enfermedad crónica. Aun cuando no se ha logrado el acceso a tratamientos que salven vidas en todas las partes del mundo, la comunidad internacional ha hecho considerables progresos hacia la ampliación de ese

acceso. En países de ingresos bajos y medianos, la cantidad de personas que reciben tratamiento llegó a 6,65 millones, lo cual representa un aumento de 16 veces en siete años (*World Health Organization*, 2011). A medida que prosiguen los adelantos hacia el acceso universal al tratamiento antirretrovirus, va en aumento la cantidad de personas que viven con el VIH y tratan de encontrar maneras de expresar su sexualidad y planificar sus familias.

Las mujeres y los hombres que viven con el VIH manifiestan que experimentan intensas presiones

LOS VARONES JÓVENES TIENEN MAYORES PROBABILIDADES QUE LAS MUJERES JÓVENES DE HABER ENTABLADO EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES RELACIONES SEXUALES DE ALTO RIESGO CON UNA PAREJA NO CONYUGAL CON QUIEN NO VIVEN (PORCENTAJE DE JÓVENES, 15 A 24 AÑOS)

Consecuencias para la planificación de la familia: las personas casadas y no casadas necesitan acceso a los anticonceptivos a fin de prevenir el embarazo no deseado



Fuente: AIS, DHS, MICS y otras encuestas nacionales por hogares, 2005-2009. Para cada país, los datos se refieren a los años más recientemente disponibles en el período especificado.

Patience Mapfumo, ▶
de 37 años de edad,
oriunda de Zimbabwe,
con su hijo de cinco
años de edad, Josphat,
quien nació libre de
VIH.

© Elizabeth Glaser
Pediatric AIDS Foundation



por parte de sus familias, los líderes comunitarios y los encargados de servicios para que desistan de su idea de tener hijos. Las justificaciones de esta presión, en su mayoría, son preocupaciones acerca del riesgo de transmisión perinatal del VIH o con respecto al bienestar de los niños, cuyos progenitores pueden morir prematuramente a causa del SIDA (Cooper et al., 2005; IPPE, 2005). A medida que las personas que viven con el VIH van manteniendo vidas cada vez más prolongadas, va en aumento la cantidad de quienes consideran la posibilidad de procrear. En la mayoría de las sociedades, la procreación es un componente fundamental de la identidad social de mujeres y hombres; con frecuencia se espera que “las personas saludables” tengan hijos, como parte de las presiones que ejercen las familias o la comunidad.

El estigma adscrito a las intenciones de personas con reacción positiva al VIH en cuanto al embarazo varía en función de los diferentes entornos. Por ejemplo, estudios realizados en Zimbabwe comprobaron que tal vez las mujeres aspiren a tener hijos pero no se sienten suficientemente seguras como para plasmar sus deseos, por temor a posibles repercusiones de la comunidad, en particular debido a la posible transmisión del VIH a sus hijos (Feldman and Maposhere, 2003; Craft et al., 2007). Otros estudios en Côte d’Ivoire y Sudáfrica mostraron que algunas mujeres quieren quedar embarazadas precisamente para evitar el estigma de no procrear, basado no solamente en las expectativas sociales de que las mujeres han de ser madres, sino también en las maneras en que evitar el embarazo suele interpretarse como indicio de reacción serológica positiva al VIH (Aka-Dago-Akribi et al., 1999).

Debido a que los condones son el método anticonceptivo más ampliamente disponible, que también protege contra la transmisión del VIH, la Organización Mundial de la Salud recomienda que los hombres y las mujeres que viven con el VIH y tratan de evitar el embarazo utilicen condones, con o sin la adición de otro método anticonceptivo (*World Health Organization*, 2012; Cooper et al., 2007).

Varios estudios indican que el VIH puede tener efectos perjudiciales sobre la fecundidad, tanto masculina como femenina (Lyerly, Drapkin and

POLÍTICAS QUE LIMITAN LA PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA

Mujeres hondureñas con acceso limitado a la anticoncepción de emergencia

En 24 octubre 2009, el Ministerio de Salud de Honduras publicó en el diario oficial “La Gaceta” la prohibición sobre la promoción, venta y compra, la distribución y comercialización de fármacos de anticoncepción de emergencia, en farmacias o cualquier otro medio de adquisición. Desde entonces, el acceso y utilización de este producto no está permitido incluso en víctimas de violación sexual.

Restricciones a la planificación de la familia en Manila

Durante más de diez años, la prohibición de los anticonceptivos modernos en la ciudad de Manila, Filipinas, denegó a las mujeres el acceso a la planificación de la familia. En 2000, el Alcalde de Manila promulgó un decreto por el que desalentaba el uso de métodos artificiales de anticoncepción, como condones, píldoras, dispositivos intrauterinos, esterilización quirúrgica y otros métodos. Los centros de salud en la ciudad que reciben financiación municipal tienen vedado ofrecer anticonceptivos modernos.

En 2008, varios querellantes presentaron una demanda judicial contra la ciudad en que cuestionaban la constitucionalidad de la prohibición y aducían que infringe las obligaciones de Filipinas en virtud del derecho internacional. La causa judicial fue desestimada, después fue objeto de apelación y finalmente, fue desestimada nuevamente por la Corte Suprema. La causa judicial fue reiniciada en abril de 2009 ante el Tribunal Regional de la ciudad de Manila.

Fuente: *International Consortium for Emergency Contraception*, 2012; *Center for Reproductive Rights*, 2012; *Center for Reproductive Rights*, 2010; *EnGendeRights*, 2009.

Anderson, 2001). Además, entre parejas discordantes—en que una persona tiene reacción positiva al VIH y la otra, no—varían las maneras de tener hijos sin riesgos. Cuando es la mujer quien tiene reacción positiva al VIH, la inseminación artificial puede reducir el riesgo de infección; cuando es el hombre, el embarazo puede ser más complicado, problemático y costoso (Semprini, Fiore and Pardi, 1997).

Las personas pobres. Aun cuando en los últimos 20 años mejoraron los resultados en materia de salud sexual y reproductiva, se amplió la brecha entre ricos y pobres (UNFPA, 2010), lo cual acrecentó la cantidad de personas impedidas de ejercer el derecho a la planificación de la familia. Además, varias investigaciones constatan que una parte desproporcionada de los gastos públicos en salud y educación se asigna a los sectores más ricos de la sociedad, con lo cual se exacerbaban las probabilidades de que sigan ampliándose las actuales desigualdades entre distintos países y dentro de un mismo país (Gwatkin, Wagstaff and Yazbeck, 2005).

Las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en 24 países de África al sur del Sahara comprueban que las mujeres más pobres y menos educadas han “perdido terreno”, y las adolescentes pobres tienen los niveles más bajos de uso sostenido de anticonceptivos y las más altas necesidades de planificación de la familia (UNFPA, 2010). Por ejemplo, solamente 10% de las adolescentes más pobres usan anticonceptivos, en comparación con 38% de las pertenecientes a hogares más ricos.

La exclusión social dificulta más que los pobres tengan acceso a información y servicios de planificación de la familia, en comparación con personas de más alto nivel económico. Esas disparidades menoscaban la salud de la mujer y los derechos de hombres y mujeres y malogran las medidas de reducción de la pobreza (Greene and Merrick, 2005). Por ejemplo, varias investigaciones han comprobado que aumentaron las tasas de natalidad entre las adolescentes menos educadas y pobres, residentes mayormente en comunidades rurales (UNFPA, 2010). En cambio, las adolescentes más educadas pertenecientes al 60% de los

“La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva que no suelen encararse de manera adecuada”.

Programa de Acción de la CIPD, 1994, párrafo 7.3

hogares de más alta posición económica en zonas urbanas han tenido tasas de natalidad bajas y en disminución desde 2000.

Personas residentes en comunidades rurales o urbanas de difícil acceso. En la mayoría de los países en desarrollo, los indicadores nacionales de pobreza están fuertemente correlacionados con el lugar de residencia; los hogares urbanos constituyen una proporción sustancial de los grupos de más elevados ingresos, y los hogares rurales figuran entre los más pobres (Bloom and Canning, 2003). Las comunidades de difícil acceso varían de un país a otro, pero el lugar de residencia influye sobre la posibilidad de que las personas tengan acceso a la planificación de la familia.

En algunos lugares, las mujeres y los hombres residentes en zonas rurales no pueden tener acceso regular a la información y los servicios de planificación de la familia. Por ejemplo, en África al sur del Sahara, las campesinas pobres tienen una tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos de 17%, en comparación con el 34% de las mujeres en zonas urbanas (UNFPA, 2010). También hay diferencias relativas entre distintas comunidades rurales y las evaluaciones por países según quintiles pueden ocultar las disparidades relativas dentro de una misma comunidad, tanto rural como urbana. Por ejemplo, varias investigaciones sobre países de América Latina y de África al sur del Sahara comprueban que,

“... la cultura influye sobre la situación de la salud reproductiva de la mujer, al determinar la edad y las modalidades de la sexualidad, las pautas del matrimonio, la cantidad de hijos y el espaciamiento entre ellos, los ritos de pubertad, los mecanismos de adopción de decisiones y la posibilidad de controlar los recursos, entre otros factores. Los estereotipos sociales y culturales relativos al género y a los papeles de hombres y mujeres también explican por qué razón muchos varones adolescentes y muchos hombres son relegados a la periferia de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva, pese a su papel fundamental al respecto y a sus propias necesidades de contar con información y servicios”.

—UNFPA, *Estrategia de Planificación de la Familia*, 2012.

cuando los quintiles se ajustan en relación con las comunidades rurales, al examinar los indicadores de planificación de la familia, las mujeres de los quintiles más ricos en esas comunidades tienen mayores posibilidades de acceso a servicios de planificación de la familia (Foreit, 2012).

En otros lugares, la rápida expansión de las zonas urbanas también ha excedido las posibilidades de los gobiernos de establecer la infraestructura necesaria para que los residentes pobres de las zonas urbanas tengan servicios de calidad de planificación de la familia. Actualmente, más de la mitad de la población mundial vive en zonas urbanas y en los próximos decenios, el crecimiento de la población

mundial ocurrirá, casi en su totalidad, en poblados y ciudades, con un crecimiento urbano concentrado mayormente en Asia y África (UNFPA, 2007). De la población urbana de África, las dos terceras partes residen en asentamientos de precaristas, donde la falta de infraestructura y la amenaza de violencia impiden que las mujeres utilicen los medios de transporte y los servicios de salud (*UN Habitat*, 2003; Taylor, 2011). En los países en desarrollo, muchos alumbramientos en zonas urbanas son no planificados; hay una diferencia de entre 30% y 40% en la tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos entre las mujeres de los hogares urbanos más ricos y los más pobres (Ezeh, Kodzi and Emina, 2010).

El agotamiento de las existencias, las interrupciones en las cadenas de suministros y los altos costos contribuyen a la necesidad insatisfecha en comunidades de difícil acceso y con servicios insuficientes, en zonas tanto urbanas como rurales. Además, la ausencia de información pertinente sobre las necesidades de personas residentes en zonas rurales aisladas y en comunidades urbanas densamente pobladas, figura entre los principales factores contribuyentes a menores tasas de uso de anticonceptivos y más altas tasas de necesidad insatisfecha (Ezeh, Kodzi and Emina, 2010).

Migrantes, refugiados y personas desplazadas. La migración y el desplazamiento, el movimiento de personas desde una zona hacia otra, son hechos cada vez más comunes. En los últimos diez años aumentó el total de migrantes internacionales, desde una cantidad estimada en 150 millones de personas en 2000 hasta 214 millones en 2008 (*United Nations Department of Economic and Social Affairs*, 2008a). Hay diversas causas de la migración y el desplazamiento dentro de un país y a través de sus fronteras, pero tanto en la migración forzada como en la voluntaria, impulsada por razones políticas, económicas, sociales o ambientales, la Organización Mundial de la Salud señala que las grandes cantidades de personas que cambian su lugar de residencia suscita problemas de salud pública para la comunidad internacional (*World Health Organization*, 2003).

Los instrumentos internacionales de derechos humanos reconocen explícitamente que los derechos humanos, incluido el derecho a la salud y a la

REFUERZO DE LA INTEGRACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y ATENCIÓN DEL VIH EN ZIMBABWE

En Zimbabwe, las personas más gravemente afectadas por la epidemia del VIH han sido las mujeres y las jóvenes en edad de procrear: la tasa de prevalencia entre las embarazadas es alta; el VIH y el SIDA son causa de aproximadamente una de cada cuatro defunciones maternas. En 2010, una evaluación de políticas y programas de salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA constató que, debido a la insuficiente integración de los programas de salud sexual y reproductiva y de atención del VIH, disminuía la capacidad de los agentes de salud para responder a la necesidad insatisfecha de mujeres y niñas en materia de planificación de la familia. El Ministerio de Salud y Bienestar de la Infancia, en colaboración con el UNFPA, la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, está subsanando ese déficit mediante la elaboración de nuevas directrices sobre prestación de servicios integrados y capacitación de los encargados de los servicios.

planificación de la familia, son derechos intrínsecos de todas las personas sin excepción, incluidos migrantes, refugiados y ciudadanos de otros países (*World Health Organization*, 2003). La denegación del ejercicio de esos derechos a migrantes socialmente excluidos y personas desplazadas los priva de beneficiarse plenamente con los servicios de salud, incluidos los de planificación de la familia. Las mujeres (y los hombres, según pruebas que comienzan a aparecer), también son vulnerable a la violencia sexual infligida por soldados, guardas, miembros de comunidades de acogida, y otros refugiados, y a los consiguientes riesgos de embarazo no deseado (*United Nations High Commissioner for Refugees and Women's Refugee Commission*, 2011).

Según los migrantes y las personas desplazadas en países desarrollados y en desarrollo, la falta de información sobre sus derechos y la ausencia de servicios figuran entre las principales razones de no utilización de servicios de salud (Braunschweig and Carballo, 2001). Por ejemplo, en un estudio por países de Europa occidental se señaló que las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad son mayores entre trabajadoras inmigrantes; esos resultados están asociados con los bajos niveles de acceso a anticonceptivos (Kamphausen, 2000).

Un estudio realizado en 2011 por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y la *Women's Refugee Commission*, sobre Djibouti, Jordania, Kenya, Malasia y Uganda, constató que las personas que viven en campamentos de refugiados tienen un menor uso de anticonceptivos y mayores dificultades de acceso a la información y los servicios, especialmente los adolescentes, tanto niñas como varones (*United Nations High Commissioner for Refugees and Women's Refugee Commission*, 2011).

ESTUDIO MONOGRÁFICO

Ampliación de la planificación de la familia en situaciones de humanitarias

Como parte de la respuesta de emergencia en Sudán del Sur, el UNFPA entregó suministros de anticonceptivos orales e inyectables y de dispositivos intrauterinos y otros productos para la planificación de la familia (UNFPA, 2011a). Y, en

PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA Y VIDA SEXUAL SATISFACTORIA

Según el párrafo 7.2 del Programa de Acción de la CIPD, la salud reproductiva “entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos ... Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. En muchos programas de planificación de la familia se ha tenido en cuenta este concepto integral de la salud reproductiva, que incluye una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.

ESTUDIO MONOGRÁFICO

Clases de planificación de la familia en el Irán

La República Islámica del Irán ha estipulado que todas las parejas que tienen la intención de contraer matrimonio asistan a un curso de asesoramiento premarital y reciban reconocimientos médicos. A fin de obtener los resultados de esos exámenes y registrar sus matrimonios, es preciso que las parejas asistan durante dos horas a clases que tratan de cuestiones de planificación de la familia, prevención de enfermedades y, lo que es más importante, los vínculos emocionales y sociales que entraña el matrimonio. La República Islámica del Irán ha asignado prioridad al intercambio de ideas sobre “cuestiones sexuales y emocionales”, en parte como consecuencia de haber observado altas tasas de divorcio. Desde sus comienzos, ese programa de planificación de la familia ha sido uno de los más exitosos del mundo, pues se ha logrado una tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos de aproximadamente 81,6%.

ESTUDIO MONOGRÁFICO

Temor al embarazo no deseado en México

Según un estudio realizado en 2008 sobre una comunidad tradicional en México (Hirsch 2008: 101), las creencias religiosas de las mujeres les impedían utilizar métodos de planificación de la familia—siendo la esterilización el principal método de que disponían—durante la mayor parte de su etapa de procreación. En consecuencia, era frecuente que las mujeres se preocuparan por los embarazos no deseados. Solamente en las etapas posteriores de sus vidas, después de finalizada su etapa de procreación, podían tener las mujeres “posibilidad de disfrutar de intimidad sexual libres de la preocupación de un embarazo no deseado o no planificado”.

ESTUDIO MONOGRÁFICO

VIH, relaciones sexuales y uso de condones

Se ha reconocido que los efectos de los condones sobre el placer sexual experimentado por los hombres es un obstáculo al uso de este método con fines de anticoncepción y prevención del VIH (UNAIDS, 2000). Pero el enfoque de alentar a las mujeres a utilizar ese método ha cambiado considerablemente después del comienzo de la epidemia del VIH/SIDA (Higgins and Hirsch 2007). Muchos programas prestan especial atención al fomento de las aptitudes de negociación de la mujer, pues reconocen la resistencia masculina. Pero es poco lo que se sabe acerca de la resistencia sexual de las propias mujeres contra los condones masculinos. Por otra parte, investigaciones realizadas en los Estados Unidos constataron que es mayor el número de mujeres que de hombres a quienes les disgusta la sensación del condón masculino (Higgins and Hirsch 2008).

colaboración con el *American Refugee Committee*, el UNFPA contribuyó a impartir capacitación a agentes de atención de la salud, trabajadores de distribución comunitaria y educadores *inter pares* sobre planificación de la familia.

Con frecuencia, las estrategias y los programas no satisfacen las necesidades de planificación de la familia de refugiados y personas internamente desplazadas que se marchan de sus lugares de origen por períodos de diversa duración. La atención prestada a la provisión de albergue, alimentos y servicios básicos de salud en situaciones de emergencia no siempre incluye programas con objetivos bien definidos para ofrecer información y servicios esenciales de salud reproductiva. Por otra parte, en los últimos años varios grupos interinstitucionales de trabajo sobre asistencia humanitaria han elaborado materiales e instrumentos a fin de ayudar al personal de asistencia humanitaria a generar demanda de planificación de la familia y velar por la vigencia del derecho de los refugiados a la planificación de la familia. ■

Trabajadoras en la industria del sexo. No solamente tienen derecho a elegir el momento de tener hijos y el espaciamiento entre ellos, sino también a depender de los condones como medio de protegerse contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Pero, con frecuencia, las trabajadoras en la industria del sexo enfrentan estigma social y discriminación que les impiden tener acceso a la información y los servicios de planificación de la familia (Lin, 2007).

Las normas sociales suelen clasificar el trabajo en la industria del sexo como inmoral y muchas veces, las institucionales y las personas responsables de asegurar el cumplimiento de las leyes y proporcionar servicios de salud tal vez refuercen las actitudes y prácticas discriminatorias, con efectos dañinos sobre las trabajadoras del sexo. Por ejemplo, en algunos países como el Líbano y Filipinas, se ha utilizado el estigma asignado al trabajo en la industria del sexo y a las relaciones sexuales extramatrimoniales para aprobar leyes que impiden la libre adquisición de condones por las personas (*Human Rights Watch*, 2004; *World Health Organization*, 2005). En consecuencia, a menudo las trabajadoras en la industria del sexo per-

ciben que los sistemas de salud no responden a sus necesidades y les deniegan el acceso a la gama completa de anticonceptivos disponibles.

Varios estudios afirman que cuando las trabajadoras en la industria del sexo acuden a servicios de planificación de la familia, lo hacen muchas veces con titubeos y son víctimas de los prejuicios de los agentes de salud, que no prestan atención a sus necesidades de salud sexual y reproductiva, y se focalizan principalmente en el riesgo de contagio con el VIH y las infecciones de transmisión sexual (Lin, 2007; *Human Rights Watch*, 2004). Hay casos documentados de servicios de salud en el Asia meridional y el Asia sudoriental acusados de haber revelado la identidad de las personas afectadas con el VIH y de haber amenazado con denunciarlos ante las autoridades (Mgbako et al., 2008).

Las consecuencias de estigmatizar a las trabajadoras en la industria del sexo infringen los principios universales de derechos humanos. Según la Organización Mundial de la Salud, “las intervenciones para promover relaciones sexuales menos riesgosas entre las trabajadoras en la industria del sexo deben formar parte de medidas integrales para lograr su seguridad, promover su salud y bienestar general y proteger sus derechos humanos” (*World Health Organization*, 2005).

Lesbianas, gays, y personas bisexuales y trans.

Los programas oficiales de planificación de la familia hacen caso omiso en gran medida de las necesidades de quienes se identifican a sí mismos como lesbianas, gays y personas bisexuales y trans. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados afirmó que “la discriminación por motivos de orientación sexual infringe la legislación internacional de derechos humanos” (*United Nations High Commissioner for Human Rights*, 2008), pero en la mayoría de los países, los heterosexuales son los privilegiados en los programas de planificación de la familia a cargo del Estado. Algunas de esas personas tal vez traten de prevenir embarazos no deseados. Por ejemplo, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y con personas bisexuales tal vez escojan entablar relaciones heterosexuales sin tener hijos. En otras situaciones, es posible que las lesbianas y los hombres gay planifiquen tener



familia. La violencia sexual contra las personas a causa de su orientación sexual, real o presunta, torna vulnerables a las mujeres a tener embarazos no deseados como resultado de la violación sexual, de modo que es necesario que tengan acceso a los anticonceptivos de emergencia.

Niñas casadas. Pese a las disminuciones registradas en las tasas de matrimonio precoz, la práctica de concertar el matrimonio de las niñas antes de que cumplan 18 años—la edad aceptada internacionalmente como umbral de la adultez—sigue generalizada en África al sur del Sahara y en el Asia meridional. Esa práctica sigue siendo relativamente poco frecuente en el caso de los jóvenes varones. Según varias estimaciones, cada año aproximadamente 10 millones de niñas contraen matrimonio precoz y más de 50 millones de niñas adolescentes de entre 15 y 19 años ya están casadas. Las expectativas sociales, incluida la del matrimonio a edad temprana de las adolescentes, condicionan el comportamiento sexual de las niñas, menoscaban

su rendimiento escolar y las tornan vulnerables al matrimonio precoz.

El matrimonio precoz conduce a la iniciación de la actividad sexual durante un período en que las niñas saben poco acerca de sus cuerpos, su salud sexual y reproductiva y su derecho a la planificación de la familia. Las niñas casadas también experimentan intensas presiones sociales para dar pruebas de su fecundidad, lo cual aumenta las probabilidades de que tengan embarazos tempranos y poco espaciados. Aun cuando las niñas casadas tengan conocimientos fidedignos y completos acerca de la manera de prevenir el embarazo precoz, su imposibilidad de negociar el uso de anticonceptivos con sus esposos (por lo general, de más edad), o de tener acceso a los servicios, contribuye a los altos niveles de procreación en la adolescencia.

Pocos programas de planificación de la familia incluyen estrategias para llegar a las niñas casadas, quienes a menudo están aisladas, carecen de redes sociales bien establecidas y son vulnerables a muchos riesgos de salud materna asociados con el embarazo y

▲ *En Sanaa, Yemen, Nujoud contrajo matrimonio con su esposo, más de 20 años mayor que ella, cuando tenía solamente 10 años de edad. Ahora, están divorciados.*

©VII/Stephanie Sinclair

el parto precoces. Esta es otra importante esfera para realizar inversiones. (Malhotra et al., 2011; Bruce and Clark, 2003; UNFPA, 2009; Lloyd, 2009; *World Health Organization*, 2008; Lam, Marteleto and Ranchhod, 2009; Levine et al, 2008; Mensch, Bruce and Greene, 1999).

La calidad deficiente como obstáculo al uso de métodos de planificación de la familia

Cuando los servicios no son fiables o son prestados por personal no capacitado, o cuando no se dispone de una gama completa de anticonceptivos e información, tal vez las personas con necesidad

insatisfecha opten por no aprovechar la planificación de la familia y, por consiguiente, no pueden ejercer sus derechos al respecto.

En muchos países, los sistemas de salud se esfuerzan por superar los desafíos de administrar eficazmente sus recursos humanos, asegurar que la infraestructura sea adecuada a la tarea de ofrecer servicios y velar por el suministro suficiente de productos y equipo de todo tipo. Los residentes en zonas rurales son especialmente vulnerables a esas deficiencias en el sistema de salud que pueden alejarlos del alcance de servicios de los que disponen los habitantes de poblados y ciudades.

Tal vez una consecuencia de la deficiente formación del personal sobre el enfoque de la salud basado en los derechos humanos, sumada a la débil administración del personal, es que los agentes de salud estén perjudicados y adoptan actitudes discriminatorias. Algunos agentes de salud internalizan los prejuicios sociales respecto de poblaciones minoritarias. Las actitudes de los agentes de salud pueden afectar la calidad de la información ofrecida a determinados clientes y redundan en que esos clientes carezcan de base para efectuar opciones bien fundamentadas.

La ausencia del carácter privado de las consultas y la incapacidad para comunicarse son barreras que se oponen a que algunos grupos reciban servicios. Un reciente estudio sobre varios países comprobó que en los campamentos de refugiados, los programas de salud no velaban por el derecho al carácter privado y confidencial de las consultas ni a la no discriminación para todos, particularmente los adolescentes y las personas no casadas (*United Nations High Commissioner for Refugees*, 2011). En algunos lugares, las personas internamente desplazadas o los refugiados suelen verse en la imposibilidad de utilizar servicios de calidad debido a las limitaciones en los ofrecimientos de ayuda a personas en alojamientos móviles o transitorios y carentes de recursos para regular su fecundidad (*United Nations High Commissioner for Refugees*, 2011, 2011).

Los beneficiarios potenciales de servicios de planificación de la familia tal vez se sientan alienados por los agentes de salud en momentos en que está en juego su salud a largo plazo. Por ejemplo, en comunidades con altas tasas de VIH, las experiencias alienantes a que se ven sometidos los jóvenes

PAÍSES CON LAS MAYORES TASAS DE MATRIMONIO PRECOZ

País	Porcentajes de niñas casadas antes de cumplir 18 años
Niger	75%
Chad	72%
Bangladesh	66%
Guinea	63%
República Centroafricana	61%
Malí	55%
Mozambique	52%
Malawi	50%
Madagascar	48%
Sierra Leona	48%
Burkina Faso	48%
India	47%
Eritrea	47%
Uganda	46%
Somalia	45%
Nicaragua	43%
Zambia	42%
Etiopía	41%
Nepal	41%
República Dominicana	40%

Fuente: UNFPA, 2012

de determinadas castas o grupos étnicos pueden disuadirlos de acudir a los servicios en momentos críticos de sus vidas sexuales y reproductivas (*United Nations, Economic and Social Council, 2009a*). Las minorías étnicas, los miembros de castas bajas y las trabajadoras en la industria del sexo, que tal vez pasen gran parte de su tiempo en comunidades pobres, de difícil acceso, u otro tipo de comunidades estigmatizadas, no siempre se benefician con la gama completa de enfoques de la distribución (*United Nations High Commissioner for Refugees, 2011*); estos beneficios incluyen la provisión de base comunitaria y en condiciones de seguridad de productos inyectables y dispositivos intrauterinos aprobados para su uso por la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization, USAID and Family Health International, 2009*).



ESTUDIO MONOGRÁFICO

Tayikistán

Tayikistán se ha esforzado por superar la carencia de información y servicios, particularmente en zonas rurales. Gracias a las acciones conjuntas del UNFPA y del Ministerio de Salud, Tayikistán ha mejorado el acceso de las poblaciones vulnerables a la planificación de la familia. Se ofrecen información y servicios de planificación de la familia en el marco de servicios integrales y de calidad, tal como lo estipula una disposición clave del Programa de Acción de la CIPD. Tayikistán ha logrado esa transición mediante el fomento de la capacidad, la realización de campañas de concienciación, la provisión de anticonceptivos y la garantía de que haya suficiente equipo en apoyo de servicios de calidad. ■

ESTUDIO MONOGRÁFICO

India

En procura de sus objetivos demográficos, anteriormente el programa de planificación de la familia de la India había establecido metas para una pequeña gama de métodos y dependía de los agentes de salud para promover tales métodos. Muchas personas eran objeto de presiones, o incluso de coacción, para que usaran métodos de planificación de la familia de largo plazo o permanentes. Ese

enfoque restringía el acceso a la gama completa de métodos. Pero se recogieron pruebas de que era posible satisfacer la necesidad insatisfecha sin recurrir a fijar metas, si se arbitraban los medios para que el suministro respondiera más eficazmente a las necesidades locales. En respuesta, el Gobierno elaboró un nuevo marco de provisión de servicios de planificación de la familia en el ámbito de servicios más amplios de salud reproductiva y salud de la infancia, basado en la planificación a nivel local a partir de la evaluación de la necesidad de las mujeres en materia de servicios (Murthy et al., 2002). Aun cuando efectuar transiciones en un programa nacional de escala masiva es un proceso lento, al acrecentar la gama de métodos, conducir a los agentes de salud de manera menos prescriptiva y disponer que el programa respondiera mejor a la necesidades locales, se contribuyó al aumento de la demanda de planificación de la familia. ■

▲ Una agente de difusión sobre salud visita una aldea en Etiopía.

©UNFPA/Antonio Fiorente

Las leyes que tipifican como delito la planificación de la familia pueden infringir los derechos humanos y perjudicar la salud

Las leyes y políticas que restringen el acceso de las personas a los servicios y prohíben que los profesionales de la salud proporcionen servicios de salud

sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, infringen el derecho de la mujer a la salud e institucionalizan los ciclos de estigma y discriminación, según Anand Grover, Relator Especial designado por el Consejo de Derechos Humanos, sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Un Estado que se sirve de leyes para reglamentar las opciones de las personas en materia de planificación de la familia “de manera coercitiva, impone su voluntad, en reemplazo de la voluntad del individuo”.

AMPLIACIÓN DEL ACCESO PROPORCIONANDO SERVICIOS LOCALES CULTURALMENTE APROPIADOS EN LA REPÚBLICA DEMOCRÁTICA POPULAR LAO

La República Democrática Popular Lao es un país con gran diversidad cultural y étnica. Sus comunidades indígenas, que hablan cuatro idiomas diferentes, constituyen un 40% del total de la población del país. La necesidad insatisfecha de planificación de la familia entre esas poblaciones indígenas es muy grande. Con el apoyo del UNFPA, en 2006 el Centro de Salud Maternoinfantil del Ministerio de Salud emprendió una iniciativa de ofrecer servicios de planificación de la familia culturalmente apropiados y acogedores para los clientes. En virtud del programa se ha capacitado a muchos aldeanos para que se desempeñen como proveedores de servicios comunitarios de planificación de la familia y atiendan a adolescentes, jóvenes y parejas casadas. En esas comunidades, el uso de anticonceptivos aumentó desde un 12% de la población en 2007 hasta un 45% en 2011.

EN MONGOLIA, LA CAPACITACIÓN DE LOS FARMACÉUTICOS REDUNDA EN UN SUMINISTRO MÁS FIABLE DE ANTICONCEPTIVOS

La falta de formación especializada de los farmacéuticos en Mongolia había sido una limitación de gran magnitud al suministro fiable de anticonceptivos y otros productos de salud reproductiva, hasta que el UNFPA entabló colaboración con el Ministerio de Salud y la Escuela de Farmacia del Ministerio de Ciencias de la Salud de la Universidad de Mongolia en la revisión del currículo de formación de los jóvenes farmacéuticos. Actualmente, cada año se diploman 350 farmacéuticos que poseen los conocimientos necesarios para dispensar anticonceptivos y contribuir a reducir la necesidad insatisfecha de planificación de la familia.

En el *Informe provisional del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Grover exhortó a los Estados “a derogar las leyes penales y de otro tipo que restringen el acceso a la educación y la información integrales sobre salud sexual y reproductiva”. Agregó que las leyes y las restricciones jurídicas de otro tipo que reducen o deniegan el acceso a bienes y servicios de planificación de la familia, incluida la anticoncepción de emergencia, infringen el derecho a la salud y reflejan nociones discriminatorias de los papeles de la mujer en la familia y la sociedad.

Conclusión

Varios importantes grupos de población quedan al margen de los sistemas de planificación de la familia o enfrentan barreras a veces insuperables: los jóvenes, los adultos no casados en su etapa central de procreación, las personas separadas de su pareja, los hombres de edad, las personas con discapacidad, los refugiados, las personas que viven con el VIH/SIDA, las minorías étnicas y otros grupos en situación desventajosa. Existe una enorme necesidad de que se proporcionen de manera más sistemática y más generosa los medios de aplazar y prevenir el embarazo no deseado.

El enfoque de la salud y la planificación de la familia basado en los derechos humanos marca el rumbo de esta reorientación. El marco de formulación de políticas y programas basado en los derechos humanos requiere que se preste especial atención a la equidad y la no discriminación, a fin de lograr igualdad; trata de llegar a los grupos más descuidados, y a menudo marginados y vulnerables; y procura establecer mecanismos que fortalezcan el seguimiento y la rendición de cuentas (UNFPA, 2010). Para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos es menester no solamente contar con leyes y políticas que prohíban y sancionen las prácticas discriminatorias, sino también establecer los sistemas necesarios y la participación cívica para aplicar esas leyes y políticas y asegurar la rendición de cuentas.

Las actividades sexuales se llevan a cabo cada vez más de maneras que ponen en tela de juicio las normas sociales que rigen las circunstancias en que han de entablarse las relaciones sexuales. Las familias, las comunidades, las instituciones y los gobiernos deberán modificar sus estrategias a fin de asegurar que



todas las personas, en su calidad de titulares del derecho a la planificación de la familia de conformidad con convenciones internacionales, estén en condiciones de ejercer ese derecho. Entre los principales subgrupos de población que no se han beneficiado por igual con los recientes adelantos en la planificación de la familia figuran los jóvenes adolescentes, las personas no casadas de todas las edades, los hombres

y los grupos socialmente marginados que tienen un acceso restringido a la información y los servicios. En consecuencia, la necesidad insatisfecha sigue siendo relativamente alta en poblaciones clave y el acceso a la planificación de la familia sigue siendo muy similar a un privilegio del que disfrutaban *algunos* en lugar de un derecho universal ejercido por *todos*.

▲ Durante la Cumbre de Londres sobre Planificación de la Familia, el Primer Ministro británico David Cameron y Melinda Gates conversan con varios jóvenes acerca de temas de planificación de la familia y trabajo voluntario.

©Russell Watkins/
Departamento del
Reino Unido para el
Desarrollo Internacional



Los efectos sociales y económicos de la planificación de la familia

Estar en condiciones de ejercer el derecho humano a la planificación de la familia—y, más ampliamente, el derecho a la salud sexual y reproductiva—es fundamental para la vigencia de otros derechos y además arroja muchos beneficios económicos para las personas, para los hogares, para las comunidades y para países enteros. Un mejor estado de salud reproductiva, incluido el acceso a los métodos de planificación de la familia, afecta a las economías—y, por ende, al desarrollo sostenible—de numerosas maneras.

Las mujeres que corren menos riesgos en la procreación, que tienen embarazos más saludables y partos en condiciones de mayor seguridad, corren menores riesgos de defunción y disfrutan de mejor salud en general. Su hijitos nacen en condiciones más saludables y mantienen su buena salud en la primera infancia. Esos adelantos en la salud arrojan múltiples beneficios económicos para las personas: mayores inversiones en educación, mayor productividad, mayor participación en la fuerza laboral y, eventualmente, mayores ingresos, mayores ahorros, mayores inversiones, y mayor acumulación de bienes. Pero se han recogido escasas pruebas de los efectos sobre la vida de los hombres.

Los investigadores que tratan de documentar la magnitud de esas relaciones tropiezan con varios impedimentos, debido en parte a que el uso de métodos de planificación de la familia depende también de múltiples otras variables, entre ellas el ingreso, la educación (particularmente, la educación femenina), las oportunidades de empleo de la mujer, el ritmo de industrialización y urbanización, las normas culturales y sociales y el costo de criar a los hijos. Esas variables son de difícil medición y tienen fuertes efectos recíprocos.

Planificación de la familia y bienestar de la mujer

Efectos sobre la salud

Los efectos económicos de un mejor estado de salud reproductiva sobre la vida de la mujer comienzan con mejoras en su propio nivel de salud, en que el acceso a la planificación de la familia desempeña un papel fundamental. El acceso a la planificación de la familia reduce la tasa general de fecundidad, las cantidades de embarazos no deseados y el número de embarazos de alto riesgo, lo cual, a su vez, reduce la mortalidad derivada de la maternidad y la morbilidad a largo plazo (Maine et al., 1996). El acceso a la planificación de la familia también puede redundar en condiciones óptimas de espaciamiento de los nacimientos, lo cual, a su vez, mejora el estado general de salud de las madres, al reducir el síndrome de agotamiento materno y los riesgos de parto prematuro y complicaciones del parto (Conde-Agudelo, Rosas-Bermúdez and Kafury-Goeta, 2007).

En Sri Lanka, por ejemplo, las pronunciadas disminuciones en las tasas de mortalidad derivada de la maternidad ocurrieron durante un período de disminución de la fecundidad. Actualmente, Sri Lanka tiene una de las más altas tasas de prevalencia del uso de anticonceptivos, una de las más bajas tasas de fecundidad, una de las más bajas tasas de

◀ *Una clase de geografía en la Universidad Eduardo Mondlane.*
©UNFPA/Pedro Sá da Bandeira

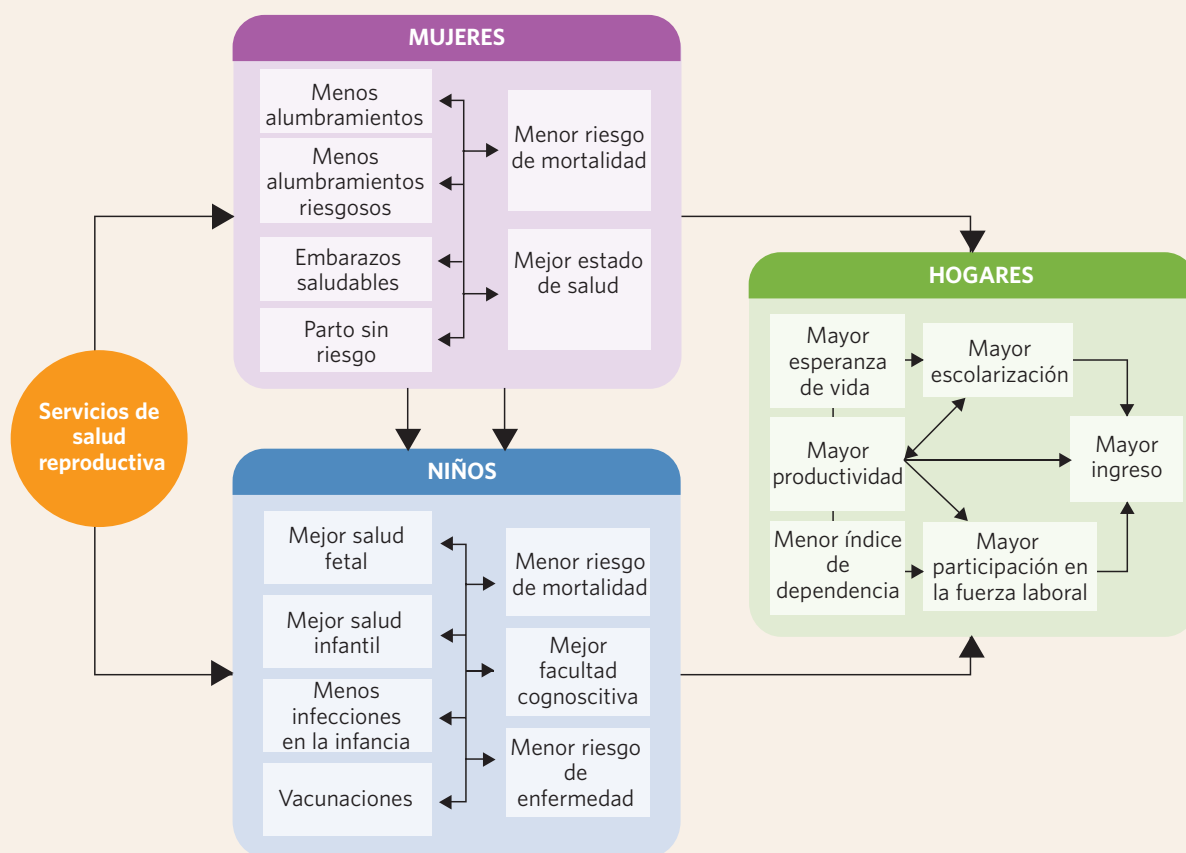
mortalidad derivada de la maternidad y algunos de los mejores indicadores de salud materno-infantil, en comparación con el resto del mundo (Seneviratne and Rajapaksa, 2000).

Algunas de las pruebas más rigurosas de los efectos de la menor fecundidad sobre la mejora de la salud de la mujer se recogieron en Matlab, Bangladesh, donde en virtud de un programa a largo plazo de salud materno-infantil se proporcionaron servicios a domicilio de: distribución de anticonceptivos, atención prenatal, vacunación, botiquines para el parto sin riesgo y otros diversos servicios de salud para las mujeres. A lo largo de 30 años, el programa no sólo redujo en un 15% la fecundidad y mejoró las tasas de mortalidad materno-infantil, sino que además tuvo diversos efectos secundarios sobre la salud de la mujer. Las mujeres que tuvieron contacto con el programa a lo largo de su etapa de

procreación experimentaron mejoras en su peso, su masa corporal y su estado general de salud (Phillips et al., 1988; Muhuri and Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Ronsmans and Khat, 1999; Chowdhury et al., 2007). Varios estudios comprobaron que el índice de masa corporal de las mujeres participantes en el programa transpuso el valor mínimo de 18,5, asociado con menores riesgos de mortalidad (*World Health Organization*, 1995). En un estudio reciente se afirma que un aumento de un punto en el índice de masa corporal respecto de dicho valor de 18,5 reduce en 17% el riesgo de muerte (Joshi and Schultz, 2007).

Los beneficios de salud que reporta la planificación de la familia son particularmente importantes para las mujeres jóvenes y las adolescentes; el grupo de 15 a 19 años de edad tiene probabilidades dos veces mayores que las mujeres de más edad de

RELACIONES ENTRE SALUD REPRODUCTIVA Y RESULTADOS ECONÓMICOS





morir por causas relacionadas con la maternidad, debido a su inmadurez física y al mayor riesgo de complicaciones obstétricas, incluida la fístula obstétrica (Miller et al., 2005; Raj et al., 2009).

Al contribuir a evitar el embarazo precoz, reducir la incidencia del embarazo de alto riesgo y amenguar los riesgos de mortalidad prematura o de morbilidad a largo plazo, el mejor acceso a la planificación de la familia puede prolongar el lapso de vida, acrecentar los horizontes en el tiempo para recoger utilidades de las inversiones en capital humano y también posibilitar que las mujeres reasignen su tiempo y lo dediquen a otras actividades económicas. Una investigación comprobó que en Europa y América del Norte, las mujeres han pasado de dedicar un 70% de su adultez a tener y criar hijos, en la época anterior a la transición demográfica, hasta más recientemente, en que dedicaban un 14% de su tiempo (Lee, 2003).

Efectos sobre la escolarización

En Colombia, la disminución de la fecundidad gracias al programa de planificación de la familia de la

organización Profamilia se asoció con casi 0,15 año adicional de escolarización (Miller, 2009). En Sri Lanka, la reducción entre 1946 y 1953 del riesgo de mortalidad derivada de la maternidad incrementó la esperanza de vida de la mujer en 1,5 año (aproximadamente 4%) y esto acrecentó en 2,5% (un punto porcentual) la alfabetización femenina en las cohortes correspondientes y acrecentó los años de escolarización en 4% (0,17 año) (Jayachandran and Lleras-Muney, 2009).

La relación de transacción entre escolarización y procreación es particularmente importante para las adolescentes, dado que al tener un hijo se perturban tanto la educación de la joven como su preparación para ingresar en la fuerza laboral. La relación entre matrimonio y procreación difiere entre diferentes lugares y distintos países, y la relación causal entre el embarazo en la adolescencia y el abandono escolar temprano puede ser difícil de desentrañar.

En los Estados Unidos, las investigaciones basadas en la *National Longitudinal Survey of Youth* (Encuesta longitudinal nacional sobre la juventud) constataron que las relaciones sexuales precoces



▲ El regreso desde el campo en Kiribati.
©UNFPA/Ariela Zibiah

perjudican el desempeño de las niñas en la escuela y su educación; incluso al incorporar en los cálculos las variables relativas al nivel socioeconómico (Steward, Farkas and Bingenheimer, 2009). Otro estudio realizado en los Estados Unidos confirma que la maternidad en la adolescencia reduce la posibilidad de que la niña tenga un diploma de nivel secundario en hasta un 10%, reduce el ingreso anual cuando llega a la adultez entre 1.000 y 2.400 dólares y también reduce los años de escolarización (Fletcher and Wolfe, 2008).

El embarazo en la adolescencia también perjudica la educación de las niñas en los países en desarrollo. Lloyd y Mensch (2008) calcularon el riesgo acumulativo para cinco países de África occidental de que las niñas abandonaran la escuela antes de

completar su educación secundaria. Estimaron que el riesgo acumulativo de abandonar la escuela como resultado del embarazo (o el matrimonio) en la adolescencia oscilaba entre 20% para Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinea y Togo y casi el 40% para el Camerún. En Chile, un análisis de los efectos de la maternidad en la adolescencia sobre la asistencia a la escuela secundaria y la finalización de los estudios secundarios constató que la maternidad reduce entre 24% y 37% las probabilidades de que las niñas asistan a la escuela secundaria y completen esos estudios (Kruger et al., 2009).

Si bien en algunos estudios se comprobó que las niñas parecen ser más vulnerables al abandono escolar cuando llegan a la madurez sexual y entablan relaciones sexuales prematrimoniales, otros estudios llegaron a la conclusión de que son mayores las probabilidades de que las niñas abandonen la escuela por razones diferentes del embarazo (Biddlecom et al., 2008). Por ejemplo, los datos recogidos en Sudáfrica sugieren que el deficiente desempeño escolar está asociado con un mayor riesgo de embarazo y el subsecuente riesgo de abandono de la escuela. Todo ello conduce a efectos negativos a largo plazo sobre la educación, las aptitudes, el empleo y el ingreso de la mujer (Grant and Hallman, 2006).

Efectos sobre la participación de la mujer en la fuerza laboral

El acceso a los servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, también amplía las oportunidades de la mujer de ingresar en la fuerza laboral. En primer lugar, el acceso posibilita que las mujeres controlen el momento de tener hijos y, por consiguiente, amplíen su participación en los mercados laborales. Esto quedó ilustrado en 1960, cuando se dio a conocer en los Estados Unidos *Enovid*, la primera píldora de control de la fecundidad, que otorgó a las mujeres una libertad sin precedentes de adoptar decisiones simultáneas acerca de tener hijos y de tener carreras. Un análisis causal de los efectos de la píldora sobre el momento de dar a luz su primer hijo y la participación de la mujer en la fuerza laboral indica que el acceso legal a la píldora antes de cumplir 21 años redujo sustancialmente

ESTIMACIONES DE LA TASA DE FECUNDIDAD TOTAL

PROYECCIÓN MEDIA, 2010-2015

Región	Tasa de fecundidad total (hijos por mujer, 2010-2015)
Todo el mundo	2,45
Regiones más desarrolladas	1,71
Regiones menos desarrolladas	2,57
Países menos adelantados	4,10
Regiones menos desarrolladas, tras excluir a los países menos adelantados	2,31
Regiones menos desarrolladas, tras excluir a China	2,86
África	4,37
África oriental	4,74
África central	5,16
África septentrional	2,75
África meridional	2,46
África occidental	5,22
Asia	2,18
Asia oriental	1,56
Asia centromeridional	2,56
Asia central	2,46
Asia meridional	2,57
Asia sudoriental	2,13
Asia occidental	2,85
Europa	1,59
Europa oriental	1,49
Europa septentrional	1,86
Europa meridional	1,49
Europa occidental	1,69
América Latina y el Caribe	2,17
Caribe	2,25
Centroamérica	2,41
América del Sur	2,06
América del Norte	2,04
Oceanía	2,45

Según datos de las Naciones Unidas, se estima que en más de 83 países, la tasa de fecundidad total ha disminuido por debajo del nivel de reemplazo (2,1 hijos por mujer). Los gobiernos de algunos países donde ahora cada generación es menos numerosa que la precedente están preocupados porque tendrán menores cantidades de trabajadores entre quienes recaudar impuestos y mayores cantidades de personas de edad a quienes apoyar. A medida que aumentan las cantidades de personas y de familias en condiciones de ejercer su derecho a la planificación de la familia, puede ser productivo entablar un diálogo nacional acerca de las políticas relativas a la familia, incluida la licencia parental, el apoyo a los servicios de atención de quienes lo necesiten, y la eliminación de prácticas discriminatorias de empleo contra personas que tienen hijos de corta edad. Sin embargo, cualquier ajuste de las

políticas públicas no debería diluir el compromiso financiero y político de cada gobierno de asegurar que las mujeres y los hombres de todas las edades tengan un acceso fiable a la información y los servicios de calidad de planificación de la familia.

En las sociedades donde la tasa de fecundidad total ha disminuido hasta por debajo de los niveles de reemplazo, las personas y las familias no se están absteniendo de tener hijos debido meramente a que tienen acceso a la planificación de la familia; en cambio, están logrando el tamaño deseado de sus familias porque tienen los medios de hacerlo. El acceso a la planificación de la familia ha facultado cada vez más a las mujeres, en particular, aportando la información y los servicios necesarios para que afirmen sus derechos y plasmen en la realidad sus preferencias en materia de fecundidad.

la probabilidad de tener el primer hijo antes de cumplir 22 años, acrecentó la cantidad de mujeres en empleos remunerados y también incrementó la cantidad de horas anuales de trabajo. Los efectos fueron notables: entre 1970 y 1990, el acceso temprano a la píldora correspondió a tres de los 20 puntos porcentuales de aumento (14%) en las tasas de participación en la fuerza laboral y a 67 de las 450 horas de aumento (15%) en el total de horas de trabajo por año de mujeres de entre 16 y 30 años de edad (Bailey, 2006).

El acceso a los servicios de planificación de la familia también afecta la participación en el mercado laboral al reducir las tasas de morbilidad y mejorar el estado general de salud. La planificación de la familia contribuye a reducir los riesgos y las complicaciones del parto y así reduce el riesgo de morbilidad materna y acrecienta la productividad de la mujer.

Hay algunas excepciones a esas pautas. En algunos ámbitos, la participación femenina en la fuerza laboral puede *disminuir* a medida que se va reduciendo la tasa de fecundidad o se van elevando los niveles educacionales y socioeconómicos. Por ejemplo, en el proyecto realizado en Matlab, Bangladesh, la provisión de servicios de salud reproductiva y planificación de la familia a las mujeres adultas en sus hogares durante un período de 20 años, redundó en pronunciados aumentos del bienestar pero, en realidad la participación femenina en el empleo remunerado disminuyó. Los investigadores lo atribuyen a costumbres patriarcales muy arraigadas y restricciones a la movilidad de la mujer, particularmente las que tenían posición económica holgada y alto nivel social, lo cual redundó en que muchas mujeres trabajaran en su hogar en lugar de realizar tareas manuales o asalariadas fuera del hogar. Por otra parte, las estimaciones indican que las mujeres que realmente ocupaban empleos remunerados obtuvieron sueldos superiores en más de una tercera parte a los de sus homólogas que no habían recibido los servicios del programa. Esos aumentos fueron impulsados en gran medida por los mayores adelantos de las mujeres que habían recibido educación en las aldeas incluidas en el programa (Schultz, 2009a).

Los beneficios de la planificación de la familia sobre la salud y el ingreso también refuerzan los derechos de la mujer

Las menores tasas de fecundidad, las mejoras en el estado de salud y los mayores ingresos pueden afianzar los derechos de la mujer en el hogar y en la comunidad. Un estudio reciente ilustra que cuando disminuyen las tasas de fecundidad y aumenta la importancia del capital humano en una economía, los hombres comienzan a ser receptivos a la idea de compartir su poder con las mujeres para asegurar que sus hijos reciban mejor educación, dado que las mujeres efectúan mayores inversiones en el capital humano de los hijos y se incrementa su poder de negociación en las decisiones del hogar (Doepke and Tertilt, 2009). Los hombres deben balancear su propia utilidad y la utilidad para sus hijos, sus nietos y futuras generaciones. Esto los lleva a inclinarse hacia una mayor cesión de derechos en favor de las mujeres. La prueba de esta postulación es histórica: mediante debates parlamentarios y artículos periodísticos de fondo, los autores documentan que tanto en Inglaterra como en los Estados Unidos hubo durante el siglo XIX una gradual transición desde argumentos concentrados en los derechos del hombre hacia una perspectiva que asignó la mayor prioridad a las necesidades de los niños.

Planificación de la familia y bienestar de la infancia

Los mejores servicios de salud reproductiva influyen de diversas maneras sobre la salud de los niños. En primer lugar, el uso de servicios de planificación de la familia para lograr una reducción en la cantidad de alumbramientos (en particular, los que entrañan riesgos) y un mejor espaciamiento entre ellos, crea posibles beneficios secundarios debido a que las mujeres saludables dan a luz niños saludables y también poseen los recursos para efectuar inversiones en el bienestar de sus hijos (Alderman et al., 2001).

Efectos sobre la supervivencia y la salud de lactantes y niños

Muchos estudios multinacionales constataron una relación positiva entre planificación de la familia y supervivencia infantil: las usuarias de programas

de planificación de la familia tienen más probabilidades de reducir los riesgos de mortalidad para ellas mismas y para sus hijos (Bongaarts, 1987). Pero esas relaciones no pueden interpretarse como causales debido a diversos factores que introducen confusión, entre ellos, la duración y la intensidad del amamantamiento, los partos prematuros y algunos efectos todavía no especificados de índole biológica, de comportamiento, ambiental, socioeconómica o de atención de la salud, que comprobadamente causan grandes diferencias en la mortalidad de lactantes entre distintas familias. Por otra parte, recientemente se realizó un estudio en que se comprobaron los efectos de varios de esos factores, y se constató que al aumentar los intervalos entre alumbramientos es posible reducir la mortalidad neonatal, de lactantes y de niños (Rustein, 2005). Dicho estudio llegó a la conclusión de que, con solamente espaciamientos de entre tres a cinco años, sería posible prevenir en los países en desarrollo hasta un 46% de la mortalidad de lactantes.

Las pruebas recogidas en programas para determinados países confirman esa conclusión. Por ejemplo, un estudio sobre Colombia ilustra que la disponibilidad local de clínicas y camas de hospital y los gastos per cápita en planificación de la familia están asociados con menor mortalidad infantil y menor tasa de fecundidad de las mujeres residentes en zonas urbanas (Rosenzweig and Schultz, 1982). En Filipinas, la presencia de un programa de planificación de la familia tuvo efectos directos sobre la salud de la infancia (Rosenzweig and Wolpin, 1986). En Bangladesh, el mejor acceso a servicios de salud reproductiva, el mayor espaciamiento de los embarazos y la reducción de la cantidad de embarazos de alto riesgo se combinaron para reducir la mortalidad infantil y mejorar la supervivencia del niño (Phillips et al., 1998; Muhuri and Preston, 1991; Muhuri, 1995; Muhuri, 1996; Joshi and Schultz, 2007). Se comprobaron efectos similares de un programa realizado en Navrongo, Ghana (Binka, Nazzar and Phillips, 1995; Pence et al., 2001; Phillips et al., 2006; Pence, Nyarko and Phillips, 2007).

En recientes investigaciones sobre la salud a lo largo de toda la vida se utilizaron mediciones antro-



pométricas en la medición de la salud en la primera infancia. Un ejemplo particularmente importante es la estatura de la persona, que se considera un indicador latente de la nutrición a edad temprana y de la salud a lo largo de toda la vida: los niños con insuficiencia ponderal al nacer, por ejemplo, alcanzan una estatura menor, incluso cuando reciben nutrición adicional en la infancia. Aun cuando la estatura es consecuencia de determinantes genéticos, se plasma debido en parte a la nutrición satisfactoria y a las condiciones de atención de la salud, particularmente en la primera infancia. En las últimas décadas, la estatura aumentó en las poblaciones donde aumentó el ingreso nacional per cápita y se ampliaron las medidas de salud pública. En un estudio sobre la provincia de Laguna, Filipinas, que recopiló información sobre estatura, peso y contacto con programas de planificación de la familia entre 1975 y 1979, se constató que el contacto con programas de salud y de planificación de la familia redundaba en mejores proporciones

▲ En Costa Rica, un seminario práctico sobre planificación de la familia.

©UNFPA/Alvaro Monge

de estatura y de peso para cada edad de los niños. Las estimaciones indicaron que allí donde no había clínicas ni puestos de salud, la estatura de un niño era inferior en 5% a la de un niño con acceso a una clínica, mientras que la disponibilidad de una clínica de planificación de la familia coincidía con un aumento de la estatura de 7%.

Otro importante mecanismo que vincula los servicios de planificación de la familia con la salud en la primera infancia es la mejora en la nutrición materna resultante de embarazos mejor espaciados y en menor cantidad. Actualmente, una vasta bibliografía en temas de medicina, salud pública y ciencias sociales postula que la mejor nutrición materna desempeña un papel crítico en el desarrollo del niño. Muchos estudios indican que la desnutrición materna—medida en función del retraso en el crecimiento, la emaciación, las deficiencias crónicas de energía, las deficiencias de micronutrientes esenciales y el índice de masa corporal (IMC, o índice de Quetelet) inferior a 18,5—está asociada con crecientes riesgos de retraso en el crecimiento intrauterino, complicaciones del parto y defectos congénitos (Bhutta et al., 2008). Un deficiente desarrollo fetal puede contribuir indirectamente a las defunciones neonatales, particularmente las debidas a la asfixia y las infecciones del parto y el puerperio (sepsis, neumonía y diarreas), a las que, en su conjunto, puede atribuirse más de la mitad de las defunciones neonatales en el mundo actual.

Se ha comprobado que las disminuciones en la fecundidad y las mejoras en la salud materna están asociadas con la mejor salud de los lactantes, el más alto peso al nacer y menores riesgos de defunción neonatal. Esto se comprobó a partir de muestras recogidas en comunidades, en relación con futuras cohortes de nacimientos en Nepal, la India, el Pakistán y el Brasil. Ese estudio constató que los niños nacidos a término con peso de entre 1.500 y 1.999 gramos tenían probabilidades de defunción por cualquier causa durante el período neonatal 8,1 veces superiores a las de los niños con peso superior a 2.499 gramos al nacer, mientras que los que pesaban entre 2.000 y 2.499 gramos tenían probabilidades 2,8 veces superiores (Bhutta et al., 2008).

Escolarización de los niños

La mejor salud reproductiva y el mayor acceso a servicios de planificación de la familia también pueden favorecer las inversiones en el capital humano de los niños. Esto ocurre por diversos conductos: La mayor esperanza de vida crea nuevos incentivos y oportunidades de inversión en la escolarización; además, la mejor salud reproductiva fortalece la salud general de las madres durante el embarazo, lo cual tiene consecuencias beneficiosas sobre el desarrollo cognoscitivo de los niños. Finalmente, las disminuciones en las tasas de fecundidad liberan los recursos de las mujeres y posibilitan que ellas acrecienten las inversiones en la educación de sus hijos.

Las mejores pruebas de la relación entre menor fecundidad, mejor salud reproductiva y escolarización de los niños también se recogieron en el proyecto realizado en Matlab, Bangladesh. Debido a las menores tasas de fecundidad y la mejor salud materna, aumentaron no solamente las inversiones en la escolarización de los niños, sino también la solución de transacción entre la escolarización de los niños y el trabajo (Sinha, 2003; Joshi and Schultz, 2007; Schultz, 2010). También se recogieron pruebas de que el programa tiene una positiva influencia sobre el rendimiento escolar y el desarrollo cognoscitivo de los niños (Barham, 2009).

Futura participación de los niños en la fuerza laboral

Las disminuciones en las tasas de fecundidad de las madres, las mejoras en su salud y las mayores inversiones en el capital humano de sus hijos han de repercutir, en última instancia, en la participación de los hijos en la fuerza laboral. Si bien este vínculo es intuitivo y parecería obvio, hasta ahora no se recogieron pruebas empíricas en apoyo de esa teoría, debido en gran parte a los prolongados lapsos transcurridos entre los momentos en que se observaron esos resultados.

Otras pruebas en apoyo de las relaciones entre salud de la madre, salud de los hijos y participación de estos en la fuerza laboral procede de estudios sobre nutrición materna, los cuales demuestran que las reducciones en las tasas de fecundidad y las mejoras en las tasas de defunción derivada de la maternidad están asociadas no sólo con mejor

salud infantil y mejor rendimiento cognoscitivo y escolar, sino también con mejores condiciones laborales, mayores ingresos, menor incidencia del desempleo, menor incidencia de enfermedades crónicas y discapacidades antes de cumplir 50 años y, muy notablemente, también en etapas posteriores de la vida (Miguel and Kremer, 2004; Almond 2006; Almond, Edlund et al., 2007; Almond and Mazumder, 2008; Almond and Currie, 2011).

En un estudio reciente se usaron datos relativos a gemelos monozigóticos para estimar los efectos de la nutrición intrauterina sobre la salud y los ingresos en la adultez. En dicho estudio se constató que el nivel de salud es un importante factor determinante de la distribución mundial del ingreso (Behrman and Rosenzweig, 2004). El estudio indicó una considerable variación en la incidencia del bajo peso al nacer entre distintos países y constató que hay reales beneficios del mayor peso corporal al nacer, el cual mejora el rendimiento escolar y la estatura en la adultez para casi todas las variaciones en la magnitud del peso al nacer. También comprobó que un leve aumento del peso al nacer en el grupo de recién nacidos con bajo peso al nacer (aunque no entre los que tienen alto peso al nacer), redundaba en sustanciales beneficios en lo concerniente al mercado laboral.

Salud reproductiva y riqueza y bienestar de los hogares

Hay varios cauces por conducto de los cuales la menor fecundidad y la mejor salud pueden traducirse en mayor bienestar social y económico de los hogares (Bloom and Canning, 2000; Birdsall, Kelley and Sinding, 2001; Schultz, 2008; Sinding, 2009). Primeramente, como ya se documentó, las personas que gozan de mejor salud trabajan más y tienen más fortaleza física y cognoscitiva; por ende, son más productivos, obtienen más altos ingresos y acumulan más bienes. En segundo lugar, las personas más saludables tienen una mayor esperanza de vida y, por ende, disponen de más oportunidades de efectuar inversiones en la educación y en el capital humano, y de beneficiarse en consecuencia. Esta positiva relación entre salud y riqueza queda más reforzada cuando la fecundidad es baja y la transacción cantidad/calidad induce a padres y



madres a invertir más recursos en cada hijo al tener menos hijos.

▲ Clínica móvil de salud en Sri Lanka.
©UNFPA/FPASL

Ahorros, ingresos y bienes de los hogares

La mejor salud y la mayor esperanza de vida que pueden dimanar del mejor acceso a servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, modifican no solamente las decisiones sobre educación, sino también las relativas a gastos y ahorros a lo largo de toda la vida. Con una menor fecundidad, es menos probable que las personas dependan de sus hijos como un seguro de

apoyo en la ancianidad; así, se inclinan más a ahorrar para su propia jubilación. El impulso hacia ahorrar queda más reforzado por la mejor salud y la mayor esperanza de vida, dado que la jubilación pasa a ser una perspectiva razonable y también aumenta el período de jubilación. Hay numerosas pruebas de esta relación entre menor fecundidad y mayor ahorro (Bloom and Canning, 2008). Muchos estudios constatan una correlación positiva entre menor fecundidad y mayor esperanza de vida, por una parte, y por la otra, mayores tasas de ahorro.

Por ejemplo, en Taiwan, Provincia de China, la tasa de ahorro privado aumentó desde 5% en el decenio de 1950 hasta más del 20% en el de 1980, de manera casi sincrónica con los aumentos en la esperanza de vida (Tsai, Chu and Chung, 2000). Este efecto se amplía al adoptar sistemas de bienestar social y seguridad social.

Algunas de las pruebas a micronivel más elocuentes sobre la relación entre menor fecundidad, mejor salud reproductiva y mayor ingreso también se han recogido en Matlab, Bangladesh (Joshi and Schultz, 2007; Schultz, 2008; Barham, 2009; Schultz, 2009). Las pruebas objetivas indican en general que la menor fecundidad y la reducida tasa de mortalidad infantil contribuyeron a la mitigación de la pobreza: los hijos varones recibieron una escolarización mucho mayor, las hijas tuvieron un mejor estado de nutrición y las mujeres más educadas recibieron remuneraciones por su trabajo proporcionalmente mayores y los hogares acumularon bienes proporcionalmente mayores. Los hogares en las aldeas que abarcó el programa informaron sobre un aumento de sus bienes del 25% por cada adulto, y aumentos menores en porciones de los bienes del hogar en modalidades complementarias del trabajo infantil, como cría de ganado y pesca, o incluso tierras de cultivo agrícola; tenían una mayor proporción de esos bienes en ahorros financieros, alhajas, huertas y estanques, viviendas y productos de consumo durables, bienes tal vez más aptos para el apoyo en la ancianidad que el tradicionalmente proporcionado por los hijos.

Un mejor acceso a la planificación de la familia, la menor fecundidad, la reducción de la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad, y la mejor salud en la infancia, también estimularon las

economías y acrecentaron los ingresos mediante la reducción del gasto para sufragar “emergencias de salud”, o pérdidas repentinas de ingreso, o disolución de hogares con perjuicios para la salud de los miembros sobrevivientes del hogar, particularmente niños. La mejor salud también contribuye a una mayor productividad económica.

Variaciones en la adopción de decisiones en el hogar

La disponibilidad de servicios de salud reproductiva, particularmente de planificación de la familia, también altera las estructuras de poder en los hogares. En ámbitos donde los hombres y las mujeres difieren en sus preferencias sobre fecundidad y donde las mujeres tienen acceso independiente a los servicios de planificación de la familia, un mayor control sobre la propia fecundidad se traduce en aumentos en el poder de negociación, la autonomía y la capacidad de adoptar decisiones en la familia.

Un ejemplo a nivel de país se recogió en Bangladesh. La rápida declinación de la fecundidad, desde aproximadamente seis hijos por mujer en el decenio de 1970 hasta menos de tres hijos por mujer en el de 1990, fue acompañada de aumentos en el nivel de educación de la mujer y en su participación en la fuerza laboral, particularmente en la industria de confección de ropa (Kabeer 1997; Kabeer 2000). El acceso a los mercados de trabajo y de crédito y a la sociedad en general permitió que esas mujeres renegociaran las normas de *purdah* (reclusión femenina) que habían confinado en sus hogares a las mujeres de generaciones anteriores y limitado su voz en las estructuras de poder patriarcales.

Esos procesos también quedan ilustrados en un estudio a micronivel de agentes de salud comunitaria en Matlab, Bangladesh, quienes desempeñaron un papel de importancia capital en la provisión de servicios de salud reproductiva y también se beneficiaron con empleo en el programa. Las disminuciones en su propia fecundidad, las mejoras en su salud, las nuevas oportunidades de empleo y de obtención de salarios se combinaron para elevar su condición social y su poder de negociación en sus hogares y sus comunidades (Simmons, 1996).

El acceso a la anticoncepción puede por sí mismo modificar la posición de negociación de una mujer

en su hogar. Esto queda mejor ilustrado en el caso de varios países de África al sur del Sahara, donde históricamente los hombres y las mujeres tuvieron preferencias divergentes respecto de la cantidad ideal de hijos. Mientras las mujeres sufragaban costos físicos y económicos directos al tener y mantener a sus hijos, para los hombres las prácticas de poliginia y de adopción de niños distribuyen sus costos entre múltiples hogares. Como resultado, las mujeres suelen preferir familias más pequeñas que sus esposos; pero su capacidad de plasmar en la práctica esas preferencias puede quedar limitada por las normas sociales que favorecen las altas tasas de fecundidad y las leyes que estipulan el consentimiento del esposo para obtener anticonceptivos.

Las reducciones en la fecundidad y la mejor salud dan a las mujeres oportunidades no solamente de reasignar el uso de su tiempo, desde la crianza de los hijos hacia la fuerza laboral, sino también de atender a otros miembros de la familia, entre ellos los ancianos, como quedó bien documentado en otro estudio sobre Matlab, Bangladesh (Chaudhuri, 2005; Chaudhuri, 2009).

Planificación de la familia y bienestar de los niños varones y los hombres

Los efectos de la planificación de la familia sobre la salud física de los hombres probablemente no sean sustanciales; pero aplazar y prevenir embarazos y alumbramientos no deseados puede tener efectos sobre su educación y sus oportunidades de empleo (Montgomery, 1996). Cuando un hombre se ve obligado a asumir responsabilidad por el embarazo de una mujer, tal vez esté obligado a abandonar sus estudios (aunque una mujer haría lo mismo sin riesgo de estigma social) a fin de trabajar y mantener a la mujer. Al igual que la mayoría de las madres, tal vez un padre responsable tenga que dejar de lado oportunidades de empleo más lucrativo, aceptar un empleo que no es ideal y renunciar a oportunidades de adelanto y desarrollo en su carrera.

Fuera o dentro del matrimonio, un embarazo no deseado puede tener efectos sobre la salud mental de ambos progenitores, particularmente cuando la pareja difiere en su grado de compromiso en pro de un embarazo (Leathers and Kelley, 2000). Las



◀ En un hospital regional del Camerún, una pareja espera su turno para recibir una sesión de asesoramiento sobre planificación de la familia.

© UNFPA/Alain Sibenaler



▲ *En la ciudad de México, Ricardo y Sara dicen que han decidido esperar hasta finalizar sus estudios y encontrar empleo antes de casarse y comenzar a tener hijos.*

©UNFPA/Ricardo Ramirez Arriola

pruebas recogidas indican que la incidencia de depresión, maltrato físico y problemas de salud mental entre quienes experimentan embarazos no deseados es mayor que entre quienes tienen embarazos planificados. Esas cuestiones afectan no solamente a los hombres y mujeres involucrados, sino también a sus hijos y sus familias (Korenman et al., 2002).

Las pruebas también sugieren que los embarazos no deseados a menudo están asociados con mayor incidencia de la disolución del matrimonio, menores ingresos del hogar y diversos efectos psicosociales negativos sobre el desarrollo del niño (McLanahan and Sandefur, 1994).

Salud, cambio demográfico, riqueza de las naciones y desarrollo sostenible

Los efectos de una mejor salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia y la igualdad entre hombres y mujeres, son mucho más intensos y directos a nivel del hogar que a nivel microeconómico o macroeconómico. Pero las consecuencias individuales y para el hogar de los servicios de planificación de la familia—menor fecundidad,

mejor salud, menor mortalidad, mayores inversiones en capital humano, mayor participación en la fuerza laboral, y mayor ingreso y ahorro—también repercuten a los niveles más englobantes de comunidades y países. Tales efectos a macronivel son a veces difíciles de determinar, debido a que las variables están interrelacionadas y bajo la influencia de una enorme cantidad de otras variables, como el entorno institucional, la influencia de las políticas y las guerras y otros importantes eventos sociales, económicos y políticos. Aun cuando todavía no hay pruebas incontestables de la magnitud de dicha relación, han surgido algunas esferas de consenso.

Una de esas esferas de consenso entre economistas, demógrafos y responsables políticos es el reconocimiento del papel de las estructuras por edades de la población en el desarrollo económico. Inicialmente, la menor fecundidad reduce la proporción de jóvenes en la población de un país. Durante algún tiempo, el menor tamaño inicial de la población de jóvenes que dependen de los demás para sus necesidades básicas no queda compensado por los aumentos en la proporción

de población de personas de edad y dependientes. En este punto de la transición demográfica de un país, aumenta el tamaño relativo de la población en edad activa. Dicho aumento por única vez en la proporción de la población en edad activa, que coincide con una reducción por única vez de los “índices de dependencias”, crea condiciones favorables para el desarrollo económico y se denomina “dividendo demográfico”.

A nivel macroeconómico, la transición demográfica aminora la magnitud de varios problemas en países que no pueden incrementar sostenidamente sus inversiones en salud y educación para una población grande y en aumento de jóvenes, y no pueden absorber grandes aumentos de la mano de obra. El dividendo demográfico también ofrece a los países oportunidades de acrecentar la participación en la fuerza laboral, el ingreso, el ahorro, la inversión y el cambio social, a condición de establecer políticas de inversión en el capital humano del grupo de jóvenes (mediante mayores gastos per cápita en salud y educación, mayores inversiones en infraestructura física y desarrollo institucional, y mayor apoyo a la participación cívica, entre otras medidas).

Se han observado dividendos demográficos en el Asia oriental y sudoriental, América Latina, el Oriente Medio y África septentrional, y las Islas del Pacífico (Lee et al., 2010; Lee, 2003; Lee et al., 2001; Mason and Lee, 2004; Lee and Mason, 2006; Bloom et al., 2009; Schultz, 2009). El dividendo comenzó en el Asia oriental en el decenio de 1970, prosiguió en el Asia meridional en el 1980 y ha de propagarse a África al sur del Sahara en el nuevo milenio.

Efectos a macronivel de la planificación de la familia sobre el ahorro, la inversión y el crecimiento económico

Los índices de dependencia y el dividendo demográfico pueden afectar de numerosas maneras a las economías y las sociedades. En las etapas iniciales de la transición demográfica—cuando comienza a aumentar la proporción de jóvenes—tal vez los países deban gastar más en escuelas, servicios de salud, vivienda e infraestructura de otros tipos, para asegurar el bienestar y la productividad de la futura

población. Esta reasignación de recursos a los jóvenes, que consumen pero no producen, tal vez no conduzca a mejoras inmediatas en las tasas de crecimiento económico (Coale and Hoover, 1958). Pero después de que las tasas de fecundidad vayan disminuyendo sostenidamente a lo largo de 20 ó 30 años, la cantidad de adultos que generan ingresos irá aumentando y aumentará su proporción respecto de la de personas que dependen de ellos, creando así condiciones más favorables para el crecimiento económico y el desarrollo sostenible.

Uno de los principales factores que impulsan el mayor crecimiento económico durante la transición demográfica es el mayor nivel de ahorro e inversión en la economía. Los adultos que tienen menos cantidad de hijos pueden reasignar más recursos a sus ahorros para la propia jubilación, y así aumenta el monto del capital disponible para inversiones.

Después de que las tasas de fecundidad vayan disminuyendo sostenidamente a lo largo de 20 ó 30 años, la cantidad de adultos que generan ingresos irá aumentando y aumentará su proporción respecto de la de personas que dependen de ellos, creando así condiciones más favorables para el crecimiento económico y el desarrollo sostenible.

Las inversiones en la salud en general y la reducción de la carga de enfermedad también acrecientan el atractivo de las oportunidades de inversión. Por ejemplo, la reducción de los índices de dependencia en el Asia oriental a partir del decenio de 1960 acrecentó sustancialmente las tasas de ahorro, creó nuevas oportunidades de inversión y ayudó a los países asiáticos a reducir su dependencia respecto del capital extranjero (Higgins and Williamson 1996; Higgins and Williamson, 1997). El aumento de las tasas de ahorro también contribuyó a establecer sistemas de pensiones y de bienestar social: las poblaciones cada vez mayores de adultos en edad activa pudieron financiar las prestaciones para un grupo relativamente pequeño de personas de edad (Reher, 2011).

La mejor salud, las mayores inversiones en educación, las mayores tasas de ahorro y la mayor

inversión se traducen, en última instancia, en crecimiento económico. Se ha demostrado que el rápido crecimiento de las economías del Asia oriental desde 1975 puede atribuirse a su dividendo demográfico. Un estudio constató que los cambios en la estructura de edades corresponden a hasta una tercera parte de los adelantos de los “tigres” económicos asiáticos (Bloom, Canning and Malaney, 2000; Williamson, 2001).

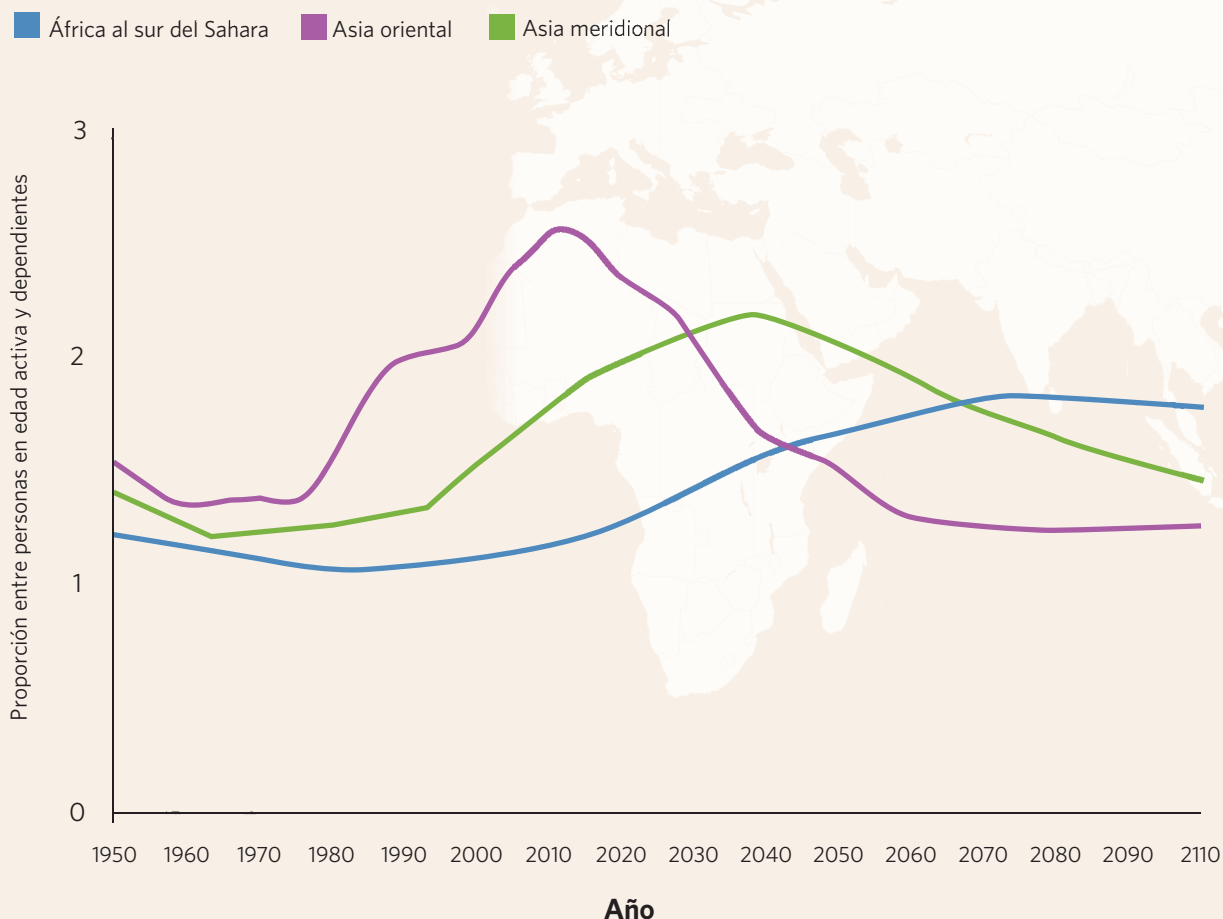
La investigación también indica que la salud inicial de una población es uno de los factores más robustos y potentes de crecimiento económico. Un estudio constató que un año adicional de esperanza de vida eleva en un 4% el PIB per cápita (Bloom,

Canning and Silva, 2001; Bloom, Canning and Silva, 2003).

Conclusión

Un mayor acceso a la planificación de la familia puede mejorar el bienestar de mujeres, hombres, niños, hogares y comunidades, al acrecentar la esperanza de vida, reducir la morbilidad y mejorar la salud en general. Amplía las oportunidades de efectuar inversiones en la educación y otras formas de fomento del capital humano y de participar en los mercados laborales, acrecentando la productividad e incrementando los ingresos, los ahorros, las inversiones y la acumulación de bienes. Las reducciones

PROPORCIÓN ENTRE PERSONAS EN EDAD ACTIVA Y DEPENDIENTES



Fuente: United Nations, World Population Prospects 2012, Medium Fertility Variant

en la mortalidad, seguidas de reducciones en la fecundidad, conducen a cambios en la estructura de edades de la población y también redundan en un “dividendo demográfico” englobado a nivel de país; y esto conduce a mejoras en el crecimiento económico y el desarrollo.

Hay tres conclusiones principales, dimanadas de las situaciones descritas. Primeramente, las mejoras en la salud reproductiva no solamente aseguran los derechos y mejoran las vidas de las mujeres y los niños, sino que además mitigan la pobreza y promueven el desarrollo económico. En segundo lugar, los programas integrados que apuntan a mejorar la salud reproductiva—programas de salud materna, salud infantil, nutrición y planificación de la familia—pueden redundar en cambios demográficos, al igual que en cambios económicos. En tercer lugar, esos programas no deben considerarse sustitutivos de ningún otro tipo de política encaminada a estimular el crecimiento económico o el desarrollo sostenible de una sociedad; en cambio, es preciso considerar que la planificación de la familia es un componente de estrategias más amplias de inversión en el capital humano, particularmente en las mujeres.



▲ *Servicios acogedores para los jóvenes en Egipto.*
© UNFPA/Matthew Cassel



El gasto y el ahorro al apoyar el derecho a la planificación de la familia

Es sumamente necesario defender los derechos humanos ampliando el acceso a la planificación de la familia, y cosechar los beneficios en forma de bienestar económico y social de las personas, los hogares, las comunidades y los países. Pero, ¿cuánto va a costar hacerlo? Considerar la planificación de la familia como un derecho tiene importantes implicaciones para las políticas de desarrollo y el marco de desarrollo sostenible que en 2015 sucederá a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El aspecto normativo de los derechos humanos

acarrea una transición radical, al trasladar las estrategias de planificación de la familia, desde el ámbito de los compromisos políticos y el pragmatismo económico hacia el ámbito de las obligaciones y el establecimiento de señales de atención al considerar complejas soluciones de transacción en materia de políticas.

Por otra parte, desde una perspectiva económica pragmática, es preciso considerar las implicaciones económicas y presupuestarias de la obligación de preservar la igualdad y la no discriminación en las políticas fiscales y presupuestarias, por ejemplo, tomar en cuenta los efectos del pago de derechos o de impuestos por el usuario, sobre la accesibilidad económica de los servicios anticonceptivos. También es preciso prestar especial atención a la obligación de proceder a una puesta en marcha progresiva a lo largo del tiempo, en relación con las asignaciones presupuestarias intersectoriales, como parte del presupuesto nacional.

Por lo general, las estimaciones de costos no se han realizado desde esta perspectiva de derechos humanos, aun cuando por cierto no están en conflicto con ella. Tendieron a focalizarse en las características demográficas de la población, su estructura de edades, y la manera en que, en combinación con los datos sobre necesidad insatisfecha, se pueden calcular las cantidades de clientes potenciales de servicios de planificación de la familia.

Necesidad en aumento

La necesidad de planificación de la familia aumentará en los próximos años, a medida que vaya aumentando la cantidad de personas que ingresan en su etapa de procreación, especialmente en los países más pobres. En los países en desarrollo, un 15% de las mujeres en edad de procrear desean aplazar su próximo alumbramiento o discontinuar su procreación, pero no están usando anticonceptivos modernos (Singh and Darroch, 2012). Por consiguiente, corren riesgos sus derechos a la planificación de la familia.

La “necesidad insatisfecha”, de conformidad con la definición generalmente aceptada, no es tan elevada en los países más ricos. Pero una proporción sustancial de los alumbramientos, en países tanto ricos como pobres, pueden calificarse de “no planificados”. La tasa más baja de no planificación es 30% en Europa occidental; la más alta, 64% en América del Sur (Singh, Sedgh and Hussain, 2010). En los Estados Unidos, según se estima, un 49% de los embarazos son no planificados y ese porcentaje permaneció invariable entre 1994 y 2001 (Finer and Henshaw, 2006).

En los Estados Unidos, los embarazos no planificados ocurren con mayor frecuencia entre las jóvenes de 18 a 24 años de edad no casadas, pobres, negras o hispanoamericanas. En 2001, un 48% de los embarazos no planificados ocurrieron durante un mes en que se utilizaron anticonceptivos (Finer

◀ *Mwanasha se reúne con casi 200 mujeres a la sombra de un árbol de baobab. Han acudido en procura de anticonceptivos, que podrían salvar las vidas de muchas de ellas y transformar el futuro de sus familias. En Malawi, una de cada 36 mujeres muere en el parto, en comparación con una de 4.600 en el Reino Unido.*

©Lindsay Mgbor/
Departamento del
Reino Unido para el
Desarrollo Internacional

EMBARAZOS PLANIFICADOS Y RESULTADOS, 2008

	Cantidad total de embarazos (millones)	Porcentaje de embarazos no planificados	Distribución porcentual de los resultados de embarazos no planificados (% del total de embarazos)		
			Alumbramientos	Abortos inducidos	Abortos espontáneos
Todo el mundo	208,2	41	16	20	5
Regiones más desarrolladas	22,8	47	15	25	6
Regiones menos desarrolladas	185,4	40	16	19	5
África	49,1	39	21	13	5
Oriental	17,4	46	25	14	6
Central	6,9	36	22	8	5
Septentrional	7,4	38	15	18	5
Meridional	2,0	59	34	20	8
Occidental	15,5	30	16	10	4
Asia	118,8	38	12	21	5
Oriental	31,7	33	4	25	3
Centromeridional	60,4	38	15	18	5
Sudoriental	19,2	48	14	28	6
Occidental	7,5	44	24	15	6
Europa	13,2	44	11	28	5
Oriental	6,4	48	5	38	5
Septentrional	1,8	41	17	18	5
Occidental	2,4	42	17	20	5
Meridional	2,7	39	18	16	5
América Latina y el Caribe	17,1	58	28	22	8
Caribe	1,2	63	31	23	9
Centroamérica	4,6	43	20	17	6
América del Sur	11,3	64	31	24	9
América del Norte	7,2	48	23	18	7
Oceanía	0,9	37	16	16	5

Fuente: Singh, S. et al.. 2010: 244.

and Henshaw, 2006). Esto se debe a que algunas mujeres son más propensas a tener relaciones sexuales sin protección, aun cuando en otros momentos usen anticonceptivos; además, tal vez estén utilizando métodos menos eficaces. Finalmente, algunas mujeres que cohabitan tienen más probabilidades de tener embarazos no planificados debido en parte a que pueden ser ambivalentes acerca del uso de anticonceptivos, lo que tal vez sea la preferencia de sus compañeros pero no la propia. Las personas de condición socioeconómica más baja tienen más probabilidades de fracaso en el uso de anticonceptivos, debido en parte a que son más propensas a utilizar métodos menos eficaces.

Variaciones en el uso de anticonceptivos y niveles actuales de uso y de necesidad insatisfecha

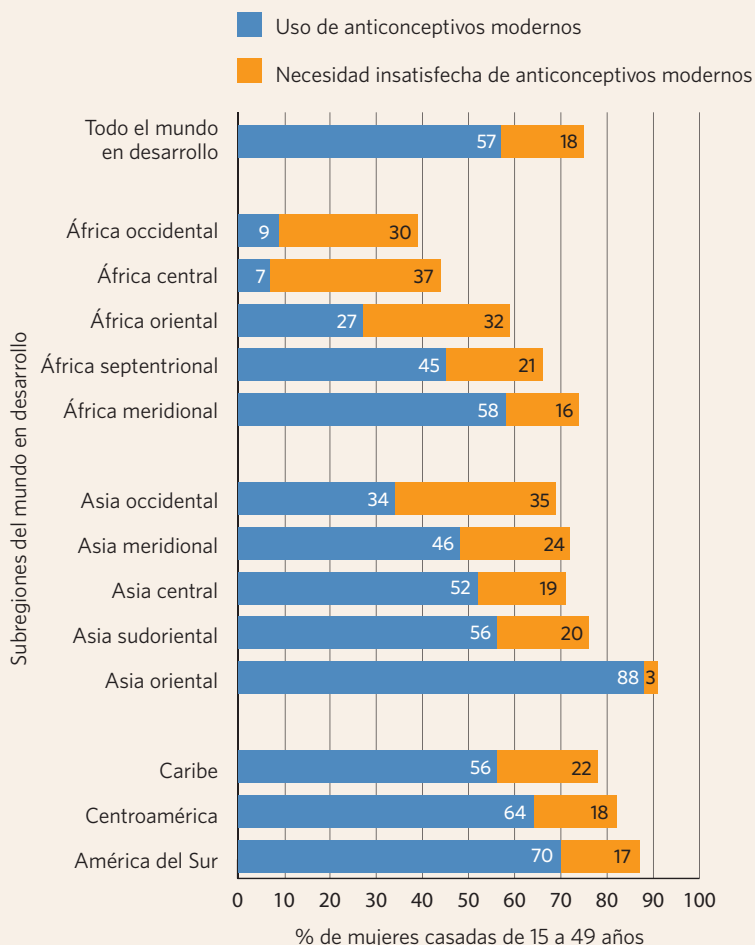
Como se indicó en los Capítulos 2 y 3, entre las personas no casadas hay una fuerte y creciente necesidad de servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, dado que ha aumentado la edad al contraer matrimonio por primera vez y lo propio ocurrió con la actividad sexual entre personas no casadas. Las mujeres no casadas y con actividad sexual corren mayores riesgos de embarazo no deseado que las mujeres casadas. Las mujeres que cohabitan están usando anticonceptivos con tasas similares a las de las mujeres casadas, pero tienden a tener más altos niveles de actividad sexual, pues son más jóvenes; además, tal vez tengan mayor fecundidad.

El uso de anticonceptivos por mujeres casadas de 15 a 49 años, residentes en países tanto en desarrollo como desarrollados, aumentó desde casi cero en el decenio de 1960 hasta aproximadamente 47% en 1990 y 55% en 2000, y posteriormente permaneció invariable (*United Nations Department of Economic and Social Affairs*, 2004 & 2011). En el África oriental, la tasa aumentó desde 20% en 2008 hasta 27% en la actualidad. En el Asia sudoriental, en el mismo período la tasa aumentó, desde 50% hasta 56%. Entre 2008 y 2012, un aumento medio anual de 1,7% entre usuarias de métodos modernos redundó en que se agregaran 42 millones a las mujeres casadas que estaban usando métodos de planificación de la familia.

Singh y Darroch (2012), utilizando nuevas mediciones de la necesidad insatisfecha, rehicieron los cálculos para incluir estimaciones de mujeres nunca casadas y con actividad sexual y obtuvieron como resultado que en 2012, de los 1.520 millones de mujeres en edad de procrear residentes en países en desarrollo, 867 millones tienen necesidad de planificación de la familia.

Se satisfacen las necesidades de aproximadamente tres de cada cuatro de esas mujeres; es decir, no se satisfacen las de una de cada cuatro.

NIVEL DE NECESIDAD INSATISFECHA Y DE UTILIZACIÓN DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS POR LAS MUJERES CASADAS; GRANDES VARIACIONES ENTRE SUBREGIONES DEL MUNDO EN DESARROLLO EN 2012



Fuente: Singh & Darroch 2012



a los donantes internacionales a sufragar una tercera parte de los costos de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, y a los propios países en desarrollo, a sufragar dos terceras partes del total.

Tanto los países en desarrollo como los desarrollados se han retrasado y no han llegado a esas metas. Por ejemplo, para satisfacer las necesidades de anticonceptivos modernos por quienes los estaban usando en 2010, se esperaba que los donantes aportaran aproximadamente 1.320 millones de dólares, pero, en realidad, aportaron 822 millones de dólares, es decir, una tercera parte menos que el importe fijado como meta.

Ese déficit puede atribuirse a recortes presupuestarios en algunos países donantes, pero también, a las maneras en que los países deciden asignar recursos. Por ejemplo, los Estados Unidos, un importante contribuyente internacional a la planificación de la familia, ha ido colocando a una creciente cantidad de países en una lista de “graduación y egreso”. A medida que los países se van “graduando”, se considera que ya no necesitan el mismo nivel de apoyo recibido anteriormente. Los países previstos para su “graduación” son aquellos cuya tasa de fecundidad total es de 3,0 o menos y cuya tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos modernos es de 55% o más (Bertrand, 2011). Los países de América Latina resultaron especialmente afectados por ese proceso de “graduación”, dado que los ministerios de salud de la región no han colmado la brecha a medida que los Estados Unidos iban reduciendo paulatinamente sus contribuciones, o discontinuándolas.

Ampliación del acceso para responder a la necesidad insatisfecha

La provisión de anticonceptivos a las actuales 645 millones de usuarias en el mundo en desarrollo cuesta 4.000 millones de dólares anuales. Para mejorar la calidad de esos servicios, según estimaciones recientes del *Guttmacher Institute*, sería necesario agregar 1.100 millones de dólares por año. A fin de proporcionar métodos anticonceptivos modernos y mejores servicios a los 222 millones de mujeres con necesidad insatisfecha sería

▲ Durante la Cumbre de Londres sobre Planificación de la Familia, se reúne el grupo de donantes que formulan promesas de contribuciones. ©Russell Watkins/ Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional

La financiación no aumenta al mismo ritmo que el aumento de la necesidad

El apoyo de donantes y gobiernos a la salud sexual y reproductiva, especialmente a la planificación de la familia, ha estado disminuyendo en un momento crítico, cuando casi 2.000 millones de jóvenes están ingresando en su etapa de procreación.

Mientras tanto, muchos países en desarrollo no han asignado prioridad a la salud sexual y reproductiva en sus sectores de salud (*Population Council*, 2007; Birungi et al., 2006). Al mismo tiempo, la salud sexual y reproductiva ha ido perdiendo terreno en comparación con otras cuestiones de salud que “compiten” con ellas, como las enfermedades infecciosas, debido que quienes conocen a fondo este tema no han logrado persuadir a quienes tienen acceso a los círculos de poder—responsables políticos y donantes—de que es preciso que incrementen los fondos.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo exhortó

necesario agregar otros 3.000 millones de dólares por año. En consecuencia, el costo total de satisfacer completamente las necesidades de todas las mujeres residentes en países en desarrollo y mejorar la calidad de los servicios, ascendería a un total de 8.100 millones de dólares anuales. Satisfacer totalmente la necesidad de anticonceptivos modernos, conjuntamente con mejorar la calidad de los servicios, redundaría en un aumento del costo anual medio por usuario del mundo en desarrollo desde 6,15 dólares hasta 9,31 dólares (Singh and Darroch, 2012).

El costo de responder a la necesidad insatisfecha llega a un máximo en África al sur del Sahara y en los países más pobres de otras regiones, donde son más débiles las capacidades para prestar servicios. En consecuencia, para comprometerse a responder a la necesidad insatisfecha sería necesario introducir cambios en la asignación de recursos de donantes. Actualmente, los 69 países más pobres reciben un 36% de los recursos de donantes con destino a la planificación de la familia; sería necesario que esa proporción aumentara hasta un 51%.

ESTUDIO MONOGRÁFICO

Rendición de cuentas en Sierra Leona

La corrupción entraña enormes costos para cualquier sistema de salud. Antes y después de finalizar la guerra civil en Sierra Leona, más del 50% de los medicamentos y los suministros médicos destinados a establecimientos de salud pública había desaparecido (UNFPA, 2011a). La cadena de suministros adolecía de falta de transparencia, deficientes registros, manejo incorrecto de medicamentos y robo de medicamentos del sistema público para revenderlos a farmacias privadas. El UNFPA apoya la coalición *Health for All*, organización de la sociedad civil que trata de establecer un sistema independiente de seguimiento y evaluación. Los verificadores de medicamentos que ahora trabajan en el sistema de salud han reducido el robo de medicamentos y acrecentado pronunciadamente la obligación de rendir cuentas, lo cual tiene efectos directos sobre el acceso de las personas a los métodos de planificación de la familia. ■

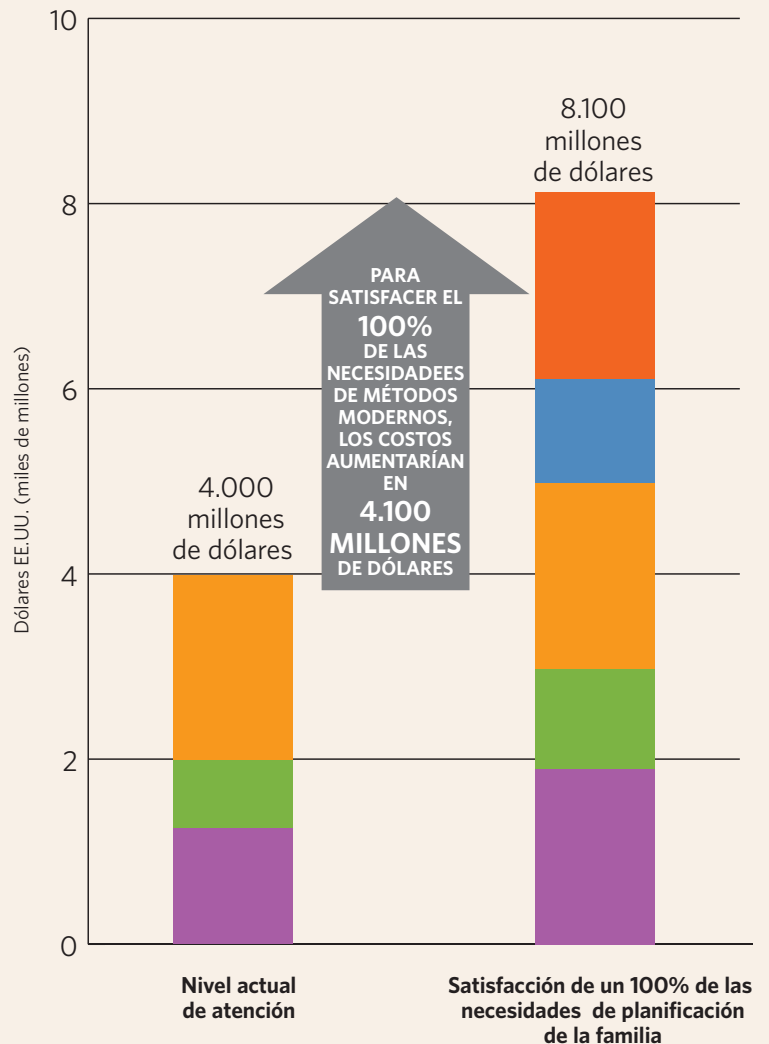
PROPORCIONAR ANTICONCEPTIVOS MODERNOS A TODOS QUIENES LOS NECESITAN EN 2012 REQUERIRÍA UN AUMENTO DE 4.100 MILLONES DE DÓLARES EN LOS COSTOS ACTUALES

Costos directos

- Productos y suministros anticonceptivos
- Sueldos de agentes de salud

Costos de programas y sistemas

- Nivel actual de costos de programas y sistemas
- Costos adicionales de programas y sistemas para usuarios actuales
- Costos de programas y sistemas para atender a las mujeres con necesidad insatisfecha



Fuente: Singh & Darroch 2012

Ahorros logrados al responder a la necesidad insatisfecha

Al aumentar en 4.100 millones de dólares las inversiones en servicios anticonceptivos modernos en los países en desarrollo, el mundo ahorraría aproximadamente 5.700 millones de dólares en servicios de salud materna y neonatal, a consecuencia de prevenir embarazos no planificados y abortos realizados en malas condiciones (Singh and Darroch, 2012). La planificación de la familia es una intervención que redundan en economías a nivel individual, del hogar o la familia, y nacional (Cleland et al., 2011; Greene and Merrick, 2005). Según recientes investigaciones, se estima que el aumento del uso de anticonceptivos en los últimos dos decenios ha reducido en un 40% la cantidad de defunciones maternas, al reducir la cantidad de embarazos no planificados (Cleland et al., 2012). Sería posible prevenir un 30% adicional de muertes maternas si simplemente se respondiera a la necesidad insatisfecha de planificación de la familia.

La contribución de “las relaciones sexuales riesgosas”—diversos trastornos de la salud sexual y reproductiva, incluido el VIH—a la carga mundial de enfermedad es enorme (Ezzati et al, 2002). Las enfermedades sexuales y reproductivas son la quin-

ta causa de defunción por orden de importancia a escala mundial y la segunda entre las que contribuyen a la carga mundial de enfermedad, medida por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD); la proporción de años perdidos ajustados en función de la discapacidad debido a “las relaciones sexuales riesgosas” es mucho mayor para las mujeres que para los hombres.

Compromiso en pro del derecho a la planificación de la familia: Implicaciones de costos

El cálculo de costos de la planificación de la familia es dificultoso debido a que hay diversas modalidades de prestación de servicios y esos servicios a menudo ofrecen más que métodos de planificación de la familia (Janowitz and Bratt, 1994). Además, los costos asociados con un embarazo no planificado o los beneficios de evitarlo exceden el ámbito de una persona e incluyen efectos sobre las familias, las comunidades y los países.

Además, algunos costos de la planificación de la familia son sufragados por los servicios de salud y otros, por las propias personas. En algunos entornos, determinados grupos están en situación más o menos desventajosa al tener que sufragar por sí

En Guinea, los servicios de planificación de la familia ofrecen una gama de opciones.
© UNFPA/Mariama Sire Kaba.



mismos esos costos. En general, los costos de proporcionar *información* no se incluyen en la mayoría de las estimaciones, las cuales se focalizan más en la provisión de suministros y servicios.

Los programas que proporcionaron inicialmente planificación de la familia a grupos “de fácil acceso” pueden tal vez encontrar que los costos de llegar a los clientes ubicados en el siguiente nivel de accesibilidad son mucho mayores (Janowitz and Bratt, 1994). Una de las causas es que tal vez sea necesario llegar a personas ubicados en zonas geográficamente remotas o que están más aisladas socialmente. Tal vez sea necesario ampliar o mejorar los servicios para asegurar los derechos de grupos marginados.

El compromiso de asegurar la vigencia del derecho a la planificación de la familia requiere una comprensión cabal de todos los costos que entraña llegar a cada persona. ¿Se necesitan tareas de difusión para acrecentar el acceso de grupos en situación desventajosa? ¿Cómo cumple un Estado con sus obligaciones de asignar prioridad a las personas de más difícil acceso, aun cuando no sea racional desde el punto de vista económico? ¿Hay acaso componentes programáticos que exceden los límites de la clínica y han de ser incluidos para superar las barreras al acceso?

El Programa de Acción de la CIPD reconoció las limitaciones sociales y culturales restrictivas de la salud y estableció una justificación para abordar algunas de esas limitaciones como parte de los programas de planificación de la familia. No obstante, esos tipos de programas que “exceden la planificación de la familia” podrían parecer ajenos a los servicios, aun cuando tengan amplias consecuencias sobre la salud y el desarrollo (Singh and Darroch, 2012). Un ejemplo podría ser el de programas en beneficio de hombres y adolescentes varones para propiciar normas y relaciones equitativas entre hombres y mujeres, incluido el apoyo al uso de métodos de planificación de la familia por ellos mismos o por sus parejas.

Las actividades de apoyo a la planificación de la familia también son esenciales para la vigencia de los derechos

Los cálculos de costos se han focalizado muy frecuentemente en los servicios de salud y en la provisión de suministros y servicios para responder a

la necesidad insatisfecha. Con frecuencia se deja de lado la necesidad de influir sobre las condiciones subyacentes que conforman las perspectivas de las personas respecto de la procreación y propician el uso de métodos de planificación de la familia.

El enfoque basado en los derechos humanos del desarrollo sostenible puede orientar las políticas y programas al individualizar y abordar la red interrelacionada de factores conducentes a la existencia de necesidad insatisfecha en un país o entorno local dado. La aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos como continuación ininterrumpida de los análisis de situación, la formulación de políticas y el cálculo de costos de programas, puede contribuir a asegurar que los presupuestos públicos sean más sensibles a las diversas formas de discriminación y apoyen los derechos humanos.

El compromiso de asegurar la vigencia del derecho a la planificación de la familia requiere una comprensión cabal de todos los costos que entraña llegar a cada persona.

Un reciente análisis de costos efectuado por el *Guttmacher Institute* señala que “más allá de la planificación de la familia, se necesitan intervenciones para abordar los factores sociales que inhiben el uso de anticonceptivos ... Para abordar esos tipos de barreras es preciso un compromiso en pro de amplias intervenciones a largo plazo, por ejemplo, ofrecer educación integral sobre la sexualidad y emprender acciones en gran escala y bien diseñadas de educación pública” (Singh and Darroch, 2012).

Entre las acciones que apoyan el derecho a la planificación de la familia cabe mencionar:

- Cambiar las normas para generar cambios a largo plazo en la demanda, por ejemplo, colaborar con los hombres y los adolescentes varones a fin de que posterguen el matrimonio y apoyen a sus compañeras;
- Movilizar a las personas para que exijan la vigencia de sus derechos y responsabilizar a los encargados de ofrecer servicios por la calidad de éstos;
- Superar los obstáculos al acceso físico a los servicios mediante, por ejemplo, el apoyo al establecimiento de sistemas de transporte comunitario.



▲ El Dr. Babatunde Osotimehin, Director Ejecutivo del UNFPA, habla durante la Cumbre de Londres sobre Planificación de la Familia.

©Russell Watkins/
Departamento del
Reino Unido para el
Desarrollo Internacional

Algunas actividades encaminadas a acrecentar la demanda de planificación de la familia, entre ellas, alentar a los hombres y los adolescentes varones a apoyar más el uso de la planificación de la familia por sus compañeras y crear conciencia de los beneficios económicos y de salud derivados de poder espaciar los embarazos y decidir cuándo tenerlos, se incluyen a veces en las estimaciones de costos debido a que están directamente relacionadas con el uso de métodos de planificación de la familia.

Es posible calcular los costos de las tareas necesarias para que cambien las normas de género y de otro tipo que atañen, en última instancia, a los resultados en materia de salud sexual y reproductiva, pero es difícil medir el “crédito” atribuible a esos cambios en cuanto al aumento del uso de anti-conceptivos. Por esa razón, es difícil determinar su costo en relación con la planificación de la familia, aun cuando puedan tener, en última instancia, efec-

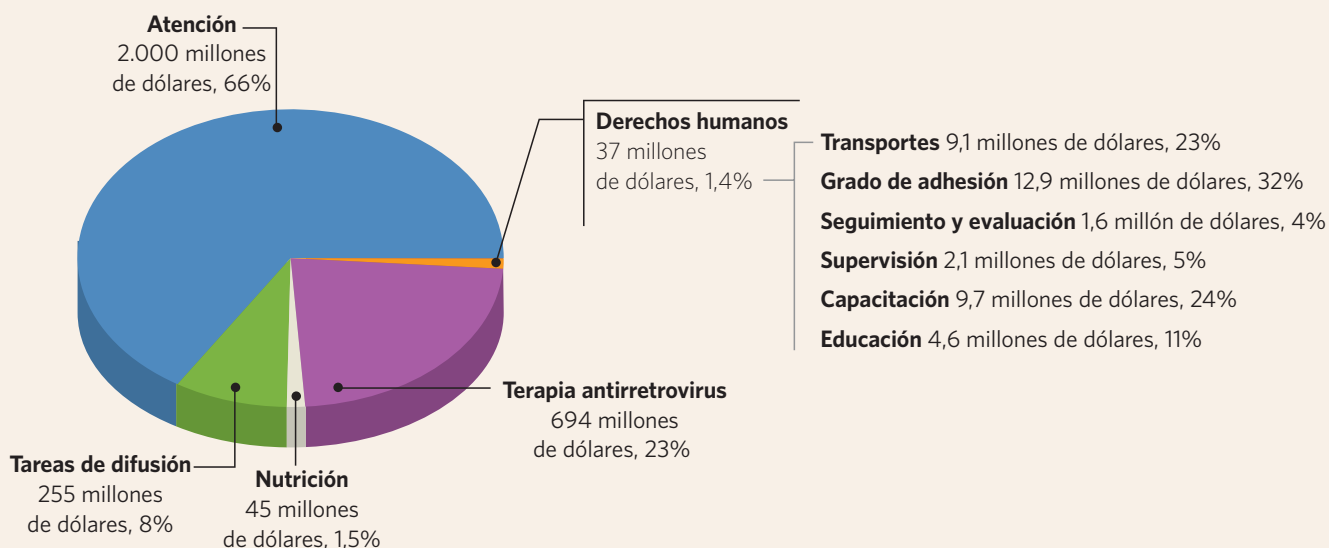
tos no solamente sobre la planificación de la familia y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva, sino también sobre otras esferas de salud y desarrollo. Un ejemplo de una intervención que cambia normas con efectos concretos sobre los resultados clínicos es el currículo de “Peldaños ascendentes” elaborado en África al sur del Sahara y actualmente adaptado para su utilización en docenas de países de todo el mundo (Welbourn, 2003). Ese currículo procura modificar el equilibrio de poder en las relaciones entre hombres y mujeres en la comunidad, de maneras que repercutan sobre la salud. El currículo de “Peldaños ascendentes” afectó las actitudes relacionadas con cuestiones de género, de manera que se redujo la incidencia del VIH y aumentó el uso de condones, entre otros resultados, aun cuando las mediciones se efectuaran transcurrido un año después de la intervención.

Hasta ahora hubo escasas menciones de los *derechos* en los intercambios de ideas acerca de cuánto cuesta proporcionar métodos de planificación de la familia a todos quienes los desean. Pero hubo en otras esferas algunos casos en que los costos de asegurar la vigencia de los derechos humanos fueron incorporados en los cálculos generales de costos. Un estudio reciente sobre costos asociados con el tratamiento del VIH, por ejemplo, incluyó estimaciones del apoyo a actividades que asegurarían la eficacia de las inversiones en ofrecer terapias antirretrovirus. Esas actividades abarcan acciones para proteger los derechos humanos de las personas que reciben tratamiento (Jones et al., 2011). Recientemente, un estudio trató de calcular los costos en derechos humanos de ofrecer terapia antirretrovirus como intervención preventiva de bajo costo (Granich et al., 2012).

Dicho estudio comprueba que si no se involucra a la comunidad y no se le brinda apoyo, serán escasas las probabilidades de que el programa alcance sus objetivos. Este modelo destaca la importancia de asegurar “el involucramiento comunitario en la planificación y ejecución del programa, velando por que no haya coerción para someterse a la detección del VIH ni para recibir terapias antirretrovirus, y que se ofrezca suficiente apoyo a las personas que formulan preguntas o manifiestan inquietudes. En contraste con muchos otros estudios similares, se

COSTOS MEDIOS DEL TRATAMIENTO DEL VIH, POR CATEGORÍA, CON DESGLOSE DE LOS COMPONENTES DE DERECHOS HUMANOS Y APOYO COMUNITARIO

(LOS COSTOS SE INDICAN EN DÓLARES EE.UU.)



Fuente: Granich et al, 2012

incluye el costo de incluir muchos componentes de un fuerte marco de derechos humanos” (Granich, 2012). El costo total de incluir en todo el programa los componentes de derechos humanos es 1,4%, lo cual representa una pequeña inversión en el éxito a largo plazo del programa y en su contribución al logro de la vigencia de los derechos.

Conclusión

Según recientes estimaciones de la necesidad insatisfecha, es necesario efectuar sustanciales inversiones para sostener el derecho de las poblaciones del mundo a la planificación de la familia. En los

próximos años, aumentarán los ya altos niveles de necesidad insatisfecha de planificación de la familia, dada la numerosa generación de jóvenes que ingresan en su etapa de procreación. Se ha comprobado que la planificación de la familia es, entre todas las intervenciones de salud pública emprendidas hasta ahora, una de las que tienen mayor eficacia en función de los costos. En consecuencia, toda decisión relativa a la manera de efectuar inversiones en planificación de la familia debe cotejar sus costos con la gama de beneficios que reporta a las personas, los hogares y los países.



Asegurar el derecho universal a la planificación de la familia

Han pasado casi 20 años desde que los 179 gobiernos representados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) transformaron la manera en que el mundo encara la salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia. Aunque se han logrado algunos adelantos, es mucho lo que queda por hacer para lograr la vigencia de las aspiraciones de la CIPD, basadas en los derechos humanos.

El Programa de Acción de la CIPD definió la salud sexual y reproductiva y ubicó a la planificación de la familia en un marco más amplio de derechos relacionados entre sí. Más allá de los programas, consideró las circunstancias sociales y económicas que conforman las decisiones de las personas acerca de su vida sexual y reproductiva, y determinó su posibilidad de llevar a la práctica esas decisiones. Destacó los papeles y necesidades de adolescentes, hombres y otros grupos que anteriormente habían quedado al margen; y destacó la necesidad de que los servicios respeten los derechos individuales y respondan a las preferencias de las personas al ofrecer métodos de planificación de la familia.

Para los responsables políticos, las organizaciones internacionales, los gobiernos y las entidades de la sociedad civil, este nuevo enfoque basado en los derechos humanos era revolucionario, debido en parte a que creaba para los gobiernos obligaciones de proporcionar servicios y suministros de salud reproductiva para todos, sin distinción. Pero, ¿fue esa transición percibida como revolucionaria por las personas en general, por cada mujer, cada hombre, y cada adolescente, niña o varón, a quienes la CIPD trató de ayudar?

Allí donde se ha defendido el derecho a la planificación de la familia y se ha ampliado el acceso, las personas se han beneficiado, gracias a la mejor salud, los más altos ingresos, las reducciones en la pobreza y la mayor igualdad entre mujeres y hombres. Pero la CIPD todavía no ha cambiado las realidades

cotidianas de centenares de millones de personas que quieren evitar o aplazar el embarazo, pero no pueden lograrlo debido a que siguen careciendo de acceso fiable a la información y los servicios anticonceptivos de calidad, o porque tropiezan con insuperables obstáculos de índole social, económica y logística.

Esas personas han quedado al margen de los adelantos que la planificación de la familia puede facilitar o propiciar en materia de salud, ampliación de los medios de acción y disfrute de diversos otros derechos. Los problemas son más agudos en los países en desarrollo, pero también existen en países desarrollados, donde muchas mujeres y muchos hombres no tienen acceso a la planificación de la familia, o disponen de servicios deficientes o están insatisfechos con los métodos que utilizan.

La aspiración de la CIPD todavía no se ha plasmado plenamente en un enfoque basado en los derechos humanos de políticas y programas de salud sexual y reproductiva, que aseguren la calidad de los servicios y el acceso para todos.

En consecuencia, todavía es excesiva la cantidad de personas que no pueden adoptar decisiones acerca del tamaño de sus familias ni del momento de tener embarazos.

Los gobiernos que hicieron suyo el Programa de Acción de la CIPD se comprometieron a asegurar que las personas dispongan de la información, la educación y los medios para decidir libre y responsablemente si tener o no hijos y cuándo tenerlos, y

◀ *En el Brasil, una pareja con su hijito.*
©Panos/Adam Hinton

Cuando las personas pueden ejercer su derecho a la planificación de la familia, están en condiciones de adoptar decisiones acerca del momento de ocurrir sus embarazos y el espaciamiento entre estos, y también están en condiciones de ejercer muchos otros derechos, y beneficiarse con ellos; entre ellos, los derechos a la educación, la salud y el desarrollo.

convinieron en que la planificación de la familia es un derecho.

El derecho a la planificación de la familia también está explícitamente establecido en la Convención sobre la eliminación de toda las formas de discriminación contra la mujer; y fue incluido en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, especialmente la meta 5-B, que mide el progreso hacia el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, antes de 2015. Pero el adelanto hacia el logro de este objetivo está retrasado en comparación con el grado de progreso hacia los demás Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Entonces, ¿qué ocurrirá después de 2015, cuando se cumpla el plazo para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio?

Los valores y los principios afirmados en la Declaración del Milenio proporcionan sólidos fundamentos para abordar los desafíos del desarrollo mundial. El programa de desarrollo sostenible para después de 2015 se ha de basar en los principios fundamentales de derechos humanos, igualdad y sostenibilidad. En el marco de esos principios, se procurará alcanzar los objetivos de desarrollo en cuatro esferas interdependientes: desarrollo social inclusivo, sostenibilidad del medio ambiente, desarrollo económico inclusivo, y paz y seguridad.

La aspiración del programa de desarrollo posterior a 2015 es integral, tiene escala mundial y se

basa en los principios, los valores y los estándares esenciales que derivan de los marcos acordados internacionalmente. Esos principios contribuirán a la coherencia de las políticas a nivel mundial, regional, nacional y subnacional, y asegurarán que las actividades de desarrollo se refuercen mutuamente.

Una de esas actividades es la planificación de la familia. Cuando las personas pueden ejercer su derecho a la planificación de la familia, están en condiciones de adoptar decisiones acerca del momento de ocurrir sus embarazos y el espaciamiento entre estos, y también están en condiciones de ejercer muchos otros derechos, y beneficiarse con ellos; entre ellos, los derechos a la educación, la salud y el desarrollo.

La capacidad para determinar si tener o no hijos, cuándo tenerlos y cuántos hijos tener trasunta la vigencia de la igualdad de derechos y oportunidades. Por consiguiente, la planificación de la familia es cuestión de equidad y justicia social.

Planificar la propia familia es un derecho humano fundamental y es algo que tratan de lograr las mujeres y los hombres de todas las edades en todos los países del mundo. En 2012, lograr la vigencia de este derecho para todos parece estar cada vez más a nuestro alcance.

A continuación se esbozan cuatro recomendaciones generales para lograr el reconocimiento de la planificación de la familia como cuestión de derechos

fundamentales y desarrollo sostenible, y también, se sugieren estrategias concretas para llevar a la práctica esas recomendaciones. Tratan de la necesidad de: 1) *adoptar o reforzar un enfoque basado en los derechos humanos*; 2) *lograr que se preste especial atención a la planificación de la familia en el marco del desarrollo sostenible posterior a 2015*; 3) *asegurar la igualdad, haciendo hincapié en determinados grupos excluidos*; 4) *recaudar los fondos necesarios para sufragar en su totalidad las actividades de planificación de la familia*.

Planificar la propia familia es un derecho humano fundamental y es algo que tratan de lograr las mujeres y los hombres de todas las edades en todos los países del mundo. En 2012, lograr la vigencia de este derecho para todos parece estar cada vez más a nuestro alcance.

1 Ampliar la cobertura de la planificación de la familia y mejorar los servicios adoptando un enfoque de la salud basado en los derechos humanos

La planificación de la familia debe incorporarse en programas integrales de salud sexual y reproductiva. El enfoque de la planificación de la familia basado en los derechos humanos entraña mucho más que la mera protección del derecho a tener acceso a servicios de planificación de la familia. La estrecha relación entre el derecho a decidir si tener o no hijos, cuándo tenerlos y cuántos hijos tener, al igual que otros aspectos de la vida sexual y reproductiva de las personas, requiere que se aplique un enfoque amplio de los servicios.

Los gobiernos deberían ejercer vigilancia para eliminar todo uso de incentivos, metas o escalas de pagos que incentiven a los encargados de la atención de la salud para promover la adopción de determinados métodos, así como tampoco incentivos para el uso de anticonceptivos, especialmente determinados métodos. La prestación de los servicios debe, en sí misma, satisfacer los estándares de derechos humanos y es preciso tipificar las barreras al uso como infracciones a los derechos humanos. Las personas pobres con limitada escolarización son más vulnerable a los malentendidos y a la información errónea acerca de las formas en que operan los anticonceptivos y las maneras en que es posible orientar las propias opciones.

Es preciso “no limitarse a la planificación de la familia” y abordar los obstáculos sociales y económicos que menoscaban la salud sexual y reproductiva. Para poder ejercer sus derechos a la planificación de la familia, con frecuencia las mujeres, y a veces, también los hombres, deben superar normas de género profundamente arraigadas. Es menester asegurar el acceso de las mujeres a la planificación de la familia, mediante actividades que aborden directamente sus circunstancias sociales y fortalezcan sus facultades de adoptar decisiones, su movilidad, su autonomía y su acceso a los recursos. Es menester que los programas aborden

directamente esas limitaciones, como parte de sus medidas para asegurar el ejercicio del derecho a la planificación de la familia.

Es necesario reconocer que los hombres y los adolescentes varones tienen funciones protagónicas en la vigencia del derecho de las mujeres a la planificación de la familia, y también de sus propios derechos. En su calidad de derecho humano, la planificación de la familia es pertinente a todas las personas y todos los eventuales padres y madres. La planificación de la familia es especialmente importante para las mujeres y su salud y bienestar, y también tiene gran interés y mucho valor para los hombres. En la esfera de la salud sexual y reproductiva, hay oportunidades de alentar el cabal involucramiento de los hombres en la planificación de la familia. Los hombres y los adolescentes varones pueden contribuir a asegurar el derecho de las mujeres a la planificación de la familia actuando como compañeros solidarios, utilizando ellos mismos anticonceptivos, evitando toda violencia y promoviendo la igualdad entre los géneros; ellos tienen importantes papeles

▼ Una parada de autobuses en Mumbai, India.
©Panos/Mark Henley



que desempeñar en cuanto a transformar los papeles y las normas de género de manera que faciliten la vigencia de los derechos para todos.

Los programas de planificación de la familia deben reflejar la realidad de que el uso de anticonceptivos ocurre en el marco de las relaciones sexuales. En la esfera de la planificación de la familia ya se ha reconocido la conexión entre salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos y sexualidad. Es necesario proseguir las investigaciones para examinar de qué manera el deseo de tener una vida sexual satisfactoria desempeña un papel en la conformación de las opiniones de mujeres y hombres acerca de la planificación de la familia, sus preferencias por determinados métodos, y sus posibilidades de negociar con respecto a su uso. Los programas de planificación de la familia podrían reconocer y apoyar más sistemáticamente su deseo de mantener y disfrutar de relaciones sexuales saludables.

Es preciso ofrecer servicios de planificación de la familia cuando se ofrecen servicios de aborto allí donde es legalmente permitido. Las mujeres que recientemente han experimentado un aborto deberían tener fácilmente a su disposición métodos de planificación de la familia para posibilitar que aplacen los futuros embarazos. No obstante, con frecuencia se han separado los servicios de planificación de la familia de los de aborto, incluso en lugares donde es legal. Está generalizada en todo el mundo la preocupación acerca del aborto realizado en malas condiciones, una importante causa de morbilidad y mortalidad maternas. La planificación de la familia contribuye fundamentalmente a responder a este grave problema de salud pública, reduciendo la cantidad de embarazos no deseados.

Es menester asegurar el acceso a la anticoncepción de emergencia como componente esencial de la satisfacción del derecho a la planificación de la familia. Es necesario que la comunidad internacional destaque la importancia del acceso a los anticonceptivos de emergencia en casos de violencia sexual, así como en circunstancias de conflicto armado y de emergencias humanitarias.

Los gobiernos, las organizaciones internacionales y las entidades de la sociedad civil deberían efectuar un seguimiento de los grados de satisfacción con métodos anticonceptivos y servicios de calidad, sus efectos sobre la salud y la incidencia del embarazo no deseado. Las organizaciones internacionales y no gubernamentales y los gobiernos deberían formular o adoptar indicadores más integrales de la necesidad insatisfecha, por ejemplo, la “proporción de demanda satisfecha”, que indica la porción de la demanda total de anticonceptivos que se satisface. Al considerar conjuntamente el uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha sólo se define el *nivel* total de demanda de planificación de la familia. La medición de la “demanda satisfecha” sirve para determinar si se satisfacen los deseos de una persona claramente expresados con respecto a la anticoncepción y es una medición más sensible de la medida en que las personas, las comunidades y los sistemas de salud apoyan el derecho individual a escoger y utilizar un método de planificación de la familia.

2 Asegurar que en el marco de desarrollo sostenible posterior a 2015 se incorpore en lugar central la planificación de la familia, para reconocer sus contribuciones al desarrollo y quebrar el ciclo de pobreza y desigualdad

Es preciso abordar la planificación de la familia no como un tema “especializado” en el sector de salud, sino como una de las inversiones fundamentales que contribuyen al desarrollo. La planificación de la familia constituye una inversión económica racional y de eficacia comprobada que arroja utilidades para el individuo, el hogar, la comunidad y el país. La amplitud y la escala de los beneficios de asegurar la vigencia del derecho a la planificación de la familia indican que esta intervención puede figurar entre las más eficaces—y las más eficaces en función de los costos—para la acumulación de capital humano y la mitigación de la pobreza. Cuando los gobiernos ratifican tratados de derechos humanos, asumen ciertas obligaciones de proteger una amplia gama de derechos. Con frecuencia, se facilitará el

cumplimiento de esas obligaciones mediante la vigencia del derecho a la planificación de la familia.

La planificación de la familia desempeña un papel fundamental en el logro de una amplia gama de objetivos de desarrollo. Dado que el marco de desarrollo sostenible posterior a 2015 ha de prestar especial atención a las disparidades y las desigualdades, probablemente estará integrado por elementos que se refuercen mutuamente. La planificación de la familia refuerza al menos cuatro prioridades que reflejan la creciente orientación hacia los derechos humanos de este nuevo marco de desarrollo posterior a 2015:

- **Reducción de la pobreza:** La planificación de la familia posibilita que las personas eviten los embarazos no planificados, no deseados, y no saludables. Se hace hincapié no en reducir la pobreza reduciendo la cantidad de personas pobres, sino más bien en crear las condiciones que posibilitan que las personas aprovechen mejor otras inversiones necesarias en el sector social y acrecienten sus inversiones en sus hijos.
- **Igualdad entre hombres y mujeres:** ¿Cómo podrían las mujeres planificar sus vidas si no están en condiciones de adoptar decisiones acerca de la procreación? Las actividades de desarrollo deben colocar en particular a las mujeres en situación de plasmar en la realidad las opciones en sus vidas. Y la igualdad entre los géneros requiere que los hombres desempeñen un papel central en la planificación de sus familias y apoyen a las mujeres y las adolescentes.
- **Ampliación de los medios de acción de los jóvenes:** La planificación de la familia contribuye a abrir oportunidades para los jóvenes haciendo hincapié en que *planifiquen sus propias vidas*. Al prevenir los embarazos no deseados se protege a los adolescentes, niñas y varones, para que no se vean privados de oportunidades en la vida. Aprender a planificar la propia familia es una aptitud práctica que necesitará cada persona durante decenios en su etapa de procreación. La planificación de la propia familia contribuye a planificar muchos otros aspectos de la propia

vida: educación, trabajo, formación de la familia, y otros aspectos.

- **Salud:** La planificación de la familia es fundamental para la salud de la mujer, puesto que aplaza el embarazo precoz, posibilita el espaciamiento de los embarazos y reduce las altas tasas de fecundidad.

El mejor acceso a los servicios de planificación de la familia prolonga la esperanza de vida, tanto de la madre como del hijo, amplía los incentivos para efectuar inversiones en la educación y otras formas de acumulación de capital humano, crea oportunidades de participación en los mercados laborales, acrecienta las utilidades de esa participación y redundan en mayores ingresos y más altos niveles de acumulación de bienes. En su conjunto, estos son beneficios sustanciales, particularmente si las declinaciones en las tasas de fecundidad ocurren con rapidez suficiente para generar un dividendo demográfico. Además, todos los estudios sobre este tema confirman que la magnitud del dividendo demográfico depende no solamente del ritmo con que disminuyan las tasas de mortalidad y de fecundidad, sino también del ámbito de políticas, particularmente en materia de salud sexual y

▼ Durante la Cumbre de Londres sobre Planificación de la Familia, hace uso de la palabra la Dra. Awa Marie Coll-Seck, Ministra de Salud del Senegal.
©Russell Watkins/
Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional



reproductiva, planificación de la familia, educación, flexibilidad en el mercado laboral y apertura al intercambio comercial y el ahorro.

Los programas de planificación de la familia refuerzan los efectos positivos de otros programas que efectúan inversiones en el capital humano. Al reducir la mortalidad derivada de la maternidad y acrecentar la esperanza de vida, esos programas acrecientan la magnitud de las utilidades dimanadas de un más alto nivel de educación y, por ende, las de las inversiones en educación, particularmente de las niñas. Los gobiernos deberían enfocar la planificación de la familia de la misma manera en que enfocan y asignan prioridad a

Al reducir la mortalidad derivada de la maternidad y acrecentar la esperanza de vida, esos programas acrecientan la magnitud de las utilidades dimanadas de un más alto nivel de educación y, por ende, las de las inversiones en educación, particularmente de las niñas. Los gobiernos deberían enfocar la planificación de la familia de la misma manera en que enfocan y asignan prioridad a otras inversiones en capital humano, a la educación, a la participación en la fuerza laboral y a la participación política.

otras inversiones en capital humano, a la educación, a la participación en la fuerza laboral y a la participación política.

La estrecha relación entre las disminuciones de la tasa de fecundidad y las mejoras en la situación de los derechos de la mujer sugiere que los gobiernos y las instituciones multilaterales no solamente deberían focalizarse en promover cambios legislativos directos atinentes a los derechos de la mujer, sino que además deberían realizar inversiones en la planificación de la familia y en otros programas de fomento del capital humano. Esta es una manera más de mejorar la posición de negociación de las mujeres en la sociedad.

Pero los programas de planificación de la familia no sustituyen otros tipos de inversiones en el capital humano. En verdad, los programas de planificación de la familia y las disminuciones de la tasa de fecundidad ejercen efectos máximos sobre las sociedades que están efectuando inversiones

complementarias en prolongar la escolarización de las niñas, ampliar las oportunidades que les ofrece el mercado laboral y promover cambios económicos que cambian fundamentalmente la relación costo/beneficio de las altas tasas de fecundidad. Con frecuencia, esos programas han sido más eficaces cuando fueron acompañados de otros tipos de contribuciones a la salud materno-infantil.

3 Asegurar el derecho a la planificación de la familia de determinados grupos excluidos

Como parte esencial de los compromisos de los gobiernos en pro de rectificar las desigualdades en la situación de la salud, los programas deben abordar los factores financieros, físicos, jurídicos, sociales y culturales que dificultan a tantas personas el acudir en procura de servicios de salud y superar las múltiples formas de discriminación de que pueden ser objeto.

Las mujeres pobres que carecen de acceso a la planificación de la familia tienen más hijos que los que desean. Mientras tanto, las elites ricas y educadas, en cualquier lugar, suelen tener acceso a la planificación de la familia, independiente de si recibe o no apoyo de políticas o programas. En muchos países, aun cuando se ha tratado de superar las inequidades en materia de salud orientando los servicios especialmente en beneficio de los pobres, con frecuencia quienes más se benefician son quienes ya están en buena posición económica (Gwatkin and others, 2007). A fin de mejorar el acceso a la información y los servicios anticonceptivos para los pobres, con frecuencia los programas deben abordar no solamente los obstáculos financieros, sino también obstáculos físicos (por ejemplo, la distancia a los establecimientos de salud y los costos de oportunidad del tiempo de trabajo perdido para acudir a los servicios de planificación de la familia), y los factores sociales y culturales (entre ellos, el trato no respetuoso o no imparcial por parte de los agentes de salud, la falta de autonomía en la adopción de decisiones acerca de utilizar o no los servicios de salud, o la oposición de la familia o la comunidad al uso de anticonceptivos).



En los países donde es necesario, debería introducirse nueva legislación a fin de asegurar el acceso universal a la planificación de la familia; en otros, es menester adoptar medidas para asegurar la aplicación equitativa de leyes, políticas y medida programáticas existentes. El apoyo gubernamental a la planificación de la familia debería incluir medidas para poner los servicios a disposición de grupos marginados, entre ellos, minorías indígenas y étnicas y personas residentes en comunidades urbanas y rurales de difícil acceso (*United Nations Economic and Social Council*, 2009).

Las políticas y los programas de planificación de la familia deben responder a las necesidades de las personas no casadas de todas las edades, cuyas cantidades van en aumento en todo el mundo.

Los jóvenes y los adultos están estableciendo parejas, permaneciendo en ellas y poniéndoles fin de maneras diferentes en comparación con anteriores generaciones, y la educación y los servicios deben responder a esos cambios. Los jóvenes necesitan los servicios en el intervalo entre su primera experiencia sexual y su casamiento. Para ampliar el acceso, de modo de satisfacer las necesidades de los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva, será necesario emprender tareas de promoción y de otro tipo a

fin de propiciar un cambio en las actitudes respecto de las experiencias de los jóvenes en cuestiones de índole sexual y reproductiva. Será preciso poner los servicios y la información a disposición de los adultos separados de su pareja que han establecido una nueva pareja en un momento posterior de sus vidas. A medida que las personas van avanzando en edad, enfrentan cambiantes presiones en cuanto a satisfacer expectativas de la comunidad y la familia relativas a las relaciones sexuales, el matrimonio y la procreación. A medida que sus papeles van evolucionando, sus necesidades de planificación de la familia suelen ir desapareciendo del panorama que tienen ante sí los responsables políticos y los diseñadores de programas.

Es preciso ampliar los programas de planificación de la familia para que los servicios estén a disposición de mujeres jóvenes casadas y de sus esposos. Las adolescentes casadas enfrentan grandes dificultades para tener acceso a servicios de planificación de la familia y, por consiguiente, son vulnerables al embarazo no planificado o no deseado y a los consecuentes efectos negativos sobre su salud (Ortayli and Malarcher, 2010; Godha, Hotchkiss and Gage 2011). Cuanto más joven sea una niña en el momento de contraer matrimonio, tanto mayores

▲ *En Botswana, una pareja recibe asesoramiento acerca de las opciones en materia de anticonceptivos.*
© Panos/Giacomo Pirozzi

serán las dificultades con que tropezará para controlar su propia fecundidad y tantos más riesgos correrá de tener embarazos reiterados y próximos entre sí (Rutstein 2008).

Para satisfacer adecuadamente las necesidades de planificación de la familia de las personas mayores es preciso cuestionar el supuesto generalizado de que esas personas no necesitan ejercer su derecho a la planificación de la familia. En el diseño de políticas y programas de planificación de la familia a menudo se deja de lado a los hombres mayores de 49 años, cuya fecundidad disminuye gradualmente a medida que van avanzando en edad. Esta omisión compromete los derechos de personas mayores que desean protegerse contra resultados dañinos para la salud sexual y reproductiva, incluido el más alto riesgo de embarazo no deseado. Como lo afirmó en 2012 la Comisión de Población y Desarrollo, es necesario que los servicios y la información estén a disposición de adultos separados de su pareja o que han formado una nueva pareja en una etapa ulterior de sus vidas.

Los Estados y la comunidad internacional deberían reforzar las medidas para recopilar datos acerca de todos los grupos que pueden tener dificultades en su acceso a la planificación de la

familia: adolescentes—incluidos los de 10 a 14 años de edad—, jóvenes, adolescentes varones y mujeres, hombres, adolescentes casados, personas no casadas, personas de más edad, minorías étnicas, refugiados, migrantes, trabajadoras en la industria del sexo, personas que viven con el VIH/SIDA, mujeres y niñas vulnerables a la violencia sexual en zonas de conflicto o en situaciones posteriores a desastres naturales o crisis humanitarias. Los datos deberían desglosarse sistemáticamente según la edad, el sexo y el grupo étnico, deberían analizarse según los quintiles de riqueza y deberían poner de relieve las diferencias entre personas que viven en zonas rurales y zonas urbanas, para arrojar luz sobre la manera en que el acceso varía en una misma población y entre diversas poblaciones.

La medición y el seguimiento del acceso deben reflejar las necesidades y las experiencias de todos y cada uno. Una combinación de indicadores arrojaría mayor claridad sobre las desigualdades en el acceso entre distintos grupos de población. Un análisis de la dimensión de igualdad social total en relación con la salud, por ejemplo, contribuiría a focalizar las acciones allí donde son más necesarias (Austveg 2011). Un enfoque basado en los derechos humanos de la planificación de la familia requiere el cálculo de costos de la programación basada en la demanda. Singh y Darroch (2012) recomendaron una recopilación sistemática de datos a nivel de encargado de prestar servicios y de establecimiento, a fin de incluir varios indicadores, como la cantidad de personal y su nivel de capacitación, la gama de métodos ofrecidos, la coherencia con que se suministran los diversos productos anticonceptivos y la calidad de la atención.

4 Aumentar la financiación con destino a la planificación de la familia y asegurar que se gaste racionalmente

Es preciso que los gobiernos de países en desarrollo y donantes, las organizaciones internacionales y las fundaciones acrecienten la financiación a fin de mejorar la calidad y la disponibilidad de servicios, información y métodos anticonceptivos para todos quienes quieran utilizarlos, posibilitando así que cada persona ejerza su derecho a la

▼ El Presidente de Nigeria, Goodluck Jonathan, anuncia en septiembre un plan para incrementar el acceso a suministros que salvan vidas, entre ellos artículos para la planificación de la familia. El Sr. Jonathan copreside la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos que Salvan Vidas.
©Naciones Unidas/
J. Carrier



planificación de la familia. Los gobiernos—tanto de países donantes como de países en desarrollo—también deberían dar cumplimiento a las promesas de contribuciones formuladas en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo para poner en práctica todos los aspectos del Programa de Acción.

Cada año es necesario contar con aproximadamente 4.000 millones de dólares para seguir satisfaciendo las necesidades de 645 millones de mujeres de países en desarrollo que actualmente están usando métodos modernos de planificación de la familia. Si se mejorara la calidad de los servicios para esas mujeres se agregaría un importe adicional 1.100 millones de dólares. A fin de responder a las necesidades de las mujeres que desearían aplazar embarazos o poner fin a su procreación, pero que actualmente no están utilizando métodos de planificación de la familia, cada año sería necesario agregar 3.000 millones de dólares. En consecuencia, para satisfacer plenamente la necesidad existente y la necesidad insatisfecha de planificación de la familia de las mujeres residentes en países en desarrollo, debería contarse cada año con 8.100 millones de dólares. Es preciso que los países desarrollados calculen sus propios costos para asegurar la vigencia de este derecho y de todos sus beneficios para sus ciudadanos y para su desarrollo nacional.

Al propiciar la planificación de la familia, los gobiernos, las organizaciones internacionales y las entidades de la sociedad civil deberían destacar los vínculos con otras iniciativas mundiales, como las encaminadas a reducir la mortalidad derivada de la maternidad, poner fin al matrimonio precoz, combatir la violencia por motivos de género y prevenir el embarazo en la adolescencia. Varias iniciativas concretas de diversas organizaciones, entre ellas *Women Deliver* (que se ocupa de la salud y el bienestar de las mujeres y las niñas), *Girls Not Brides* (focalizada en poner fin al matrimonio precoz) y *MenEngage* (red mundial de organizaciones comprometidas a reducir la desigualdad entre los géneros y mejorar el bienestar de los hombres, las mujeres y los niños), son aliadas naturales para asegurar la vigencia del derecho a la planificación de la familia.

Las inversiones multisectoriales y la coordinación son imprescindibles para el aprovechamiento eficiente de los fondos. Las opciones bien fundamentadas acerca del espaciamiento, la cantidad y el momento de los embarazos son más accesibles cuando los gobiernos efectúan inversiones en una gama de políticas y programas, incluidas las medidas encaminadas a eliminar el matrimonio precoz, promover la educación de las niñas, y crear oportunidades de empleo para los jóvenes (Greene, 2000 in Cohen and Burger, 2000). Debido a que el enfoque integral del desarrollo, la salud, la educación y los derechos tiende a redundar en más bajas tasas de fecundidad, es preciso que los gobiernos también adopten un enfoque integral que incluya mejor coordinación y mayor cooperación entre distintos ministerios; y además, que colaboren con múltiples sectores a nivel comunitario. Por ejemplo, al cooperar con educadores y líderes confesionales podría ayudarse a eliminar los prejuicios por razones de género y de edad que llevan a los hombres a cuestionar la planificación de la familia, socavan los derechos de la mujer y minimizan o dejan de lado la sexualidad en la adolescencia.

En la reunión en la Cumbre celebrada en Londres en julio de 2012, varios países donantes y fundaciones prometieron aportar entre todos 2.600 millones de dólares a fin de poner la planificación de la familia a disposición de 120 millones de los 222 millones de mujeres de países en desarrollo con necesidad insatisfecha, antes de 2020. En esta reunión, los países en desarrollo también prometieron efectuar sustanciales contribuciones a esa iniciativa. Los interesados directos dijeron que esa financiación adicional constituía “una etapa inicial” hacia llegar eventualmente a movilizar recursos suficientes para poder eliminar completamente la necesidad insatisfecha en los países en desarrollo.

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País,
territorio
u otra
delimitación

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2000/2010	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1991/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2011	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2011	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2011	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Afganistán	460	34	90	184	22	16			34	13	
Albania	27	99	11	19	69	10	13	80	80	75	73
Alemania	7	99	9	4	70	66					
Angola	450	49	165	156	6	5		93	78	12	11
Antigua y Barbuda			67					91	84	85	85
Arabia Saudita	24	100	7	19	24			90	89	78	83
Argelia	97	95	4	27	61	52		98	96	65	69
Argentina	77	98	68	14	79	70		100	99	78	87
Armenia	30	100	28	27	55	27	19	95	98	85	88
Australia ¹	7	99	16	5	72	68		97	98	85	86
Austria	4	99	10	5	51	47					
Azerbaiyán	43	88	41	43	51	13	15	85	84	81	78
Bahamas	47	99	41	18				94	96	82	88
Bahrain	20	97	12	9	62	31		99	100	92	97
Bangladesh	240	27	133	51	56	48	17			45	50
Barbados	51	100	50	14				90	97	81	88
Belarús	4	100	21	9	73	56					
Bélgica	8	99	11	5	75	73	3	99	99	90	87
Belice	53	88	90	21	34	31	21	100	91	64	65
Benin	350	74	114	121	17	6	27			27	13
Bhután	180	58	59	52	66	65	12	88	91	50	57
Bolivia, Estado Plurinacional de	190	71	89	54	61	34	20	95	96	68	69
Bosnia y Herzegovina	8	99	17	16	36	11					
Botswana	160	95	51	46	53	51	27	87	88	57	65
Brasil	56	99	71	24	80	77	6	95	97		
Brunei Darussalam	24	100	18	6						95	99
Bulgaria	11	99	48	11	63	40	30	99	100	84	82
Burkina Faso	300	67	130	147	16	15	30	65	61	19	16
Burundi	800	60	65	152	22	18	29	91	89	18	15
Cabo Verde	79	76	92	22	61	57	17	95	92	61	71
Camboya	250	71	48	69	51	35	24	96	95	37	33
Camerún	690	64	127	136	23	14	21				
Canadá	12	99	14	6	74	72		100	100		
Chad	110,0	14	193	195	3	2	21	74	51	16	5
Chile	25	100	54	8	64			94	94	81	84
China	37	96	6	24	85	84	2				

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2000/2010	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1991/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2011	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2011	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2011	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Chipre	10	98	4	5				99	99	96	96
Colombia	92	95	85	23	79	73	8	92	91	72	77
Comoras	280	47	95	86	26	19	36	81	75		
Congo, República del	560	83	132	104	44	13	20	92	89		
Congo, República Democrática del ²	540	80	135	180	18	6	24	34	32		
Corea, República de	16	100	2	5	80	70		99	98	96	95
Corea, República Popular Democrática de	81	100	1	32	69	58					
Costa Rica	40	95	67	11	82	80	5				
Côte d'Ivoire	400	57	111	107	13	8	29	67	56		
Croacia	17	100	13	7				95	97	88	94
Cuba	73	100	51	6	73	72		100	99	87	87
Dinamarca	12	98	6	5				95	97	88	91
Djibouti	200	78	27	104	18	17		47	42	28	20
Dominica			48					95	96	84	93
Ecuador	110	89	100	23	73	59	7	99	100	58	59
Egipto	66	79	50	25	60	58	12	100	96	71	69
El Salvador	81	85	65	23	73	66	9	95	95	57	59
Emiratos Árabes Unidos	12	100	34	8	28	24		94	98	80	82
Eritrea	240	28	85	62	8	5		37	33	32	25
Eslovaquia	6	100	21	7	80	66					
Eslovenia	12	100	5	4	79	63	9	97	97	91	92
España	6		13	4	66	62	12	100	100	94	96
Estados Unidos de América	21	99	39	8	79	73	7	95	96	89	90
Estonia	2	99	21	7	70	56	25	96	96	91	93
Etiopía	350	10	79	96	29	27		85	80	17	11
ex República Yugoslava de Macedonia	10	100	20	15				97	99	82	81
Federación de Rusia	34	100	30	16	80	65		95	96		
Fiji	26	100	31	22				99	99	79	88
Filipinas	99	62	53	27	51	34	22	88	90	56	67
Finlandia	5	99	8	3				98	98	94	94
Francia	8	98	12	4	77	75	2	99	99	98	99
Gabón	230	86	144	64	33	12	28				
Gambia	360	52	104	93	18	13		68	70		
Georgia	67	100	44	27	47	27	16	96	94	84	80
Ghana	350	55	70	63	24	17	36	84	85	51	47
Grecia	3		12	5	76	46		98	99	91	90
Granada	24	100	53	15	54	52		96	99	95	86
Guatemala	120	51	92	34	43	34	28	100	98	43	40
Guinea	610	46	153	134	9	4	22	83	70	36	22

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2000/2010	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1991/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2011	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2011	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2011	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Guinea-Bissau	790	44	137	181	14			77	73	12	7
Guinea Ecuatorial	240	65	128	151	10	6	29	57	56		
Guyana	280	87	97	46	43	40	29	82	86	78	83
Haití	350	26	69	76	32	24	37				
Honduras	100	66	108	33	65	56	17	95	97		
Hungría	21	100	19	7	81	71	7	98	98	91	91
India	200	58	39	65	55	48	21	99	98		
Indonesia	220	77	52	31	61	57	13	97	93	68	67
Iran (República Islámica del)	21	99	31	31	73	59		98	96		
Iraq	63	80	68	41	50	33		94	84	49	39
Irlanda	6	100	16	4	65	61		99	100	98	100
Islandia	5		15	3				99	100	87	89
Islas Salomón	93	70	70	43	35	27	11	83	81	32	29
Islas Turcas y Caicos			26		31	22		77	84	72	69
Israel	7		14	4				97	97	97	100
Italia	4	100	7	4	63	41	12	100	99	94	94
Jamaica	110	98	72	26	69	66	12	83	81	80	87
Japón	5	100	5	3	54	44				99	100
Jordania	63	99	32	22	59	41	13	91	91	83	88
Kazajstán	51	99	31	29	51	49	12	99	100	90	89
Kenya	360	44	106	89	46	39	26	84	85	52	48
Kirguistán	71	97	31	42	48	46		95	95	79	79
Kiribati			39	44	36	31	12			65	72
Kuwait	14	99	14	10	52	39		97	100	86	93
Lesotho	620	62	92	89	47	46	23	72	75	23	37
Letonia	34	99	15	8	68	56	17	95	97	83	84
Libano	25	97	18	24	58	34		94	93	71	79
Liberia	770	46	177	107	11	10	36	52	41		
Libia	58	100	4	15	45	26					
Lituania	8	100	17	9	51	33	18	96	96	91	91
Luxemburgo	20	100	7	3				96	98	84	86
Madagascar	240	44	147	58	40	28	19	79	80	23	24
Malasia	30	99	14	9	49	32		96	96	65	71
Malawi	460	71	157	119	46	42	26	91	98	28	27
Maldivas	60	95	19	12	35	27	29	97	97	46	52
Mali	540	49	190	173	8	6	28	72	63	36	25
Malta	8	100	20	7	86	46		93	94	82	80
Marruecos	100	74	18	31	63	52	12	97	96	38	32
Martinica			20	8							
Mauricio ³	60	100	31	15	76	39	4	92	94	74	74

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2000/2010	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1991/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2011	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2011	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2011	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Mauritania	510	57	88	106	9	8	32	73	76	17	15
México	50	95	87	17	71	67	12	99	100	70	73
Micronesia	100	100	52	38							
Moldova, República de	41	100	26	19	68	43	11	90	90	78	79
Mongolia	63	99	20	37	55	50	14	100	99	77	85
Montenegro	8	100	24	9	39	17					
Mozambique	490	55	193	123	16	12	19	92	88	18	17
Myanmar	200	71	17	57	41	38	19			49	52
Namibia	200	81	74	39	55	54	21	84	89	44	57
Nepal	170	36	81	39	50	43	25	78	64		
Nicaragua	95	74	109	22	72	69	8	93	95	43	49
Niger	590	18	199	144	11	5	16	68	57	13	8
Nigeria	630	34	123	141	14	9	19	60	55		
Noruega	7	99	10	4	88	82		99	99	94	94
Nueva Zelanda	15	96	29	6	75	72		99	100	94	95
Omán	32	99	12	11	32	25		100	97		
Países Bajos	6		5	5	69	67		100	99	87	88
Pakistán	260	45	16	86	27	19	25	81	67	38	29
Panamá	92	89	88	21				99	98	66	72
Papua New Guinea	230	40	70	58	36						
Paraguay	99	85	63	33	79	70	5	86	86	58	62
Peru	67	84	72	28	74	50	7	98	98	77	78
Poland	5	100	16	7	73	28		96	96	90	92
Portugal	8		16	5	87	83		99	100	78	86
Qatar	7	100	15	10	43	32		96	97	76	93
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	12		25	6	84	84		100	100	95	97
República Árabe Siria	70	96	75	16	58	43		100	98	67	67
República Centroafricana	890	41	133	155	19	9	19	78	60	18	10
República Checa	5	100	11	4	72	63	11	96	96		
República Democrática Popular Lao	470	37	110	46	38	35	27	98	95	42	38
República Dominicana	150	94	98	28	73	70	11	96	90	58	67
República Unida de Tanzania	460	49	128	81	34	26	25	98	98		
Rumania	27	99	41	15	70	38	12	88	87	82	83
Rwanda	340	69	41	114	52	44	19	89	92		
Saint Kitts y Nevis			67					86	86	89	88
Samoa			29	24	29	27	48	93	97	73	83
San Vicente y las Granadinas	48	98	70	25				100	97	85	96
Santa Lucía	35	100	49	16				90	89	85	85
Santo Tome y Príncipe	70	81	110	69	38	33	38	97	98	44	52

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2000/200	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1991/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2011	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2011	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2011	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Senegal	370	65	93	85	13	12	29	76	80	24	19
Serbia	12	100	22	13	61	22	7	95	94	89	91
Seychelles			62					96	94	92	100
Sierra Leona	890	31	98	157	8	6	28				
Singapur	3	100	6	2	62	55					
Somalia	100,0	9	123	162	15	1					
Sri Lanka	35	99	24	13	68	53	7	94	94		
Sudáfrica	300	91	54	64	60	60	14	90	91	59	65
Sudan ⁴	730	23	70	87	9		29				
Suecia	4		6	3	75	65		100	99	94	94
Suiza	8	100	4	5	82	78		99	99	84	82
Suriname	130	87	66	27	46	45		91	91	46	55
Swazilandia	320	82	111	92	65	63	13	86	85	29	37
Tailandia	48	99	47	13	80	78	3	90	89	70	78
Tayikistán	65	88	27	65	37	32		99	96	90	80
Territorio Palestino Ocupado	64		60	22	50	39		90	88	81	87
Timor-Leste, República Democrática de	300	30	54	76	22	21	32	86	86	34	39
Togo	300	60	89	104	15	13	31			33	16
Tonga	110	98	16	25				94	89	67	80
Trinidad y Tabago	46	97	33	31	43	38		98	97	66	70
Túnez	56	95	6	23	60	52	12	99	96	64	66
Turkmenistán	67	100	21	62	62	45	10				
Turquía	20	91	38	23	73	46	6	98	97	77	71
Tuvalu			28				24				
Ucrania	32	99	30	15	67	48	10	91	91	86	86
Uganda	310	42	159	114	24	18	38	90	92	17	15
Uruguay	29	100	60	15	77	75		100	99	66	73
Uzbekistán	28	100	26	53	65	59	14	94	91	93	91
Vanuatu	110	74	92	29	38	37		98	97	46	49
Venezuela, República Bolivariana de	92	95	101	20	70	62	19	95	95	68	76
Viet Nam	59	84	35	23	78	60	4				
Yémen	200	36	80	57	28	19	39	86	70	49	31
Zambia	440	47	151	130	41	27	27	91	94		
Zimbabwe	570	66	115	71	59	57	16				

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: Indicadores seleccionados

Datos mundiales y regionales¹⁴

	Salud materna y neonatal				Salud sexual y reproductiva			Educación			
	Tasa de mortalidad materna, por cada 100.000 nacidos vivos, 2010	Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2000/2010	Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1991/2010	Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos, 2010/2015	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método, 1990/2011	Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos, 1990/2011	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia, 1988/2011	Matriculación escolar primaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011		Matriculación escolar secundaria (neta), % niños en edad escolar, 1999/2011	
								Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Total mundial	210	70	49	60,0	63	57	12	92	90	64	61
Regiones más desarrolladas⁶	26		23	7,7	72	62		97	97	90	91
Regiones menos desarrolladas⁷	240	65	52	66,1	62	56	13	91	89	60	57
Países menos adelantados⁸	430	42	116	112,0	35	28	24	82	78	35	29
Estados árabes¹⁹	140	76	43	49,1	51	42	18	89	82	61	58
Asia y el Pacífico¹⁰	160	69	33	51,4	67	62	11	95	94	63	60
Europa oriental y Asia central¹¹	32	97	30	26,1	70	54	10	94	94	85	85
América Latina y el Caribe¹²	81	91	79	23,9	73	67	10	96	95	71	76
África subsahariana¹³	500	47	120	122,6	25	20	25	79	76	33	26

Indicadores demográficos

Hombres Mujeres

País, territorio u otra delimitación

País, territorio u otra delimitación	Población total, en millones, 2012	Tasa de crecimiento de la población, % 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015
Afganistán	33,4	3,1	49	49	6,0
Albania	3,2	0,3	74	80	1,5
Alemania	82,0	-0,2	78	83	1,5
Angola	20,2	2,7	50	53	5,1
Antigua y Barbuda	0,1	1,0			
Arabia Saudita	28,7	2,1	73	76	2,6
Argelia	36,5	1,4	72	75	2,1
Argentina	41,1	0,9	72	80	2,2
Armenia	3,1	0,3	71	77	1,7
Australia ¹	22,9	1,3	80	84	1,9
Austria	8,4	0,2	78	84	1,3
Azerbaiyán	9,4	1,2	68	74	2,1
Bahamas	0,4	1,1	73	79	1,9
Bahrain	1,4	2,1	75	76	2,4
Bangladesh	152,4	1,3	69	70	2,2
Barbados	0,3	0,2	74	80	1,6
Belarús	9,5	-0,3	65	76	1,5
Bélgica	10,8	0,3	77	83	1,8
Belice	0,3	2,0	75	78	2,7
Benin	9,4	2,7	55	59	5,1
Bhután	0,8	1,5	66	70	2,3
Bolivia, Estado Plurinacional de	10,2	1,6	65	69	3,2
Bosnia y Herzegovina	3,7	-0,2	73	78	1,1
Botswana	2,1	1,1	54	51	2,6
Brasil	198,4	0,8	71	77	1,8
Brunei Darussalam	0,4	1,7	76	81	2,0
Bulgaria	7,4	-0,7	70	77	1,5
Burkina Faso	17,5	3,0	55	57	5,8
Burundi	8,7	1,9	50	53	4,1
Cabo Verde	0,5	0,9	71	78	2,3
Camboya	14,5	1,2	62	65	2,4
Camerún	20,5	2,1	51	54	4,3
Canadá	34,7	0,9	79	83	1,7
Chad	11,8	2,6	49	52	5,7
Chile	17,4	0,9	76	82	1,8
China	1.353,6	0,4	72	76	1,6
Chipre	1,1	1,1	78	82	1,5
Colombia	47,6	1,3	70	78	2,3
Comoras	0,8	2,5	60	63	4,7

País, territorio u otra delimitación

País, territorio u otra delimitación	Población total, en millones, 2012	Tasa de crecimiento de la población, % 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015
Congo, República del	4,2	2,2	57	59	4,4
Congo, República Democrática del ²	69,6	2,6	47	51	5,5
Corea, República de	48,6	0,4	77	84	1,4
Corea, República Popular Democrática de	24,6	0,4	66	72	2,0
Costa Rica	4,8	1,4	77	82	1,8
Côte d'Ivoire	20,6	2,2	55	58	4,2
Croacia	4,4	-0,2	73	80	1,5
Cuba	11,2	0,0	77	81	1,5
Dinamarca	5,6	0,3	77	81	1,9
Djibouti	0,9	1,9	57	60	3,6
Dominica	0,1	0,0			
Ecuador	14,9	1,3	73	79	2,42
Egipto	84,0	1,7	72	76	2,6
El Salvador	6,3	0,6	68	77	2,2
Emiratos Árabes Unidos	8,1	2,2	76	78	1,7
Eritrea	5,6	2,9	60	64	4,2
Eslovaquia	5,5	0,2	72	80	1,4
Eslovenia	2,0	0,2	76	83	1,5
España	46,8	0,6	79	85	1,5
Estados Unidos de América	315,8	0,9	76	81	2,1
Estonia	1,3	-0,1	70	80	1,7
Etiopía	86,5	2,1	58	62	3,8
ex República Yugoslava de Macedonia	2,1	0,1	73	77	1,4
Federación Rusia	142,7	-0,1	63	75	1,5
Fiji	0,9	0,8	67	72	2,6
Filipinas	96,5	1,7	66	73	3,1
Finlandia	5,4	0,3	77	83	1,9
Francia	63,5	0,5	78	85	2,0
Gabón	1,6	1,9	62	64	3,2
Gambia	1,8	2,7	58	60	4,7
Georgia	4,3	-0,6	71	77	1,5
Ghana	25,5	2,3	64	66	4,0
Granada	0,1	0,4	74	78	2,2
Grecia	11,4	0,2	78	83	1,5
Guatemala	15,1	2,5	68	75	3,8
Guinea	10,5	2,5	53	56	5,0
Guinea-Bissau	1,6	2,1	47	50	4,9
Guinea Ecuatorial	0,7	2,7	50	53	5,0

País, territorio u otra delimitación	Población total, en millones, 2012	Tasa de crecimiento de la población, % 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015
			Hombres	Mujeres	
Guyana	0,8	0,2	67	73	2,2
Haití	10,3	1,3	61	64	3,2
Honduras	7,9	2,0	71	76	3,0
Hungría	9,9	-0,2	71	78	1,4
India	1.258,4	1,3	64	68	2,5
Indonesia	244,8	1,0	68	72	2,1
Iran (República Islámica del)	75,6	1,0	72	75	1,6
Iraq	33,7	3,1	68	73	4,5
Irlanda	4,6	1,1	78	83	2,1
Islandia	0,3	1,2	80	84	2,1
Islas Salomón	0,6	2,5	67	70	4,0
Islas Turcas y Caicos	0,0	1,2			
Israel	7,7	1,7	80	84	2,9
Italia	61,0	0,2	79	85	1,5
Jamaica	2,8	0,4	71	76	2,3
Japón	126,4	-0,1	80	87	1,4
Jordania	6,5	1,9	72	75	2,9
Kazajstán	16,4	1,0	62	73	2,5
Kenya	42,7	2,7	57	59	4,6
Kirguistán	5,4	1,1	64	72	2,6
Kiribati	0,1	1,5	66	71	2,9
Kuwait	2,9	2,4	74	76	2,3
Lesotho	2,2	1,0	50	48	3,1
Letonia	2,2	-0,4	69	79	1,5
Lebanon	4,3	0,7	71	75	1,8
Liberia	4,2	2,6	56	59	5,0
Libia	6,5	0,8	73	78	2,4
Lituania	3,3	-0,4	67	78	1,5
Luxemburgo	0,5	1,4	78	83	1,7
Madagascar	21,9	2,8	65	69	4,5
Malasia	29,3	1,6	73	77	2,6
Malawi	15,9	3,2	55	55	6,0
Maldivas	0,3	1,3	76	79	1,7
Mali	16,3	3,0	51	53	6,1
Malta	0,4	0,3	78	82	1,3
Mareucos	32,6	1,0	70	75	2,2
Martinica	0,4	0,3	77	84	1,8
Mauricio ³	1,3	0,5	70	77	1,6
Mauritania	3,6	2,2	57	61	4,4
México	116,1	1,1	75	80	2,2

País, territorio u otra delimitación	Población total, en millones, 2012	Tasa de crecimiento de la población, % 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015
			Hombres	Mujeres	
Micronesia	0,1	0,5	68	70	3,3
Moldova, República de	3,5	-0,7	66	73	1,4
Mongolia	2,8	1,5	65	73	2,4
Montenegro	0,6	0,1	73	77	1,6
Mozambique	24,5	2,2	50	52	4,7
Myanmar	48,7	0,8	64	68	1,9
Namibia	2,4	1,7	62	63	3,1
Nepal	31,0	1,7	68	70	2,6
Nicaragua	6,0	1,4	71	77	2,5
Niger	16,6	3,5	55	56	6,9
Nigeria	166,6	2,5	52	53	5,4
Noruega	5,0	0,7	79	83	1,9
Nueva Zelanda	4,5	1,0	79	83	2,1
Omán	2,9	1,9	71	76	2,1
Países Bajos	16,7	0,3	79	83	1,8
Pakistán	180,0	1,8	65	67	3,2
Panamá	3,6	1,5	74	79	2,4
Papua New Guinea	7,2	2,2	61	66	3,8
Paraguay	6,7	1,7	71	75	2,9
Peru	29,7	1,1	72	77	2,4
Poland	38,3	0,0	72	81	1,4
Portugal	10,7	0,0	77	83	1,3
Qatar	1,9	2,9	79	78	2,2
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	62,8	0,6	78	82	1,9
República Árabe Siria	21,1	1,7	74	78	2,8
República Centroafricana	4,6	2,0	48	51	4,4
República Checa	10,6	0,3	75	81	1,5
República Democrática Popular Laos	6,4	1,3	66	69	2,5
República Dominicana	10,2	1,2	71	77	2,5
República Unida de Tanzania	47,7	3,1	58	60	5,5
Rumania	21,4	-0,2	71	78	1,4
Rwanda	11,3	2,9	54	57	5,3
Saint Kitts y Nevis	0,1	1,2			
Samoa	0,2	0,5	70	76	3,8
San Vicente y las Granadinas	0,1	0,0	70	75	2,0
Santa Lucía	0,2	1,0	72	78	1,9
Santo Tome y Príncipe	0,2	2,0	64	66	3,5
Senegal	13,1	2,6	59	61	4,6

País, territorio u otra delimitación	Población total, en millones, 2012	Tasa de crecimiento de la población, 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015
			Hombres	Mujeres	
Serbia	9,8	-0,1	72	77	1,6
Seychelles	0,1	0,3			
Sierra Leona	6,1	2,1	48	49	4,7
Singapur	5,3	1,1	79	84	1,4
Somalia	9,8	2,6	50	53	6,3
Sri Lanka	21,2	0,8	72	78	2,2
Sudáfrica	50,7	0,5	53	54	2,4
Sudán ⁵	35,0	2,2			
Sudán del Sur	10,7	3,2			
Suecia	9,5	0,6	80	84	1,9
Suiza	7,7	0,4	80	85	1,5
Suriname	0,5	0,9	68	74	2,3
Swazilandia	1,2	1,4	50	49	3,2
Tailandia	69,9	0,5	71	78	1,5
Tayikistán	7,1	1,5	65	71	3,2
Territorio Palestino Ocupado	4,3	2,8	72	75	4,3
Timor-Leste, República Democrática de	1,2	2,9	62	64	5,9
Togo	6,3	2,0	56	59	3,9
Tonga	0,1	0,4	70	75	3,8
Trinidad y Tobago	1,4	0,3	67	74	1,6
Túnez	10,7	1,0	73	77	1,9
Turkmenistán	5,2	1,2	61	69	2,3
Turquia	74,5	1,1	72	77	2,0
Tuvalu	0,0	0,2			
Ucrania	44,9	-0,5	64	75	1,5
Uganda	35,6	3,1	54	55	5,9
Uruguay	3,4	0,3	74	81	2,0
Uzbekistán	28,1	1,1	66	72	2,3
Vanuatu	0,3	2,4	70	74	3,7
Venezuela (República Bolivariana de)	29,9	1,5	72	78	2,4
Viet Nam	89,7	1,0	73	77	1,7
Yémen	25,6	3,0	65	68	4,9
Zambia	13,9	3,0	49	50	6,3
Zimbabwe	13,0	2,2	54	53	3,1

Datos mundiales y regionales¹⁴

	Población total, en millones, 2012	Tasa de crecimiento de la población, 2010/2015	Esperanza de vida al nacer, 2010/2015		Tasa de fecundidad total, mujeres, 2010/2015
Total mundial	7.052,1	1,1	67	72	2
Regiones más desarrolladas⁶	1.244,6	0,3	75	81	2
Regiones menos desarrolladas⁷	5.807,6	1,3	66	69	3
Países menos adelantados⁸	870,4	2,2	58	60	4
Estados árabes⁹	318,5	1,9	68	72	3
Asia y el Pacífico¹⁰	3.744,5	1,0	68	71	2
Europa oriental y Asia Central¹¹	401,9	0,3	66	75	2
América Latina y el Caribe¹²	598,3	1,1	72	78	2
África subsahariana¹³	841,8	2,4	54	56	5

Notas de los indicadores

* Se indican los datos disponibles más recientemente para cada país y para el período especificado.

- Incluso Isla Christmas, Isla Norfolk e Islas Cocos (Keeling).
- Anteriormente Zaire.
- Incluso Agalesa, Rodríguez y San Brandon.
- Debido a que en julio de 2011 se estableció la República de Sudán del Sur, que después, el 14 de julio de 2011 fue admitida como Estado Miembro de las Naciones Unidas, todavía no se dispone de datos desglosados para el Sudán y Sudán del Sur con respecto a la mayoría de los indicadores. Los datos englobados que se presentan para el Sudán corresponden a la época anterior a la independencia de Sudán del Sur.
- Las cantidades no incluyen lo que es actualmente Sudán del Sur.
- Las regiones más desarrolladas abarcan: América del Norte, el Japón, Europa y Australia/Nueva Zelanda.
- Las regiones menos desarrolladas abarcan África, América Latina y el Caribe, Asia (excluido el Japón), Melanesia, Micronesia y Polinesia.
- Se indican como países menos adelantados los así designados por las Naciones Unidas.
- Comprende Arabia Saudita, Argelia, Bahrein, Djibouti, Emiratos Árabes Unidos, Egipto, Iraq, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Qatar, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Territorio Palestino Ocupado, Túnez y Yemen.
- Incluye solamente países, territorios u otras zonas donde se realizan programas del UNFPA: Afganistán, Bangladesh, Bután, Camboya, China, Fiji, Filipinas, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Maldivas, Micronesia, Mongolia, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistán, Palau, Papua Nueva Guinea, República Democrática Popular de Corea, República Democrática Popular Lao, Samoa, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam.
- Incluye solamente países, territorios u otras zonas donde se realizan programas del UNFPA: Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, ex República Yugoslava de Macedonia, Federación de Rusia, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, República de Moldova, Rumania, Serbia, Tayikistán, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán.
- Incluye solamente países, territorios u otras zonas donde se realizan programas del UNFPA: Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bermudas, Bolivia (Estado
- Incluye solamente países, territorios u otras zonas donde se realizan programas del UNFPA: Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mauricio, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudán del Sur, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabue.
- Las cantidades agregadas a escala regional son promedios ponderados y basados en los países para los que se dispone de datos.

Notas técnicas: Fuentes de datos y definiciones

La edición de 2012 del Estado de la Población Mundial incluye indicadores que reflejan el progreso hacia los Objetivos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en la esfera de la salud materna, el acceso a la educación y la salud sexual y reproductiva. Además, en esos cuadros figuran diversos indicadores demográficos.

Distintas autoridades nacionales y distintas organizaciones internacionales pueden emplear diferentes metodologías para recopilar, extrapolar y analizar los datos. A fin de facilitar la comparación internacional de los datos, el UNFPA utiliza las metodologías estándar empleadas por las principales fuentes de datos, especialmente la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas. Por consiguiente, en algunos casos los datos que figuran estos cuadros tal vez difieran de los generados por algunas autoridades nacionales.

Los promedios regionales se calcularon utilizando datos de países y territorios donde trabaja el UNFPA, y no se basaron en estrictas definiciones geográficas de región empleadas por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas. La lista de los países incluidos en cada categoría regional de este informe figuran en las "Notas de los cuadros de indicadores".

Seguimiento de la CIPD

Salud materna y neonatal

Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos. Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. 2010. *Trends and Maternal Mortality 1992-2010*, OMS. Este

indicador presenta la cantidad de defunciones de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos resultantes de trastornos del embarazo, el parto, el postparto y complicaciones conexas. Las estimaciones entre 100 y 999 se redondean a las diez unidades más próximas, y por encima de 1.000, se redondean a las 100 unidades más próximas. Varias estimaciones difieren de las cifras oficiales de los gobiernos. Siempre que es posible, las estimaciones se basan en datos publicados, usando enfoques que mejoren la comparabilidad de la información entre distintas fuentes. En las fuentes se indica detalladamente el origen de las estimaciones nacionales. La OMS, el UNICEF, el UNFPA, varias instituciones académicas y otros organismos revisan las estimaciones y las metodologías, siempre que sea necesario, como parte del proceso continuo de mejorar los datos sobre mortalidad materna. Debido a los cambios en los métodos, tal vez algunas estimaciones anteriores para 1995 y 2000 no sean estrictamente comparable con las que se presentan en este informe. Las estimaciones de mortalidad materna aquí indicadas se elaboraron a partir de la base mundial de datos sobre mortalidad materna, que se actualiza periódicamente.

Partos atendidos por personal de salud cualificado, %, 2000/2010.

Fuente: Base de datos mundiales de la OMS sobre indicadores de salud materna, actualización 2012. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<http://www.who.int/gho>). Los datos de partos atendidos por personal de salud cualificado (médicos, enfermeras o parteras) indican el porcentaje de partos con atención de personal capacitado para proporcionar atención obstétrica que salva vidas, inclusive la necesaria supervisión, atención e instrucción a las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el período de postparto, para atender el parto sin ayuda y por sí mismos; y para cuidar al recién nacido. No se incluye a las parteras tradicionales, aun cuando hayan recibido un breve curso de capacitación.

Tasa de natalidad en la adolescencia, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1991-2010. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2012). *2012 Update for the MDG Database: Adolescent Birth Rate (POP/DB/Fert/A/MDG2012)*.

La tasa de natalidad en la adolescencia refleja la cantidad anual de alumbramientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad. A los fines del registro civil, las tasas están sujetas a limitaciones que dependen del grado de integralidad de los registros de alumbramientos, la forma en que se registren los niños nacidos vivos pero muertos antes de registrarlos o dentro de las primeras 24 horas de vida, la calidad de la información proporcionada con respecto a la edad de la madre y la inclusión de nacimientos en períodos anteriores. Es posible que esas limitaciones afecten las estimaciones de la población, al representar erróneamente las edades y la cobertura. En lo que respecta a datos de encuestas y censos, tanto el numerador como el denominador corresponden a la misma población. Las principales limitaciones atañen a información errónea sobre edades, omisiones de partos, información errónea sobre la fecha de nacimiento de los niños, y variabilidad en las técnicas de muestreo, cuando se trata de encuestas.

Mortalidad de menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (publicación de las Naciones Unidas, ST/ESA/SER.A/306). La mortalidad de menores de 5 años es la probabilidad (expresada como proporción de cada 1.000 nacidos vivos) de que un niño nacido en un año determinado muera antes de cumplir 5 años, aplicando las tasas de mortalidad correspondientes a las diferentes edades.

Salud sexual y reproductiva

Tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2012). *World Contraceptive Use 2012 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence (POP/DB/CP/A/MDG2012)*. Esos datos se derivan de los resultados de encuestas por muestreo e indican la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres en uniones consensuales) que actualmente utilizan o bien cualquier método, o bien un método moderno de anticoncepción. Entre los métodos modernos figuran la esterilización masculina y femenina, el DIU, las píldoras anticonceptivas, los productos inyectables, los implantes hormonales, los condones y los métodos de barrera femeninos. Esas tasas son comparables en líneas generales, pero no completamente, entre diferentes países, debido a variaciones en las edades de la población encuestada, y también a diferencias en el momento de realizar las encuestas y en detalles de los cuestionarios. Todos los datos a escala de país y regional se refieren a mujeres de 15 a 49 años de edad. Los datos son los de las encuestas más recientes disponibles correspondientes a un año en el lapso 1990-2011.

Necesidad insatisfecha de planificación de la familia. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2012). *2012 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning POP/DB/CP/B/MDG2012*. Las mujeres con necesidad insatisfecha de métodos para poder espaciar los nacimientos son mujeres fecundas y sexualmente activas que no están utilizando ningún método anticonceptivo y manifiestan que quieren postergar el nacimiento de su hijo siguiente. Esta es una subcategoría del total de necesidad insatisfecha de planificación de la familia, el cual también incluye la necesidad

insatisfecha para limitar los nacimientos. El concepto de necesidad insatisfecha denota la brecha entre las intenciones de las mujeres en materia de salud reproductiva y su comportamiento en cuestiones de anticoncepción. Para el seguimiento de los ODM, la necesidad insatisfecha se expresa como porcentaje de mujeres casadas o en unión consensual. Para un análisis más detallado, véase también *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services: Estimates for 2012*. Guttmacher Institute y UNFPA.

Educación

Matriculación en la escuela primaria de niños varones y niñas (cifras ajustadas), y matriculación en la escuela secundaria de niños varones y niñas, 2010 o año más reciente. Fuente: UNESCO, Instituto de Estadística, datos publicados en mayo de 2012, accesibles por conducto de: stats.uis.unesco.org. Las tasas de matriculación (cifras netas) indican la matriculación de niños que tienen la edad escolar oficial para concurrir a la escuela primaria matriculados en la escuela secundaria. Los datos presentados corresponden a las estimaciones para los años más recientes disponibles en el período 1999-2011.

Indicadores demográficos

Población total 2012. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (publicación de las Naciones Unidas, ST/ESA/SER.A/306). Estos indicadores presentan la magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Tasa media de crecimiento anual de la población (%). Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (publicación de las Naciones Unidas, ST/ESA/SER.A/306). La tasa de crecimiento de la población indica la tasa media de crecimiento exponencial en un período dado. Se basa en las proyecciones según la variante media.

Esperanza de vida al nacer, hombres/mujeres. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (publicación de las Naciones Unidas, ST/ESA/SER.A/306). Estos indicadores miden los niveles de mortalidad, respectivamente, y representan la cantidad media de años de vida que se espera tendrá una cohorte hipotética de personas que estarían sujetas durante todas sus vidas a las tasas de mortalidad en un período dado. Los datos corresponden al período 2010-2015 y se expresan en años.

Tasa de fecundidad total. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2011). *World Population Prospects: The 2010 Revision. DVD Edition – Extended Dataset in Excel and ASCII formats* (publicación de las Naciones Unidas, ST/ESA/SER.A/306). La tasa de fecundidad total se expresa como la cantidad de hijos que tendría una mujer a lo largo de toda su vida, de conformidad con las tasas de fecundidad específicas para cada edad durante toda su etapa de procreación. Es posible que los países lleguen al nivel indicado por las proyecciones en diferentes momentos del período indicado. Las estimaciones son para el período 2010-2015.

Bibliografía

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi. 2011. "The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction." *Studies in Family Planning* 42(3): 233-235.
- Abdel-Tawab, Nahla, Dale Huntington, Ezzeldin Osman, Hala Youssef and Laila Nawar. 2002. "Recovery from Abortion and Miscarriage in Egypt: Does Counseling Husbands Help?" In, Haberland, Nicole and Diana Measham, eds., *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.
- Abma, Joyce C., Gladys Martinez, and Casey E. Copen. 2010. "Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing, National Survey of Family Growth 2006-2008." *Vital and Health Statistics*. 23(30): 1-47.
- AbouZahr, Carla and others. 1996. "Quality Health Care for Women: A Global Challenge." *Health Care for Women International*. 17(5): 449-467.
- Abraham, W., A. Adamu, and D. Deresse. 2010. "The Involvement of Men in Family Planning An Application of Transtheoretical Model in Wolaita Soddo Town South Ethiopia." *Asian Journal of Medical Sciences*. 2(2): 44-50.
- Advocates for Youth. 2011. "Adolescent Sexual Health in Europe and the United States: The Case for a Rights. Respect. Responsibility. Approach." Fact Sheet. Washington, DC: Advocates for Youth.
- Aka-Dago-Akribi, H, A. Desgrees Du Lou, Phillippe Msellati, and others. 1999. "Issues Surrounding Reproductive Choice for Women Living with HIV in Abidjan, Cote d'Ivoire." *Reproductive Health Matters*. 7(13): 20-29.
- Alderman, Harold, Jere R. Behrman, Victor Lavy, and others. 2001. "Child Health and School Enrollment: A Longitudinal Analysis." *The Journal of Human Resources*. 36(1): 185-205.
- Almond, Douglas. 2006. "Is the 1918 Influenza Pandemic Over? Long-Term Effects of In Utero Influenza Exposure in the Post-1940 U.S. Population." *Journal of Political Economy*. 114(4): 672-712.
- Almond, Douglas and Janet Currie. 2011. "Killing Me Softly: The Fetal Origins Hypothesis." *Journal of Economic Perspectives*. 25(3): 153-172.
- Almond, Douglas, Lena Edlund, Hongbin Li, and others. 2007. "Long-Term Effects of the 1959-1961 China Famine: Mainland China and Hong Kong." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 13384.
- Almond, Douglas and Bhashkar Mazumder. 2008. "Health Capital and the Prenatal Environment: The Effect of Maternal Fasting During Pregnancy." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 14428.
- Anderson, John E., Denise J. Jamieson, Lee Warner, and others. 2012. "Contraceptive Sterilization Among Married Adults: National Data on Who Chooses Vasectomy and Tubal Sterilization." *Contraception*. 85(6): 552-557.
- Angusto E. Semprini, Simona Fiore, Gioigio Pardi. 1997. "Reproductive Counseling for HIV-Discordant Couples." *The Lancet*. 349(9062): 1401-1402.
- Bailey, Martha J. 2006. "More Power to the Pill: The Impact of Contraceptive Freedom on Women's Life Cycle Labor Supply." *The Quarterly Journal of Economics*. 121(1): 289-320.
- Bankole A and Singh S. 1998. Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries: hearing the man's voice, *International Family Planning Perspectives*, 1998, 24(1): 15-24.
- Barham, Tania. 2009. "Effects of Early Childhood Health and Family Planning Interventions on Adolescent Cognitive Functioning: Evidence from Matlab in Bangladesh." Working Paper.
- Barker, Gary T. 2005. *Dying to Be Men: Youth, Masculinity, and Social Exclusion*. Abingdon: Routledge.
- Barker, Gary, Margaret E. Greene, Eve Goldstein Siegel, and others. 2010. *What Men Have to Do With It: Public Policies to Promote Gender Equality*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Barker, Gary and Peter Pawlak. 2011. "Evolving Men? Men, Families, Gender Equality and Care." In *Men in Families and Family Policy in a Changing World*. New York: The Division for Social Policy and Development of the United Nations Department of Economic and Social Affairs.
- Barker, Gary and Christine Ricardo. 2005. *Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implication for HIV/AIDS, Conflict, and Violence*. *Social Development Papers: Conflict Prevention and Reconstruction*. Paper No. 26.
- Barker, Gary, Christine Ricardo, and Marcos Nascimento. 2007. *Engaging Men and Boys in Changing Gender-Based Inequity in Health: Evidence from Programme Interventions*. Geneva: World Health Organization.
- Batini, Nicoletta, Tim Callen, and Warwick McKibbin. 2006. *The Global Impact of Demographic Change*. International Monetary Fund Working Paper. Washington, DC: IMF.
- Behrman, Jere R. and Mark R. Rosenzweig. 2004. "Returns to Birthweight." *The Review of Economics and Statistics*. 86(2): 586-601.
- Biddlecom, Ann E., and Bolaji M. Fapohunda. 1998. "Covert Contraceptive Use: Prevalence, Motivations, and Consequences." *Studies in Family Planning*. 29(4): 360-372.
- Biddlecom, Ann E., Richard Gregory, Cynthia B. Lloyd, and Barbara S. Mensch. 2008. "Associations between Premarital Sex and Leaving School in Four Sub-Saharan African Countries." *Studies in Family Planning*. 39(4): 337-350.
- Bertrand, Jane T. 2011. *USAID Graduation from Family Planning Assistance: Implications for Latin America*. Washington, DC: Population Institute and Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine.
- Bertrand, Jane T., Karen Hardee, Robert J. Magnani, and others. 1995. "Access, Quality of Care and Medical Barriers in Family Planning Programs." *International Family Planning Services*. 21(2): 64-69, 74.
- Binka, Fred N., Alex Nazzar, and James F. Phillips. 1995. "The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Studies in Family Planning*. 26(3): 121-139.

- Birdsall, Nancy, Allen Kelley, and Stephen Sinding. 2001. *Population Matters: Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*. New York: Oxford University Press.
- Bhutta, Zulfiqar A., Tahmeed Ahmed, Robert E. Black, and others. 2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *The Lancet*. 371(9610): 417-440.
- Birungi, Harriet, Philomena Nyarko, Ian Askew, and others. 2006. *Priority Setting for Reproductive Health at the District Level in the context of Health Sector Reforms in Ghana*. Washington, DC: Population Council.
- Blanc, Ann K., Amy O. Tsui, Trevor N. Croft, and Jamie L. Trevitt. 2009. "Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons with Adult Women." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 35(2): 63-71.
- Bloom, David E. and David Canning. 2008. "Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance." *Population and Development Review*. 34:17-51.
- Bloom, David E. and David Canning. 2003. "The Health and Poverty of Nations: from Theory to Practice." *Journal of Human Development*. 4(1): 47-71.
- Bloom, David E. and David Canning. 2000. "The Health and Wealth of Nations." *Science*. 287(5456): 1207-1209.
- Bloom, David E., David Canning, Gunther Fink, and others. 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth*. 14(2): 79-101.
- Bloom, David E., David Canning, and Pia N. Malaney. 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review*. 26(Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 257-290.
- Bloom, David E., David Canning, Jaypee Silva. 2001. "Economic Growth and the Demographic Transition." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 8685.
- Bloom, David E., David Canning, and Jaypee Silva. 2003. "The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach." *World Development*. 32(1): 1-13.
- Bongaarts, John. 2010. *The Causes of Educational Difference in Fertility in sub-Saharan Africa*. New York: The Population Council.
- Bongaarts, John. 1987. "Does Family Planning Reduce Infant Mortality Rates?" *Population and Development Review*. 13(2): 323-334.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin, and James F. Phillips. 1990. "The Demographic Impact of Family Planning Programs." *Studies in Family Planning*. 21(6): 299-310.
- Bradley, Sarah E.K., Hilary M. Schwandt, and Shane Khan. 2009. *Levels, Trends, and Reason for Contraceptive Discontinuation*. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Braunschweig, Scott and Manuel Carballo. 2001. *Health and Human Rights of Migrants*. Geneva: International Centre for Migration and Health.
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning*. 21 (2): 61-91.
- Bruce, Judith, and Shelley Clark. 2003. *Including Married Adolescents in Adolescent Reproductive Health and HIV/AIDS Policy*. Paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents, WHO, Geneva, 9-12 December 2003.
- Bunce, Arwen, Greg Guest, Hannah Searing, and others. 2007. "Factors Affecting Vasectomy Acceptability in Tanzania." *International Family Planning Perspectives*. 33 (1):13-21.
- Canning, David, Jocelyn E. Finlay, and Emre Ozaltin. 2009. *Adolescent Girls Health Agenda: Study on Intergenerational Health Impacts*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Caro, Deborah, for the Interagency Gender Working Group. 2009. *A Manual for Integrating Gender Into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action (2nd Edition)*. Washington, DC: Population Reference Bureau
- Centers for Disease Control and Prevention. 2010. Youth Risk Behavior Surveillance: United States, 2009. Surveillance Summaries. MMWR 2010; 59 (No. SS-5).
- Center for Reproductive Law and Policy. 1998. *Silence and Complicity: Violence Against Women in Peruvian Public Health Facilities*. New York: CRLP.
- Center for Reproductive Rights. 2009. *Reproductive Rights are Human Rights*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2010. "Facts on Abortion in the Philippines: Criminalization and a General Ban on Abortion." New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2011. *Calculated Injustice—The Slovak Republic's Failure to Ensure Access to Contraceptives*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2011a. *The CEDAW Committee Urges States to Protect and Promote Sexual and Reproductive Rights*. July 2011. Available from: <http://reproductiverights.org/en/feature/the-cedaw-committee-urges-states-to-protect-and-promote-sexual-and-reproductive-rights> (Accessed 30 August 2012).
- Center for Reproductive Rights. 2008. *An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools*. New York: CRR.
- Center for Reproductive Rights. 2012. "Over 700,000 Petitioners Demand Honduran Congress Reject Law Criminalizing Emergency Contraception." Press Release. 16 May 2012.
- Center for Reproductive Rights and United Nations Population Fund. 2010. *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents*. New York: CRR.
- Chaudhuri, Anoshua. 2005. "Direct and Indirect Effects of a Maternal and Child Health Program in Rural Bangladesh." *Journal of Developing Societies*. 21(1-2): 143-173.
- Chaudhuri, Anoshua. 2009. "Spillover Impacts of a Reproductive Health Program on Elderly Women in Rural Bangladesh." *Journal of Family and Economic Issues*. 30(2): 113-125.

- Chowdhury, M.E., R. Botlero, M. Koblinsky, and others. 2007. "Determinants of Reduction in Maternal Mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year march." *The Lancet*. 370(9595): 1320-1328.
- Chun, Hyunbae and Jeungil Oh. 2002. "An Instrumental Variable Estimate of the Effect of Fertility on the Labour Force Participation of Married Women." *Applied Economics Letters*. 9(10): 631-634.
- Clark, Shelley, Judith Bruce, and Annie Dude. 2006. "Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage." *International Family Planning Perspectives*. 32(2): 79-88.
- Cleland, John, Mohamed M. Ali, and Iqbal Shah. 2006. "Trends in Protective Behavior Among Single Versus Married Young Women in sub-Saharan Africa." *Reproductive Health Matters*. 14(28): 17-22.
- Cleland, John, Agustin Conde-Agudelo, Herbert Peterson, and Others. 2012. "Contraception and Health." *The Lancet*. 380(9837): 149-156.
- Cleland, Kelly, Jeffrey F. Peipert, Carolyn Westoff, and others. 2011. "Family Planning as a Cost-Saving Preventive Health Service." *The New England Journal of Medicine*. 364(18):e37.
- Coale, Ansley J. and Edgar M. Hoover. 1958. *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries: A Case Study of India's Prospects*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Cohen, Susan A. 2011. "The World at Seven Billion: Global Milestone A Reflection of Individual Needs." *Guttmacher Policy Review*. 14(3): 2-5.
- Conde-Agudelo, A., A. Rosas-Bermudez, A.C. Kafury-Goeta. 2007. "Effects of Birth Spacing on Maternal Health: A Systematic Review." *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 196(4): 297-308.
- Connell, Robert W. 1987. *Gender and Power: Society, the Person, and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Connell, Robert W. 1994. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Connell, Robert W. 1998. "Masculinities and Globalization." *Men and Masculinities*. 1(1): 3-23.
- "Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)." UN News Center. UN. Web. 30 May. 2012. Accessible at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>
- Cooper, Diane, Hillary Bracken, Landon Myer, and others. 2005. Reproductive Intentions and Choices among HIV-infected individuals in Cape Town, South Africa: Lessons for Reproductive Policy and Service Provision from a qualitative Study (Policy Brief). New York: Population Council.
- Cooper, D., J. Harries, L. Myer, and others. 2007. "Life is Still Going on": Reproductive Intentions Among HIV-Positive Women and Men in South Africa." *Social Science Medicine*. 65(2): 274-283.
- Corte Constitucional de Colombia. *Sentencia T-841/2011*. 10 May 2012. Available from: http://www.promsex.org/docs/varios/Sentencia_T-841_de_2011.pdf (Accessed 30 August 2012).
- Cottingham, Jane, Adrienne Germain, and Paul Hunt. 2012. "Use of Human Rights to Meet the Unmet Need for Family Planning." *The Lancet* 380 (9837): 172-180.
- Craft, Shonda M., Robin O. Delaney, Dianne T. Bautista, and others. 2007. "Pregnancy Decisions among Women with HIV." *AIDS and Behavior*. 11(6): 927-935.
- Creanga, Andreea A., Duff Gillespie, Sabrina Karklins, and Amy O. Tsui. 2011. "Low Use of Contraception Among Poor Women in Africa: An Equity Issue." *Bulletin of the World Health Organization*. 89(4): 241-316.
- Creel, Liz C., Justine C. Sass, and Nancy V. Yinger. 2002. Overview of Quality of Care in Reproductive Health: Definitions and Measurements of Quality. Washington, DC: Population Council and Population Reference Bureau.
- Darroch, Jacqueline. 2007. Family Planning: Overview of Epidemiologic and Medical Events. In: JW Ward and C Warren, eds., *Silent Victories: The History and Practice of Public Health in Twentieth Century America*. New York: Oxford University Press. pp. 253-278.
- Darroch, Jacqueline E., Gilda Sedgh, and Haley Ball. 2011. *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*. New York: The Guttmacher Institute.
- Dixon-Mueller, Ruth. 2008. "How Young is 'Too Young'? Comparative Perspectives on Adolescent Sexual, Marital, and Reproductive Transitions." *Studies in Family Planning*. 39 (4): 247-262.
- Doepke, Matthias and Michele Tertilt. 2009. "Women's Liberation: What's in It for Men?" *The Quarterly Journal of Economics*. 11(92): 379-420.
- Donohue, John J. and Steven D. Levitt. 2001. "The Impact of Legalized Abortion on Crime." *The Quarterly Journal of Economics*. 116(2): 379-420.
- Eaton, Danice K., Laura Kann, Steve Kinchen, and others. 2012. "Youth Risk Behavior Surveillance—United States, 2011." *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*. 61(4): 1-164.
- The Economist. 2001. "Righting Wrongs—Human Rights." New York: The Economist.
- EngenderHealth. 2002. *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends*. New York: EngenderHealth.
- EnGendeRights. 2009. *Advancing reproductive rights using the inquiry procedure of the OP CEDAW and the UN special procedures: the Philippine experience*. Manila: EnGendeRights, Inc.
- Erfani, Amir. 2010. *The Use of Withdrawal among Birth Limiters in Iran and Turkey*. DHS Working Papers No. 71. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- Erulkar, Annabel S. and Eunice Muthengi. 2007. *Evaluation of Berhane Hewan: A Pilot Program to Promote Education and Delay Marriage in Rural Ethiopia*. New York: Population Council.

- European Commission. 2008. *Quality in and Equality of Access to Healthcare Services*. Brussels: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Ezzati, Majid, AD Lopez, A Rodgers, S Vander Hoorn, CJ Murray and Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2002. "Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease." *Lancet* Nov 2; 360(9343): 1347-60. *Lancet*. 2002 Nov 2;360(9343): 1347-60.
- Ezeh, Alex C., Ivy Kodzi, Jacques Emina. 2010. "Reaching the Urban Poor with Family Planning Services." *Studies in Family Planning*. 41(2): 109-116.
- Fahimi-Roudi, Farzaneh, Ahmed Abdul Monem, Lori Ashford, and Maha El-Adawy. 2012. *Women's Need for Family Planning in Arab Countries*. Cairo: UNFPA Arab States Regional Office and the Pan Arab Project for Family Health. Washington DC: Population Reference Bureau.
- Feldman, R. and C. Maposhere. 2003. "Safer Sex and Reproductive Choice: Findings from "Positive Women: Voices and Choices" in Zimbabwe." *Reproductive Health Matters*. 11(22): 162-173.
- Finer, Lawrence B. and Stanley K. Henshaw. 2006. "Disparities in Rates of Unintended Pregnancy in the United States, 1994 and 2001." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 38(2): 90-96.
- Fletcher, Jason M. and Barbara L. Wolfe. 2008. "Education and Labor Market Consequences of Teenage Childbearing." *The Journal of Human Resources*. 44(2): 303-325.
- Flood, Michael. 2007. "Involving Men in Gender Policy and Practice." *Critical Half*. 5(1): 9-13.
- Foreit, Karen G. 2012. *Addressing Poverty: A Guide for Considering Poverty-Related and Other Inequities in Health*. Washington, DC: USAID and MEASURE Evaluation.
- Foreit, Karen, M. Karra, and T. Pandit-Rajani. 2010. *Disentangling the Effects of Poverty and Place of Residence for Strategic Planning*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch. 2008. "Factors Associated with Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 40(2): 94-104.
- Galston, William A. and Melissa Rogers. 2012. *Health Care Providers' Consciences and Patients' Needs: The Quest for Balance*. Washington, DC: The Brookings Institution.
- Glazier, Anna. 2010. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception*. 82 (5): 453-456.
- Glazier, Anna, A. Metin Gulmezoglu, George P. Schmid, and others. "Sexual and Reproductive Health." *The Lancet*. 368(9547): 1595-1607.
- Godha, Deepali, David Hotchkiss, and Anastasia Gage. 2011. *The Influence of Child Marriage on Fertility, Fertility-Control, and Maternal Health Care Utilization: A Multi-country Study from South Asia*. MEASURE Evaluation PRH Working Paper Series. Tulane: Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine.
- Granich, Reuben, James G. Kahn, Rod Bennett, and others. 2012. "Expanding ART for Treatment and Prevention of HIV in South Africa: Estimated Cost and Cost-Effectiveness 2011-2050." *PLoS ONE*. 7(2): e30216.
- Grant, Monica and Kelly Hallman. 2006. *Pregnancy-related School Dropout and Prior School Performance in South Africa*. New York: Population Council.
- Greene, Margaret E. and Alison M. Gold. N.d. "Gender and Sterilization in International Reproductive Health Programs." Unpublished manuscript.
- Greene, Margaret E., and Andrew Leveck. 2010. *Synchronizing Gender Strategies: A Cooperative Model for Improving Reproductive Health and Transforming Gender Relations*. Washington, DC: Population Reference Bureau for the Interagency Gender Working Group of USAID.
- Greene, Margaret E., Manisha Mehta, Julie Pulerwitz, and others. N.d. *Involving Men in Reproductive Health: Contributions to Development*. New York: United Nations Millennium Project.
- Greene, Margaret E. and Thomas W. Merrick. n.d. "Adolescent Sexual Activity and Childbearing in Developing Countries: Challenges and Support for Girls (Draft)." Washington, DC: World Bank.
- Greene, Margaret E. and Thomas W. Merrick. 2005. *Poverty Reduction: Does Reproductive Health Matter?* In *HNP Discussion Paper Series*. Washington, DC: The World Bank.
- Greene, Margaret E., Zohra Rasekh, and Kali-Ahset Amen. 2002. *In this Generation: Sexual and Reproductive Health Policies for a Youthful World*. Washington, DC: Population Action International.
- Grover S.R. 2002. "Menstrual and Contraceptive Management in Women with an Intellectual Disability." *The Medical Journal of Australia*. 176(3): 108-110.
- Guatemala Ministry of Public Health and Social Assistance. 2003. *Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil* (National Maternal and Child Health Survey). Guatemala City: MSPAS.a
- The Guttmacher Insitute. 2012. "Are you in the know?" New York: Guttmacher Insitute. Website: <http://www.guttmacher.org/in-the-know/contraceptive-use.html>. Accessed 25 July 2012.
- The Guttmacher Institute. 2003. *In Their Own Right: Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*. New York: The Guttmacher Institute.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010. *Facts on Satisfying the Need for Contraception in Developing Countries*. New York and London: The Guttmacher Institute and IPPF. Accessible at: <http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Unmet-Need-Intl.pdf>.
- The Guttmacher Institute and the International Planned Parenthood Federation. 2010a. *In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health of Adolescent Women in the Developing World*. New York: Guttmacher Institute and IPPF.

- Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, and others. 2007. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population Within Developing Countries: An Overview. Country Reports on Health, Nutrition, and Population and Poverty*. Washington, DC: World Bank.
- Gwatkin, Davidson R., Adam Wagstaff, Abdo S. Yazbeck. 2005. *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*. Washington, D.C.: The International Bank for Reconstruction and Development and The World Bank.
- Haberland, Nicole and Diana Measham. 2002. *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.
- Hamilton, Brady E., and Stephanie J. Ventura. 2012. *Birth Rates for U.S. Teenagers Reach Historic Lows for All Age and Ethnic Groups*. NCHS Data Brief, No. 89. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Hardon, Anita. 2001. *Monitoring Family Planning and Reproductive Rights*. New York: Zed Books.
- Harper, Michael J.K. 2005. "In Search of a Second Contraceptive Revolution." *Sexuality, Reproduction, and Menopause*. 3(2): 59-67.
- Haupt, A., T.T. Kane, and C. Haub. 2011. *PRB's Population Handbook. A Quick Guide to Population Dynamics for Journalists, Policymakers, Teachers, Students, and other People Interested in Demographics*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Health Policy Initiative, Task Order 1. 2010. "Quantify Inequalities in Access to Health Services and Health Status." Washington, DC: Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1.
- Hervish, Alexandra Charlotte Feldman-Jacobs. 2011. *Who Speaks for Me?: Ending Child Marriage*. Policy Brief. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Higgins JA and HS Hirsch JS. 2008. "Pleasure and power: incorporating sexuality, agency, and inequality into research on contraceptive use and unintended pregnancy." *American Journal of Public Health*. 98(10): 1803-1813.
- Higgins, Jenny A. and Jennifer S. Hirsch. 2007. "The Pleasure Deficit: Revisiting the "Sexuality Connection" in Reproductive Health." *International Family Planning Perspectives*. 33(3): 133-139.
- Higgins, Matthew and Jeffrey G. Williamson. 1997. "Age Structure Dynamics in Asia and Dependence on Foreign Capital." *Population and Development Review*. 23(2):261-293.
- Higgins, Matthew and Jeffrey G. Williamson. 1996. "Asian Demography and Foreign Capital Dependence." *National Bureau of Economic Research Working Paper Series*. No. 5560.
- Hirsch, Jennifer S. 2008. "Catholics Using Contraceptives: Religion, Family Planning, and Interpretive Agency in Rural Mexico." *Studies in Family Planning*. 39(2): 93-104.
- Hirsch, Jennifer S. and Nathanson, Constance A. 2001. "Some Traditional Methods are More Modern than Others: Rhythm, Withdrawal and the Changing Meanings of Sexual Intimacy in Mexican Companionate Marriage." *Culture, Health, and Sexuality*. 3 (4): 413-428.
- Hobcraft, J. 1991. *Child Spacing and Child Mortality*. Columbia, MD: Macro International, Inc.
- Human Rights Watch. 2004. "Testimonies from "Unprotected: Sex, Condoms, and the Human Right to Health in the Philippines." Accessible at: <http://www.hrw.org/news/2004/05/04/testimonies-unprotected-sex-condoms-and-human-right-health-philippines>.
- Human Rights Watch. 2011. "Landmark UN Vote on Sexual Orientation." Available at <http://www.hrw.org/news/2011/06/17/landmark-un-vote-sexual-orientation>. (Accessed 30 August 2012).
- Hunt, Paul and Judith Bueno de Mesquita. 2007. *The Rights to Sexual and Reproductive Health*. Essex: University of Essex Human Rights Centre.
- ICF Macro and Uganda Bureau of Statistics. 2007. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- ICF Macro and Uganda Bureau of Statistics. 2012. *Uganda Demographic and Health Survey 2011*. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- International Center for Research on Women and Promundo. 2011. *Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey*. Washington, DC: ICRW and Promundo.
- International Consortium for Emergency Contraception. 2012. "What is Emergency Contraception?" New York: ICEC. Accessible at: <http://www.cecinfo.org/what/index.htm>. Accessed 25 June 2012.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. 2009. *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology*. London: International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- International Planned Parenthood Federation, European Network. 2006. *Sexuality Education in Europe: a Reference Guide to Policies and Practices*. Brussels: The SAFE Project: A European partnership to promote the sexual and reproductive health and rights of young people.
- International Planned Parenthood Federation. 2005. *Fulfilling Fatherhood: Experiences from HIV-Positive Fathers*. London: IPPF.
- International Planned Parenthood Federation. 1996. *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF.
- Jaccard, James; Blanton, Hart; Dodge, Tonya (2005). *Developmental Psychology*, Vol. 41(1). 135-147.
- Janowitz, Barbara and John H. Bratt. 1994. *Methods for Costing Family Planning Services*. New York: United Nations Population Fund and Family Health International.
- Jayachandran, Seema, and Adriana Lleras-Muney. 2009. "Life Expectancy and Human Capital Investments: Evidence from Maternal Mortality Declines." *The Quarterly Journal of Economics*. 124(1): 349-397.
- Jewkes, R. and H. Rees. 2005. "Dramatic Decline in Abortion Mortality Due to the Choice on Termination of Pregnancy Act." *South African Medical Journal*. 95(4): 250.

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2000. *Men and AIDS—A Gendered Approach*. Geneva: UNAIDS.
- Jones, Louisa, Paula Akugizibwe, Michaela Clayton, and others. 2011. "Costing Human Rights and Community Support Interventions as a Part of Universal Access to HIV Treatment and Care in a Southern African Setting." *Current HIV Research*. 9(6):416-428.
- Jones, Rachel K. and Joerg Dreweke. 2011. *Countering Conventional Wisdom: New Evidence on Religion and Contraceptive Use*. New York: Guttmacher Institute.
- Joshi, Shareen, T. Paul Schultz. 2007. *Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh*. New Haven, CT: Yale University.
- Kabeer, Naila. 2000. *Bangladeshi Women and Labour Market Decisions in London and Dhaka*. London: Verso.
- Kabeer, Naila. 1997. "Women, Wages, and Intra-Household Power Relations in Urban Bangladesh." *Development and Change*. 28(2):261-302.
- Kamphausen, W. 2000. *Health Status of Minority Women Living in Europe*. Report of a meeting in Gothenburg, Sweden, November 2000. Brussels: European Commission.
- Karki, Yagya B. and Radha Krishna. 2008. *Factors Responsible for the Rapid Decline of Fertility in Nepal—An Interpretation: Further Analysis of the 2006 Nepal Demographic and Health Survey*. Calverton, Maryland: Macro International.
- Ketting, Evert and Visser, Adriaan P. 1994. "Contraception in the Netherlands: The Low Abortion Rate Explained." *Patient Education and Counseling*. 23 (3): 161-171.
- Kim, Young Mi, Caroline Marangwanda, and Adrienne Kols. 1996. *Involving Men in Family Planning: The Zimbabwe Male Motivation and Family Planning Method Expansion Project, 1993-1994*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Center for Communication Programs.
- Kimmel, Michael S. 2000. *The Gendered Society*. New York: Oxford University Press.
- Kinsman, John; Nyanzi, Stella; Pool, Robert (2000). Socializing Influences and the Value of Sex: The Experience of Adolescent School Girls in Rural Masaka, Uganda *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 2, No. 2 (Apr. - Jun., 2000): 151-166.
- Kirby, Douglas. 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research and Social Policy*. 5(3): 18-27.
- Koenig, Michael A., Mian Bazle Hossain, and Maxine Whittaker. 1997. "The Influence of Quality of Care upon Contraceptive Use in Rural Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 28 (4): 278-289.
- Korenman, Sanders, Robert Kaestner and Ted Joyce. 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement In Pregnancy Intention." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* Volume 34, Number 4, July/August.
- Kruger, Diana, Matias Berthelon, and Rodrigo Navia. 2009. *Adolescent Motherhood and Secondary Schooling in Chile*. IZA Discussion Paper Series Paper No. 4552.
- Kulczycki, Andrzej. 2011. "Abortion in Latin America: Changes in Practice, Growing Conflict, and Recent Policy Developments." *Studies in Family Planning*. 42(3): 199-220.
- Lam, David, Leticia Marteleto, and Vimal Ranchhod. 2009. *Schooling and Sexual Behavior in South Africa: The Role of Peer Effects*. Presentation to the XXVI IUSSP International Population Conference, Marrakech, Morocco, September 2009.
- Landry, Evelyn, and Victoria Ward. 1997. "Perspectives from Couples on the Vasectomy Decision." *Reproductive Health Matters*. London: Reproductive Health Matters.
- Leathers, Sonya J. and Michele A. Kelley. 2000. "Unintended Pregnancy and Depressive Symptoms Among First-Time Mothers and Fathers." *American Journal of Orthopsychiatry*. 70(4): 523-531.
- Lee, Ronald. 2003. "The Demographic Transition: Three Centuries of Fundamental Change." *Journal of Economic Perspectives*. 17(4): 167-190.
- Lee, Ronald and Andrew Mason. 2006. "What is the Demographic Dividend?" *Finance and Development*. 43(3): 16.
- Lee, Ronald, Andrew Mason, and Timothy Miller. 2000. "Life Cycle and the Demographic Transition: The Case of Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 194-219.
- Lee, Ronald, Andrew Mason, and Timothy Miller. 1997. *Saving, Wealth, and the Demographic Transition in East Asia*. Honolulu: East-West Center.
- Levine, R., the What Works Working Group, with Molly Kinder. 2004. *Millions Saved: Proven Successes in Global Health*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Levine, Ruth, Cynthia B. Lloyd, Margaret Greene, and others. 2008. *Girls Count: A Global Investment and Action Agenda*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Lewis, Maureen, and Marlane Lockheed. 2007. *Inexcusable Absence: Why 60 Million Girls Aren't in School and What to Do About It*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Lin, Yim Yuet. 2007. "Working from a Rights-Based Approach to Health Service Delivery to Sex Workers." *Exchange*. Accessible at: http://www.kit.nl/net/KIT_Publicaties_output/ShowFile2.aspx?e=1277.
- Lloyd, Cynthia B., ed. 2005. *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Lloyd, Cynthia B. 2009. *New Lessons: The Power of Educating Adolescent Girls—A Girls Count Report on Educating Adolescent Girls*. New York: The Population Council.
- Lloyd, Cynthia B. 2007. *The Role of Schools in Promoting Sexual and Reproductive Health Among Adolescents in Developing Countries*. Poverty, Gender, and Youth Working Paper No. 6. New York: Population Council.

- Lloyd, Cynthia B. Barbara S. Mensch. 2008. Marriage and childbirth as factors in dropping out from school: an analysis of DHS data from sub-Saharan Africa. *Population Studies* Mar; 62(1):1-13.
- Loaiza, Edilberto, and Sarah Blake. 2010. *How Universal is Access to Reproductive Health?: A Review of the Evidence*. New York: United Nations Population Fund.
- Lyerly, Anne Drapkin and Jean Anderson. 2001. "Human Immunodeficiency Virus and Assisted Reproduction: Reconsidering Evidence, Reframing Ethics." *Fertility and Sterility*. 75(5): 843-858.
- Maart, S and J Jelsma. 2010. "The Sexual Behaviour of Physically Disabled Adolescents." *Disability and Rehabilitation*. 32(6):438-443.
- Maine, Deborah, Murat Z. Akalin, Jyotsnamoy Chakraborty, and others. 1996. "Why did Maternal Mortality Decline in Matlab." *Studies in Family Planning*. 27(4): 179-187.
- Malhotra, Anju, Ann Warner, Aliison McGonagle, and others. 2011. *Solutions to End Child Marriage: What the Evidence Shows*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- Mason, Andrew and Sang-Hyop Lee. 2004. *The Demographic Dividend and Poverty Reduction*. Presentation to Seminar on the Relevance of Population Aspects for the Achievement of the Millennium Development Goals New York NY, November 17-19, 2004. Honolulu: East-West Center.
- Marsiglio, William. 1988. "Adolescent Male Sexuality and Heterosexual Masculinity: A Conceptual Model and Review." *Journal of Adolescent Research*. 3 (3-4): 285-303.
- McCleary-Sills, Jennifer, Allison McGonagle, and Anju Malhotra. 2012. *Women's Demand for Reproductive Control: Understanding and Addressing Gender Barriers*. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- McLanahan, Sara and Gary Sandefur. 1994. *Growing Up With a Single Parent: What Hurts, What Helps*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McQueston, Kate, Rachel Silverman, and Amanda Glassman. 2012. *Adolescent Fertility in Low- and Middle-Income Countries: Effects and Solutions*. Working Paper 295. Washington, DC: Center for Global Development.
- Meekers, Dominique. 1994. "Sexual Initiation and Premarital Childbearing in Sub-Saharan Africa." *Population Studies*. 48 (1): 47-67.
- Mensch, Barbara S., Judith Bruce, Margaret E. Greene. 1999. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: Population Council.
- Mensch, Barbara S., Monica J. Grant, and Ann K. Blanc. 2005. *The Changing Context of Sexual Initiation in Sub-Saharan Africa*. New York: Population Council.
- Mgbako, Chi, Meghan Gabriel, Laura Garr, and others. 2008. *Rights-Based Sex Worker Empowerment Guidelines: An Alternative HIV/AIDS Intervention Approach to the 100% Condom Use Programme*. Maharashtra: Center for Advocacy on Stigma and Marginalization.
- Michau, Lori, Dipak Naker and Zahara Swalehe. 2002. "Mobilizing Communities to End Violence Against Women in Tanzania." In *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland and Diana Measham, eds. New York: Population Council.
- Miguel, Edward and Michael Kremer. 2004. "Worms: Identifying Impacts on Education and Health in the Presence of Treatment Externalities." *Econometrica*. 72(1): 159-217.
- Miller, Grant. 2009. "Contraception as Development? New Evidence from Family Planning in Colombia." *The Economic Journal*. 120(545):709-736.
- Miller, S., F. Lester, M. Webster, B. Cowan. "Obstetric Fistula: A Preventable Tragedy." *Journal of Midwifery and Women's Health*. 50(4): 286-294.
- "Monitoring MDG Target 5B". MDG5 at 10. Commonwealth Medical Trust, 01 January 2010. Web. 10 July. 2012. http://mdg5at10.org/index.php?option=com_content&view=category&id=3:mdg-target-5b&layout=blog&Itemid=4.
- Montgomery, Mark R. 1996. "Comments on Men, Women, and Unintended Pregnancy." *Population and Development Review*. 22 (Supplement: Fertility in the United States: New Patterns, New Theories): 100-106.
- Mora G., C. Betts, J. Gay, and others. 1993. *Quality of Care in Women's Reproductive Health: A Framework for Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Muhuri, Pradip K. 1996. "Estimating Seasonality Effects on Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Demography*. 33(1): 98-110.
- Muhuri, Pradip K. 1995. "Health Programs, Maternal Education, and Differential Child Mortality in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 21(4): 813-834.
- Muhuri, Pradip K. and Samuel H. Preston. 1991. "Effects of Family Composition on Mortality Differentials by Sex Among Children in Matlab, Bangladesh." *Population and Development Review*. 17(3): 415-434.
- Murthy, Nirmala, Lakshmi Ramachandar, Perti Pelto and Akhila Vasan. 2002. "Dismantling India's Contraceptive Target System: An Overview and Three Case Studies." In *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*, Nicole Haberland and Diana Measham, eds. New York: Population Council.
- "Namibia: Women Take Legal Action Over Alleged Sterilisations." *Irin Plus News*. 25 June 2009. Accessible at: <http://www.irinnews.org/Report/85012/NAMIBIA-Women-take-legal-action-over-alleged-sterilisations>.
- National Research Council and Institute of Medicine, panel on Transitions to Adulthood in Developing Countries, Cynthia B. Lloyd (ed.). 2005. *Growing up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: National Academies Press.
- Office of the High Commissioner for Human Rights. Convention on the Rights of the Child. 3 June 2012.

- Oosterhoff, P., NT Anh, NT, Hanh, and others. 2008. "Holding the Line: Family Responses to Pregnancy and the Desire for a Child in the Context of HIV in Vietnam." *Culture, Health, and Sexuality*. 10(4): 403-416.
- Organization for Economic Co-Operation and Development. 2011. *Doing Better for Families*. Presentation to OECD Ministerial Meeting on Social Policy Paris, May 2-3, 2011. Paris: OECD.
- Organization for Economic Co-Operation and Development. 2010. "Marriage and Divorce Rates." OECD Family Database. Paris: OECD, Social Policy Division-Directorate of Employment, Labour, and Social Affairs. Accessible at: <http://www.oecd.org/els/familiesandchildren/40321815.pdf>.
- Ortayli, Nuriye, and Shawn Malarcher. 2010. "Equity Analysis: Identifying Who Benefits from Family Planning Programs". *Studies in Family Planning*. 41(2): 101-108.
- Ortega, José Antonio. 2012. "A Characterization of World Union Patterns at the National and Regional Level." Paper presented at the International Union for the Scientific Study of Population seminar on First Union Patterns around the World, Madrid, Spain, 20-22 June.
- PATH. 2012. "Sharing Experiences and Changing Lives—Communication Influences Informed Choice for Nepali Women." Seattle: PATH. Website: http://www.path.org/projects/safe_abortion_nepal.php. Accessed 14 July 2012.
- Patton, George C., Carolyn Coffey, Susan M. Sawyer, and others. 2009. "Global Patterns of Mortality in Young People: A Systematic Analysis of Population Health Data." *The Lancet*. 374(9693): 881-892.
- Pence, Brian, Philomena Nyarko, Cornelius Debpuur, and others. 2001. *The Impact of the Navrongo Community Health and Family Planning Project on Child Mortality, 1993-2000*.
- Pence, Brian W., Philomena Nyarko, and James F. Phillips. 2007. "The Effect of Community Nurses and Health Volunteers on Child Mortality: The Navrongo Community Health and Family Planning Project." *Scandinavian Journal of Public Health*. 35(6): 599-608.
- Penteado, Luis Guilherme, Francisco Cabral, Margarita Diaz, and others. 2001. "Organizing a Public-sector Vasectomy Program in Brazil." *Studies in Family Planning*. 32(4):315-328.
- Perper K, Peterson K, Manlove J. 2010. *Diploma Attainment Among Teen Mothers*. Child Trends, Fact Sheet Publication #2010-01: Washington, DC: *Child Trends*.
- Phillips, James F., Ayaga A. Bawah, and Fred N. Binka. 2006. "Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: the Navrongo Experiment in Ghana." *Bulletin of the World Health Organization*. 84: 949-955.
- Phillips, James F., Ruth Simmons, Michael A. Koenig, and others. 1988. "Determinants of Reproductive Change in a Traditional Society: Evidence from Matlab, Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 19(6): 313-334.
- Philpott, Anne, Wendy Knerr and Dermot Maher. 2006. "Promoting protection and pleasure: amplifying the effectiveness of barriers against sexually transmitted infections and pregnancy." *The Lancet*. 368(9551): 2028-2031.
- Greene, Margaret E, Omar J Robles, and Krista Stout. 2012. *A Girl's Right to Learn Without Fear: Working to End Gender-Based Violence at School*. Toronto: Plan Canada.
- Planned Parenthood Federation of America. 2012. "Fertility Awareness-Based Methods." New York: Planned Parenthood Federation of America. Website: <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/birth-control/fertility-awareness-4217.htm>. Accessed 25 July 2012.
- Population Action International. 2003. *Emergency Contraception and the Global Gag Rule: An Unofficial Guide*. New York: Population Action International.
- Population Council. 2007. "Financial Sustainability of Reproductive Health Services." *Frontiers in Reproductive Health (Legacy Series)*. Washington, DC: Population Council.
- Population Reference Bureau. 2011. *2011 World Population Datasheet*. Washington, DC: PRB.
- Population Reference Bureau. 2011. *Population Bulletin: The World at 7 Billion*. Washington, DC: PRB.
- Pradhan Ajit, Subedi Bal Krishna, Barnett Sarah, Sharma Sharad Kumar, Puri Mahesh, Poudel Pradeep, Rai Shovana, KC Naresh Pratap, Hulton Louise. 2010. Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/20009. Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of health and Population, Government of Nepal: Kathmandu, Nepal.
- Pulerwitz, Julie and Gary Barker. 2008. "Measuring Attitudes toward Gender Norms among Young Men in Brazil." *Men and Masculinities*. 10(3): 322-338.
- Pulerwitz, Julie, and Gary Barker. 2006. "Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy." *Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council.
- Raj, Anita, Niranjana Saggurti, Donta Balaiah, and others. 2009. "Prevalence of Child Marriage and its Effect on Fertility and Fertility-Control Outcomes of Young Women in India: A Cross-Sectional, Observational Study." *The Lancet*. 373(9678):1883-1889.
- Ravindran, TK Sundari. 1995. *A Study of User Perspectives on the Diaphragm in an Urban Indian Setting*. New York: Population Council.
- Reher, David S. 2011. "Economic and Social Implications of the Demographic Transition." *Population and Development Review*. 37 (Supplement s1): 11-33.
- Reprohealthlaw. 2012. *Colombia: Constitutional Court Upholds Abortion Rights*, 23 Feb 2012. Available from: <http://reprohealthlaw.word-press.com>. (Accessed 30 August 2012).
- Ringheim, Karin. 2007. "Ethical and Human Rights Perspectives on Providers' Obligation to Ensure Adolescents' Rights to Privacy." *Ethical Issues in Reproductive Health*. 38(4): 245-252.
- Rogow, Deborah. 1995. "Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research." *Studies in Family Planning*. 26(3): 140-153.

- Rohleder P., SH Braathen, LSwartz, AH Eide. 2009. "HIV/AIDS and Disability in Southern Africa: A Review of Relevant Literature." *Disability and Rehabilitation*. 31(1): 51-59.
- Ronsmans, Carine and Myriam Khlat. 1999. "Adolescence and Risk of Violent Death during Pregnancy in Matlab, Bangladesh." *The Lancet*. 354(9188): 1448.
- Rosenzweig, Mark R. and T. Paul Schultz. 1982. "Child Mortality and Fertility in Colombia: Individual and Community Effects." *Health Policy and Education*. 2(3-4):305-348.
- Rosenzweig, Mark R. and Kenneth I. Wolpin. 1986. "Evaluating the Effects of Optimally Distributed Public Programs: Child Health and Family Planning Interventions." *The American Economic Review*. 76(3):470-482.
- Ross, John, Eva Weissman, and John Stover. 2009. *Contraceptive Projections and the Donor Gap: Meeting the Challenge*. Washington, DC: Reproductive Health Supplies Coalition.
- Rottach, Elisabeth, Sidney Schuler, and Karen Hardee. 2009. *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Rutenberg, Naomi, Duff Gillespie, Elizabeth Flanagan, and others. 2006. *HIV Status, Fertility Intentions, and the Demand for Contraception: Assessing the Current Research to Improve the Integration of Reproductive Health and HIV Programs*. Presentation to Population Association of America Meetings Los Angeles CA, March 30, 2006. Princeton: Princeton University.
- Rutstein, Shea. 2000. "Effects of Birth Intervals on Mortality and Health: Multivariate Cross-Country Analyses." Power Point Presentation. Washington DC: United States Agency for International Development.
- Rutstein, Shea. 2005. "Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant and Under-five years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 89: S7-S24.
- Sanogo, Diouratie, Saumya RamaRao, Heidi Jones, Penda N'diaye, Bineta M'bow, and Cheikh Bamba Diop. 2003. "Improving Quality of Care and Use of Contraceptives in Senegal." *African Journal of Reproductive Health*. 7 (2): 57-73.
- Schalet, Amy. 2004. "Must We Fear Adolescent Sexuality?" *MedGenMed*. 6(4):44.
- Schalet, Amy. 2010. "Sexual Subjectivity Revisited: The Significance of Relationships in Dutch and American Girls' Experiences of Sexuality." *Gender and Society*. 24(3):304-329.
- Scheer, Jessica, Thilo Kroll, Melinda T. Neri, Phillip Beatty. 2003. "Access Barriers for Persons with Disabilities: The Consumer's Perspective." *Journal of Disability Policy Studies*. 14(4):221-230.
- Schmidt, Brita. 1998. "Forced Sterilization in Peru." *Political Environments*. 6. Accessible at: <http://cwpe.org/node/49>.
- Schultz, Paul T. 2009. "The Gender and Intergenerational Consequences of the Demographic Dividend: An Assessment of the Micro- and Macrolinkages between the Demographic Transition and Economic Development." *The World Bank Economic Review*. 23(3): 427-442.
- Schultz, Paul T. 2008. "Health Disabilities and Labor Productivity in Russia in 2004: Health Consequences beyond Premature Death." In *Economic Implications of Chronic Illness and Disability in Eastern Europe and the Former Soviet Union*, edited by C. Mete. Washington, DC: The World Bank.
- Schultz, Paul T. 2010. "Health Human Capital and Economic Development." *Journal of African Economies*. 19(3): iii12-iii80.
- Schultz, Paul T. 2009a. *How Does Family Planning Promote Development? Evidence from a Social Experiment in Matlab, Bangladesh, 1977-1996*. Presentation to Population Association of America meetings Detroit MI, April 20, 2009. New Haven: Yale University.
- Schultz, Paul T. 2003. "Human Capital, Schooling and Health." *Economics and Human Biology*. 1(2):207-221.
- Schultz, Paul T. 1997. "Wage and Labor Supply Effects of Illness in Cote d'Ivoire and Ghana: Instrumental Variable Estimates for Days Disabled." *Journal of Development Economics*. 53(2): 251-286.
- Sedgh, Gilda, Susheela Singh, and Iqbal H. Shah. 2012. "Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008." *The Lancet*. 379(9816): 625-632.
- Seneviratne, H.R. and L.C. Rajapaksa. 2000. "Safe Motherhood in Sri Lanka: a 100 year march." *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 70(1): 113-124.
- Servais, L. 2006. "Sexual Health Care in Persons with Intellectual Disabilities." *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 12(1): 48-56.
- Shah, Iqbal and Elisabeth Ahman. 2010. "Unsafe Abortion in 2008: Global and Regional Levels and Trends." *Reproductive Health Matters*. 18(36): 90-101.
- Sharma, Sudha. 2003. "Legalization of Abortion in Nepal: The Way Forward." *Kathmandu University Medical Journal*. 2(3): 177-178.
- Shih, Grace, David Turok, and Willie Parker. 2011. "Vasectomy: the Other (Better) Form of Sterilization." *Contraception*. 83(4): 310-315.
- Silva, Erika and Ricardo Batista. 2010. *Bolivian Maternal and Child Health Policies: Successes and Failures (Policy Paper)*. Ottawa, ON: FOCAL (Canadian Foundation for the Americas).
- Simmons, Ruth. 1996. "Women's Lives in Transition: A Qualitative Analysis of the Fertility Decline in Bangladesh." *Studies in Family Planning*. 27(5):251-268.
- Sinding, Steven W. 2009. "Population, Poverty, and Economic Development." *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. 364(1532): 3023-3030.
- Singh, Susheela. 2006. "Hospital Admissions Resulting from Unsafe Abortion: Estimates from 13 Developing Countries." *The Lancet*. 368(9550):1887-92.

- Singh, Susheela and others. 2009. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher Institute and UNFPA.
- Singh, Susheela and Jacqueline E. Darroch. 2012. *Adding it Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services—Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.
- Singh, Susheela, Gilda Sedgh, and Rubina Hussain. 2010. "Unintended Pregnancy: Worldwide Levels, Trends, and Outcomes." *Studies in Family Planning*. 41(4): 241-250.
- Sinha, Nistha. 2003. "Fertility, Child Work and Schooling Consequences of Family Planning Programs: Evidence from an Experiment in Rural Bangladesh." *Economic Development and Cultural Change*. 54(1): 97-128.
- Sonenstein, Freya L. (ed). *Young Men's Sexual and Reproductive Health: Toward a National Strategy—Framework and Recommendations*. Washington, DC: Urban Institute.
- Statement by Dr. Kisamba Mugerwa, Chairperson of the National Planning Authority at the 45th Session of the Commission on Population and Development on Agenda Item 4 "Adolescents and Youth". Accessible at: http://www.un.org/esa/population/cpd/cpd2012/Agenda%20item%204/Country%20statements/Uganda_Item4.pdf.
- Steward N.R., G. Farkas, and J.B. Bingenheimer. 2009. "Detailed Educational Pathways Among Females After Very Early Sexual Intercourse." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 41(4):244-252.
- Suvedi, Bal Krishna, Ajit Pradhan, Sarah Barnett, and others. 2009. *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/2009: Summary of Preliminary Findings*. Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, Government of Nepal.
- Swann C., K. Bowe, G. McCormick, M. Kosmin. 2003. *Teenage Pregnancy and Parenthood: A Review of Reviews*. London: Health Development Agency.
- Taylor, Joan. 2008. *Revitalizing Underutilized Family Planning Methods Using Communication and Community Engagement to Stimulate Demand for the IUD in Uganda*. New York: The ACQUIRE Project and Engender Health.
- Tanzania Commission for AIDS. 2009. *The Forgotten: HIV and Disability in Tanzania*. Dar es Salaam, Tanzania: Tanzania Commission for AIDS. Available from: <http://www.gtz.de/de/dokumente/gtz2009-en-hiv-and-disability-tanzania.pdf> (accessed 14 June 2012).
- Tensou, Biruk, and Michelle J. Hindin. 2010. *Covert Contraceptive Use and Discordant Fertility Preferences among Ethiopian Couples*. Presentation to Population Association of America Dallas TX, April 17, 2010. Princeton, New Jersey: Princeton University.
- Trussell, James. 2011. "Contraceptive Efficacy." In Hatcher R.A., J. Trussell, A.L. Nelson, W. Cates, D. Kowal, and M. Policar (eds). *Contraceptive Technology: Twentieth Revised Edition*. New York: Ardent Media.
- Trussell, James, and Elizabeth G. Raymond. 2012. *Emergency Contraception: A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy*. Princeton, New Jersey: Princeton University Office of Population Research.
- Tsai, I-Ju, C. Y. Cyrus Chu and Ching-Fan Chung. 2000. "Demographic Transition and Household Saving in Taiwan." *Population and Development Review*. 26 (Supplement: Population and Economic Change in East Asia): 174-193.
- UN-Habitat. 2003. *The Challenge of Slums—Global Report on Human Settlements*. Virginia: Earthscan.
- United Nations. 2006. *Levels and Trends in Contraceptive Use as Assessed in 2002*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2007. *World Youth Report*. New York: Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2008. *Official List of Millennium Development Goals Indicators*. New York: Statistics Division, Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: <http://mdgs.un.org/> (Accessed 30 August 2012).
- United Nations. 2008a. *Trends in International Migrant Stock: The 2008 Revision*. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2009. *World Marriage Data 2008*. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/WMD2008/WP_WMD_2008/Documentation.html.
- United Nations. 2009a. *Analysis prepared by the secretariat of the Permanent Forum on Indigenous Issues: indigenous women*. E/C.19/2009/8. New York: Economic and Social Council.
- United Nations. 2009b. "The Millennium Development Goals Report 2009." New York: UN.
- United Nations. 2010. *World Fertility Report 2007*. New York: Population Division of Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2011. "World Contraceptive use." Wall Chart. New York: The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf
- United Nations. 2011a. *World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables*. New York: The Population Division of the Department of Economic and Social Affairs.
- United Nations. 2011b. "World Marriage Patterns." Population Facts. No. 2011/1. New York: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Accessible at: http://www.un.org/esa/population/publications/popfacts/PopFacts_2011-1.pdf.
- United Nations. 2011c. "The Millennium Development Goals Report 2011." New York: UN.
- United Nations. 2011d. *Social Panorama of Latin America 2011*. Santiago: UN Economic Commission for Latin America.
- United Nations. 2012. *Millennium Development Goals: 2012 Progress Chart*. New York: Statistics Divisions, Department of Economic and Social Affairs.

- United Nations Children's Fund. 2011. *Boys and Girls in the Life Cycle: Sex Disaggregated data on a selection of well-being indicators, from early childhood to young adulthood*. New York: UNICEF, Division of Policy and Practice.
- United Nations Children's Fund. 2010. *Progress for Children: Achieving the MDGs with Equity*. New York: UNICEF.
- United Nations Children's Fund, with UNAIDS, United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, United Nations Population Fund, International Labour Organization, World Health Organization, and the World Bank. 2011a. *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Early Adulthood*. New York: UNICEF.
- United Nations General Assembly. 1999. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-First Special Session of the General Assembly. Key Actions for Further Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York: United Nations.
- United Nations General Assembly Special Session (2010). *UNGASS Report on HIV and AIDS - Zimbabwe*. Harare: National AIDS Council
- United Nations High Commissioner for Refugees. 2011. *Refocusing Family Planning in Refugee Settings: Findings and Recommendations from a Multi-Country Baseline Study*. Geneva: UNHCR.
- United Nations High Commissioner for Human Rights. 2008. Ms. Navanetham Pillay, Statement to the UN General Assembly (New York, N.Y., 18 Dec 2008). Available from: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/49997ae312.html> (accessed 30 August 2012).
- United Nations Population Division. 2012. Unpublished data on regional averages.
- United Nations Population Fund. 1994. *International Conference on Population and Development Programme of Action*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2003. *Enlisting the Armed Forces to Protect Reproductive Health and Rights: Lessons Learned from Nine Countries-Technical Report*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2005. *Rights into Action: UNFPA Implements Human Rights-Based Approach*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2005a. *ICPD at Ten - The World Reaffirms Cairo: Official Outcomes of the ICPD at Ten Review*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2007. "RHIYA Programme Officially Ends, But Its Legacy Continues-Making a Decade of Investment in the Youth in Asia." Brussels: UNFPA. Website: <http://www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=1038&Language=1>. Accessed 25 July 2012.
- United Nations Population Fund. 2007a. *The State of the World Population Report*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2009. *Do all pregnant women have the right to live? Retrieved June 8, from Fact Sheet: Motherhood and Human Rights: <http://www.unfpa.org/public/cache/offnce/home/factsheets/pid/3851>*.
- United Nations Population Fund. 2010. *Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2010a. *Monitoring ICPD Goals: Select Indicators*. New York: UNFPA. http://www.unfpa.org/swp/2010/web/en/pdf/EN_SOWP10_ICPD.pdf
- United Nations Population Fund. 2011. "Issues Brief: Comprehensive Condom Programming." New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2011. *The State of the World Population Report*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2011a. *The Global Programme to Enhance Reproductive Health Commodity Security: Annual Report 2011*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2011b. *Population Dynamics in the Least Developed Countries: Challenges and Opportunities for Development and Poverty Reduction*. New York: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2012. *The Family Planning Programme in the Islamic Republic of Iran*. Tehran: UNFPA.
- United Nations Population Fund. 2012. *Promoting Gender Equality: Frequently asked Questions about Gender*. New York: UNFPA. Accessible from: http://www.unfpa.org/gender/resources_faq.htm (Accessed 30 August 2012).
- United Nations Population Fund. 2012a. "Promoting Gender Equality-Frequently Asked Questions about Gender." New York: UNFPA. Website: http://www.unfpa.org/gender/resources_faq.htm. Accessed 12 July 2012.
- United Nations Population Fund. 2012b. "So Many Mouths to Feed: Addressing High Fertility in Famine-Stricken Somalia." Retrieved 30 August from <http://www.unfpa.org/public/home/news/pid/10333>.
- United Nations Population Fund. 2012c. "Statement of UNFPA for the Eleventh Session of the Permanent Forum on Indigenous Peoples Issues," May 9th, 2012.
- United Nations Population Fund. N.d. "Young People and Times of Change." Fact Sheet. New York: UNFPA. Accessible at: http://www.unfpa.org/public/home/factsheets/young_people, Accessed 4/12/11.
- United Nations Practitioner's Portal on Human Rights Based Approaches to Programming. *The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies*. Available from: <http://hrbaportal.org/> (Accessed 30 August 2012).
- UN System Task Force Team on the Post-2015 UN Development Agenda. 2012. *Realizing the Future We Want for All: Report to the Secretary-General* (New York, United Nations).
- UN Women. 2008. *The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality*. New York: The Division for the Advancement of Women of the Department of Economic and Social Affairs.
- VanLandingham, Mark, and John E. Knodel. 2007. "Sex and the Single (Older) Guy: Sexual Lives of Older Unmarried Thai Men During the AIDS Era." *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(4): 375-388.
- Ventura, Stephanie J. , Joyce A. Martin, Sally C. Curtin, and T.J. Mathews. 1997. "Report of Final Natality Statistics." *Monthly Vital Statistics Report*. 45(11):1-84.

- Welbourn, Alice. 2003. *Stepping Stones*. Oxford, UK: Strategies for Hope Trust.
- Westoff, Charles F. 2008. *A New Approach to Estimating Abortion Rates*. DHS Analytical Studies No. 13. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- Westoff, Charles F. 2005. *Recent Trends in Abortion and Contraception in Twelve Countries*. DHS Analytical Studies No. 8. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole. 2002. *Reproductive Preferences in Developing Countries at the Turn of the Century*. DHS Comparative Reports No. 2. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Williamson, Jeffrey G. 2001. "Demographic Change, Economic Growth and Inequality." *Population Matters*. 1(9): 106-137.
- World Health Organization. 1995. *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry—Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2003. *International Migration, Health, and Human Rights*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2004. *Basic Indicators: Health Situation in South-East Asia*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2004a. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2005. *Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experience (Background Paper)*. Geneva: Commission on Social Determinants of Health.
- World Health Organization. 2005a. "Emergency Contraception." Fact Sheet No. 244. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2005b. *Violence against Sex Workers and HIV Prevention*. Information Bulletin Series, Number 3. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2006. *International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2006a. *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008. "Adolescent Pregnancy." *Making Pregnancy Safer (MPS) Notes*. 1(1). Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2008a. "Why is Giving Special Attention to Adolescents Important for Achieving Millennium Development Goal 5?" Fact Sheet. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2009. *Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into the work of WHO*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2010. "10 Facts on Obstetric Fistula." Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/obstetric_fistula/en/.
- World Health Organization. 2010a. *Accountability for Women's and Children's Health*. Geneva: WHO. Available from: http://www.who.int/woman_child_accountability/about/en/ (Accessed 30 August 2012).
- World Health Organization. 2011. *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access: Progress Report 2011*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011a. *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2011b. "Reproductive Health at a Glance: Uganda." Accessible at: <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/376374-1303736328719/Uganda42111WEB.pdf>, accessed 15 July 2012.
- World Health Organization. 2011c. *World Report on Disability*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012. "WHO Upholds Guidance on Hormonal Contraceptive Use and HIV: Women Living with HIV or at Risk of HIV can safely continue to use Hormonal Contraceptives to Prevent Pregnancy." Note for the Media. 16 February 2012. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012a. *Early Marriages, Adolescent and Young Pregnancies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. 2012b. "Maternal Mortality." Fact Sheet No. 348. Geneva: WHO. Accessible at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>.
- World Health Organization and Office of the High Commissioner for Human Rights. 2010. *A Human Rights-Based Approach to Health*. Geneva: WHO and OHCHR.
- World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. 2010. *Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report 2010*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and United Nations Population Fund. 2009. *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities*. Geneva: WHO and UNFPA.
- World Health Organization, U.S. Agency for International Development, Family Health International. 2009. *Community-Based Health Workers Can Safely and Effectively Administer Injectable Contraceptives: Conclusions from a Technical Consultation*. Research Triangle Park, North Carolina: FHI.



Por un mundo en que cada embarazo sea deseado, cada parto se realice sin riesgo, y se plasme el potencial de cada joven.

Fondo de Población de las Naciones Unidas

605 Third Avenue
New York, NY 10158
Estado Unidos de América

Tel. +1-212 297-5000

www.unfpa.org

©UNFPA 2012

24 dólares EE.UU.
ISBN: 978-1-61800-011-8
Número de venta: S.12.III.H.1
S/1.200/2012

