



estado de la población mundial 2019

UN ASUNTO PENDIENTE

la defensa de los derechos y la libertad de decidir

DE TODAS LAS PERSONAS

Estado de la Población Mundial 2019

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

REDACTOR JEFE

Arthur Erken, Director, División de Comunicaciones y Alianzas Estratégicas

EQUIPO EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge

Editora adjunta: Katie Madonia

Directora de la edición digital: Katie Madonia

Asesores de la edición digital: Hanno Ranck, Katheline Ruiz

Publicación y diseño web: Prographics, Inc.

ASESOR EN INVESTIGACIÓN Y AUTOR

Stan Bernstein

ASESORES TÉCNICOS DEL UNFPA

Elizabeth Benomar

Daniel Schensul

INVESTIGADORA PRINCIPAL Y AUTORA

Kathleen Mogelgaard

INVESTIGADORES Y AUTORES DE LOS CAPÍTULOS

Jeffrey Edmeades

Gretchen Luchsinger

William A. Ryan

Ann M. Starrs

AUTORAS DESTACADAS

Janet Jensen

Gretchen Luchsinger

© UNFPA 2019

AGRADECIMIENTOS

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

Tefta Shakaj, ALBANIA

Mediha Besic, BOSNIA Y HERZEGOVINA

Tsitsina Xavante, BRASIL

Say Yang, CAMBOYA

Dahab Elsayed y Um Ahmed, EGIPTO

Alma Odette Chacón, GUATEMALA

Marta Paula Sanca, GUINEA-BISSAU

Fanie Derismé, HAITÍ

Rajeshwari Mahalingam, INDIA

Shara Ranasinghe, SRI LANKA

Rasamee, TAILANDIA

Josephine Kasya, UGANDA

Los editores agradecen a William McGreevey por su investigación sobre los factores institucionales y financieros que obstaculizan el logro de la salud sexual y reproductiva, y a Christopher Hook por su asistencia en otras investigaciones. La Subdivisión de Población y Desarrollo del UNFPA agregó los datos regionales de la sección dedicada a los indicadores en este informe. La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud facilitaron los datos de origen para los indicadores contenidos en el informe. Rachel Snow, Sara Reis y Marielle Sander-Lindstrom, del UNFPA, también contribuyeron a dar forma al informe de este año. Erin Anastasi, Emilie Filmer-Wilson, Anneka Knutsson y Leyla Sharafi revisaron y comentaron los borradores.

MAPAS Y DESIGNACIONES

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

FOTOGRAFÍA

Portada: © Steve McCurry/Magnum Photos

Cronograma: © Alamy Stock Photos, Getty Images, Jangbu Sherpa, Warren K. Leffler, NASA, ONU/UNFPA

UNFPA

Asegurando derechos y opciones para todos desde 1969

UN ASUNTO PENDIENTE

la defensa de los derechos y la libertad
de decidir **DE TODAS LAS PERSONAS**



1 La lucha por los derechos y la libertad de decidir es continua página 7

2 Seis mujeres, seis decenios, seis caminos página 23

3 Los derechos peligran en épocas de crecimiento demográfico página 37

4 Disponibles, pero inaccesibles página 53

5 El obstáculo que subyace a todos los demás página 73

6 Cuando los servicios colapsan página 87

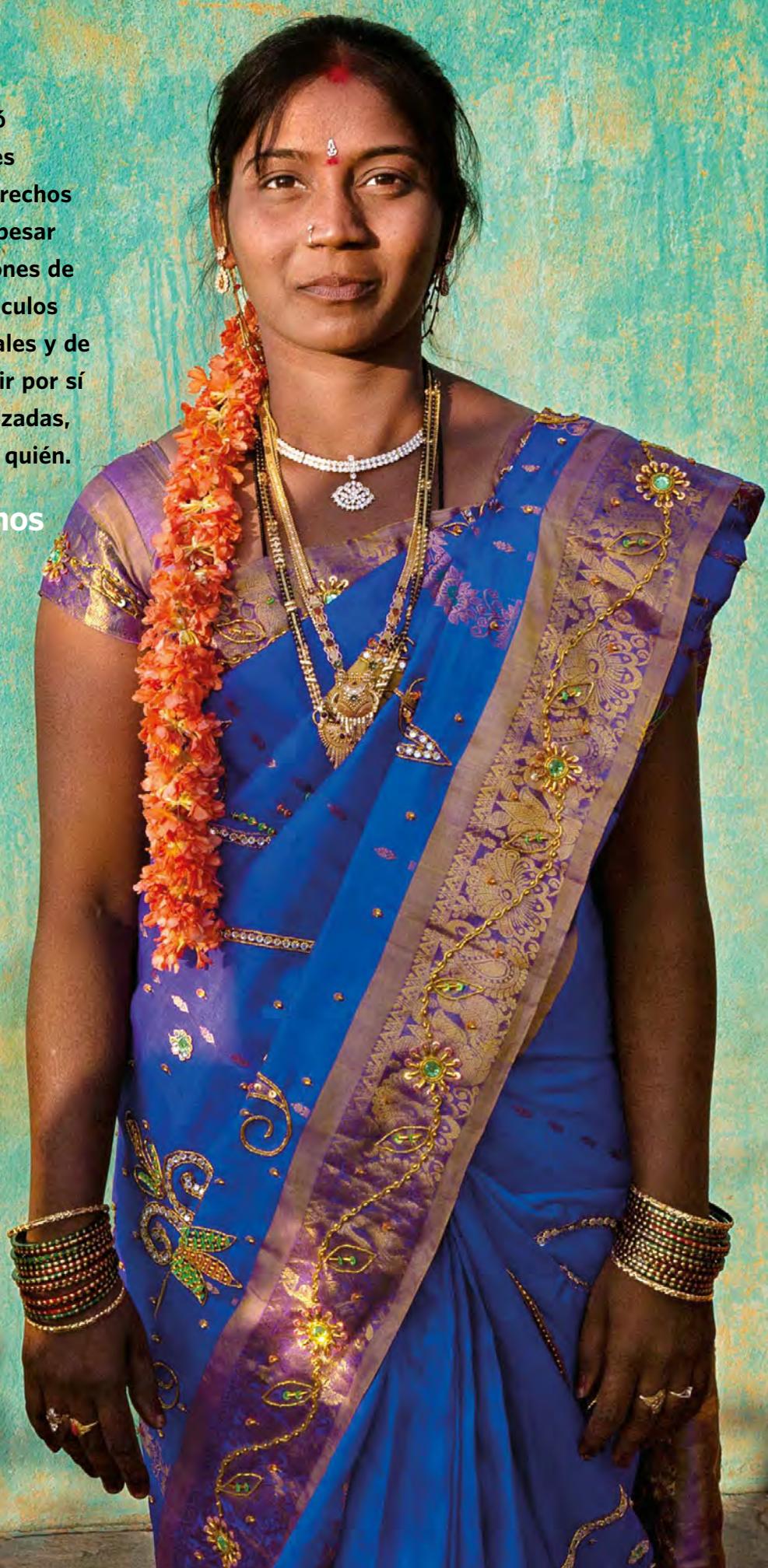
7 Instituciones y financiación para garantizar los derechos y la libertad de decidir página 101

8 Garantizar los derechos y la libertad de decidir de todas las personas: Si no se logra ahora, ¿cuándo? página 117

9 Más que mi madre, menos que mi hija página 137

Desde 1969, cuando se estableció el UNFPA, se han logrado notables avances en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. Pero a pesar de los progresos, cientos de millones de mujeres aún se enfrentan a obstáculos económicos, sociales, institucionales y de otros tipos que les impiden decidir por sí mismas si desean quedar embarazadas, cuándo, con qué frecuencia y con quién.

La defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas es continua, y nuevos desafíos surgen constantemente.



Hacer de los derechos y la libertad de decidir una realidad para todas las personas

Era el año 1969. La población mundial alcanzó los 3.600 millones, un aumento de aproximadamente 1.000 millones de habitantes en solo 17 años. Las tasas de fecundidad en el mundo casi habían duplicado su valor. En los países menos desarrollados, la fecundidad era de aproximadamente seis nacimientos por mujer.

The Population Bomb, de Paul Ehrlich, publicado un año antes, había provocado un pánico mundial sobre la «superpoblación», que el autor predijo que conduciría a la inanición masiva en un «planeta moribundo».

Fue en ese contexto que se estableció el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con el fin de asesorar a los países en desarrollo sobre las implicaciones sociales y económicas del crecimiento demográfico y con miras a apoyar los programas nacionales de población, que comenzaron a dispensar anticonceptivos a una escala sin precedentes.

Estos programas ofrecieron opciones reproductivas reales a un número cada vez mayor de mujeres en los países en desarrollo y, como resultado, estas comenzaron a tener menos hijos. Millones de mujeres estaban logrando controlar al fin su propia fecundidad.

Si bien la *disponibilidad* de los anticonceptivos ha aumentado a lo largo de los años, hoy en día aún existen cientos de millones de mujeres que no tienen acceso a ellos o a las opciones reproductivas que los acompañan. Sin acceso, carecen del poder para tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, incluso sobre la posibilidad o el momento del embarazo.

La falta de esta capacidad, que influye en muchas otras facetas de la vida, desde la educación hasta los ingresos y la seguridad, impide que las mujeres puedan forjar su propio futuro.

Desde su creación en 1969, el UNFPA ha liderado un esfuerzo multilateral encaminado a ayudar a las mujeres en los países en desarrollo a desenvolverse en un panorama cambiante de barreras que obstaculizan el pleno ejercicio de sus derechos reproductivos. Esta iniciativa ganó un nuevo impulso e inspiración en 1994, cuando 179 Gobiernos se reunieron en El Cairo con motivo de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y forjaron un plan de desarrollo sostenible basado en los derechos y la libertad de decidir individuales y en el logro de la salud sexual y reproductiva para todos. Ese plan, consagrado en un Programa de Acción, no solo revitalizó el movimiento mundial en favor de los derechos reproductivos, sino que también posicionó al UNFPA como custodio del movimiento.

Las actuaciones combinadas de la sociedad civil, los Gobiernos, las instituciones de desarrollo y el UNFPA en los últimos 50 años han brindado oportunidades y alternativas a las mujeres y las niñas en todo el mundo. Sin embargo, aún nos queda un largo camino por recorrer hasta lograr que todas las mujeres y las niñas tengan la capacidad y los medios para regir sus propios cuerpos y tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

Al mismo tiempo, debemos luchar contra las fuerzas que tienden a hacernos volver a la época en que las mujeres apenas tenían derecho a tomar decisiones en materia de reproducción y, de hecho, en cualquier esfera de sus vidas.

La lucha por el ejercicio de los derechos y la libertad de decidir debe continuar hasta convertirse en una realidad para todos.

Dra. Natalia Kanem

Secretaria General Adjunta de las Naciones Unidas y Directora Ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)



1969

1970
1971
1972
1973
1974
1975
1976
1977
1978
1979
1980
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993

1994

1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018

2019



LA LUCHA POR LOS DERECHOS Y LA LIBERTAD DE DECIDIR ES CONTINUA

El año 2019 marca dos hitos importantes en el ámbito de la salud reproductiva: se cumplen 50 años desde la puesta en marcha del UNFPA y 25 desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en El Cairo.

Estos dos eventos —el lanzamiento del primer organismo de las Naciones Unidas dedicado a hacer frente al crecimiento demográfico y las necesidades de salud reproductiva de la población mundial, y la declaración de un compromiso mundial en pro de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos— han influido de forma esencial en las vidas de

mujeres y familias, y las sociedades en las que viven, de manera mensurable e incalculable, profunda y trivial, permanente y fugaz.

Los activistas, los defensores, los especialistas en salud pública y muchos otros actores han luchado implacablemente en pro de las transformaciones que hoy vemos a nuestro alrededor, pero aun así todavía

queda mucho por hacer. La capacidad de las mujeres y las niñas para alcanzar su máximo potencial como miembros de su sociedad determinará los cambios en el crecimiento demográfico, el uso de anticonceptivos y la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el futuro —y, a su vez, dependerá de ellos—. Asimismo, esto dependerá en gran parte de la forma en que el mundo

avance hacia los logros de la CIPD y aborde sus deficiencias hasta la fecha.

El mundo en 1969

Hace 50 años, en el mundo, la mujer promedio tenía 4,9 hijos y el 35% de las mujeres casadas utilizaban algún método anticonceptivo para retrasar o prevenir el embarazo; en los países

menos desarrollados, sin embargo, la mujer promedio tenía 6,7 hijos, y aproximadamente el 2% utilizaba algún método anticonceptivo.

El aborto era ilegal en gran parte del mundo, y el movimiento de liberación de las mujeres luchaba por la igualdad en el acceso a la educación, las oportunidades de

empleo e ingresos, el matrimonio y el divorcio, la propiedad de bienes y mucho otros frentes. En 1969, los disturbios de Stonewall en la ciudad de Nueva York marcaron el inicio del movimiento mundial en favor de los derechos de las personas homosexuales; la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

1969 A 2019



RAFAEL SALAS ES NOMBRADO DIRECTOR EJECUTIVO DEL UNFPA



LA ASAMBLEA GENERAL ENCOMIENDA AL UNFPA LA LABOR DE LIDERAR LOS PROGRAMAS DE POBLACIÓN

HITOS DE LAS NACIONES UNIDAS
y eventos mundiales

PUESTA EN MARCHA DEL FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA ACTIVIDADES EN MATERIA DE POBLACIÓN

Entra en vigor el Tratado sobre la No Proliferación de las Armas Nucleares

1969

Los disturbios de Stonewall (Nueva York) marcan el comienzo del movimiento moderno a favor de los derechos de los homosexuales en los Estados Unidos

El biólogo Robert Geoffrey Edwards fecunda por primera vez ovocitos humanos en una placa de Petri

Retransmisión del primer mensaje a través de ARPANET, un precursor de Internet

Se establece la Oficina de Población de USAID

Neil Armstrong da sus históricos primeros pasos sobre la Luna



1970

El Population Council establece el Comité Internacional de Investigaciones sobre Anticonceptivos

1971

Se comercializa el dispositivo intrauterino Dalkon Shield

Sierra Leona se convierte en república

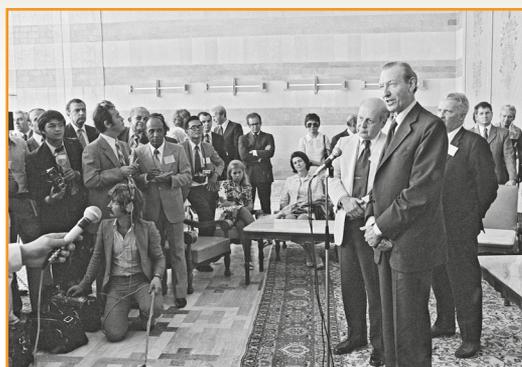


Internacional estableció una Oficina de Población; y Ghana adoptó su Política de Planificación Demográfica en pro del Progreso y la Prosperidad Nacionales. Un año antes, en la primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, en Teherán, los delegados ratificaron, por primera vez en una

declaración mundial, el derecho humano básico de los padres de «decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos» (Naciones Unidas, 1968).

Para 1969, las tasas de natalidad habían superado las tasas de mortalidad en gran parte del mundo en desarrollo debido a intervenciones

en materia de salud pública que reducían la mortalidad infantil y de lactantes y prolongaban la esperanza de vida. Las preocupaciones relativas al impacto negativo que el crecimiento demográfico podría tener sobre el progreso económico y el medio ambiente contribuyeron al deseo de comprender y gestionar mejor la



Los Estados Unidos y la Unión Soviética, junto con otros 70 países, firman un acuerdo para prohibir la guerra biológica

Se finaliza el puente de Estambul que atraviesa el Bósforo y conecta Europa y Asia

CONFERENCIA MUNDIAL DE POBLACIÓN DE BUCAREST

LAS NACIONES UNIDAS INAUGURAN EL DECENIO PARA LA MUJER

1972

El Club de Roma publica *Los límites del crecimiento*

LAS NACIONES UNIDAS DECLARAN EL 10 DE DICIEMBRE DÍA INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

1973

La Asociación Estadounidense de Psiquiatría elimina la homosexualidad de la segunda edición de su Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-II)

Se legaliza el aborto en los Estados Unidos

1974

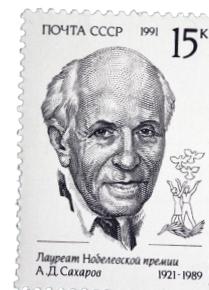
POBLACIÓN MUNDIAL
4
MIL MILLONES

La India realiza con éxito un ensayo nuclear subterráneo

1975

Mozambique y Suriname se independizan

El científico soviético Andrei Sakharov, creador de la bomba de hidrógeno de la Unión Soviética, recibe el Premio Nobel de la Paz



fecundidad humana. La creación del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población, que en 1987 pasó a llamarse Fondo de Población de las Naciones Unidas, reflejó un creciente interés por comprender el modo en que las dinámicas demográficas afectaban al desarrollo social y económico, y

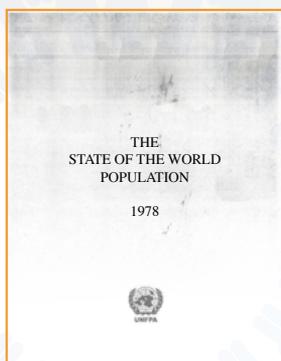
la voluntad de las Naciones Unidas de apoyar los programas de acción encaminados a estabilizar la población mundial.

La creciente disponibilidad de métodos anticonceptivos relativamente nuevos y eficaces durante el decenio de 1960 fue transformadora para las mujeres, ofreciéndoles, por primera

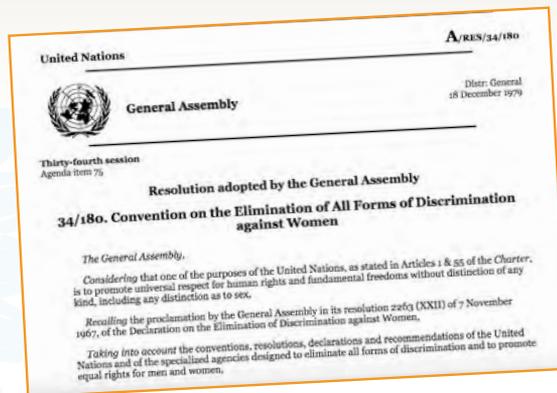
vez, la capacidad de prevenir de manera segura el embarazo no planeado y nuevas opciones para controlar sus vidas reproductivas. Sin embargo, la conciencia sobre las implicaciones que la anticoncepción y la regulación de la fecundidad tienen para la salud, el bienestar y la vida económica y social de las mujeres y las



Se registra por primera vez un brote del virus del Ébola



EL UNFPA PUBLICA SU PRIMER INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL



SE APRUEBA LA CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDCM)

1976

1977

1978

1979

El Presidente egipcio Anwar Sadat realiza una visita oficial a Israel



Nace el primer «bebé probeta»



Se celebra el primer Año Internacional del Niño



niñas apenas comenzaba a surgir. Aún se debía gestar una comprensión más profunda de lo que ello significaría.

El mundo en 1994

Hace 25 años, cuando se celebró la CIPD en El Cairo, la tasa mundial de fecundidad media era de aproximadamente tres nacimientos

por mujer y el 58,8% de las mujeres de todo el mundo usaban métodos anticonceptivos; en los países menos desarrollados, la fecundidad se situaba alrededor de 5,6 niños por mujer y la proporción de mujeres casadas que utilizaban métodos anticonceptivos era del 20,2%. Sudáfrica celebró sus primeras elecciones multirraciales

y eligió a Nelson Mandela como Presidente; el genocidio de Rwanda causó la muerte de más de 800.000 hombres, mujeres y niños; se legalizaron en Suecia las uniones civiles entre parejas del mismo sexo; y el lanzamiento de America Online (AOL) marcó el comienzo del acceso universal a Internet.



LAS NACIONES UNIDAS ESTABLECEN EL PREMIO DE POBLACIÓN

Sally Ride se convierte en la primera mujer en viajar al espacio a bordo del Transbordador Espacial Challenger

1980

La Organización Mundial de la Salud certifica la erradicación de la viruela en el mundo



1981

Sandra Day O'Connor asume su cargo como primera jueza de la Corte Suprema de los Estados Unidos

La población de China supera los 1.000 millones de habitantes

IBM lanza al mercado su primera computadora personal, con sistemas operativos de Microsoft



1982

Un equipo de médicos implanta por primera vez un corazón artificial permanente diseñado por Robert Jarvik

La revista *Time* escoge por primera vez a un personaje del año no humano: la computadora

1983

Se descubre el retrovirus que provoca el sida



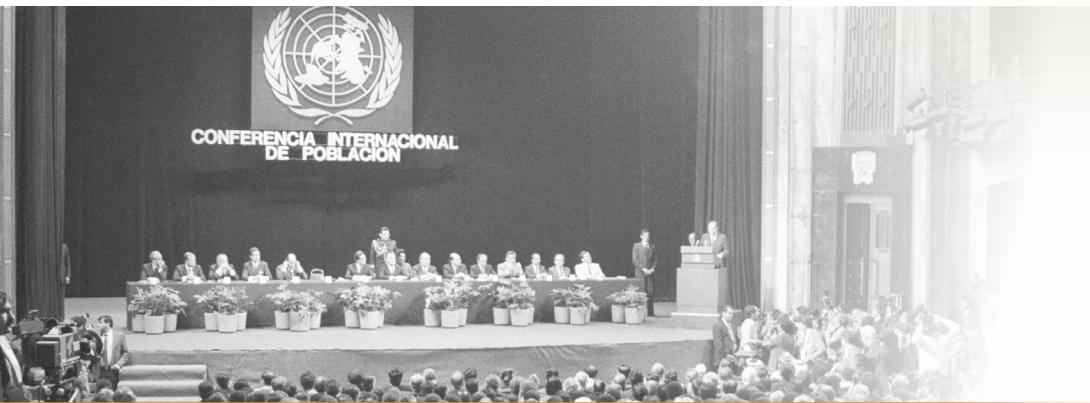
Hambruna de Etiopía



Durante los años anteriores a la CIPD tuvo lugar un cambio gradual y cada vez más acelerado: se pasó de un enfoque principal centrado en las cuestiones demográficas y la reducción de la fecundidad a uno basado en los derechos de las personas y las parejas a prevenir o retrasar el embarazo y disfrutar

de la salud sexual y reproductiva. Este cambio fue impulsado en gran medida por feministas y defensores de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y fue, en parte, una respuesta a los abusos fruto de las antiguas políticas de «control demográfico» orientadas a la consecución de

objetivos específicos. Durante las décadas de 1970 y 1980, con la financiación y el apoyo de países donantes prósperos y fundaciones, algunos países ejecutaron programas que coaccionaban u obligaban a las parejas a utilizar métodos anticonceptivos o a limitar el tamaño de su familia, o les ofrecían



▲ **LA DRA. NAFIS SADIK ES NOMBRADA DIRECTORA EJECUTIVA DEL UNFPA**

EL UNFPA CAMBIA SU NOMBRE POR EL DE FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

▲ **CONFERENCIA INTERNACIONAL DE POBLACIÓN DE CIUDAD DE MÉXICO**

Cinco estados miembros de la Comunidad Económica Europea formalizan el Acuerdo de Schengen

El Transbordador Espacial Challenger se desintegra y provoca la muerte de sus siete tripulantes

1984

Primer nacido vivo resultante de la transferencia de un embrión de una mujer a otra

1985

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos autoriza un análisis de sangre para detectar el VIH

Sudáfrica pone fin a la prohibición de los matrimonios interraciales

1986

Corazon Aquino se convierte en la primera mujer en presidir Filipinas

Nace el primer niño de una madre subrogante no emparentada

1987

Lunes negro: se desploman los mercados bursátiles de Wall Street y de todo el mundo

POBLACIÓN MUNDIAL

5

MIL MILLONES

Se pone en marcha la Iniciativa sobre la Maternidad Sin Riesgo



incentivos económicos o de otro tipo para convencerlos de que así lo hicieran.

El Programa de Acción de la CIPD, adoptado por 179 países, pidió explícitamente que se eliminaran las metas demográficas y de control de la fecundidad de los programas nacionales de población

y planificación familiar. Si bien el Programa de Acción reconoció que la dinámica demográfica merecía ser abordada en la formulación de políticas, hizo un claro llamamiento a situar las necesidades y los derechos de las mujeres en el centro de las políticas de población y desarrollo. Los Gobiernos convinieron en que lo que

el mundo necesitaba era proporcionar a las mujeres, las parejas y las familias acceso a una gama de intervenciones de salud sexual y reproductiva, y lograr cambios sociales y económicos que permitieran empoderar a las mujeres, respetar sus derechos y ayudar al mundo a avanzar hacia la igualdad de género.



Se conmemora el primer Día Mundial de la Lucha contra el Sida el 1 de diciembre



Nelson Mandela sale de la prisión de Victor Verster

Corea del Norte, Corea del Sur, Estonia, las Islas Marshall, Letonia, Lituania y los Estados Federados de Micronesia se incorporan a las Naciones Unidas

1988

1989

1990

1991

1992

Se abre el Muro de Berlín

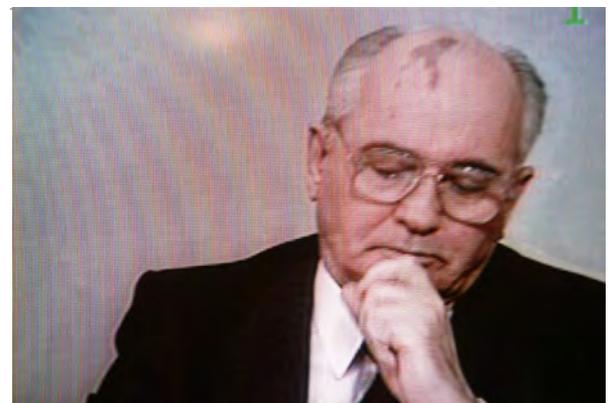
Namibia se independiza

Croacia y Eslovenia declaran su independencia de Yugoslavia; comienza la guerra de los Balcanes

Acuerdo de paz en Mozambique

Cae el Muro de Berlín

Disolución de la Unión Soviética



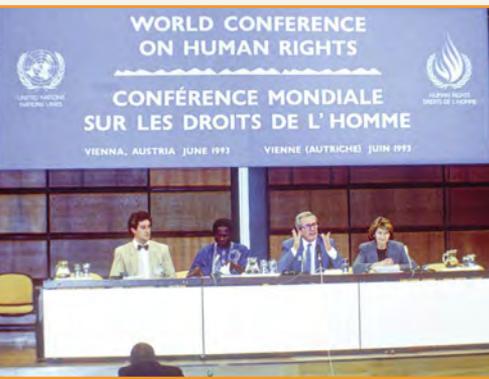
Avances y retrocesos desde 1994

El consenso de la CIPD constituyó un punto de inflexión y una victoria transformadora para el movimiento en favor de los derechos reproductivos.

Al situar los derechos y el bienestar individuales en el centro de la agenda de la salud reproductiva, se pusieron en marcha una serie

de cambios en distintos ámbitos: la investigación, a fin de explorar los factores que influyen en las decisiones y el comportamiento de las personas con relación al uso, o no, de anticonceptivos y la fecundidad; la comunicación, con el fin de informar y educar a las mujeres, los hombres y los encargados de adoptar decisiones sobre los beneficios en

materia de salud, económicos y sociales vinculados a la reducción de la fecundidad y la prevención de los embarazos no planeados; y la prestación de servicios, con miras a resaltar la importancia de proporcionar una gama completa de métodos anticonceptivos y garantizar las opciones reproductivas para todas las mujeres.



CONFERENCIA MUNDIAL DE DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS

1993

La Organización Mundial de la Salud declara que la tuberculosis constituye una emergencia mundial

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO DE EL CAIRO

1994

Genocidio de Rwanda
Nelson Mandela asume su cargo como Presidente de Sudáfrica

CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER DE LAS NACIONES UNIDAS

1995

Más de 170 países acuerdan ampliar el Tratado de No Proliferación Nuclear indefinidamente y sin condiciones

Se firma en París el Acuerdo de Dayton que pone fin a la guerra de Bosnia

El virus del Ébola se cobra 244 víctimas en el Zaire

El diplomático ghanés Kofi Annan es elegido Secretario General de las Naciones Unidas

1996

El Gobierno bosnio declara el fin del sitio de Sarajevo

Nace la oveja Dolly, el primer mamífero en ser clonado con éxito a partir de una célula adulta



La CIPD también reconoció que la salud sexual y reproductiva y el bienestar de la mujer abarcan no solo el acceso a métodos anticonceptivos y su utilización, sino también muchos otros factores, a saber: su capacidad para prevenir y gestionar las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo; su facultad para evitar o tratar infecciones de

transmisión sexual, incluido el VIH; y la atención que recibe durante el embarazo y el parto. La prevención y el tratamiento de la infertilidad y los cánceres del aparato reproductor también se definieron como parte de la salud sexual y reproductiva.

El Programa de Acción de la CIPD reconoció que los servicios existentes habían ignorado en gran medida

las necesidades en materia de salud reproductiva de los adolescentes. Si bien el consenso de la CIPD exigió medidas específicas encaminadas a abordar estas necesidades, la oposición a la prestación de servicios de educación sexual integral y salud reproductiva dirigidos a los adolescentes, y los desacuerdos sobre la cuestión de la aprobación parental,



Se legaliza el divorcio en la República de Irlanda

Cathy O'Dowd, alpinista sudafricana, se convierte en la primera mujer en coronar la cima del monte Everest desde las caras norte y sur



SE APRUEBAN LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO



THORAYA AHMED OBAID ES NOMBRADA DIRECTORA EJECUTIVA DEL UNFPA

1997

1998

1999

2000

2001

La Cámara de Representantes de los Estados Unidos presenta artículos de destitución contra el Presidente Clinton al Senado estadounidense

POBLACIÓN MUNDIAL
6 MIL MILLONES

Cumbre histórica de los líderes de la República de Corea y la República Popular Democrática de Corea

Se implanta en los Estados Unidos el primer corazón artificial autónomo del mundo a Robert Tools

Ataques del 11 de septiembre al World Trade Center en la Ciudad de Nueva York



llevaron a un lenguaje complicado en el documento y, en algunos casos, a políticas complejas sobre el terreno.

La CIPD coincidió con el punto álgido de otra crisis de salud pública y derechos: el VIH y el sida. A medida que aumentaban la preocupación y el activismo en torno a las enormes implicaciones de la crisis del VIH y el sida, algunos donantes dedicaron

más atención y fondos a abordar la pandemia y su impacto en la población, las comunidades y las naciones, mientras que los fondos asignados a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva se mantuvieron en su mayoría estancados.

Algunos observadores temían que el hincapié de la CIPD en el derecho a tomar decisiones individuales y el

empoderamiento de las mujeres no despertara el interés de los donantes y los Gobiernos y que, al alejarse del enfoque centrado en el crecimiento demográfico, la comunidad pusiera en riesgo su capacidad de movilizar recursos y compromisos políticos. A pesar de estas preocupaciones, el marco de la CIPD se mantuvo. El compromiso con el acceso universal



▲ Se disuelve la Organización de la Unidad Africana y es sustituida por la Unión Africana

El Brasil lanza su primer cohete al espacio

▲ SE APRUEBA LA INCLUSIÓN DE LA META DE LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD PÚBLICA EN LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

2002

2003

2004

2005

Se introduce oficialmente el euro en los países de la zona del euro



Se completa el Proyecto sobre el Genoma Humano, que secuencía el 99% del genoma humano con una exactitud del 99,9%



Los Jefes de Estado europeos firman el **Tratado y el Acta Final**, que establecen la primera Constitución Europea

Angela Merkel se convierte a los 51 años en la primera mujer canciller de Alemania, así como en la persona más joven en asumir el puesto

Ellen Johnson Sirleaf se convierte en la primera mujer en asumir la jefatura de un Estado africano mediante elecciones democráticas

CUMBRE PARA LA TIERRA 2002

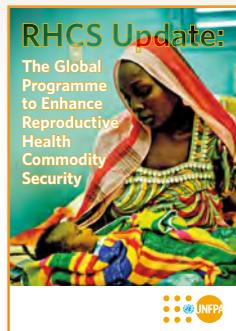


a la salud sexual y reproductiva fue ratificado en 1999 en virtud de la reunión para el examen quinquenal de la CIPD, en la que sus partidarios realizaron avances en algunos aspectos fundamentales, como la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y su acceso al aborto sin riesgo, en aquellos países donde fuera

legal, enfrentándose a una fuerte oposición.

Sin embargo, en el año 2000, cuando las Naciones Unidas adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y establecieron los objetivos y las metas mundiales para los siguientes 15 años, no tuvieron en cuenta la salud reproductiva. Quizás

como respuesta a la duración y la polémica de las negociaciones de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en 1995, y de la reunión de examen quinquenal de la CIPD, en 1999, los funcionarios a cargo de redactar los ODM optaron, en su lugar, por definir un objetivo centrado en «mejorar la salud materna».



LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS VOTA PARA ESTABLECER EL CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS

EL UNFPA PONE EN MARCHA EL PROGRAMA MUNDIAL PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL ABASTECIMIENTO DE LOS SUMINISTROS DE SALUD REPRODUCTIVA

Los cirujanos del Moorfields Eye Hospital de Londres llevan a cabo con éxito las primeras operaciones con ojos biónicos, implantados en dos pacientes ciegos



Bolivia declara el derecho de los pueblos indígenas al autogobierno

2006

Michelle Bachelet jura su cargo como primera mujer en presidir Chile

El parlamento sudafricano aprueba una ley que legaliza el matrimonio entre personas del mismo sexo

2007

LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS ADOPTA LA DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS



2008

2009

Se permite el acceso de las adolescentes de 17 años a la «píldora del día siguiente» de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos

Fue únicamente en 2005 que la comunidad de la salud sexual y reproductiva logró que se incluyera el acceso universal a la salud sexual y reproductiva como una de las metas del objetivo de salud materna.

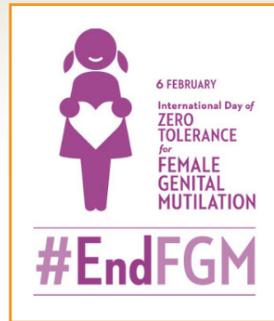
La omisión inicial de la salud sexual y reproductiva en los ODM contribuyó a percibir esta cuestión como un tema contencioso y

problemático y, por lo tanto, más fácil de ignorar, al menos en los debates y negociaciones mundiales. A pesar de que a menudo la comunidad mundial dejó de lado esta cuestión, los fondos y la visibilidad en pro de la planificación familiar continuaron, y en ocasiones aumentaron, recibiendo un fuerte impulso en julio de 2012 en el marco de una cumbre mundial sobre

planificación familiar, que movilizó importantes compromisos políticos y de nuevos donantes y revitalizó la comunidad de la planificación familiar.

Un nuevo paradigma: 2015 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

En septiembre de 2015, 193 Gobiernos adoptaron un nuevo marco mundial



EL DR. BABATUNDE OSOTIMEHIN ES NOMBRADO DIRECTOR EJECUTIVO DEL UNFPA

LA ASAMBLEA GENERAL ADOPTA LA RESOLUCIÓN PARA PREVENIR LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

LA COMISIÓN DE LA CONDICIÓN JURÍDICA Y SOCIAL DE LA MUJER HACE UN LLAMAMIENTO A LOS ESTADOS PARA PONER FIN A LA PRÁCTICA DEL MATRIMONIO INFANTIL, PRECOZ Y FORZADO

2010

La Organización Mundial de la Salud declara el fin de la pandemia de gripe H1N1

2011

POBLACIÓN MUNDIAL

7

MIL MILLONES

Comienza la guerra civil en Siria

2012

El tifón Bopha asola Filipinas

2013

Se declara que el nivel de contaminación atmosférica en Beijing es peligroso para la salud humana



con el fin de lograr la consecución de los ODM. La ampliación del alcance de la agenda y la creciente complejidad de los desafíos que deben abordarse se reflejan en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluye 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con 169 metas. Si bien el número y la proporción de personas que viven en

la pobreza disminuyeron entre 2000 y 2015, la erradicación de la pobreza sigue siendo el objetivo principal de la nueva agenda mundial.

No obstante, existen nuevos aspectos de los antiguos desafíos, así como nuevos retos, explícitamente reconocidos y abordados en los ODS, entre los cuales se incluyen: el cambio climático y la fragilidad

ambiental; un número creciente de crisis humanitarias y políticas incontrollables, con el consiguiente aumento del número de personas que viven en entornos frágiles e inestables; y un mayor énfasis en la necesidad de financiamiento interno, así como de ayuda al desarrollo, con miras al fomento de la resiliencia, la ampliación de capacidades y la



EXAMEN DE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN 20 AÑOS EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CIPI

2014

La epidemia de ébola en África Occidental infecta por lo menos a 28.616 personas y se cobra al menos 11.310 vidas

En Nigeria, 276 niñas y mujeres son secuestradas y retenidas como rehenes



SE APRUEBAN LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE, INCLUIDA UNA META QUE PERSIGUE EL ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS Y LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2015

Los líderes mundiales se reúnen en París para unas negociaciones históricas sobre el cambio climático



La Organización Mundial de la Salud anuncia un brote del virus de Zika

2016

creación de bases que faciliten un progreso económico y social sostenible.

A diferencia de los ODM, los ODS reconocen explícitamente la salud sexual y reproductiva como una cuestión fundamental para el desarrollo equitativo y el empoderamiento de las mujeres, al referirse a la salud sexual y reproductiva en el ODS 3, relativo a la salud, y nuevamente en

el ODS 5, sobre igualdad de género, el cual también hace referencia a los derechos reproductivos. Sin embargo, como ocurrió con la CIPD y los ODM, los ODS no reconocen los derechos sexuales. Las metas del ODS 3 abordaron otros elementos centrales relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluida la mortalidad materna y neonatal y el VIH, y las

metas del ODS 5 hicieron hincapié en la violencia por razón de género y las prácticas nocivas. Los ODS también exigen el logro de la cobertura sanitaria universal, concretamente mediante la garantía del acceso a servicios de salud esenciales de calidad y a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces y asequibles para todos. En general, los ODS promueven una agenda en beneficio



LA DRA. NATALIA KANEM ES NOMBRADA DIRECTORA EJECUTIVA DEL UNFPA



EL UNFPA CUMPLE 50 AÑOS



2017

Millones de personas participan en la Marcha de las Mujeres en 168 países.

Las Naciones Unidas advierten que 20 millones se personas se encuentran en riesgo de inanición y hambruna en el Yemen, Somalia, Sudán del Sur y Nigeria

2018

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se declara el papel fundamental de la salud sexual y reproductiva

2019

25.º ANIVERSARIO DE LA CIPD



ICPD25
International Conference on Population and Development

PRIMARY HEALTH CARE IS...



de todas las personas, al igual que la CIPD, al tiempo que hacen hincapié en la importancia de la equidad y atienden las necesidades de los grupos más vulnerables.

Durante los últimos 25 años, en varias reuniones de examen y procesos relacionados con la CIPD, algunas regiones del mundo han pedido el reconocimiento de los derechos sexuales. Existe una serie de definiciones actuales de los derechos sexuales, entre las que se incluyen las presentadas en el informe de 2018 de la Comisión Gutmacher-*Lancet* sobre salud y derechos sexuales y reproductivos y por la Organización Mundial de la Salud, que abarcan los derechos de las personas a expresar su sexualidad, los derechos de los adolescentes a recibir servicios de educación sexual integral y salud sexual y reproductiva, y los derechos de las mujeres y las niñas a vivir sin estar sometidas a la violencia por razón de género y la coerción. Estos derechos han sido reconocidos y respaldados por organizaciones de la sociedad civil en todo el mundo, y ratificados en diversos documentos regionales acordados y aprobados por los Gobiernos. Sin embargo, no existe ningún documento acordado a escala mundial que plasme un consenso sobre estos derechos por parte de todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas.

De 2019 en adelante

El 50° aniversario del UNFPA y el 25° aniversario de la CIPD ofrecen una oportunidad única para que la comunidad mundial se inspire en el marco de la CIPD y se comprometa plenamente a hacer realidad una

agenda visionaria en favor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y llegar a aquellas personas que han sido dejadas atrás. Esta agenda debe centrar su atención en las dinámicas demográficas, reconocer los diversos desafíos a los que se enfrentan los diferentes países en las distintas etapas de desarrollo, y fundamentar las políticas y programas en el respeto y el cumplimiento de los derechos humanos y la dignidad del individuo.

Se ha dado un gran impulso a los esfuerzos encaminados a la consecución de los ODS, incluido un compromiso renovado de «salud para todos», que reconoce explícitamente que todo ser humano tiene el derecho fundamental de disfrutar del más alto nivel posible de salud, sin distinción. El movimiento Todas las

Mujeres, Todos los Niños, lanzado por el ex Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon en 2010 y ahora dirigido por el Secretario General António Guterres, centra su atención y esfuerzos en alcanzar los ODS y la cobertura sanitaria universal en lo relativo a las mujeres, las niñas y las adolescentes, y sitúa la salud y los derechos sexuales y reproductivos como una de sus esferas prioritarias de intervención.

La defensa de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas es continua, y nuevos desafíos surgen constantemente. A lo largo de los años, el carácter y el alcance de estos obstáculos pueden haber cambiado, pero el compromiso de la comunidad internacional para superarlos sigue siendo sólido.



Millones de personas unen las manos en la India y forman una barrera de 620 kilómetros a fin de protestar contra la desigualdad, 2019.

© Babus Panachmoodu



SEIS MUJERES, SEIS DECENIOS, SEIS CAMINOS

Seis mujeres que tenían 10 años en 1969 y 35 cuando tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reflexionan sobre el matrimonio, el trabajo y la familia. ¿Tuvieron la libertad de elegir su camino y forjar su propio futuro?



© UNFPA/R. Anis

Las opciones eran limitadas

Dahab Elsayed, de 60 años, vive en un barrio marginal de El Cairo. Recuerda vagamente el entusiasmo que vivió su ciudad cuando se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Sin embargo, al estar ocupada trabajando y cuidando a su familia en ese entonces, no llegó a conocer los detalles de la Conferencia y su impacto.

Aun así, algunos de los cambios en las actitudes con relación a las mujeres y las niñas que presenció más adelante en su vida pueden atribuirse a la CIPD, que reconoció que el

«No había otras opciones aparte del matrimonio, era el único futuro al que podía aspirar».

Dahab

pleno ejercicio de los derechos de las niñas y las mujeres, especialmente sus decisiones sexuales y reproductivas, era fundamental para el desarrollo.

De niña, al crecer en una familia rural pobre de 15 miembros, las posibilidades de Dahab fueron limitadas, e incluso una educación estaba fuera de su alcance. «No había otras opciones aparte del matrimonio,

era el único futuro al que podía aspirar», dice ella.

Dahab recuerda el día en que una mujer fue a su casa y le cortó los genitales. No entendía lo que estaba sucediendo, pero recuerda el dolor, la sangre, y el polvo que le aplicaron para detener la hemorragia. Recuerda haber permanecido en cama durante 15 días para recuperarse. Sin embargo,

cuando creció y formó su propia familia, hizo que le practicaran la ablación genital a su propia hija. «[La mutilación genital femenina] era algo obligado», dijo Dahab. Sus suegros insistieron en ello. Las perspectivas de matrimonio dependían de ello. Se les practicaba a todas las chicas en aquella época.

Ahora cree que está mal seguir esta práctica, y su nieta no ha sido sometida a ella. «Ahora no es preferible hacerlo», dice Dahab, que descubrió a través de una campaña televisiva los daños que causa la mutilación genital femenina, y que esta práctica ahora es ilegal.

Dahab tuvo cuatro hijos en rápida sucesión poco después de su matrimonio. A causa de la pobreza y el deterioro de la salud de su esposo, la pareja decidió que tenían suficientes hijos.

Siempre hacía trabajos esporádicos (limpieza, lavado de ropa, cuidado de personas), así que nunca tuvo un seguro médico con el que costear los anticonceptivos. Sin embargo, puesto que los dispositivos intrauterinos estaban subvencionados en Egipto, comenzó a utilizar uno.

Su esposo, que era tapicero, murió hace 20 años. Desde entonces, le ha sido cada vez más difícil llegar a fin de mes. Tres de sus hijos tienen problemas de salud que les impiden trabajar. Para mantenerlos a ellos y a sí misma, trabaja en dos empleos durante el día y cuida a una persona mayor por la noche. Apenas vuelve a casa. Por mucho que le gustaría aprender a leer y escribir, si tuviera más tiempo, probablemente lo invertiría en ganar más dinero. Pronto recibirá una pequeña pensión del Gobierno, pero no será suficiente

para vivir, por lo que seguirá trabajando. «Las mujeres son las que trabajan y ganan el dinero para la familia», dice ella con toda naturalidad.

A medida que Dahab y otras mujeres de 60 años comparten destellos de sus vidas, sus sueños y sus luchas, se hace evidente hasta qué punto las circunstancias políticas y económicas en las que nacieron marcaron el curso de sus vidas. A pesar de que las posibilidades y opciones reales eran limitadas, la mayoría de ellas encontraron la manera de abrirse camino y forjar vidas significativas.

Las vidas y experiencias de estas mujeres resultaron ser muy distintas de lo que cada una había imaginado cuando tenía 10 años. A veces, sus aspiraciones

© UNFPA/R. Anis



fueron coartadas por los roles limitados asignados a las mujeres en ese momento. Otras veces, se vieron frustradas por los conflictos sociales. Algunas vidas dieron giros inesperados y conocieron el éxito de maneras que no podrían haber imaginado siendo niñas de 10 años.

Sin embargo, en todos estos caminos, surgen hilos comunes, muchos de ellos directamente relacionados con el mandato y la labor del UNFPA.

Vivir en un mundo de horizontes limitados

Rajeshwari Mahalingam recuerda que le gustaba ir a la escuela en el estado indio de Tamil Nadu, donde era conocida por su hermoso cabello largo y rizado y su participación en espectáculos de danza. Pero nunca nadie le preguntó sobre sus sueños o sobre qué le gustaría hacer en el futuro. Cuando se lo planteó, las opciones disponibles parecían limitarse a ama de casa, trabajadora médica o profesora.

Contrajo un matrimonio arreglado a los 25 años. Se vio obligada a esperar hasta que sus siete hermanos mayores estuvieran casados y sus padres pudieran encontrar una pareja adecuada, una que no precisara una dote exorbitante.



Después de dar a luz a dos niños por cesárea, le dijeron que los partos futuros también requerirían esta intervención, y decidió hacerse una ligadura de trompas, ya que su familia no habría podido costearla. Ya había tenido que vender algunas de sus joyas de oro para pagar el parto de su segundo hijo, una niña.

En esa época, la mayoría de sus amigos estaban fundando familias más pequeñas. Las campañas de planificación familiar tuvieron una influencia sobre ellos, dijo Rajeshwari, recordando el popular eslogan: «Una familia planificada es una familia feliz».



© UNFPA/Stormy Clicks

«Disfruté de la maternidad más que de cualquier otra cosa».

Rajeshwari

Consagró la mayor parte de su vida a cuidar a su familia, aunque alojó y cuidó a otros niños para obtener ingresos suplementarios cuando los tiempos eran difíciles. Dedicó la mayor parte de su energía y sus sueños a sus dos hijos, que ahora tienen estudios universitarios y han alcanzado el éxito. «Les conté historias y leí libros que hacían hincapié en la importancia de ser personas trabajadoras y honestas. Anhelaba verlos crecer y llegar más lejos», dice Rajeshwari.

«Disfruté de la maternidad más que de cualquier otra cosa. Una mujer es la luz de su casa», dice Rajeshwari.

«Una mujer contribuye a la familia, y así a la comunidad, el país y el mundo».

Durante su vida, Rajeshwari fue testigo de grandes cambios en las expectativas y posibilidades de las mujeres jóvenes. Antes de casarse, no se atrevía a realizar muchas actividades fuera del hogar, ya que sus padres no lo aprobaban. Sin embargo, su hermana, solo cinco años menor que ella, disfrutó de un mayor sentido de libertad personal, lo que le permitió convertirse en activista social, obtener una maestría y trabajar profesionalmente en cuestiones relacionadas con las mujeres.

© UNFPA/Stormy Clicks



De la privación a la acción política

Cuando tenía 10 años, en Uganda, Josephine Kasya admiraba a sus profesores: «Eran las personas más inteligentes que conocía, y dije que yo también sería profesora. También mi padre era profesor, y me encantaba. Decía: “Quiero ser como mi padre”».

Sin embargo, cuando Josephine tenía 12 años, Idi Amin se hizo con el poder en su país, y con ello vinieron años de inestabilidad, privaciones y violencia. Su sueño de convertirse en profesora nunca se materializó.

Después de una guerra civil que terminó en 1986, gran parte de su comunidad fue destruida o desapareció, de modo que se mudó a la tierra natal de su esposo, un trabajador social con el que había contraído matrimonio recientemente y que provenía de una zona frondosa y un tanto remota al sur del país. Aunque menos afectada por la guerra, su nueva comunidad carecía de la infraestructura social a la que estaba acostumbrada. «La vida se volvió muy distinta y difícil», decía al hablar de ese período al comienzo de su matrimonio, durante el cual crió a seis hijos, sacaba agua de una fuente a un kilómetro y medio de distancia, y cuidaba de sus vacas. «Logré vender

algo de leche y ganar un poco de dinero para comprar algunas cosas para la casa».

A pesar de todo, Josephine no se arrepiente de esas primeras penurias, porque afirma que fueron las que la impulsaron a la acción. «Es en ese entorno rural donde empecé a convencer a las mujeres para que se unieran y compartieran sus recursos». Allí también aprendió a asociarse con otras organizaciones para llevar a cabo proyectos.



© UNFPA/M. Mugisha

Sus habilidades de liderazgo eran evidentes, y fue elegida portavoz, primero a una escala más local, y más tarde, en 2001, fue nombrada presidenta de un distrito que reúne a 250.000 habitantes. A lo largo de su carrera política, ha promovido el desarrollo comunitario, la educación

«Desmitifiqué la idea de que ese puesto era únicamente para hombres y allané el camino para que otras mujeres asumieran cargos similares en otros distritos».

Josephine

© UNFPA/M. Mugisha



de las niñas y la igualdad de género, centrándose en representar la voz de las mujeres rurales. Se convirtió en la primera mujer presidenta de distrito en Uganda. «Desmitifiqué la idea de que ese puesto era únicamente para hombres y allané el camino para que otras mujeres asumieran cargos similares en otros distritos», dice con orgullo, y agrega que en su distrito otras mujeres han asumido funciones relacionadas con la toma de decisiones.

Quando la guerra socava la libertad de decidir

Say Yang soñaba con ir a una buena escuela y estudiaba mucho para cumplir su deseo de convertirse en profesora. Sin embargo, su sueño se esfumó cuando tenía 16 años: llegaron los soldados a su comunidad, disparando al aire y gritando. La separaron de su familia y la obligaron a hacer trabajos extenuantes. «La guerra lo destruyó todo», dice. «Incluso mis sueños. De hecho, no me atrevía a soñar. Durante una guerra, las personas no tienen siquiera la opción de elegir. Hacen lo que pueden para sobrevivir».

En Camboya, cuando se coartaron las libertades personales bajo el mandato del Khmer Rouge, Yang se



© UNFPA/M. Kasztelan

«Durante una guerra, las personas no tienen siquiera la opción de elegir. Hacen lo que pueden para sobrevivir».

Yang

vio obligada a casarse con un hombre cuyo nombre ni siquiera conocía en una gran ceremonia colectiva. Al decir sus nombres, cada pareja daba un paso al frente. Se tomaban de la

mano y prometían vivir como marido y mujer. Al principio, y durante varios meses, ella y su esposo eran tan tímidos que rara vez se atrevían a mirarse directamente o a hablar entre ellos.



© UNFPA/M. Kasztelan

Defender los derechos de las mujeres

Hasta que Alma Odette Chacón cumplió 14 años, llevó una vida feliz, relativamente tranquila, como la mayor de seis hermanos en una familia de la Ciudad de Guatemala. Sus padres valoraban la educación y enviaron a sus hijos a una escuela jesuita. Cuando pensaba en el futuro, Alma imaginaba que sería profesora, como su madre, o contable como su padre. Lo que sabía con seguridad era que quería ayudar a los demás.

Su vida cambió súbitamente la noche en que su madre fue al hospital para dar a luz a su séptimo hijo. Nunca volvió. Si bien todos los partos anteriores de su madre habían sido normales, esta vez algo salió mal.

El mundo de Alma se derrumbó. «Fue muy difícil», dice. «De repente, se pierde la pieza fundamental de la familia, y cada uno sigue su propio camino». Antes de la muerte de su madre, Alma siempre había sido una de las mejores estudiantes de su clase, pero ahora no podía mantener sus buenas notas. Su padre estaba ausente la mayor parte del tiempo

Cuando terminó el régimen del Khmer Rouge, Yang volvió a su ciudad natal con su esposo para vivir con su madre. Entre 1981 y 1988, dio a luz a cinco hijos, uno de los cuales murió durante la primera infancia y otro a los 13 años. Tras enterarse por medio de un vecino de que le sería posible someterse a una ligadura de trompas en el hospital de la ciudad más cercana, hizo el duro y un

tanto peligroso viaje para aprovechar la oportunidad.

Un día, Yang recibió la buena noticia de una invitación para inscribirse en una formación de docentes. «Sin embargo, simplemente no podía. Tenía un hijo que cuidar y tareas domésticas que atender día a día. Dejé que mi marido fuera en mi lugar. Teníamos que encontrar el equilibrio entre la familia y la sociedad».

y, finalmente, su madrastra la echó de casa.

Un año después de la muerte de la madre de Alma, un terremoto de magnitud 7,5 mató o hirió a 100.000 personas cerca de la Ciudad de Guatemala y desplazó a más

de 1 millón. Preocupada por la situación de los desplazados, Alma empezó a ayudar a los supervivientes.

Poco después, su escuela la patrocinó para impartir clases durante un mes en una comunidad

indígena quiché. Asegura que aquellas dos experiencias con personas marginadas y afligidas, en su mayoría mujeres indígenas, fueron esenciales para adquirir un compromiso de por vida con la justicia social.

Entre los 20 y los 30 años, temiendo ser arrestada por su participación en política, dejó Guatemala para instalarse en México, donde cursó estudios de comunicación. Allí, conoció una manera más libre de vivir y descubrió el feminismo. Para ganarse la vida tuvo distintos trabajos: limpieza, asistente de producción y secretaria de un centro de derechos humanos, entre otros.

© UNFPA/Rizzo Producciones



«Las mujeres ahora saben con toda claridad que tienen derechos y que deben tener el poder de decidir sobre sus cuerpos».

Alma

A mediados de la década de 1990, Alma viajó por América Central y ayudó a la organización de una reunión regional sobre los derechos de las mujeres. Este trabajo impulsó su participación en el movimiento de las mujeres y su comprensión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos como eje central de un desarrollo más amplio.

Actualmente vive de nuevo en Guatemala y trabaja desde hace varios decenios con Terra Viva, una organización sin fines de lucro centrada en estas cuestiones. Desde esta óptica, observa grandes cambios en las actitudes de las mujeres, especialmente en las comunidades indígenas: «Las mujeres ahora

saben con toda claridad que tienen derechos y que deben tener el poder de decidir sobre sus cuerpos».

Toda una vida ayudando a los demás

Tefta Shakaj siempre quiso estudiar en la universidad para ser doctora, pero esa opción no era posible en Albania cuando ella era adolescente. «Nos obligaban a hacer lo que nos decían», afirma. Sin embargo, después de terminar la escuela secundaria, se le presentó una oportunidad que cambió el curso de su vida: un programa de estudios de un año para ser enfermera partera.

Después de su formación, Tefta fue asignada a una aldea remota que



© UNFPA/G. Banaj

carecía de instalaciones, personal e insumos médicos. La vida allí era dura en muchos sentidos. Aun así, le encantaba cuidar a los recién nacidos y las madres y los atendía con pasión, brindando atención prenatal y durante el parto, y asistiendo a niños pequeños en una sala de pediatría. «He ayudado mucho porque muchos partos tenían lugar en domicilios particulares, no había muchos dispensarios. Estoy feliz de haber ayudado a tantas mujeres».

A principios de la década de 1990, tras la caída del régimen comunista en Albania, afirma haber vivido el caos y sufrido escasez de todo tipo.

© UNFPA/Rizzo Producciones





«Estoy feliz de haber ayudado a tantas mujeres».

Tefta

Se casó y tuvo dos hijos, pero habría tenido más si no hubiera habido tanta incertidumbre económica en ese momento. Más tarde, también, su esposo enfermó y necesitaban dinero para pagar los servicios médicos. Al no poder acceder a métodos anticonceptivos, quedó embarazada y, al igual que muchas mujeres de aquella época en Europa Oriental, abortó.

Dice que la crisis de principios de la década de 1990 trajo algo positivo: provocó un éxodo de albaneses a Italia y Grecia, lo que expuso a estas personas a nuevas ideas y formas de hacer las cosas. Afirma que, gracias a aquellos que salieron de Albania,

«empezamos a ver otro mundo y otras perspectivas. Antes de eso, solo habíamos oído que todo lo que había fuera de Albania era malo».

La vida está mejorando en Albania, dice Tefta, y está segura de que sus

propias hijas y nietos tendrán más opciones y oportunidades de las que tuvo ella. Por una parte, los anticonceptivos ahora son gratuitos y accesibles para todos. Y, por otra parte, su hija menor ha decidido ser agente de policía, una señal de

© UNFPA/G. Banaj





© UNFPA/R. Anis



© UNFPA/M. Kasztelan

que las viejas nociones de igualdad de género están cambiando.

Las vidas que vivieron

Las seis mujeres destacan por el efecto que han tenido en los demás, ya sea en sus propias familias o en una esfera más amplia. Sin embargo, cuando se observan sus vidas a lo largo de seis decenios, queda claro hasta qué punto estas mujeres, varias de ellas poderosas

agentes de cambio en sus propias familias o comunidades, también se vieron ampliamente afectadas por grandes fuerzas sociales, políticas y económicas. Transigieron en varios aspectos; sus aspiraciones se vieron frustradas.

Dahab continúa trabajando en tres empleos, pero dice haber aceptado su vida y sentirse contenta.

El amor inicial de Rajeshwari por la danza se ha transformado en la práctica de una forma rigurosa de yoga. Sus sueños no cumplidos en cuanto a la educación se están materializando a través de sus hijos.

Aunque Yang dice que sus sueños murieron con la violencia que soportó durante la guerra, sus relaciones familiares cercanas son

© UNFPA/Stormy Clicks





© UNFPA/G. Banaj

fundamentales en su vida. Además de cuidar a sus cuatro nietos y, de vez en cuando, a su anciana madre, comenzó recientemente un negocio familiar de lavandería.

Alma sigue encontrando sentido y propósito a su labor en favor del empoderamiento de las mujeres, y no prevé jubilarse pronto. «Hay más por venir», dice.

Tefta, que ha estado luchando contra el cáncer, está decidida a ver crecer a su nieta y seguir comprometida con la vida. «No permitiré que el tumor me venza», dice. «Seguiré ayudando mientras tenga fuerzas».

Y, en Uganda, Josephine tiene la intención de presentarse a las elecciones para ocupar el cargo

por quinta y última vez antes de dejar la administración pública. Aun así, no tiene previsto dejar de hacer lo que le gusta. «A medida que pasan los años, ya no soy tan fuerte como solía ser. Pero me apasiona el horneado y tengo la intención de formar a un grupo de mujeres para que aprendan a hornear y puedan vender pan».

© UNFPA/M. Mugisha

© UNFPA/Rizzo Producciones





LOS DERECHOS PELIGRAN EN ÉPOCAS DE CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO

En 1969 tuvieron lugar avances tecnológicos extraordinarios. En ese año, Neil A. Armstrong y Edwin Aldrin Jr. pisaron la luna por primera vez. También por primera vez, los médicos consiguieron sustituir el corazón de un hombre desahuciado por otro mecánico, y fue posible fecundar un óvulo humano en un tubo de ensayo (Edwards *et al.*, 1969).

Además, para 1969, los avances previos en tecnología médica, la mayor solidez de los sistemas de salud pública, la mejora de la nutrición y el saneamiento, y el compromiso mundial de acabar con el azote de la mortalidad infantil y de lactantes habían empezado a dar frutos. Las tasas de mortalidad infantil se desplomaron en todo el mundo, pasando de 215 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1950 a menos de 160 por 1.000 nacidos vivos tan solo 19 años después (Naciones Unidas, 2017).

Otros avances médicos permitieron que las personas vivieran más años. La esperanza de vida en 1969 era de aproximadamente 55 años en todo el mundo, lo que suponía un aumento con respecto a los 47 años de 1950.

La mejora de las tasas de supervivencia infantil y el aumento de la esperanza de vida transformaron la condición humana. Pero esta tendencia, junto con una tasa de fecundidad media mundial de aproximadamente cinco partos por mujer, contribuyó también a modificar la trayectoria de la población mundial.

En 1969 la población mundial crecía en torno a un 2% anual. Con ese ritmo de crecimiento, la población mundial se duplicaría en tan solo 35 años. Nunca había crecido con tanta rapidez.

De la celebración a la inquietud

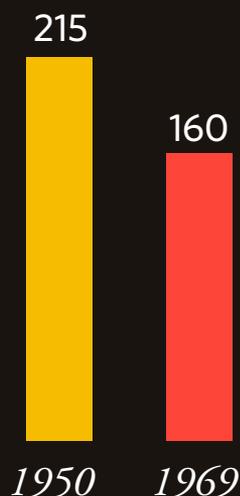
De la celebración a la inquietud. La celebración de los éxitos de la salud pública en todo el mundo pronto dejó paso a la inquietud respecto a un futuro distópico en el que un número demasiado elevado de personas competiría por unos recursos cada

vez más escasos. ¿Qué implicaciones podría tener ese crecimiento para problemas mundiales como el hambre? ¿Y para las regiones desgarradas por conflictos? ¿Cómo podrían mantenerse las iniciativas dirigidas a fomentar el crecimiento de las economías y rescatar a las personas de la pobreza cuando la población se estaba expandiendo a un ritmo tan drástico? ¿Y qué podría hacerse al respecto?

Para algunos, el crecimiento demográfico no era un reflejo del avance humano, sino una amenaza para la humanidad; un problema que requería una solución urgente.

El miedo a las consecuencias del rápido crecimiento demográfico se apoderó de la comunidad relacionada con la seguridad ya en el decenio de 1950. En los Estados Unidos, el Presidente Dwight D. Eisenhower nombró al general retirado William H. Draper para dirigir un comité encargado de idear estrategias coherentes de asistencia para el desarrollo. El comité dirigido por Draper señaló cuáles consideraba que eran los principales problemas relativos al crecimiento demográfico en diversos países en desarrollo, principalmente en relación con la producción de alimentos. Según el informe del comité de 1959, «los problemas relacionados con el crecimiento demográfico mundial serán unos de los más graves a los que deberán enfrentarse los jóvenes de la generación actual. De no invertirse la relación entre las tendencias de crecimiento demográfico y producción de alimentos vigentes en este momento, la ya ardua tarea del desarrollo económico resultará imposible en la práctica» (Draper *et al.*, 1959).

Las tasas de **mortalidad** infantil se desplomaron en todo el mundo, pasando de 215 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1950 a **menos de 160 por 1.000 nacidos vivos** tan solo 19 años después



«Los problemas relacionados con el crecimiento demográfico mundial serán unos de los más graves a los que deberán enfrentarse los jóvenes de la generación actual.»

Comité de Draper

Con el fin de abordar este reto, el comité recomendó que los Estados Unidos y otras economías avanzadas proporcionasen información y asistencia técnica a los países en desarrollo —previa solicitud de estos— «en la formulación de sus planes para hacer frente al problema del rápido crecimiento demográfico». También recomendaron que los Estados Unidos «aumentaran su asistencia a los programas locales relacionados con el bienestar materno-infantil».

Varios años después, Paul Ehrlich opinó en su obra *The Population Bomb* que «sea cual sea el problema que nos ocupe, no es posible resolverlo sin resolver antes el problema de la



© Mark Tuschman

población. Sea cual sea la causa, sin control demográfico será una causa perdida» (Ehrlich, 1968). Ehrlich fue entrevistado en numerosas ocasiones por Johnny Carson, presentador del popular programa de televisión estadounidense vespertino *The Tonight Show*. El libro fue todo un éxito de ventas y, en poco tiempo, en las salas de estar, las aulas magistrales y las sedes de los Gobiernos de todo el mundo ya se debatía sobre el concepto de «superpoblación», y las cuestiones relativas a qué debería hacerse al respecto, si es que debía hacerse algo.

Un estudio de 1972 encargado por el laboratorio de ideas internacional Club de Roma y llevado a cabo

por investigadores del Instituto de Tecnología de Massachusetts contribuyó todavía más a la inquietud respecto a las posibles implicaciones de un crecimiento demográfico rápido y continuado para la sociedad. En su estudio *The Limits to Growth*, los investigadores desarrollaron escenarios futuros basados en distintos supuestos relativos al crecimiento demográfico, la producción de alimentos, la industrialización, la contaminación y el consumo de recursos naturales no renovables (Meadows *et al.*, 1972). El modelo standard run (evolución estándar), fundamentado en la continuidad de las tendencias

históricas registradas entre 1900 y 1970, conducía a lo que denomina *overshoot and collapse* (desbordamiento y colapso), un resultado provocado por el agotamiento de los recursos, el colapso de la base industrial (y con esta los sistemas agrícolas, que se han vuelto dependientes de los insumos industriales), y el crecimiento demográfico, que en última instancia invierte su tendencia como consecuencia del incremento de las tasas de mortalidad a causa de la falta de alimentos y servicios sanitarios. Otros escenarios basados en el ajuste de las hipótesis sobre una o varias variables también llevaban finalmente

a un desbordamiento y al colapso. Solamente en uno de ellos, en el que las tasas de crecimiento de la población y del capital industrial se estabilizan y los avances tecnológicos contribuyen al control de la contaminación y a la producción de alimentos eficiente, se alcanzaba un estado de equilibrio que daba lugar a un «mundo estabilizado».

Según las conclusiones de los investigadores, «de mantenerse intactas las tendencias de crecimiento de la población mundial, industrialización, contaminación, producción de

alimentos y agotamiento de recursos actuales, los límites de crecimiento de nuestro planeta se alcanzarán en los próximos 100 años. Lo más probable que esto dé lugar a un descenso bastante repentino e incontrolable tanto de la población como de la capacidad industrial». Los métodos y resultados de este estudio suscitaron muchos debates y análisis, lo cual generó un mayor interés en el examen de las interacciones entre el crecimiento demográfico y otros sistemas humanos y naturales (Nørgård *et al.*, 2010).

De la inquietud al control

Ante el temor de que el rápido crecimiento demográfico pudiera revertir las conquistas del desarrollo, generar hambrunas o causar problemas aun más graves, las organizaciones no gubernamentales e internacionales, así como los Gobiernos individuales, comenzaron a adoptar medidas.

En muchos lugares, esto consistió en examinar las tendencias demográficas y tratar de comprender mejor sus implicaciones para otros

Mural de planificación familiar: «un segundo hijo después de tres años». India, 1988. © Raghu Rai/Magnum Photos



objetivos sociales. Otros optaron por poner en marcha programas de planificación familiar. Y en algunos lugares dio lugar a medidas para promover —o incluso obligar a— que las parejas y las personas tuvieran menos hijos o ninguno, vulnerando así en ocasiones sus derechos y su libertad de decidir.

Durante los decenios de 1970 y 1980, numerosos países adoptaron políticas de planificación familiar o de población. Con frecuencia, estas políticas incluían metas u objetivos relacionados con los resultados demográficos, una fecha objetivo para alcanzar la estabilización demográfica, por ejemplo, u objetivos relacionados con la reducción de las tasas de fecundidad o el incremento de la proporción de la población que emplea métodos anticonceptivos modernos.

No obstante, en ocasiones los objetivos demográficos tuvieron prioridad sobre los derechos y la libertad de decidir de las personas. Hubo quienes consideraron que los programas de planificación familiar voluntarios, en los que las personas tenían el poder de tomar sus propias decisiones sobre métodos anticonceptivos, no eran adecuados para reducir la fecundidad. En su influyente artículo escrito en 1967, el sociólogo estadounidense Kingsley Davis afirmó que «las condiciones que hacen que los nacimientos sean o no deseados escapan al control de la planificación familiar y, por tanto, al de cualquier nación cuya política demográfica se base exclusivamente en ella» (Davies, 1967). Tal como argumentó, para que la política demográfica lograra controlar el crecimiento demográfico en beneficio de la sociedad, sería necesario que



El programa de planificación familiar ofrece un servicio gratuito de guardería. India, 1972. © UN Photo/ILO

adoptase un nuevo rumbo —más allá de limitarse a prestar servicios de planificación familiar—.

Las recomendaciones de Davis incluyeron posponer el matrimonio, así como intervenciones para promover la limitación del número de hijos por unión conyugal. Este tipo de intervenciones tenían el potencial de vulnerar la protección y la promoción de los derechos individuales. Por ejemplo, en algunas políticas demográficas se incorporaron incentivos financieros —como pagos en efectivo, alimentos o artículos para el hogar— como

estrategia para persuadir a las parejas para que adoptasen determinados métodos de planificación familiar o limitasen la maternidad (Heil *et al.*, 2012); algunas políticas demográficas también ofrecieron vivienda y preferencias crediticias a las familias con menos hijos (Ross e Isaacs, 1988).

En algunos casos, los objetivos de reducción de la fecundidad y ralentización del crecimiento demográfico no estaban en consonancia con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD).



Una joven examina un dispositivo intrauterino en un centro de planificación familiar. África Oriental, 1973. © UN Photo/FAO

El interés por las cuestiones demográficas impulsó muchas de las innovaciones en tecnologías anticonceptivas que se produjeron en los decenios de 1950 y 1960, las cuales dieron lugar a métodos modernos como los anticonceptivos orales e inyectables y los dispositivos intrauterinos, entre otros. Pero en algunos casos, las políticas de población condicionadas por objetivos demográficos condujeron a planteamientos que limitaban la calidad de la atención y ponían en peligro la salud y los derechos de las personas.

Por ejemplo, la primera prueba a gran escala de anticonceptivos orales se llevó a cabo en Puerto Rico en 1956 con 200 mujeres que vivían en un complejo de viviendas. Se les facilitó muy poca información sobre la seguridad y los posibles efectos secundarios, ya que en aquel momento era escasa la información disponible (Liao y Dollin, 2012). Con el tiempo se han planteado otras inquietudes relativas a las prácticas de organismos, empresas privadas y Gobiernos encargados de desarrollar y evaluar tecnologías anticonceptivas —incluso respecto

a la falta de consentimiento informado, asesoramiento adecuado y seguimiento médico— (Naciones Unidas, 2014).

Ampliar la comprensión de las tendencias y reforzar la libertad de decidir de las personas

Pese a que en una serie de casos el temor al crecimiento demográfico dio lugar a políticas y programas que limitaban o incluso pisoteaban los derechos y la libertad de decidir, los cambios demográficos del siglo XX también inspiraron nuevas corrientes de estudio y discurso mundial sobre el modo en que la dinámica demográfica influye en las tendencias socioeconómicas y es influenciada por estas, y cómo estas se interrelacionan con la nueva agenda de los derechos humanos.

Se crearon nuevas instituciones para investigar las implicaciones del crecimiento demográfico y posibles respuestas políticas y programáticas. En 1952, John D. Rockefeller III convocó una reunión bajo los auspicios de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos con el propósito de investigar los aspectos relacionados con las tendencias demográficas y sus consecuencias. Poco después, estableció el Population Council para continuar con esta labor. Desde su creación, el Population Council se centró en actividades relacionadas con el fomento del conocimiento sobre las tendencias demográficas y su relación con los objetivos sociales: uno de sus primeros programas prestó apoyo a los estudiantes universitarios para una formación avanzada en demografía.

Crecimiento demográfico y económico

Tras una fundamentación inicial en los debates ideológicos, se aportarían pruebas —y no poder y apoyo político— para abordar la cuestión de cómo se relacionaban el crecimiento económico y el demográfico. Un importante artículo elaborado por Coale y Hoover (1958) demostró que en los países en los que el crecimiento demográfico era muy alto, el crecimiento económico era lento. Si bien esta correlación no demostró una causalidad, algunos la emplearon para reforzar los temores sobre el impacto negativo de las elevadas tasas de crecimiento demográfico sobre las economías.

Sin embargo, estudios posteriores desacreditaron esta idea. Por ejemplo, en 1984, poco antes de la Conferencia Internacional de Población celebrada en la Ciudad de México, un estudio encargado por la Academia de Ciencias de los Estados Unidos llegó a la conclusión de que el crecimiento demográfico era un factor neutro para el crecimiento económico. Esta conclusión se basó en la comparación de la tasa de crecimiento demográfico con la tasa de crecimiento económico (no los niveles de ambos). Aparentemente no existía ninguna relación entre ambos elementos (Consejo Nacional de Investigaciones, 1986). Esta conclusión imprecisa y otras investigaciones reforzaron la resistencia a las medidas de planificación familiar en la conferencia de 1984 y después de esta.

Desde finales de la década de 1990 ha habido un mayor reconocimiento de que los niveles agregados totales de población y su variación no ofrecen una explicación para esta relación. Lo que es esencial es la variación en la estructura de edad de las poblaciones, ya que los nacimientos son menos numerosos, más tardíos y más seguros (Bloom *et al.*, 2000 y 2007; Bloom y Canning, 2004), además de los atributos y oportunidades de la población, concretamente con respecto a la educación (Lutz *et al.*, 2008), la salud y el empleo (Joshi y Schultz, 2007). A medida que disminuye la fecundidad, la proporción de la población en edad de trabajar aumenta

en relación con la proporción de la población que es muy mayor y muy joven. Si este período coincide con una inversión importante y generalizada en el capital humano con énfasis en los jóvenes y las personas adultas, además de con oportunidades en el mercado laboral, el resultado es un impulso del crecimiento económico y la prosperidad de la población. Este efecto, al que se denomina «dividendo demográfico», no se mantiene de forma indefinida. A medida que continúa disminuyendo la mortalidad, incluso a edades más avanzadas, las personas mayores dependientes pasan a representar una proporción cada vez mayor de la población y la oportunidad de obtener un dividendo puede verse atenuada.

**Este efecto,
al que se
denomina
«dividendo
demográfico»
no se
mantiene
de forma
indefinida**

Con el aumento de la investigación sobre el dividendo demográfico, la dinámica demográfica ha recuperado su lugar en los debates sobre política económica. No obstante, esto no ha estado exento de otras salvedades y malentendidos. El fenómeno se asocia con una mayor población de jóvenes y adultos en comparación con la de niños y ancianos, y no un incremento bruto de esta población en edad de trabajar —por lo que requiere un descenso de la fecundidad a fin de reducir el tamaño de las cohortes siguientes—. También es necesario incorporar cuestiones de género. Las poblaciones activas aumentan cuando las mujeres pueden incorporarse de forma productiva al mercado laboral (lo mismo se aplica a las poblaciones marginadas y excluidas). Por otra parte, el envejecimiento no siempre se asocia con la pérdida de una ventana de oportunidad. Las personas nacen sin recursos, pero llegan a la «dependencia» de la vejez con recursos acumulados, salvo que hayan sido permanentemente pobres. Con frecuencia también se asume erróneamente que la ventana de oportunidad desaparece rápidamente cuando la dependencia alcanza su nivel mínimo, aunque seguirá siendo más favorable que en el punto de partida inicial durante más años. Este hecho refuerza la necesidad de invertir en apoyo a lo largo del tiempo, inicialmente para facilitar el dividendo y posteriormente para mantenerlo.

No obstante, los trabajos iniciales del Population Council no se limitaron a la demografía; también reflejaron la idea de que las vidas de las personas conformaban las tendencias demográficas. Los programas del Population Council en materia de investigación social y biomédica pretendían arrojar luz sobre el contexto en el que las personas tomaban decisiones sobre su vida reproductiva, e investigar las tecnologías anticonceptivas que podrían ayudar a aumentar sus opciones en lo referente a las relaciones sexuales y a la maternidad. Estas cuestiones fueron de interés fundamental para quienes trabajaban para ampliar las opciones y la libertad de decidir de las mujeres en el marco de lo que en ese momento

se conoció como el movimiento de «control de la natalidad». De hecho, la Federación Internacional de Planificación Familiar se estableció ese mismo año, bajo la presidencia conjunta de la pionera en materia de control de la natalidad Margaret Sanger, de los Estados Unidos, y Lady Rama Rau, de la India (Claeys, 2010).

El informe de 1959 del comité de Draper influyó en el hecho de que finalmente se estableciera la Oficina de Población en la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en 1969, y otros países desarrollados comenzaron a establecer programas de población en el marco de sus estrategias de ayuda externa. El aspecto clave de estos programas fue que ofrecían información y servicios de planificación familiar. Pronto los Estados Unidos y Suecia se convirtieron en destacados donantes bilaterales a los programas de planificación familiar en el conjunto de los países en desarrollo (Robinson y Ross, 2007).

Las inquietudes suscitadas por el rápido crecimiento demográfico también estuvieron presentes en la Asamblea General de las Naciones Unidas, que en 1966 aprobó la resolución 2211 (XXI), titulada Crecimiento demográfico y desarrollo económico. En esta resolución se hacía un llamamiento en el que se instaba a las Naciones Unidas a «que presten asistencia, cuando se les solicite, para el desarrollo y el fortalecimiento de los servicios nacionales y regionales de formación, investigación, información y asesoramiento en materia de población teniendo

presente el carácter diverso de los problemas demográficos de cada país y región y las necesidades a que den lugar» (Singh, 2002). El año siguiente, el Secretario General U Thant estableció un fondo fiduciario con el amplio cometido de respaldar el desarrollo de la política demográfica en los países de todo el mundo, que se convirtió en el UNFPA en 1969, con Rafael Salas como su primer Director Ejecutivo.

Junto con las instituciones homólogas de aquel momento, el UNFPA contribuyó a que se pusiese en marcha un análisis en mayor profundidad de las causas y las consecuencias de las tendencias demográficas. En asociación con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, el UNFPA lanzó la Encuesta Mundial de Fecundidad para recopilar y sintetizar datos demográficos sólidos. Dicha encuesta permitió arrojar luz por primera vez sobre aspectos importantes relacionados con las vidas de las mujeres, incluidas sus preferencias, su libertad de decidir y sus necesidades referentes a la fecundidad y la maternidad.

El Population Council, la Federación Internacional de Planificación Familiar, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y otras entidades fundaron un nuevo movimiento sobre población, que aportó un nuevo ímpetu, voluntad política y recursos al análisis de las cuestiones demográficas, lo cual dio lugar a una ampliación de los programas de planificación familiar en los países en desarrollo que contribuyeron a empoderar a las personas para poder decidir sobre su vida reproductiva.



Margaret Sanger

© Pictorial Press Ltd/Alamy Stock Photo

UN ADALID DEL CAMBIO

Rafael Salas

de población. Durante este proceso surgió un consenso internacional sobre las relaciones integrales entre población y desarrollo y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas, que culminó con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

«Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libre y responsablemente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos», afirmó ante los participantes en la Conferencia Internacional de Derechos humanos de 1968. En su momento fue una afirmación novedosa, en especial teniendo en cuenta que Salas actuaba en calidad de vicepresidente de la conferencia.

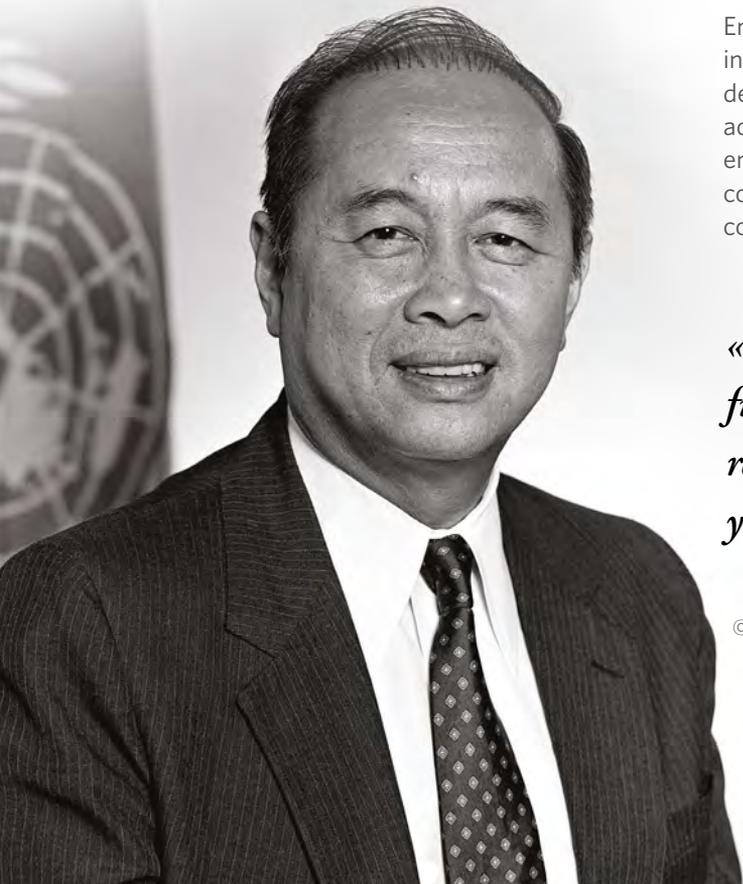
Salas fue muy conocido por su capacidad para propiciar alianzas entre personas que de lo contrario probablemente no habrían aunado esfuerzos, ayudándolas a superar posiciones ideológicas inamovibles y ponerse de acuerdo sobre cuestiones de interés común. Su atención estuvo centrada en todo momento en conseguir un bien mayor. En 1984 asumió la dirección de la Conferencia Internacional de Población celebrada en la Ciudad de México, y fue pionero en la labor de las Naciones Unidas con parlamentarios y líderes religiosos. Convenció a personas a todos los niveles de gobierno para que introdujeran nexos sobre población y pobreza en los planes de desarrollo nacionales.

Hombre con diversos talentos, en distintos momentos de su vida Salas fue profesor y poeta, Director Ejecutivo del Consejo Económico Nacional de su país natal, Filipinas, y director general de *The Manila Chronicle*. Como coordinador nacional del Programa Nacional Filipino de Suficiencia de Arroz y Maíz, inició una «revolución verde» que consiguió por primera vez que Filipinas fuera autosuficiente en producción de arroz.

En 1987, su mandato de Director Ejecutivo del UNFPA se vio interrumpido por su prematuro fallecimiento, y amigos y colegas de todas las partes del mundo se reunieron para darle su último adiós. Al tiempo que elogiaban sus numerosos logros, coincidieron en que se había ido un gran hombre que siempre se había comportado como un humilde servidor público. Sería recordado con gran aprecio por su humanidad y sus años de servicio.

«Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libre y responsablemente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos».

© UN Photo/Milton Grant



No obstante, el debate sobre si el crecimiento demográfico constituía un problema en sí mismo —y de ser así, si los programas de planificación familiar eran una solución adecuada o suficiente— causó tensiones cada vez mayores en el seno del movimiento.

Esta tensión salió a relucir durante la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest en 1974. Para entonces, los países desarrollados ya habían prestado apoyo a las medidas de planificación familiar en los países en desarrollo y

ayudado a los Gobiernos a establecer políticas demográficas.

No obstante, este apoyo no fue acogido de buen grado por todos los países en desarrollo; de hecho, algunos no consideraban que el crecimiento demográfico supusiera un problema en sus países, y mostraron su frustración por el hecho de que, según su punto de vista, los países desarrollados estuviesen excesivamente distraídos por esta cuestión. Para aquellos cuyos puntos de vista estaban influenciados por la teoría

marxista laboral del valor, una mayor población implicaba más trabajadores y, por consiguiente, la generación de más riqueza —y todo intento de poner freno a ese crecimiento era acogido con recelo y resistencia—. Otros creían que un mayor número de trabajadores mejoraría las condiciones únicamente si el mercado generaba suficiente empleo. Debido a que las tasas de crecimiento demográfico con frecuencia superaban las tasas de crecimiento económico, esta brecha generaría subempleo y desempleo,

UNA ADALID DEL CAMBIO

Judith Bruce

Cuando todavía era una adolescente observadora, Judith Bruce se dio cuenta de que, a menos de que se cuestionase enérgicamente, el proceso habitual de «hacerse mujer» no solo implicaba cambios físicos, sino también la pérdida de libertades. Las decisiones de las jóvenes con relación a la sexualidad y la fecundidad se veían restringidas no solo por una atención sanitaria falta de sensibilidad, sino con la misma contundencia por la falta de una «voz» independiente y de ingresos.

Pese a que su generación acogió de buen grado los anticonceptivos modernos, Bruce cuestionó la importante dependencia de las soluciones técnicas. Cuando tenía poco más de 20 años, se unió a una acción colectiva en apoyo al derecho de las mujeres a decidir y estudió cómo la adolescencia marcaba la capacidad de las jóvenes para llevar una vida digna conforme a sus decisiones.

Su trayectoria intelectual siguió la de su experiencia vital, ya que prácticamente de forma simultánea publicó sobre el poder de negociación socioeconómico de las mujeres en los hogares

y sobre la atención centrada en el usuario. Su marco de «calidad de la atención» fundamentó un cambio mundial en los programas de planificación familiar, que pasaron de centrarse en los objetivos numéricos como métrica del éxito a promover el uso sostenible y seguro mediante la respuesta a las prioridades de las niñas y las mujeres. Este marco se componía de seis elementos: garantizar que los usuarios pueden elegir entre una variedad de métodos anticonceptivos distintos que se adaptan a sus necesidades; intercambiar información con los usuarios para asegurarse de que tomen decisiones informadas; competencia técnica de los proveedores; relaciones interpersonales respetuosas y de apoyo; mecanismos de seguimiento y continuidad para abordar las tasas de interrupción; y una serie de servicios adecuados para garantizar que los usuarios reciban la oferta de servicios necesaria para atender sus necesidades de salud y adaptarse a su contexto social general.

Este marco sirvió de base para la reorientación de diversos programas de planificación familiar en todo el mundo. Bruce fue una de las artífices de que en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 se reconociese que los servicios de salud reproductiva centrados en los usuarios y las estrategias de empoderamiento de las mujeres eran objetivos de igual importancia y no contrapuestos.

con las consiguientes tensiones sociales.

«¿Es la superpoblación la causa del desempleo y la pobreza existentes en la actualidad en muchos países del mundo? No, en absoluto. Se debe sobre todo a la agresión, el saqueo y la explotación de los imperialistas, en especial las superpotencias» afirmó Huang Shu-tse, jefe de la delegación china en Bucarest (Potts *et al.*, 2018). Karan Singh, Ministro de Salud y Planificación Familiar de la India, argumentó que las elevadas tasas de

fecundidad se debían principalmente a las condiciones socioeconómicas generales y que, por consiguiente, la prioridad debía ser aumentar la asistencia para el desarrollo y no la planificación familiar. En sus palabras, «el desarrollo es el mejor anticonceptivo» (Potts, 1992).

Estas conversaciones contribuyeron a una ambivalencia general respecto a la eficacia de los incipientes programas de planificación familiar y la relación entre el crecimiento demográfico y el crecimiento económico en general.

De hecho, fueron muchas las voces que plantearon dudas sobre los factores que contribuyen al descenso de la fecundidad y aceleran la transición demográfica en los países en desarrollo.

En 1974, John D. Rockefeller III manifestó en Bucarest su «decepción con los resultados del planteamiento de la planificación familiar» e instó a hacer una nueva evaluación que no se limitase únicamente a prestar servicios de planificación familiar. «Creo que si queremos avanzar verdaderamente en el desarrollo

En la actualidad demanda que se empleen los Objetivos de Desarrollo Sostenible para impulsar la inversión en puntos críticos donde se solapan matrimonio infantil, coerción sexual, necesidades insatisfechas, escasez de recursos y pobreza intergeneracional. «Las niñas que corren el mayor riesgo de sufrir los peores resultados son las que tienen más probabilidades de convertirse en madres solteras y ser el único sostén de la familia», afirma. Posteriormente se ven sometidas a una marginación incluso mayor porque sus responsabilidades familiares les impiden aprovechar oportunidades de aprendizaje, empleo y participación en sus comunidades. Entretanto, los varones de su edad pueden beneficiarse de las nuevas economías impulsadas por la tecnología.

«Si no invertimos drásticamente en las niñas de entre 10 y 14 años, los países no podrán obtener un dividendo demográfico», sentencia. Afirma que no realizar estas inversiones equivale a programar la pobreza. Según sus predicciones, «el aumento de la presión sobre las jóvenes para que comercien con su sexualidad y su fecundidad a fin de sobrevivir ante las crisis cada vez más frecuentes relativas a las emergencias climáticas, el conflicto, los desplazamientos, la escasez y el estrés cada vez será mayor».

Bruce demanda que se invierta esta pobreza programada y la mala

salud reproductiva que la acompaña por medio de la aplicación de planes específicos por edad, género y lugar para las personas más expuesta a quedarse atrás. El punto de partida para el cambio: los 50 millones de niñas de 10 años que viven en la actualidad en los países más pobres del mundo.

© Nadia Todres



económico y social, si queremos acercarnos al logro de los objetivos de población, las mujeres deberán tener cada vez más libertad de decidir para determinar su papel en la sociedad» (Rockefeller, 1978).

Mobilización contra las políticas demográficas con enfoques limitados

Mientras las políticas demográficas nacionales continuaban con su expansión durante la década de 1980, siguió aumentando el temor y la desconfianza hacia quienes promovían los objetivos demográficos. Un movimiento internacional cada vez mayor en pro de la salud de la mujer comenzó a promover programas que no solo garantizaban el acceso a la planificación familiar, sino un planteamiento más integral de la salud reproductiva de las mujeres, incluida la atención a cuestiones relativas a la sexualidad y las relaciones de género.

Pese a su diversidad en muchos aspectos, el movimiento por la salud de las mujeres estaba unido por un mensaje fundamental: el diseño, la aplicación y la evaluación de los programas de salud para mujeres deben estar enfocados a la salud y los derechos reproductivos, y no los objetivos demográficos. Diversos grupos de mujeres de todo el mundo incrementaron su demanda de políticas y programas que trataran a las mujeres como personas, con sus propias necesidades y derechos, y no como meros objetos para lograr objetivos para el conjunto de la sociedad.

Cada vez fueron más las voces que demandaron nuevas investigaciones y datos sobre las necesidades y las preferencias de las mujeres

con respecto a la fecundidad y la planificación familiar, y muchas argumentaron que estas necesidades y preferencias, y no los objetivos demográficos, deberían constituir la principal orientación para las políticas demográficas y los programas de planificación familiar. De hecho, una influyente investigación llevada a cabo por Sinding *et al.* (1994) demostró que, en la mayoría de los países analizados, la demanda existente de planificación familiar superaba los objetivos nacionales de tasas de uso de anticonceptivos establecidas por los Gobiernos; por lo tanto, según estos autores, las políticas demográficas con objetivos de población deberían sustituirse por objetivos basados en los deseos manifestados por las personas a las que prestan servicio.

Un enfoque transversal: la preparación para la CIPD

Las metas tanto individuales como colectivas pueden reconciliarse en el marco del amplio espectro de la política demográfica: este mensaje se convirtió en el llamamiento a la acción mundial durante los preparativos de la CIPD celebrada en El Cairo en 1994.

Como institución organizadora fundamental junto con la División de Población de las Naciones Unidas, el UNFPA trató de construir puentes en el seno de un movimiento que se había ido dividiendo cada vez más. Las instituciones trataron de basarse en los fundamentos iniciales del movimiento mundial de población, reconociendo que es fundamental comprender las tendencias demográficas para

conseguir resultados de desarrollo duraderos, al tiempo que se toma conciencia del papel esencial de las vidas de las mujeres, y se promueven sus derechos y su libertad de decidir como principio básico de las políticas de población.

Bajo el liderazgo de la Directora Ejecutiva del UNFPA, la Dra. Nafis Sadik, la Secretaría de la CIPD condujo un proceso que dio lugar a un Programa de Acción basado en un consenso que transformó drásticamente las opiniones sobre la forma en que debían desarrollarse y aplicarse las políticas demográficas en el futuro.

Los preparativos para la conferencia de El Cairo fueron largos y minuciosos. La primera reunión preparatoria tuvo lugar en 1991 y en ella, por primera vez, el «desarrollo» pasó a formar parte del título de una conferencia internacional sobre población, y los Estados revisaron, debatieron y aceptaron un borrador de programa de acción en posteriores reuniones del «comité preparatorio».

Además de las reuniones preparatorias, la Secretaría de la CIPD organizó reuniones de grupos de expertos para abordar temas espinosos como el crecimiento demográfico, la migración, la planificación familiar y la salud, y la población y el medio ambiente. Organizaron cinco reuniones regionales para garantizar una participación y un apoyo lo más amplio posible desde el punto de vista geográfico; y, lo que es fundamental, organizaron numerosas reuniones de organizaciones no gubernamentales tanto formales como informales, lo que permitió que hubiera una participación diversa

UNA ADALID DEL CAMBIO

Nafis Sadik

Y lo hizo, al conseguir que las personas se unieran en 1994 en torno a un concepto totalmente nuevo de la población y el desarrollo.

Cuestionó las convenciones desde el principio. Obtuvo un título de medicina obstétrica, prestó servicios a mujeres y hombres pobres de las zonas rurales y contribuyó a la formulación de la primera política nacional de población del Pakistán.

Cuando se incorporó al UNFPA y fue prosperando en el seno de la organización hasta convertirse en su segunda Directora Ejecutiva en 1987, se convirtió en la primera mujer en dirigir uno de los principales programas de financiación voluntaria de las Naciones Unidas. Pronto se convirtió en una ferviente defensora de otorgar a las mujeres las herramientas necesarias —desde información hasta métodos anticonceptivos— para gestionar sus vidas reproductivas. En sus viajes por todo el mundo, escuchó las historias de las mujeres y las transformó en una cruzada sin tregua para hacer valer sus derechos a la salud y a vivir sin sufrir violencia.

A principios de la década de 1990, el Secretario General de las Naciones Unidas escogió a Sadik para que se encargase de dirigir los preparativos para la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Esta se convirtió en la mayor reunión de Gobiernos de la historia sobre esta materia, y revolucionó el planteamiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Bajo la persuasiva influencia de Sadik, los grupos de la sociedad civil ocuparon funciones destacadas en todas las fases del proceso y se estableció una nueva norma de implicación de los activistas en los debates políticos internacionales.

«El ser humano está en la médula del proceso, en su carácter de agente y beneficiario».

Al comienzo de la conferencia, Sadik se puso en pie ante los delegados y con su franqueza habitual afirmó: «Es inaceptable toda forma de coacción en las políticas y programas de población. Las mujeres y los hombres tienen derecho a decidir el número de sus hijos y el espaciamiento de los nacimientos, y a disponer de la información y de los medios para ello».

«El ser humano está en la médula del proceso, en su carácter de agente y beneficiario», declaró. «Está a nuestro alcance aligerar su carga, eliminar los obstáculos en su camino y posibilitar el pleno desarrollo de su potencial como seres humanos».

© ZUMA Press, Inc./Alamy Stock Photo





© Mark Tuschman

y sólida de una gran variedad de ámbitos de interés.

Las numerosas consultas y reuniones múltiples, lo mismo que el compromiso y los esfuerzos de promoción estratégicos entre las partes interesadas rindieron sus frutos. En el Programa de Acción definitivo, los Gobiernos estuvieron de acuerdo, por primera vez, en que las políticas demográficas deberían incluir una gran variedad de consideraciones en materia de desarrollo social. Llegaron al consenso de que los servicios de planificación familiar debían suministrarse en el contexto de la atención de la salud reproductiva global, e incorporar medidas destinadas a garantizar

una maternidad saludable y segura, prevenir las infecciones de transmisión sexual y abordar las inquietudes en materia de salud reproductiva y sexual asociadas, incluida la violencia por razón de género y otras prácticas nocivas. El empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género se erigieron como elementos fundamentales de las políticas de población y de desarrollo.

Tras este interés existía una idea común de que mejorar la salud y los derechos individuales contribuiría a reducir la fecundidad y ralentizar el crecimiento demográfico. Al situar las causas y los efectos del rápido crecimiento demográfico en el contexto del desarrollo humano y el avance social, tanto los Gobiernos

como la sociedad civil de diversos puntos de vista políticos, culturales y académicos podrían unirse en apoyo a las recomendaciones (Ashford, 2001).

A diferencia de los documentos finales de las anteriores conferencias internacionales de población, el Programa de Acción mostró apertura y sensibilidad al abordar cuestiones relativas a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de género. Resaltó los vínculos fundamentales entre la salud y los derechos sexuales y reproductivos y prácticamente todos los restantes aspectos de la población y el desarrollo: urbanización, migración, envejecimiento, modificación de las estructuras familiares y derechos de los jóvenes. A modo

de comparación, ni el Plan de Acción Mundial sobre Población resultante de la conferencia de Bucarest de 1974 ni las recomendaciones de la conferencia celebrada en la Ciudad de México en 1984 incluían los términos «sexual» o «sexualidad» (Naciones Unidas, 1995).

Avanzar sobre la base de las lecciones extraídas

Los resultados del consenso alcanzado en la CIPD fueron profundos y duraderos. Desaparecieron los objetivos demográficos descendentes del pasado; la idea actual de la «política demográfica» refleja un consenso general según el cual la educación, el empoderamiento y la igualdad de las mujeres son primordiales. Se asume plenamente la importancia de prestar servicios de planificación familiar en el contexto de una atención de la salud sexual y reproductiva integral.

Dicho esto, muchos todavía llaman la atención sobre las formas en las que las tendencias demográficas pueden obstaculizar la obtención de los resultados de desarrollo. Por ejemplo, las tasas de crecimiento demográfico siguen siendo altas en muchas regiones que están sumidas en la pobreza y el conflicto, o que son vulnerables al cambio climático o a los desastres naturales. Al otro extremo del espectro, la persistencia de las bajas tasas de fecundidad y el envejecimiento de la población han suscitado preocupación sobre la salud económica y la capacidad de la sociedad para ofrecer redes de seguridad social adecuadas.

No cabe duda de que la dinámica demográfica conforma las condiciones sociales y es moldeada por estas. Las relaciones son complejas, multivariantes y pluridireccionales. Las lecciones extraídas del pasado

han demostrado las escasas posibilidades de éxito de los esfuerzos descendentes promovidos por el Estado para diseñar o modificar las tendencias demográficas: constituyen instrumentos demasiado contundentes para lograr los resultados previstos, imponen limitaciones excesivas a la libertad de decidir de las personas y acarrear el riesgo de violar de manera flagrante los derechos humanos.

Pero es necesario comprender mejor las tendencias demográficas y su relación con los objetivos de desarrollo. La comunidad internacional tiene la responsabilidad de recopilar y comunicar datos que arrojen luz sobre estas relaciones, al tiempo que debe destacar la primacía de los derechos y la libertad de decidir en todos los aspectos de la vida, pero en especial a la hora de acceder a los servicios y la información de salud sexual y reproductiva.

PUNTOS DESTACADOS DEL CAPÍTULO

- Las Naciones Unidas establecieron el UNFPA en 1969, en un momento de rápido crecimiento demográfico, con el propósito de ayudar a los países a analizar las tendencias demográficas y su relación con el desarrollo económico y social.
- En el decenio de 1970, Gobiernos, organizaciones no gubernamentales e instituciones de desarrollo proporcionaron una cantidad cada vez mayor de anticonceptivos fiables y modernos con el propósito de empoderar a las mujeres para que pudieran gestionar su propia fecundidad.
- Lograr los objetivos demográficos era el principal objetivo de algunos de los primeros programas de planificación familiar, en ocasiones comprometiendo la calidad de los servicios de salud reproductiva.
- Para 1994, año en el que tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), había surgido un nuevo consenso global respecto al derecho de las mujeres de decidir por sí mismas si desean quedar embarazadas, cuándo y con qué frecuencia. El Programa de Acción de la CIPD demostró que los derechos reproductivos y el desarrollo sostenible se refuerzan entre sí.
- El logro de los derechos y la libertad de decidir de todas las personas dependerá de una asociación continua entre la sociedad civil, los Gobiernos, el mundo académico y las instituciones internacionales.
- El éxito de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas depende en parte de que se logre el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.



DISPONIBLES PERO INACCESIBLES

El crecimiento de los programas nacionales de población y la financiación que los donantes les destinan aumentó exponencialmente la disponibilidad de anticonceptivos en los países en desarrollo a partir de la década de 1970.

La Federación Internacional de Planificación Familiar también estaba dando voz a las mujeres de todo el mundo que exigían información y servicios que les permitieran ejercer el control de su fecundidad. Uno de los principales objetivos de la Federación era ampliar las opciones para evitar el embarazo. En la década de 1950, los métodos anticonceptivos más comunes estaban controlados en gran medida por los hombres: el preservativo masculino, interrupción del coito y la abstinencia periódica. Margaret Sanger, una de las fundadoras de la Federación, estaba particularmente interesada en el desarrollo de una píldora, tan fácil de tomar como la aspirina, que permitiera a las mujeres

evitar el embarazo. In 1953, presentó a la filántropa feminista estadounidense Katharine Dexter McCormick al Dr. Gregory Pincus. McCormick financió la investigación de Pincus sobre un anticonceptivo hormonal oral, y en 1960 «la píldora» ya estaba en el mercado.

En 1970, el Population Council estableció el Comité Internacional de Investigaciones sobre Anticonceptivos, a fin de ampliar aún más la disponibilidad de métodos anticonceptivos, incluidos los de acción prolongada, como implantes e inyectables.

En 1976, más de 100 Gobiernos ya proporcionaban información y servicios anticonceptivos, ya sea

directamente en las clínicas públicas o a través de organizaciones no gubernamentales. El número de países que proporcionaban acceso a métodos anticonceptivos modernos ascendía a casi 140 en 1986, y a 160 en 1996 (Naciones Unidas, 2013). En 2015, el porcentaje de Gobiernos que no proporcionaban apoyo para la planificación familiar era solo del 6%: no obstante, estos Gobiernos permitían que el sector privado suministrara servicios de planificación familiar sin ofrecerles apoyo material o financiero (Naciones Unidas, 2017a).

A medida que el apoyo gubernamental a la planificación familiar y el número de opciones aumentaba, también lo hacía el

número de personas que empleaban métodos anticonceptivos. A escala mundial, la proporción de mujeres casadas o en unión libre que afirmaban usar un método anticonceptivo casi se duplicó entre 1970 y 2015, ya que pasó del 36% al 64% (Naciones Unidas, 2015).

Durante el último medio siglo, los Gobiernos y la comunidad internacional de donantes ampliaron la disponibilidad de los diversos métodos para la población de todo el mundo, lo que dio lugar a la amplia variedad de métodos que se evidencia en la actualidad.

Más que planificación familiar

Mientras las iniciativas para ampliar los programas de planificación familiar se implantaban en todo el mundo, los problemas de las mujeres estaban pasando a primer plano. En 1975, por ejemplo, las Naciones Unidas inauguraron el Decenio para la Mujer, y la celebración de múltiples conferencias internacionales y reuniones regionales permitió que mujeres en todo el mundo se reunieran, compartieran información y promovieran el cambio. Cada vez eran más las mujeres que exigían ejercer su albedrío en su vida reproductiva, y este derecho, afirmaban, trascendía la mera disponibilidad de planificación familiar. Por ejemplo, en respuesta a las nuevas y aleccionadoras pruebas de que cientos de miles de mujeres mueren durante el embarazo o el parto cada año, el movimiento en favor de la salud de la mujer promovió la Iniciativa sobre la Maternidad Sin Riesgo, de ámbito mundial. Creada en 1987, la Iniciativa se proponía reducir la mortalidad materna en un 50% para el año 2000 mediante el fortalecimiento de la

atención comunitaria de la salud y el establecimiento de sistemas de alarma y de transporte que permitieran a las mujeres embarazadas en riesgo llegar a los servicios vitales de salud materna.

Mientras tanto, las organizaciones de la sociedad civil reclamaban la sustitución de los programas de planificación familiar estrechamente centrados en el suministro de anticonceptivos por un enfoque más amplio de la salud reproductiva. Alegaban que la disponibilidad de la planificación familiar solo representa una parte de las necesidades —que, para poder ejercer sus derechos y su libertad de decidir, todas las personas necesitan y merecen un conjunto completo de información y servicios relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva—.

Tan cerca y, sin embargo, tan lejos

En 1994, el Programa de Acción resultante de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo no solo reconoció que la planificación familiar, la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos estaban entrelazados, sino que también pidió a los Estados que proporcionaran *acceso* a la atención prenatal; al parto sin riesgo y la atención posnatal; al tratamiento de la infertilidad; al aborto seguro (cuando sea legal) y la gestión de las consecuencias del aborto en condiciones de riesgo; al tratamiento de las infecciones del aparato reproductivo y las infecciones de transmisión sexual; y a información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y paternidad y maternidad responsables.

El Programa de Acción también afirmó que la remisión a estos servicios,

así como a los de atención del cáncer de mama y los cánceres del sistema reproductivo, debe estar siempre disponible; y que las medidas dirigidas a desalentar las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina, deben formar parte integral de la atención primaria de la salud (Naciones Unidas, 2014a).

El término «acceso» hacía hincapié en el hecho de que la *disponibilidad* de servicios de salud reproductiva no es suficiente para que todos puedan disfrutar de sus derechos reproductivos. Los derechos son universales, lo que significa que se aplican a todas las personas. Por ejemplo, si una mujer no puede acceder a un servicio de planificación familiar, incluso si está disponible, se le niega el derecho a planificar su familia. Por tanto, para que los derechos puedan ejercerse, deben eliminarse los obstáculos sociales, económicos y de otros tipos que impiden el acceso.

Una de las definiciones más sencillas y básicas de «acceso» es la proximidad geográfica a los puntos de prestación de servicios. Las grandes distancias pueden dificultarlo, ya sea porque las opciones de transporte asequibles son limitadas o porque el precio que deben pagar las mujeres pobres es demasiado alto, ya que deben abandonar su hogar o su medio de vida. Pero la distancia constituye solo una parte del problema. A veces, los servicios se encuentran literalmente a la vuelta de la esquina, pero aun así son inaccesibles.

Por ejemplo, puede que exista una clínica de planificación familiar cercana, pero el prestador de los servicios, debido a sus prejuicios, tal vez se niegue a dispensar anticonceptivos



© Patrick Zachmann/Magnum Photos

a una persona joven o una mujer soltera. Es posible que esa misma clínica también ofrezca solo uno o dos métodos anticonceptivos modernos, pero no el preferido por algunas mujeres. Además, puede ocurrir que el suministro de anticonceptivos no sea fiable. También puede que existan leyes que bloqueen el acceso de ciertos grupos a los servicios, o que los maridos prohíban a sus mujeres que usen cualquier tipo de método anticonceptivo.

Con el tiempo, los investigadores y profesionales han contribuido a

articular definiciones de «acceso» multidimensionales, al reconocer que el acceso se ve afectado por factores relacionados con los individuos, la comunidad, los prestadores de servicios y los puntos de prestación de servicios. Las definiciones mejoradas de «acceso» reconocen los numerosos obstáculos que impiden que las personas obtengan información y servicios en favor de la salud, el bienestar y el ejercicio de sus derechos y su libertad de decidir en su vida sexual y reproductiva.

Superar los obstáculos que impiden el acceso

En el último medio siglo se han logrado grandes avances en todo el mundo en lo relativo a la ampliación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y la información suministrada a las personas. No obstante, este progreso ha sido desigual y aún persisten las desigualdades, tanto en cada país como entre ellos, no solo por lo que respecta a las preocupaciones tradicionales relativas a la planificación familiar

y la salud materna, sino en materia de información y servicios que faciliten la vigencia de todos los aspectos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Están en juego numerosas fuerzas sociales, institucionales, políticas, geográficas y económicas. Las desigualdades en materia de salud sexual y reproductiva se ven profundamente afectadas por la desigualdad de ingresos, la calidad y el alcance de los sistemas de salud, las leyes y políticas, las normas sociales y culturales, y la exposición de las personas a la educación sexual.

Desigualdad de ingresos

Actualmente, en la mayoría de los países en desarrollo el acceso más bajo a los servicios básicos de salud sexual y reproductiva se registra, por lo general, en el 20% de los hogares más pobres, y el más alto, en el 20% de los más ricos (UNFPA, 2017).

La relación entre la pobreza y la falta de acceso es compleja; si bien los costos financieros de los servicios e insumos de salud en algunos casos pueden obstaculizar el acceso, los ingresos están vinculados a numerosas fuerzas sociales, institucionales, políticas, geográficas y económicas que también pueden influir en las posibilidades de acceso de una persona.

Las mujeres de los hogares más pobres pueden encontrarse en situaciones en las que existe poco o ningún acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Esto se traduce en embarazos no planeados, un mayor riesgo de enfermedad o muerte a causa de complicaciones asociadas al embarazo o el parto, y la falta de asistencia por personal médico, de enfermería o parteras durante el parto y la necesidad consiguiente de dar a luz por sí solas.

La mala salud sexual y reproductiva de estas mujeres puede afectar a sus

oportunidades, reducir su potencial y consolidar su posición en el peldaño más bajo de la escala económica. Los indicadores reflejan un panorama de grandes diferencias en el acceso a numerosos servicios de salud sexual y reproductiva esenciales en función del quintil de riqueza (UNFPA, 2017). Por ejemplo, en la mayoría de los países en desarrollo, la proporción de la demanda de planificación familiar que se satisface mediante métodos anticonceptivos modernos, el acceso a la atención prenatal adecuada y la probabilidad de dar a luz con asistencia son mucho menores en los hogares pobres que en los más ricos (gráficos 4.1, 4.2, 4.3).

En los últimos 50 años, se han dado grandes pasos para llegar a cada vez más grupos de población con información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva. El gráfico 4.4 muestra que en muchos países se han logrado notables

© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures



GRÁFICO 4.1

Porcentaje de necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos anticonceptivos modernos, por nivel de desarrollo, lugar de residencia y quintil de riqueza (año más reciente disponible)

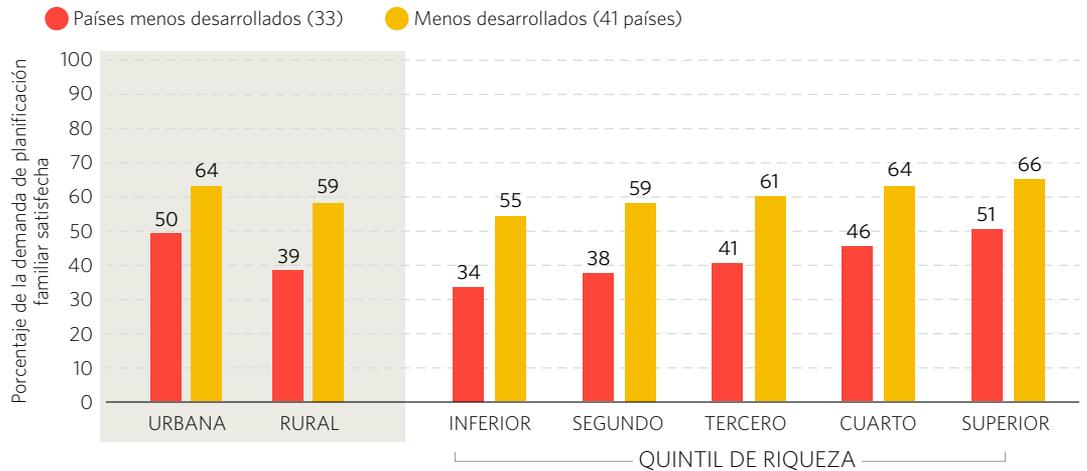


GRÁFICO 4.2

Porcentaje de mujeres que asisten a cuatro o más consultas prenatales, por nivel de desarrollo y quintil de riqueza (año más reciente disponible)

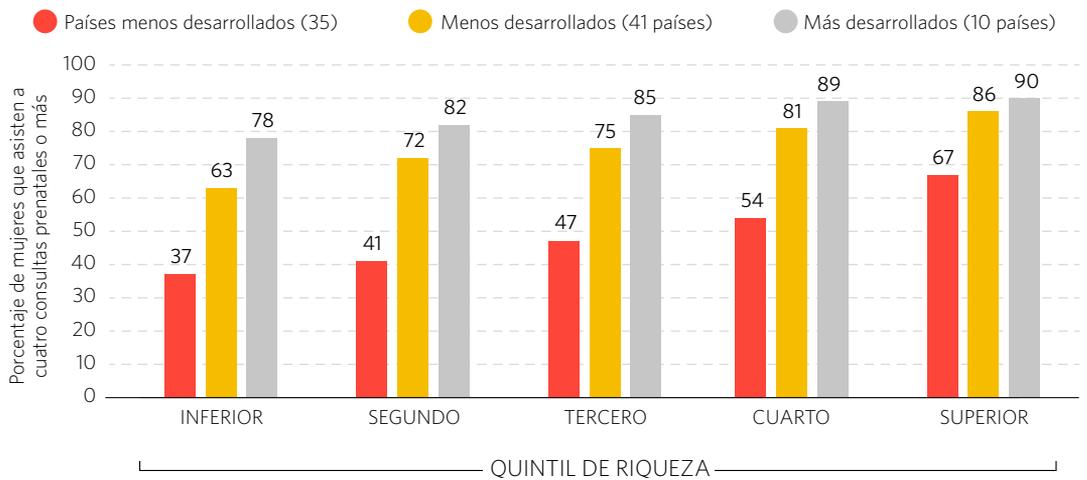
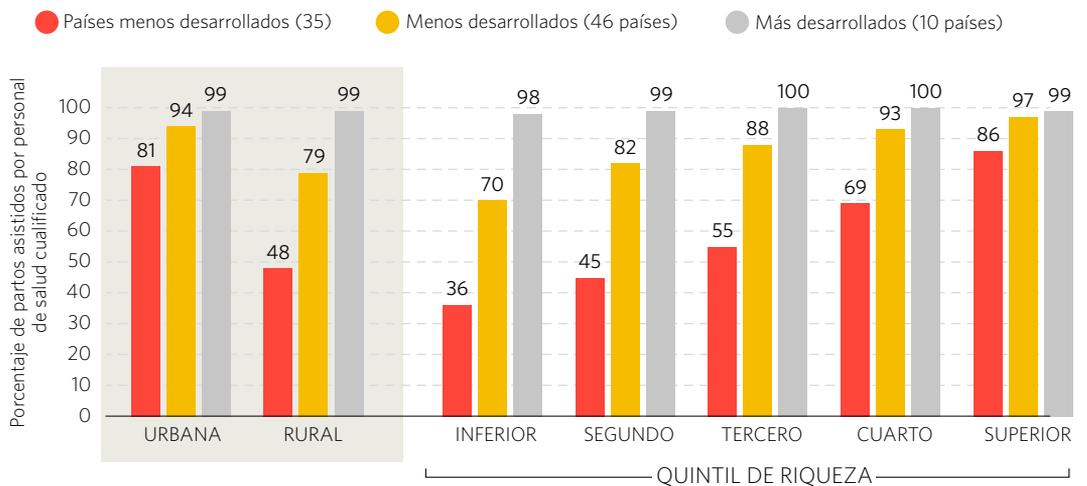


GRÁFICO 4.3

Porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado, por nivel de desarrollo, lugar de residencia y quintil de riqueza (año más reciente disponible)



progresos en la ampliación del acceso a los servicios, lo que ha reducido drásticamente la mortalidad materna: a escala mundial, la razón de mortalidad materna registró una disminución de casi el 44%, y los avances se produjeron en todas las regiones (Alkema *et al.*, 2016).

No obstante, en muchos otros lugares las poblaciones más pobres todavía no comparten por igual este progreso. La gran mayoría de las muertes maternas, por ejemplo, se producen en entornos de bajos recursos, y las mujeres pobres con acceso limitado a la atención prenatal, la atención cualificada en el parto y la atención obstétrica de emergencia son más propensas a sufrir efectos debilitantes de la salud y lesiones relacionadas con el embarazo, como la fístula obstétrica. Es necesario tomar más medidas dirigidas a proporcionar información e impulsar servicios diseñados para dar prioridad a las personas pobres y las poblaciones de difícil acceso.

Los ejemplos de dichas iniciativas resultan esperanzadores. En Bangladesh, Bhután, Camboya y Tailandia, por ejemplo, las tasas de uso de anticonceptivos son más altas entre el 20% más pobre de la población que entre el 20% más rico. En estos países y algunos otros, los esfuerzos dirigidos a ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar a aquellos a los que resulta más difícil llegar han dado lugar a un acceso prácticamente universal a los métodos anticonceptivos modernos, y a tasas casi idénticas de uso de anticonceptivos entre los hogares más ricos y los más pobres (UNFPA, 2017).

Los modelos innovadores de prestación de servicios han



contribuido a ampliar el acceso a las poblaciones más pobres. Los sistemas comunitarios de distribución iniciados en la década de 1970, por ejemplo, ayudaron a llegar a las comunidades pobres y rurales a través de miembros capacitados de la comunidad. Aunque tradicionalmente estas iniciativas se han centrado en aumentar el acceso a anticonceptivos tales como píldoras y preservativos, se han hecho esfuerzos para ampliar la combinación de servicios e incluir la anticoncepción de emergencia, kits de parto y misoprostol para la prevención de la hemorragia posparto (Bongaarts *et al.*, 2012).

Más recientemente, se han introducido estrategias de financiación en el ámbito de la demanda, por ejemplo, los vales, como una forma de proporcionar más capacidad de decisión a los usuarios pobres. En este modelo, los usuarios pueden adquirir vales de productos de salud reproductiva a un precio subsidiado. Los vales pueden canjearse

por servicios —entre ellos, servicios tan diversos como información sobre planificación familiar a largo plazo, e información y servicios en materia de parto sin riesgo y recuperación de la violencia por razón de género— en los puntos cualificados (Bongaarts *et al.*, 2012). También se han introducido las transferencias monetarias condicionadas, como estrategia para incentivar acciones y comportamientos que contribuyan a lograr resultados fundamentales para la salud, por ejemplo, las visitas de atención prenatal, el mantenimiento de las niñas en la escuela o la postergación del matrimonio (Bongaarts *et al.*, 2012).

Falta de instalaciones, prestadores de servicios e insumos

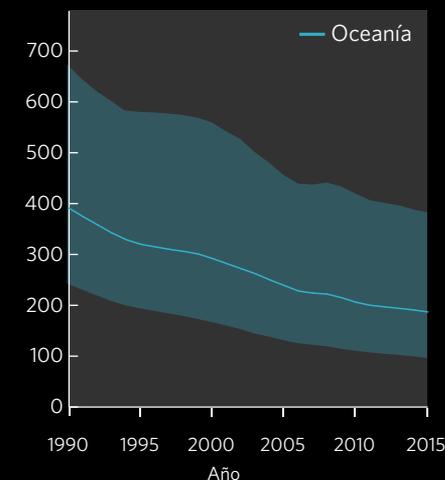
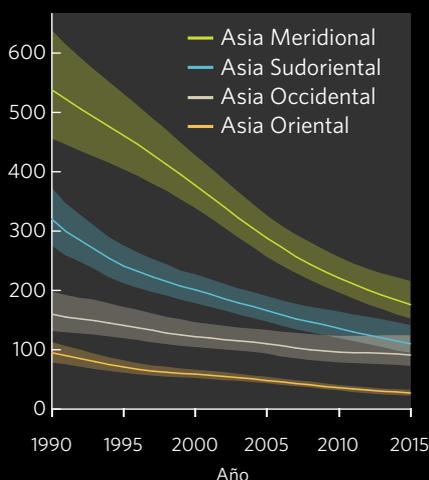
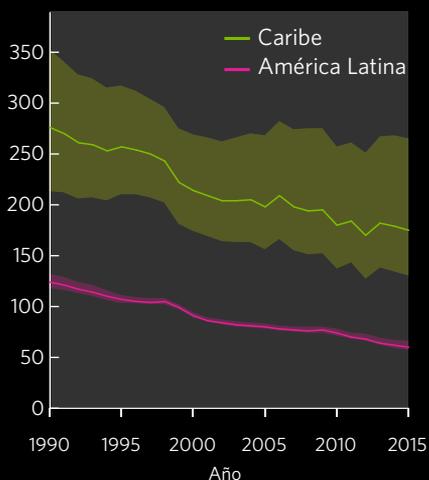
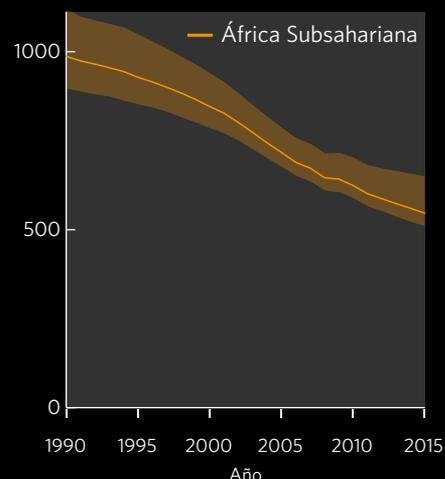
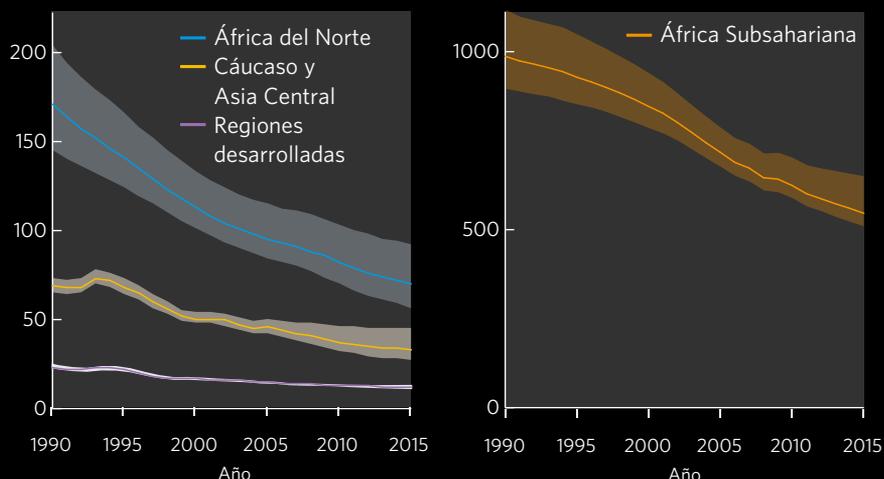
Puede que una mujer que busca información y servicios de salud sexual y reproductiva no encuentre ningún prestador de servicios en su comunidad. Si cuenta con medios para sufragar el transporte a una clínica de una comunidad vecina, al llegar allí quizá descubra que carece de los equipos o insumos adecuados para los servicios que necesita. Tal vez la comunidad no cuente con un prestador de servicios de salud, o no los suficientes para atender a todas las personas que acudieron ese día. Si dispone de suficientes prestadores, es posible que no estén capacitados para ofrecer información o servicios apropiados, o que no estén en condiciones de ofrecer privacidad u otras medidas que le permitirían sentirse segura y respetada.

La investigación, la información anecdótica y los informes de la sociedad civil confirman desde

GRÁFICO 4.4

Estimaciones mundiales y regionales de la razón de mortalidad materna, 1990-2015

Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Las zonas sombreadas representan intervalos de incertidumbre del 80%. Las zonas sombreadas del fondo son comparables.



Fuente: Alkema et al., 2016

La importancia de la calidad

La calidad de la atención es un elemento fundamental del acceso a los servicios. Judith Bruce describe seis elementos que merecen atención desde la perspectiva del usuario de un servicio de planificación familiar: la elección de los métodos, la información que se proporciona al usuario, la competencia técnica, las relaciones interpersonales, los mecanismos de seguimiento y continuidad, y una adecuada variedad de servicios (Bruce, 1990).

Al reconocer que muchas mujeres no se benefician de las iniciativas para mejorar la salud reproductiva, diversas instituciones internacionales y nueve países pusieron en marcha en 2017 la Red para la Mejora de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud Materna, Neonatal e Infantil, o «Red para la Calidad de la Atención». Los miembros de la red coincidieron en una aspiración: que cada mujer embarazada y cada recién nacido reciban atención de calidad durante el embarazo, el parto y el período posnatal, un objetivo que se sustenta en los valores esenciales de la calidad, la equidad y la dignidad (OMS, 2018).

El elemento de la calidad en todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva se apoya en el marco amplio de la salud conocido como AAAQ, las siglas en inglés de «disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad», promovido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas como un componente clave de los derechos en materia de salud (CESCR, 2000).

En 1992, la Federación Internacional de Planificación Familiar había promovido una «carta de derechos» para los usuarios de los servicios de planificación familiar que describía lo que deberían poder exigir de un servicio de atención de calidad. Ello incluye el derecho a la información, al acceso a los servicios, a elegir el método, a la seguridad, a la privacidad, a la confidencialidad, al mantenimiento de la dignidad, a la comodidad, a la continuidad y a la expresión de opiniones.

Si bien la responsabilidad por la calidad de la atención en principio se distribuye en la totalidad de un programa de planificación familiar, los principales responsables de

garantizar esos derechos son las personas que están en contacto directo con los usuarios: los prestadores de servicios. Por tanto, las estrategias en favor de la calidad de la atención también deben reconocer que los prestadores de servicios tienen sus propias necesidades y deberían tener derecho a que se les proporcione capacitación, insumos, orientación, apoyo, respeto, aliento, opiniones y posibilidades de expresarse (Huezo y Díaz, 1993).

La relación entre los derechos de los usuarios y las necesidades de los prestadores de servicios debe ocupar un lugar central en cualquier iniciativa dirigida a eliminar los obstáculos que impiden mejorar la calidad de la atención. Entre las más prometedoras se cuentan aquellas que mejoran la interacción entre los usuarios y los prestadores de servicios a través de medios tales como la capacitación de los prestadores en materia de comunicación interpersonal. En estos aspectos de la calidad de la atención es posible lograr mejoras sin necesidad de grandes inversiones en personal, equipamiento o insumos (RamaRao y Mohanam, 2003).

«demasiado poco y demasiado tarde» o «demasiado, y demasiado pronto»

Las limitaciones en la calidad de la atención pueden tener consecuencias importantes en la salud materna. Ahora que cada vez son más las mujeres que dan a luz en un centro de salud, la falta de personal, capacitación, infraestructuras e insumos adecuados puede dar lugar a una mala calidad de la atención, lo que se conoce como «demasiado poco y demasiado tarde». El caso contrario también plantea dificultades: en algunas regiones, el rápido aumento registrado en el uso de las instalaciones para dar a luz se ha visto acompañado por una excesiva medicalización del parto, lo que ha dado como resultado, por ejemplo, que se realicen cesáreas, sin necesidad, en condiciones poco seguras o con una atención de baja calidad. Este fenómeno, conocido como «demasiado, y demasiado pronto», puede contrarrestar los avances logrados en la salud materna y perinatal. La mejora de la capacitación de los prestadores de servicios en lo relativo al trato respetuoso y el cumplimiento de las mejores prácticas puede contribuir a fortalecer los resultados en materia de salud materna y perinatal, evitar daños y reducir los costos de la atención de la salud y las desigualdades (Miller *et al.*, 2016).

hace tiempo las deficiencias de los servicios. Un examen reciente de centros de salud de 10 países africanos, por ejemplo, al evaluar la disponibilidad de insumos y servicios fundamentales —entre ellos, directrices de planificación familiar, personal capacitado en planificación familiar, equipos de presión arterial, anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables y preservativos masculinos— concluyó que, en general, era escasa (Ali *et al.*, 2018).

Están en marcha intentos más sistemáticos de cuantificar y monitorear la disponibilidad de servicios en general. La Organización

Mundial de la Salud, en colaboración con otras organizaciones, publica periódicamente notas orientativas sobre buenas prácticas en relación con una variedad de intervenciones en materia de salud reproductiva.

Una evaluación de 24 países, llevada a cabo en 2017, indica que en los servicios de planificación familiar las existencias de algunos métodos anticonceptivos están agotadas aproximadamente unas tres cuartas partes del tiempo. Un promedio de 78% de los establecimientos de atención primaria que ofrecían tres o más métodos de anticoncepción y el 79% de los establecimientos de nivel secundario y terciario que ofrecían

cinco o más métodos (hospitales regionales o más grandes) disponían de existencias el día de la evaluación (FP2020, 2018). Estos promedios, sin embargo, enmascaran las amplias variaciones que se registran en cada país y entre ellos.

El «aseguramiento de insumos para la salud reproductiva» se logra cuando todas las personas pueden tener acceso a insumos asequibles y de calidad, incluido el método anticonceptivo de su elección, siempre que los necesiten. Para alcanzar este objetivo y evitar el desabastecimiento, una alianza con la Fundación Bill y Melinda Gates y el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido está

© B. Sokol/Panos Pictures





© UNFPA/M. Bradley

agilizando la distribución de insumos de salud reproductiva a los países (UNFPA, 2018).

En muchos lugares, el número de prestadores de servicios capacitados es sencillamente insuficiente para garantizar un acceso adecuado a una amplia variedad de información y servicios de salud sexual y reproductiva. La Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario ha mencionado la necesidad de aumentar el número de trabajadores de la salud, en particular de parteras cualificadas, en los países en desarrollo (Campbell *et al.*, 2013). A principios de esta década se estimó que el déficit mundial de trabajadores de la salud en todas las categorías ascendía a 7,2 millones.

La necesidad de profesionales capacitados que puedan prestar servicios esenciales de salud sexual y reproductiva es particularmente acuciante. Un análisis reciente de 73 países de ingresos bajos y medianos concluyó que, a pesar de que más del 92% de las muertes maternas, los

mortinatos y las muertes neonatales del mundo ocurren en esos países, estos solo cuentan con el 42% del personal médico, de obstetricia y de enfermería del mundo (UNFPA, 2014).

Las estimaciones de los gastos de personal necesarios para lograr la cobertura universal de las intervenciones esenciales en materia de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil sugieren que se requerirán aumentos sustanciales. Por ejemplo, se estima que, para alcanzar los niveles precisos para satisfacer toda la necesidad insatisfecha de servicios de salud reproductiva, materna y neonatal en todo el mundo, se requeriría un aumento del 37% en la financiación destinada al personal que dispensa anticonceptivos; la salud materna y neonatal exigiría un aumento de alrededor del 20% con respecto a los niveles actuales (Instituto Alan Guttmacher, 2017).

Estas medias mundiales ocultan importantes disparidades regionales.

En los países menos desarrollados, por ejemplo, los gastos de personal necesarios solo para hacer frente a la necesidad insatisfecha de servicios de anticoncepción tendrían que aumentar un 96%, y para alcanzar la cobertura completa de servicios maternos y neonatales, un 84%. La recompensa de la inversión sería elevada: las estimaciones sugieren que la mortalidad materna y la necesidad de recurrir al aborto se reducirían hasta en tres cuartas partes si se contara con una dotación completa de personal, equipamiento y mantenimiento del sistema (Instituto Alan Guttmacher, 2017).

La preparación de los prestadores de servicios para ofrecer una atención adecuada es un factor de la planificación familiar al que, desde hace tiempo, se concede mucha importancia. Una orientación insuficiente —es decir, que no se ocupa de las cuestiones relacionadas con el uso correcto; que no asesora sobre las contraindicaciones, los efectos secundarios y el seguimiento apropiado (incluido el cambio de método); o que no ayuda a afrontar las cuestiones relacionadas con el contexto de uso (incluidas las preocupaciones de la pareja)— puede obstaculizar el acceso a los anticonceptivos, su adopción y la continuación de su uso.

Los resultados de los estudios sobre las razones de que no se satisfagan las necesidades de planificación familiar sugieren que la provisión de una variedad de métodos, así como de información y consejería para ayudar a las mujeres a elegir y utilizar eficazmente un método apropiado, puede ser esencial para superar los obstáculos que dificultan el uso de anticonceptivos. Entre

los motivos citados con mayor frecuencia para explicar por qué no se utilizan figuran la baja frecuencia de las relaciones sexuales y las preocupaciones sobre los efectos secundarios o los riesgos para la salud (Sedgh y Hussain, 2014).

La interrupción del uso de métodos anticonceptivos constituye una dimensión de la necesidad de planificación familiar insatisfecha que no suele abordarse debidamente. Un análisis reciente de 32 países indica que, en promedio, en más de una quinta parte de los casos el uso de métodos a corto plazo (preservativos y píldoras) se interrumpe antes de los 12 meses, a pesar de que el usuario aún desee evitar el embarazo (FP2020, 2018). Las tasas de interrupción dentro del plazo de un año son menores en el caso de los métodos de acción prolongada: el 12% cuando se emplean dispositivos intrauterinos, y el 8% si se utilizan implantes.

Obstáculos jurídicos

Pueden existir barreras jurídicas que limiten el acceso de las personas a la información y los servicios incluso en lugares que disponen de prestadores de servicios capacitados e instalaciones bien provistas y equipadas. En ocasiones, la legislación exige que las mujeres o los adolescentes que desean acceder a los servicios de salud cuenten con la autorización de terceros. Por otra parte, si la legislación penaliza las relaciones entre individuos del mismo sexo, el trabajo sexual y el consumo de drogas, puede obligar a las personas a esconderse e impedirles que busquen o reciban la información y los servicios que necesitan.

Si bien su intención es proteger a los menores, la legislación sobre la edad mínima de consentimiento requerida para solicitar servicios médicos puede disuadir a los adolescentes de recurrir a los servicios

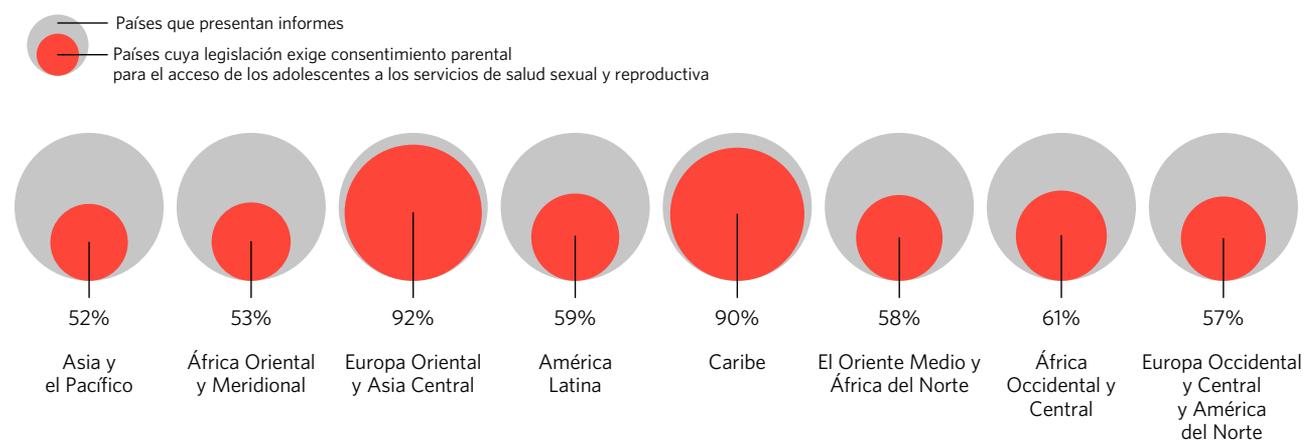
necesarios relacionados con su salud sexual y reproductiva. Esto puede resultar especialmente perjudicial para las adolescentes, que sufren consecuencias sociales y físicas desproporcionadas a causa de los embarazos no planeados.

En 2017, 68 de los 108 países que aportan datos al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) indicaron que exigen el consentimiento parental a los menores de 18 años que desean acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (gráfico 4.5; UNAIDS, 2018). En algunos lugares, los prestadores de servicios de salud están obligados por ley a denunciar a los menores de edad que mantienen relaciones sexuales y otras actividades ilegales entre adolescentes (Delany-Moretlwe *et al.*, 2015).

Si la legislación prohíbe las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo, puede

GRÁFICO 4.5 Obstáculos que disuaden a los adolescentes de recurrir a los servicios

Países cuya legislación establece una edad mínima de libre consentimiento para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, 2018



Fuente: UNAIDS 2018.



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

interferir con las iniciativas dirigidas a proporcionar acceso a servicios de prevención o tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. A fecha de 2017, más de 40 de los países que presentaron informes a ONUSIDA declararon que cuentan con leyes que penalizan específicamente las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Dos de ellos aplican la pena de muerte, y algunos cadena perpetua (UNAIDS, 2018). Como consecuencia, son numerosas las personas que temen recurrir a servicios vitales como las pruebas del VIH.

Las leyes relacionadas con el acceso al aborto abarcan un amplio espectro, desde la prohibición total a ninguna restricción. En 2017, el 42% de las mujeres en edad reproductiva vivían en los 125 países en los que el acceso al aborto seguro está muy restringido. De todos los abortos del mundo, solo el 55% son seguros, se basan en un método recomendado y son practicados por un prestador de servicios capacitado (Singh *et al.*, 2018).

Las pruebas sugieren que las restricciones jurídicas no influyen significativamente en la cifra de abortos: las tasas de aborto de los países con las legislaciones más restrictivas son similares a las de los países con las leyes menos restrictivas. No obstante, cuanto más restrictivo es el marco jurídico, mayor es la proporción de abortos inseguros, la cual oscila entre menos de 1% en los países menos restrictivos y 31% en los más restrictivos (Singh *et al.*, 2018).

Se estima que en el conjunto de regiones en desarrollo, excepto Asia Oriental, unos 6,9 millones de mujeres reciben tratamiento cada año por complicaciones relacionadas con el aborto, y un número mucho mayor de ellas necesitan atención después de un aborto, pero no pueden acceder a ella (Singh *et al.*, 2018).

Normas, actitudes y prácticas

En las sociedades de todo el mundo, las expectativas dictan que la actividad sexual y la reproducción tengan lugar solo entre grupos con ciertas características, por lo general

entre personas heterosexuales, casadas, monógamas, sin discapacidades, ni demasiado jóvenes ni demasiado mayores. En muchos lugares se espera que las prácticas de maternidad respondan no a los intereses del individuo, sino a las normas imperantes en las familias y las comunidades.

Dichas expectativas pueden ser el resultado de actitudes y prácticas de larga data o de las creencias religiosas predominantes. Cuando las actividades sexuales y reproductivas de una persona no responden a estas expectativas, es probable que le resulte más difícil acceder a la información y los servicios que necesita.

Los adolescentes se enfrentan a dificultades específicas. A pesar de que se ha demostrado ampliamente que numerosos adolescentes solteros son sexualmente activos (Starr *et al.*, 2018), las normas sociales pueden impedir o prohibir de plano las conversaciones sobre la sexualidad o la salud sexual y reproductiva. Además de los obstáculos jurídicos, las dificultades de acceso pueden presentarse bajo la forma de una educación sexual insuficiente en las escuelas, o de las actitudes y creencias de los prestadores de servicios acerca de la idoneidad de las intervenciones en el contexto de la edad o el estado civil.

Las minorías étnicas, los pueblos indígenas, los trabajadores sexuales, las personas con discapacidad, las mujeres y las niñas más pobres, y la comunidad de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) se enfrentan a una situación de marginación y estigmatización y, por tanto, es

UN ADALID DEL CAMBIO

Mechai Viravaidya

Mechai Viravaidya ha impulsado una revolución sin límites en Tailandia, alimentada por la creencia de que todas las personas deberían saber cómo planificar su familia y proteger su salud.

Desde la década de 1960, Mechai, un genio de las comunicaciones, difunde mensajes sobre el uso del preservativo en las escuelas y las gasolineras, en las oficinas y los pueblos, a través de concursos de cría de cerdos, visitas de vendedoras de Avon y ceremonias celebradas por monjes budistas, como parte de una campaña para convertir la anticoncepción en un elemento aceptado con naturalidad en la vida cotidiana.

«Pronuncia la palabra “preservativo”. Difúndelo. Habla de él», dice Mechai. «De hecho, lo que estamos enseñando es [...] el derecho a elegir el número de hijos que deseamos».

Si bien los preservativos ofrecen una oportunidad educativa táctil y a veces humorística, el objetivo de Mechai siempre fue contar con una amplia variedad de anticonceptivos que pudieran conseguirse con la misma facilidad que «las verduras en los pueblos». En unos pocos decenios, Tailandia ha recorrido un largo camino hacia estos objetivos, y el tamaño de una familia tailandesa media ha pasado de 7 hijos a 1,6.

A principios de la década de 1990, cuando se predijo un brusco aumento de la prevalencia del VIH, Mechai persuadió al Gobierno de que multiplicara por 50 el presupuesto destinado a la prevención y que involucrara a personas de todos los ámbitos de la administración pública, el sector empresarial y las comunidades para hablar en favor de la protección y el uso del preservativo. Se calcula que, desde entonces, en Tailandia se han evitado unos 3 millones de infecciones por el VIH, y Viravaidya llegó a ser conocido como el «rey del preservativo». En la actualidad, «mechai» es un término coloquial para referirse al preservativo.

Viravaidya aún dirige la mayor organización no gubernamental de Tailandia, la Asociación de Población y Desarrollo Comunitario, que desde 1973 defiende el desarrollo rural y la salud. Entre sus actividades se cuentan las escuelas Mechai Pattana, que adoptan los principios de equidad y justicia para proporcionar una educación de calidad —incluida la educación sexual integral— a las comunidades marginadas. La igualdad de género forma parte integral del plan de estudios. «Las mujeres son muy, muy importantes en el proceso de desarrollo», afirma Mechai y, con un gesto característico memorable, añade: «Cuando tienes dos brazos estupendos, ¿por qué usar solo uno?».

*«Pronuncia la palabra
“preservativo”. Difúndelo.
Habla de él».*



UNA ADALID DEL CAMBIO

Lebogang Motsumi

Cuando Lebogang Motsumi habla a otros jóvenes sobre el VIH y el sida, lo hace por experiencia propia. Al contar su historia, espera motivar a otras jóvenes y niñas a permanecer en la escuela, cuidar su salud y tomar decisiones positivas.

En una de sus típicas entradas de Facebook declara: «Buenos días. Me llamo Lebogang Brenda Motsumi, alias la Reina de África. No soy el VIH, VIVO con el VIH. No soy el virus, el virus vive en mí. El VIH no me define, yo defino al VIH».

Ya ha pasado casi un decenio desde que Motsumi supo que era seropositiva. Solo tenía 17 años cuando su novio, un conocido cantante que posteriormente falleció, le transmitió la infección. Motsumi no se hizo la prueba hasta que una pareja posterior insistió en que lo hiciera. Unos días después de enterarse de que era seropositiva hizo un intento de suicidio. Un mes más tarde, descubrió que estaba embarazada y comenzó a tomar medicamentos para proteger al bebé.

También emprendió una trayectoria notable en las redes sociales, como conferenciante motivacional y como activista y asesora en la lucha contra el VIH; sus palabras se dirigen sobre todo a los jóvenes. «La infección por el VIH me ayudó a encontrar mi propósito en la vida. Me di cuenta de que puedo convertir mi problema en un mensaje, y utilizar mi dolor para empoderar a otras personas».

Distinguida por la Unión Africana como heroína de la juventud, Motsumi es miembro de la junta asesora de jóvenes tanto de la Unión Africana como del UNFPA. Asimismo, moviliza a las mujeres y las niñas sudafricanas como embajadora de Zazi, una campaña que las alienta con el lema «conoce tu fuerza».

«Encontraremos la cura al VIH», declara Motsumi. «Mientras tanto, la educación y el empoderamiento de las personas que viven con el VIH será nuestra cura. Y la prevención en el caso de los seronegativos».

*«El VIH no me define,
yo defino al VIH».*



posible que encuentren obstáculos importantes para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y ejercer sus derechos y su libertad de decidir. A las niñas y las jóvenes con discapacidad, por ejemplo, con frecuencia se les niega el derecho a tomar sus propias decisiones sobre su salud reproductiva y sexual, lo que aumenta el riesgo de violencia sexual, embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual. Puede que se considere que estas personas no tienen necesidad de información sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos; por tanto, sus conocimientos al respecto son escasos, lo que limita aún más sus opciones y exacerba su marginación. En un estudio realizado en Etiopía,

por ejemplo, solo el 35% de los jóvenes con discapacidad habían usado anticonceptivos durante su primera relación sexual, y el 63% había tenido un embarazo no planeado (UNFPA, 2018a).

La estigmatización puede impedir que las personas recurran a los servicios que necesitan y a los que tienen derecho. Las mujeres solteras, por ejemplo, pueden ser reacias a solicitar servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, en particular servicios de anticoncepción y aborto seguro. Debido a este estigma, la necesidad insatisfecha de planificación familiar moderna es mucho más elevada entre las mujeres solteras y sexualmente activas que entre las casadas (Singh *et al.*, 2018).

La estigmatización no solo afecta las opciones y decisiones de los individuos necesitados de información y servicios, sino también las acciones de los prestadores de servicios. Por ejemplo, en los lugares donde el aborto está ampliamente legalizado, el persistente estigma asociado al procedimiento puede influir en la disposición de los prestadores de servicios a aconsejar u ofrecer abortos. Un examen reciente concluyó que algunos prestadores de servicios muestran actitudes negativas hacia el aborto, por ejemplo en la mayoría de los países de Asia Sudoriental y África Subsahariana, y también manifestaron que su familia, la comunidad, sus colegas y los encargados de formular políticas

Acceso de los jóvenes con discapacidad a los servicios

Women Enabled International contribuyó a elaborar directrices para que los Gobiernos, los prestadores de servicios y otras partes interesadas satisfagan las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de los jóvenes con discapacidad. Las directrices incluyen medidas para garantizar servicios de calidad y su disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, así como servicios para prevenir la violencia por razón de género o hacer frente a sus efectos:

- establecer protocolos y directrices que tengan en cuenta a las personas con discapacidad para las visitas de seguimiento con los prestadores de servicios de salud, la gestión de los efectos secundarios de los medicamentos o tratamientos y la remisión para prestar asistencia adicional cuando sea necesario;
- crear materiales informativos accesibles, adaptados a los jóvenes con diferentes tipos de discapacidad y adecuados para distintas edades, que describan los servicios de anticoncepción y de salud sexual y reproductiva disponibles, y considerar la posibilidad de subvencionar este tipo de servicios para los jóvenes de bajos ingresos con discapacidad;
- diseñar campañas de sensibilización y materiales educativos para los cuidadores y los familiares de jóvenes con discapacidad sobre la sexualidad, el uso de anticonceptivos y los servicios disponibles;
- garantizar la disponibilidad de información, productos y servicios anticonceptivos para hombres y mujeres jóvenes con discapacidades. Los hombres y los niños también deben recibir información, a fin de ayudarlos a comprender el derecho de las jóvenes y las adolescentes a usar anticonceptivos.

Salud sexual y reproductiva y el advenimiento de la atención sanitaria universal

La salud sexual y reproductiva en general, y la planificación familiar en particular, se dejaron de lado durante décadas en los foros mundiales que se ocupaban de cuestiones relacionadas con la atención primaria de la salud.

En 1978, por ejemplo, numerosos representantes gubernamentales se reunieron en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Kazajstán. El encuentro culminó con la Declaración de Alma-Ata, que establece que la atención primaria es la clave para el logro de la salud para todos en todo el mundo. No obstante, algunos Gobiernos manifestaron que los objetivos planteados en la declaración eran demasiado amplios y, por tanto, inalcanzables.

Un año más tarde, en una reunión de expertos en salud y políticas, surgió un consenso sobre la necesidad de centrarse en intervenciones de atención primaria de la salud sencillas pero de alta repercusión y promisorias para salvar vidas en los países en desarrollo. Estas intervenciones, denominadas «GOBI», por las siglas en inglés de «seguimiento del crecimiento de los niños, rehidratación oral, amamantamiento e inmunizaciones», tampoco consiguieron hacer frente a los problemas fundamentales de la salud sexual y reproductiva como parte de la atención primaria de la salud. No obstante, la comunidad sanitaria mundial finalmente reconoció la importancia de otras intervenciones esenciales de atención primaria, y acordó que la planificación familiar debe constituir una prioridad (al igual que la educación de la mujer y la suplementación alimentaria).

La adición de la planificación familiar a la agenda mundial de la atención primaria prefiguró los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que incluyeron el objetivo de reducir la mortalidad materna en el mundo en un 75% entre 2000 y 2015. En 2005,

tras cinco años de esfuerzos para alcanzar los ODM, las Naciones Unidas accedieron a añadir la meta de lograr el acceso universal a la salud reproductiva. Los objetivos en materia de salud se distribuyeron entre 4 de los 8 ODM. A partir de 2015, con la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que la acompañaban, todos los objetivos relacionados con la salud, incluidos los relativos a la salud sexual y reproductiva, se agruparon en un solo objetivo. El hecho de que todas las metas relacionadas con la salud se concentraran en un solo

objetivo reforzó el concepto de atención ininterrumpida, el cual incluye la sexualidad y la reproducción —desde la prevención del embarazo, el embarazo, el nacimiento, la infancia, la atención posnatal y la infancia hasta dos factores vitales: el agua y el saneamiento—.

Como parte del Objetivo 3 —de aquí a 2030, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades—, la meta 3.7 se propone

garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

El gráfico 4.6, que muestra la cobertura de las intervenciones de salud en el marco de la atención ininterrumpida en los países más pobres del mundo y con mayores necesidades, revela un progreso desigual en algunos ámbitos de la salud sexual y reproductiva. La cobertura, si bien aún no es la óptima, es mayor para el parto y las inmunizaciones programables (UNICEF y OMS, 2017). La etapa previa al embarazo y el período posparto, los momentos óptimos para decidir sobre un embarazo futuro, permanecen desatendidos.



GRÁFICO 4.6 Principales carencias de la cobertura

Mediana de la cobertura nacional de las intervenciones en el proceso de atención entre países, con datos disponibles desde 2012, obtenidos de la iniciativa Countdown to 2030, que hace un seguimiento de los avances en los 81 países en los que se producen más del 90% de las muertes de niños menores de 5 años y el 95% de las muertes maternas en el mundo.



a Se refiere a la prevención y la planificación del embarazo e incluye el período de tiempo previo a un primer embarazo y a los intervalos entre embarazos, así como la decisión de ser o no ser madre.

b Los indicadores de alimentación de los lactantes y los niños de corta edad sirven como indicador indirecto de la cobertura del programa cuando no se dispone de medidas.

Nota: únicamente incluye intervenciones relevantes para todos los países de la iniciativa Countdown. No se indican los indicadores relativos a la malaria a los que da seguimiento Countdown.

Fuente: tasas de inmunización, Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); población que emplea los servicios básicos de agua potable y saneamiento, Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento; tratamiento antirretroviral de mujeres embarazadas con VIH, base de datos mundial de UNICEF, julio de 2017, basado sobre la base de las estimaciones para 2017 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; todos los indicadores restantes, base de datos mundial de UNICEF, julio de 2017, sobre la base de las Encuestas Demográficas y de Salud, las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y otras encuestas nacionales.



© UNFPA

los estigmatizan por facilitar abortos (Rehnström Loi *et al.*, 2015).

Insuficiente educación sexual

Una de las barreras al acceso a los servicios es la falta de conocimientos. Las percepciones erróneas o una falta de comprensión de la sexualidad, el cuerpo humano y el desarrollo, los derechos y el género, y el poder en las relaciones, pueden representar un obstáculo para el ejercicio de los derechos y la libertad de decidir de las personas.

La educación sexual integral es un proceso de enseñanza y aprendizaje de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad,

que tiene una base curricular. Su objetivo es dotar a los niños y los jóvenes de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderen para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; mantener relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo influyen sus decisiones en su bienestar y el de los demás; y comprender y asegurar la protección de sus derechos a lo largo de su vida (UNESCO, 2018).

La introducción en la escuela primaria de una educación sexual integral adecuada a la edad ofrece numerosos beneficios, entre ellos ayudar a los niños a identificar y denunciar comportamientos

inapropiados, como el maltrato infantil, y apoyar el desarrollo de actitudes saludables hacia su cuerpo y sus relaciones. La educación sexual integral también debe estar disponible para los niños y jóvenes no escolarizados.

Las pruebas confirman que la educación sexual no adelanta la actividad sexual, pero sí propicia comportamientos sexuales más seguros y puede retrasar la iniciación sexual. Un examen llevado a cabo por la UNESCO con miras a la elaboración de una guía técnica sobre la educación sexual integral concluyó que los programas de base curricular contribuyen a retrasar el

inicio de las relaciones sexuales, reducir su frecuencia, reducir el número de parejas sexuales, reducir las conductas de riesgo y aumentar el uso del preservativo y otras formas de anticoncepción (UNESCO, 2018). Igual que cualquier otro plan de estudios, la educación sexual integral debe facilitarse de acuerdo con las leyes y políticas nacionales (UNFPA, 2016a).

Alrededor del 80% de los 48 países incluidos en un estudio reciente contaban con políticas o estrategias que apoyaban una educación sexual integral (UNESCO, 2015).

Hacia el acceso para todos

Garantizar el acceso a la información y los servicios constituye una prioridad para la comunidad internacional. Los encargados de formular políticas, los profesionales y los defensores de los derechos reproductivos han contribuido, a lo largo del tiempo, a responder preguntas de gran importancia: «¿acceso a qué?», «¿acceso para quién?» y «¿qué significa realmente el acceso en la práctica?».

Hoy en día, existe consenso en torno al objetivo de que todas las personas del mundo deben tener

acceso a información y servicios de calidad que satisfagan todas sus necesidades de salud sexual y reproductiva en el transcurso de su vida. Si bien resulta evidente que se ha avanzado de forma notable hacia este objetivo, su plena realización sigue siendo inalcanzable para muchos debido a la falta de sensibilización, la escasez de recursos, la falta de voluntad política o la desigualdad de género subyacente.

PUNTOS DESTACADOS DEL CAPÍTULO

- Para poder ejercer sus derechos y su libertad de decidir, todas las personas necesitan y merecen un conjunto completo de información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Aunque los primeros programas se centraban en aumentar la *disponibilidad* de anticonceptivos para las mujeres de todo el mundo, con el tiempo el concepto de acceso ha evolucionado. Los defensores de los derechos reproductivos, los profesionales y los encargados de formular políticas han contribuido a responder preguntas de gran importancia: «¿acceso a qué?», «¿acceso para quién?» y «¿qué significa realmente el acceso en la práctica?». A medida que aumenta nuestra comprensión de los obstáculos que impiden el acceso y que surgen nuevos retos, la necesidad de plantear estas preguntas es constante.
- Las definiciones mejoradas de «acceso» reconocen los numerosos obstáculos que impiden que las personas obtengan información y servicios en favor de la salud, el bienestar y el ejercicio de sus derechos y su libertad de decidir en su vida sexual y reproductiva.
- Si bien se han logrado importantes avances en la ampliación del acceso a los servicios y a la información que facilitan la vigencia de todos los aspectos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, este progreso ha sido desigual y las desigualdades persisten. Las desigualdades en materia de salud sexual y reproductiva se ven profundamente afectadas por la desigualdad de ingresos, la calidad y el alcance de los sistemas de salud, las leyes y políticas, las normas sociales y culturales, y la exposición de las personas a la educación sexual.



EL OBSTÁCULO QUE SUBYACE A TODOS LOS DEMÁS

La revolución sexual, impulsada en gran parte por el advenimiento de métodos anticonceptivos fiables y seguros, ya estaba en marcha en los países más ricos en la década de 1960. En esa misma época, los países en desarrollo experimentaban cambios económicos y sociales radicales que transformaron de forma fundamental sus sociedades.

Entre ellos se incluían cambios en las actitudes acerca de lo que los hombres y las mujeres pueden y deben hacer en su vida.

Al mismo tiempo, Ela Bhatt, Sonia Montañó, Gloria Steinem y otras feministas de todo el mundo estaban aumentando la conciencia sobre la desigualdad de género y su relación con la sexualidad, la desigualdad en la familia, los derechos reproductivos y la violencia sexual. Esta visión más amplia de la desigualdad de género sigue desempeñando en la actualidad un papel central en los debates sobre los derechos reproductivos.

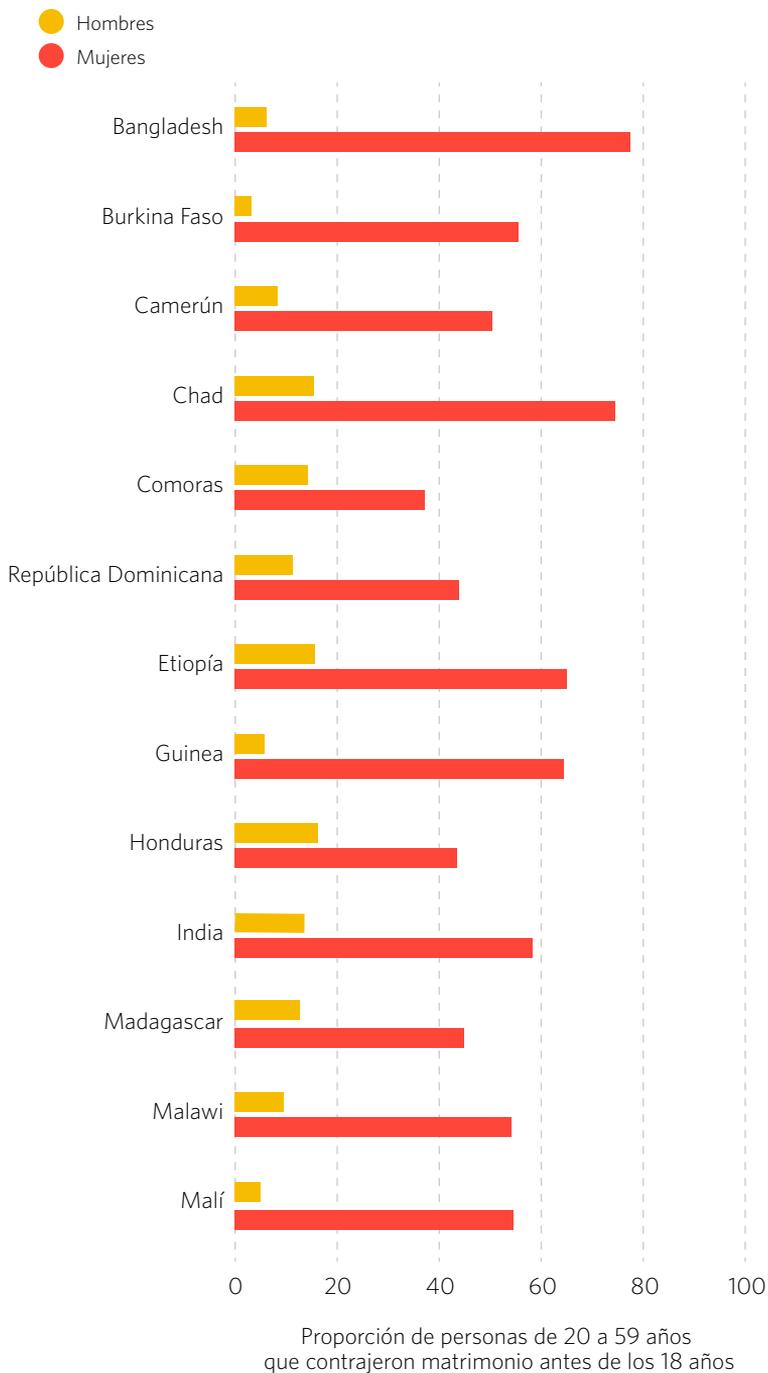
De todos los obstáculos que se interponen en el logro y el ejercicio

de los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos, pocos han demostrado ser tan difíciles de superar como los relacionados con el género. El género —la red de expectativas y normas de una sociedad que, en conjunto, definen cuáles son las funciones, las características y los comportamientos masculinos y femeninos adecuados— se aprende, se internaliza y se refuerza a través de las interacciones sociales con los demás y, por lo tanto, ejerce una profunda influencia en todos los ámbitos de la vida.

Si bien la expresión del género varía según el contexto, en prácticamente todas las sociedades

su definición subordina a las mujeres (y las personas que expresan disconformidad de género) a los hombres, y atribuye a las definiciones de «masculinidad» y «feminidad» diferentes niveles de poder y autoridad social. En la mayoría de las sociedades, el resultado neto de estas diferencias ha sido el desempoderamiento sistemático de las mujeres y las personas que expresan disconformidad de género, cuya autonomía y capacidad de libre decisión se encuentran limitadas en casi todos los aspectos de la vida. Las normas de género ejercen una influencia particularmente importante en materia reproductiva.

GRÁFICO 5.1 La carga desproporcionada del matrimonio infantil en las niñas



El género influye en los derechos reproductivos, y viceversa

La desigualdad de género limita la capacidad de las mujeres para tomar libremente decisiones fundamentales acerca de cuándo y con quién tener relaciones sexuales, sobre el uso de anticonceptivos o de servicios de salud, sobre si buscar empleo y cuándo, o sobre si cursar estudios superiores. Las normas y expectativas de género desiguales magnifican los efectos negativos de otros obstáculos que se interponen en el ejercicio de los derechos y la libertad de decidir. Un buen ejemplo es el matrimonio infantil, muchísimo más habitual en las niñas que en los niños. Cuando una niña se casa, es menos probable que vaya a la escuela, que complete sus estudios o que se desplace libremente fuera de su hogar sin un acompañante; más probable que sea víctima de violencia por razón de género; y menos probable que cuente con conocimientos sobre su cuerpo y sus derechos (gráfico 5.1). La limitación de su movilidad, su escolarización y sus conocimientos, a su vez, refuerza y perpetúa la desigualdad de género.

Ganar poder de decisión

En general, hoy en día las mujeres ejercen un control sobre su vida reproductiva mayor que en cualquier otro momento de la historia humana, lo cual tiene profundas repercusiones en los individuos y las sociedades. En el caso concreto de las mujeres, el hecho de poder decidir el número de hijos y cuándo tenerlos les ha abierto las puertas a una vida no dominada por la maternidad y la crianza de los niños, y ha contribuido a reducir la desigualdad de género.

Fuente: MacQuarrie y Edmeades, 2015.

A medida que las opciones reproductivas se han ampliado a escala mundial, las mujeres han empezado a tener menos hijos en casi todo el mundo. Esta tendencia ha reportado una serie de beneficios a las mujeres en particular, entre ellos la mejora de su salud y la de sus hijos, un mayor nivel educativo, el aumento de la participación en el empleo remunerado y la mejora de la forma en que se considera y se valora a las mujeres y las niñas en la sociedad y en sus hogares (Stoebenau *et al.*, 2013). En numerosos entornos, esto ha formado parte de un círculo virtuoso de empoderamiento en virtud del cual el aumento del acceso a métodos fiables de control de la fecundidad ha permitido la expansión de los derechos en otros ámbitos, lo que a su vez ha contribuido aún más a aumentar su capacidad para ejercer plenamente sus derechos reproductivos.

En la actualidad, el derecho de las mujeres y los hombres a decidir libremente el número de hijos y cuándo y con qué frecuencia tenerlos se reconoce casi universalmente. No obstante, la práctica totalidad de los 4.300 millones de personas en edad reproductiva que viven hoy en el mundo no habrán podido acceder de forma adecuada a servicios de salud sexual y reproductiva en algún momento de su vida (Starr *et al.*, 2018). Y sus posibilidades de acceso dependen en gran medida de las normas de género imperantes.

Poder, voz y libertad de decidir

En todas las sociedades, la reproducción está impregnada de un profundo significado social y cultural, y desempeña un papel

fundamental para marcar la transición entre las etapas de la vida y en la construcción del estatus social y la identidad. Como resultado, los comportamientos asociados con la reproducción, incluida la manera en la que se forman las familias y el comportamiento sexual, se regulan a través de normas, sobre todo las relacionadas con el género. Las normas de género conforman y refuerzan los sistemas sociales, jurídicos y económicos.

Las sociedades patriarcales suelen caracterizarse por normas sexuales rígidas y omnipresentes que aplican un doble rasero (Heise *et al.*, pendiente de publicación):

al definir la masculinidad recompensan las proezas sexuales, y en el caso de las mujeres premian la pureza y la castidad. Estas normas y actitudes de género desiguales con frecuencia se utilizan para racionalizar el control sobre la sexualidad y la reproducción de las mujeres. La preocupación por mantener la pureza sexual de las mujeres fomenta una serie de prácticas nocivas, como el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina, y suele ser el argumento esgrimido por los hombres como justificación de la violencia por razón de género.

Las prácticas nocivas resultantes de la desigualdad de las normas



Una directora de cine, montadora y futura madre examina su película en la sede de las Naciones Unidas. Al fondo y en el altavoz de la derecha puede verse el símbolo del Año Internacional de la Mujer. Nueva York, 1974. © UN Photo/M. Faust

de género pueden obstaculizar aún más el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y limitar los derechos y la libertad de decidir de las mujeres en todos los ámbitos de su vida.

Violencia por razón de género:

La violencia contra las mujeres y las niñas es una violación de los derechos humanos y un problema de salud pública en todos los países. A escala mundial, una de cada tres mujeres sufrirá violencia física o sexual en algún momento de su vida (García-Moreno *et al.*, 2013). La violencia, e incluso la amenaza de violencia, genera una situación de sometimiento de las mujeres por parte de los hombres en materia de salud sexual y reproductiva y las expone a un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Matrimonio infantil: Se estima que 800 millones de las mujeres que viven en la actualidad se casaron cuando eran niñas. El matrimonio infantil priva a las niñas de albedrío y autonomía en su hogar y en las decisiones sexuales y reproductivas, reduce sus posibilidades de recibir educación, socava su futuro y les impide desarrollar todo su potencial. Las niñas casadas tienen menos probabilidades que las mujeres adultas de recibir atención médica adecuada durante el embarazo, y esta falta de atención, junto con el hecho de que muchas de ellas aún no están físicamente preparadas para dar a luz, presenta riesgos tanto para las madres como para los bebés. La falta de autonomía de las niñas casadas en lo relativo a las decisiones reproductivas,

combinada con las restricciones de movilidad que muchas de ellas padecen, limita su capacidad de tomar libremente decisiones reproductivas y de visitar a los prestadores de servicios de salud para actuar en consecuencia.

Presión para demostrar la fecundidad y preferencia por los hijos varones: Debido a que la reproducción se ve como una parte fundamental de los ideales sociales de la masculinidad y la feminidad, es posible que tanto los hombres como las mujeres se enfrenten a una considerable presión para demostrar pronto su fecundidad tras contraer matrimonio. También se observa un patrón similar en sociedades con una marcada preferencia por los hijos varones, un reflejo de puntos de vista profundamente arraigados y poco equitativos sobre el valor intrínseco de los hombres y las mujeres. En estos contextos, las mujeres se enfrentan a una presión extrema para tener hijos varones, y si dan a luz a una niña es posible que se las estigmatice, se las abandone o sean víctimas de violencia. En estas circunstancias, el poder, la voz o la libertad de decidir de las mujeres son escasos y, por tanto, disponen de poca autonomía.

Desigualdad de género en la legislación y en la práctica: Las leyes y las políticas suelen reflejar los valores sociales más amplios relativos al género y pueden interferir en las decisiones autónomas sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, puede que la legislación prohíba a los prestadores de servicios dispensar anticonceptivos

a las adolescentes o mujeres solteras, o que, debido a la penalización de las relaciones del mismo sexo, los miembros de la comunidad de lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) eviten recurrir a los servicios de salud sexual y reproductiva.

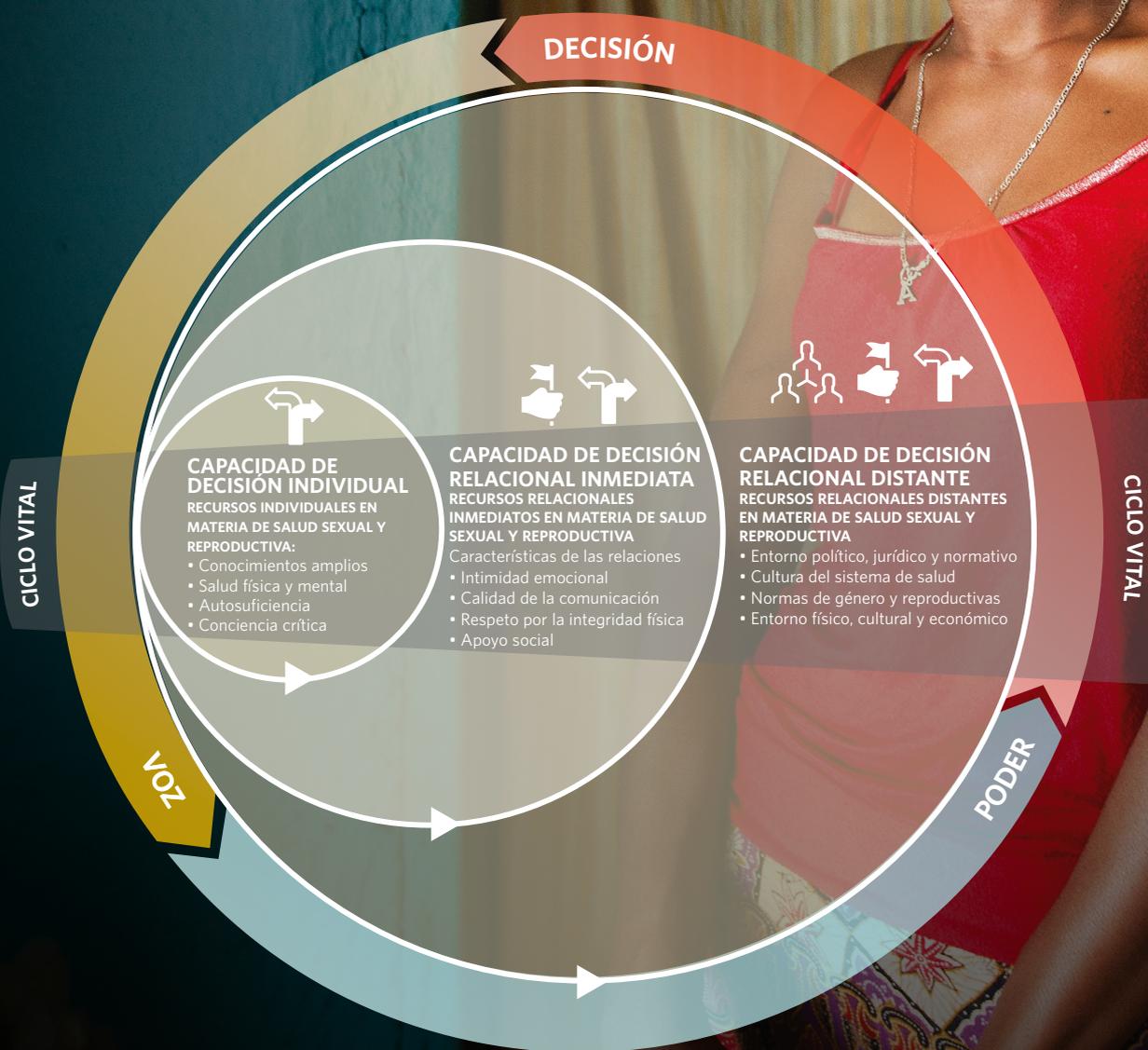
Inherentemente relacionales

Las decisiones en materia sexual y de reproducción y el papel que en ellas desempeña el género son inherentemente relacionales, ya que implican la interacción con los demás, especialmente con la pareja sexual o sentimental, pero también con miembros de la familia extensa, miembros de la comunidad o instituciones, como clínicas y hospitales. Los individuos ejercen su capacidad de decisión en el contexto de esas relaciones (gráfico 5.2).

En particular, las relaciones presentan tres aspectos dependientes del género que son importantes en la sexualidad y las decisiones en materia de reproducción: el poder del individuo; su voz, es decir, su capacidad de articular sus necesidades y deseos y de abogar por ellos; y su *libertad de decidir* real. En conjunto, estos tres elementos —poder, voz y libertad de decidir— determinan la capacidad de decisión de un individuo en una relación, ya sea interpersonal, en una institución o en una sociedad. Por ejemplo, una mujer puede tener una considerable capacidad de decisión en la relación inmediata con su marido, pero mucha menos en su relación con su proveedor de salud o incluso con su suegra.

GRÁFICO 5.2

La capacidad de decisión depende de las relaciones con los individuos, la comunidad y las instituciones



Fuente: Edmeades et al., 2018



© Michele Crowe

La evolución de las cuestiones de género en la planificación familiar

La urgencia con la que los encargados de formular políticas y los donantes consideraban la cuestión del crecimiento demográfico a finales de la década de 1960 tuvo como consecuencia que muchos de los primeros programas de planificación familiar estuvieran dirigidos, sobre todo, a reducir la fecundidad, no a que las mujeres pudieran ejercer su derecho a tomar decisiones sobre el momento y la frecuencia de los embarazos.

Por consiguiente, en las décadas de 1960 y 1970 los programas se centraron principalmente en proporcionar anticonceptivos a las mujeres, y prestaron poca atención a las necesidades o los deseos de las mujeres y los hombres que los utilizarían o a los contextos sociales y de género en los que se toman las decisiones en materia de reproducción.

En el mejor de los casos, estos primeros programas ignoraban las cuestiones de género y, en el peor, contribuían a perpetuar las desigualdades de género en aras de un mayor uso de métodos anticonceptivos y de la reducción de las tasas de fecundidad. El enfoque en las mujeres, en particular las mujeres casadas, como principales destinatarias de los programas de planificación familiar reforzó las normas de género existentes que presuponían que las funciones principales de las mujeres eran las de esposas y madres.

Los programas, por lo general, reflejaban las sociedades patriarcales en las que se llevaban a cabo, y

La capacidad de decisión también depende de los distintos niveles de cada relación. Por ejemplo, en el plano individual, en la capacidad de decisión influyen factores tales como los conocimientos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, gracias a los cuales una persona puede defender con más eficacia sus intereses y tomar decisiones fundamentadas. En otro nivel, la capacidad de decisión depende de factores tales como el grado en que una persona respeta la integridad corporal de su pareja o la libertad para expresar puntos de vista sobre la anticoncepción. En un plano más alejado, cuando se trata de relaciones con instituciones, como los sistemas de salud, o incluso con el sistema económico, el poder de decisión depende de la respuesta a las necesidades individuales. Las normas de género desempeñan un papel fundamental

en todas estas relaciones. Pueden reforzar —o socavar— la capacidad de decisión en todos los aspectos de la vida, pero sobre todo en la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva.

Las iniciativas dirigidas a ampliar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a empoderar a las personas para que ejerzan sus derechos reproductivos pueden beneficiarse de un enfoque que no solo anticipe lo que las *mujeres* necesitan, sino que también tenga en cuenta que las decisiones en materia de salud sexual y reproductiva se ven influidas por el *género* y por el papel que este desempeña en las relaciones, incluidas las relaciones con los sistemas de atención de la salud. La información sobre estas dinámicas puede ayudar a los prestadores de servicios a responder mejor a las necesidades únicas de cada usuario.

UNA ADALID DEL CAMBIO

Gita Sen

La economista india Gita Sen lleva 35 años luchando para que el pensamiento feminista ocupe su justo lugar en el centro de los compromisos nacionales e internacionales en favor de la salud y los derechos reproductivos y sexuales. Como líder de la red feminista Alternativas de Desarrollo para la Mujer en la Nueva Era (DAWN), Sen se une a los estudiosos y los defensores de la igualdad de género en la aplicación de las herramientas de investigación y activismo necesarias para presionar en favor de la justicia de género.

«Tenemos que trabajar por el desarrollo en favor de las mujeres y las niñas», afirma Sen. «Y luchar por los derechos humanos de las mujeres de todas las formas posibles».

Sen se destacó en la movilización de la corriente mundial de la sociedad civil que cambió para siempre la comprensión de la demografía y el desarrollo en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994. Hasta entonces, las conferencias sobre población consistían sobre todo en reuniones de hombres que deliberaban sobre metas demográficas. Raras veces se oían palabras como «sexo» y «reproducción». Pero en la CIPD se toparon con lo que Sen llama «la fuerza irresistible del movimiento feminista». En ella participaron miles de activistas procedentes del Sur Global y el Norte Global, y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se convirtieron en *la* agenda.

«Veinticinco años más tarde, el mundo es un lugar mucho más difícil para los derechos humanos. La reacción contra las mujeres y el feminismo ha sido enorme», reflexiona Sen. «Pero el hecho de que la agenda de la CIPD todavía sea vigente nos habla de la fuerza de lo que hemos conseguido».

Sen argumenta desde hace mucho que el cambio real para las mujeres solo se producirá cuando estas se movilicen para derribar las estructuras de poder existentes y cambiar los modelos de desarrollo. Entre otras cuestiones, eso implica una reorientación de las economías de modo que ya no dependan de los cuidados proporcionados por las mujeres como trabajo no remunerado o de su relegamiento a los puestos de trabajo mal remunerados y peor valorados. El objetivo debe ser mucho más que una porción igualitaria de un pastel «envenenado».

Acerca de su compromiso vital con la igualdad de género, reflexiona: «Creo que lo que me motiva es mi vida como mujer. Ya de niña era consciente de la desigualdad de género, se controlaba mucho lo que las niñas podían ser y hacer. No ocurría lo mismo en el caso de los niños. Más tarde, cuando pude ver cómo funcionan las estructuras de poder y desigualdad en sociedades y economías enteras, bueno, ya no había vuelta atrás».

«Tenemos que trabajar por el desarrollo en favor de las mujeres y las niñas y luchar por los derechos humanos de las mujeres de todas las formas posibles».





© UN Photo/Milton Grant

prestaban poca atención al papel de la dinámica de género en la toma de decisiones reproductivas o el bienestar general de las mujeres. Mientras tanto, aparte de los esfuerzos para aumentar el uso del preservativo, eran pocos los programas dirigidos a los hombres.

En la época en que se celebró la Conferencia Mundial de Población de 1974, los Gobiernos, las feministas y otras partes interesadas habían comenzado a manifestar su frustración con los objetivos demográficos que hasta entonces habían impulsado la mayor parte del movimiento internacional de planificación familiar. Las pruebas cada vez más numerosas sobre violaciones de los derechos reproductivos y humanos, el desconocimiento que existe sobre la opinión de los más directamente

afectados por los programas de planificación familiar, y la falta de reconocimiento de los problemas más amplios del desarrollo social y económico por parte de algunos programas de planificación familiar contribuyeron a generar, en los países en desarrollo, un considerable escepticismo acerca de las intenciones del movimiento internacional de planificación familiar. Este escepticismo dio lugar a un impulso concertado de los países en desarrollo hacia la adopción de un enfoque más integral del desarrollo que incluyera medidas dirigidas a empoderar a las mujeres para tomar sus propias decisiones sobre el número, el momento y la frecuencia de los nacimientos.

Este impulso ganó ímpetu en los años que siguieron. El Decenio

de las Naciones Unidas para la Mujer (1976-1985), por ejemplo, coincidió aproximadamente con tres conferencias mundiales de las Naciones Unidas sobre la mujer (en 1975, 1980 y 1985), la creación del Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Las redes que se fueron formando con el tiempo sentaron las bases de una sólida alianza feminista que influyó en la dirección del movimiento de planificación familiar durante las dos décadas siguientes.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994, el movimiento en favor de los derechos reproductivos dio un

Género y vulnerabilidad: adolescentes, minorías sexuales y personas con discapacidad

Las normas de género afectan de forma más directa a los grupos cuyo control de la sexualidad y del comportamiento reproductivo se considera particularmente importante o cuyo comportamiento no se ajusta a las expectativas sociales dominantes. Pueden tener profundas repercusiones en su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, y consecuencias reales para su salud.

Adolescentes

La adolescencia es una etapa de la vida en la que las fuerzas de la socialización de género, por las que los niños y las niñas aprenden las conductas de género aceptables para la sociedad, son particularmente poderosas (John *et al.*, 2017). No obstante, también es un momento de la vida en el que el poder, la voz y libertad de decidir de los individuos son particularmente escasos, por lo que su acceso a los servicios plantea especiales dificultades (Patton *et al.*, 2016), sobre todo en el caso de las niñas.

Los adolescentes tienen necesidades especiales en materia de salud sexual y reproductiva. Es posible que carezcan de conocimientos sobre cuestiones de salud y la forma de acceder a la atención de la salud, lo que restringe su capacidad para prevenir tanto el embarazo como las infecciones de transmisión sexual. Las proscripciones sociales de la actividad sexual entre adolescentes, sobre todo los solteros, incrementan los costos sociales y el estigma asociados al hecho de recurrir a los servicios, aumentan los temores acerca de la ruptura de la confidencialidad al acceder a los servicios, e imponen restricciones jurídicas al libre acceso a los servicios. Por último, numerosas adolescentes contraen matrimonio cuando aún son niñas, una violación fundamental de sus derechos. Durante gran parte de la historia del movimiento de planificación familiar se ha pasado por alto a estas niñas, incluso más que a los adolescentes como grupo, a pesar de su evidente grado de necesidad y de su pertinencia para los objetivos más amplios del movimiento.

Personas con discapacidad

Las mujeres y los jóvenes con discapacidad se enfrentan a múltiples formas de discriminación, incluida la discriminación por razón de género. Los datos desagregados por discapacidad, sexo y edad siguen siendo escasos, pero son indispensables para comprender la situación de las personas con discapacidad y fundamentar las políticas. El corpus de evidencia procedente de todo el mundo sobre la violencia sexual y por razón de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los jóvenes con discapacidad revela que sus derechos corren un grave peligro. Los jóvenes menores de 18 años con discapacidad tienen casi cuatro veces más probabilidades que sus pares sin discapacidad de ser víctimas de abuso y, entre ellos, los que están más en riesgo son los jóvenes con discapacidad intelectual, especialmente las niñas. Las niñas y los jóvenes con discapacidad tienen más probabilidades de sufrir violencia que cualquiera de sus pares varones con discapacidad o que las niñas y los jóvenes sin discapacidad.

Las mujeres y los jóvenes con discapacidad se enfrentan a múltiples formas de discriminación, incluida la discriminación por razón de género

Minorías sexuales

Las personas LGBTI se enfrentan a obstáculos adicionales en el acceso a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva. En la mayoría de las sociedades, en las que las normas sexuales dictan una conducta heterosexual con hincapié en la reproducción, estas personas se enfrentan al estigma y la discriminación de forma generalizada, así como a elevados niveles de violencia sexual, y sus prácticas sexuales con frecuencia se penalizan (Starr *et al.*, 2018). Como resultado, los miembros de las comunidades LGBTI suelen ser reacios a revelar su orientación sexual o sus actividades a los prestadores de servicios de salud, lo que reduce sus posibilidades de recibir una atención de calidad que refleje sus necesidades. Esta población sigue estando marginada en el movimiento de planificación familiar, lo que refleja tanto un prejuicio directo como la percepción de que la reproducción y las cuestiones reproductivas no son pertinentes para ellos.

gran salto hacia adelante. El programa estuvo liderado por los defensores de la libertad individual y de la plena consideración de género en el ejercicio de los derechos reproductivos.

En 2010, se creó la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), con miras a contribuir a hacer realidad el objetivo mundial de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. En 2012, el Banco Mundial centró su *Informe sobre el Desarrollo Mundial* anual específicamente en la desigualdad de género; en el informe se declaraba que el género ocupa un papel central en el desarrollo y que la igualdad de género no solo constituye una herramienta para lograr el crecimiento económico u otros objetivos, sino que tiene un valor intrínseco (Banco Mundial, 2012). En 2015, las Naciones Unidas aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible que la acompañan, los cuales incluyen una meta sobre el «acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos» y amplían considerablemente el número de indicadores relacionados con el género que se emplean para hacer un seguimiento de los progresos conseguidos. La meta 5 aspira, en términos generales, a lograr la igualdad de género y



empoderar a las mujeres y las niñas. Entre otras cosas, reclama la integración de las recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD en los planes, políticas y programas nacionales.

Desafiar el statu quo: avanzar hacia programas de transformación de las normas de género

Los programas de salud sexual y reproductiva que tienen en cuenta la influencia del género en la capacidad de decisión en el contexto de las relaciones probablemente están mejor equipados para ayudar a las mujeres y los hombres a ejercer sus derechos reproductivos (Edmeades *et al.*, 2018).

Desde 1969 se han realizado enormes progresos en la defensa de los derechos reproductivos. No obstante, para garantizar el éxito futuro es necesario desafiar directamente los vínculos entre el género y la reproducción y las normas sociales patriarcales que los refuerzan. Los programas de planificación familiar, por ejemplo, pueden convertirse en agentes de transformación de las normas de género, ya que pueden aumentar la comprensión de las cuestiones de género con miras a promover una mayor igualdad y facilitar una mayor libertad en las decisiones sexuales y reproductivas. Se han elaborado una serie de enfoques prometedores que señalan el camino hacia el logro de estos objetivos.

El logro de la plena igualdad debe involucrar la colaboración directa y completa con los hombres en un plano de igualdad, de forma que estos se hagan responsables

de su propia salud y apoyen la autonomía de las mujeres (Hook *et al.*, 2018).

Entre las iniciativas que han adoptado este enfoque se cuenta el programa Mobilizing Men, que demostró reducir la violencia contra las mujeres en la India, Kenia y Uganda (Greig y Jerker, 2012).

Otro ejemplo es MenCare, un programa elaborado por Promundo y Sonke Gender Justice. Su objetivo es cuestionar las normas tradicionales relativas a la prestación de cuidados, y alentar y ayudar a los hombres a asumir funciones que tradicionalmente no se consideran masculinas, en pro de un mayor bienestar general, la igualdad de género y la salud. En una línea similar, la École des maris (escuela para maridos), en el Níger, ha logrado un éxito considerable al alentar a los maridos a participar en las cuestiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva y la de sus esposas.

Si bien la participación de los hombres en el proceso de transformación de las normas de género es fundamental para lograr los objetivos a largo plazo de mejora de los derechos reproductivos, resulta igualmente esencial seguir capacitando a las mujeres y las niñas para que alcancen su pleno potencial. De los cambios observados en las últimas dos décadas en este sentido, tal vez a largo plazo ninguno tendrá tanta repercusión en las normas de género como el pronunciado incremento del número de niñas que asisten a la escuela y permanecen en ella. La experiencia y el contenido de la enseñanza

UNA ADALID DEL CAMBIO

Lise-Marie Dejean

«Crecí en un ambiente en el que la vida de las mujeres siempre se dejaba de lado», recuerda Lise-Marie Dejean. «Los hombres recordaban constantemente a las mujeres que su cuerpo no les pertenecía y estas tendían a creerlo».

Su voz se anima, y continúa: «Tuvimos que deconstruir los mitos y la mentalidad. Tuvimos que ayudar a las mujeres a cuidar su cuerpo y su salud».

Muy conocida en Haití como defensora de los derechos de las mujeres, Dejean, de 75 años, nació poco después de la creación, en 1934, de la primera organización feminista del país, que luchó por el derecho de las mujeres a la educación y a la participación política, incluido el derecho de voto. Dejean recuerda que acudía con su madre a reuniones feministas. Pero no comprendió plenamente la magnitud de la discriminación de género y la falta de derechos reproductivos hasta que se graduó en medicina y comenzó a mirar las tasas extremadamente altas de mortalidad materna que se registraban en Haití.

Dejean decidió emplear sus conocimientos médicos en algunas de las regiones más pobres y remotas de Haití, donde atendía a los pacientes y educaba a las comadronas a fin de ampliar los servicios médicos disponibles. Más tarde, como directora de una de las principales organizaciones de mujeres de Haití, Solidarité Fanm Ayisyen (SOFA), ayudó a establecer clínicas de mujeres en los superpoblados barrios marginales. Uno de los pilares de su plataforma de defensa de la mujer es la lucha para eliminar las sanciones penales por aborto. El aborto ilegal y en condiciones de riesgo es responsable de aproximadamente la tercera parte de la razón de mortalidad materna, señala Dejean. «Se trata de una lucha por la vida de las mujeres», subraya.

Para las mujeres haitianas, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 fue un momento decisivo. Uno de sus principales resultados fue la creación del primer ministerio nacional de asuntos de la mujer, dirigido por Dejean —quien, para ponerlo en marcha, tuvo que hacer frente a amenazas de muerte y manifestaciones—, y aún se requiere una vigilancia constante, dadas las periódicas propuestas de que se cierre.

Dejean no se inmuta. «Las mujeres están empezando a representarse como personas con derechos», señala. «Es un gran logro. Cuando una persona está psicológicamente preparada para defenderse como ser humano, es una gran victoria. Ya no estará perdida. No permitirá que nadie la pisotee».

Es un gran logro. Cuando una persona está psicológicamente preparada para defenderse como ser humano, es una gran victoria. Ya no estará perdida. No permitirá que nadie la pisotee».



UNA ADALID DEL CAMBIO

Sivananthi Thanenthiran

reproductivos ya se habían ganado en la década de 1960. Ya se había prestado suficiente atención a las mujeres y su cuerpo. Por esa razón prefirió, en cambio, tomar parte en iniciativas pioneras en su país natal, Malasia, como la Iniciativa por la Candidatura de las Mujeres, que apoyaba a candidatas políticas que defendían los derechos de las mujeres.

Pero en 2006, mientras trabajaba en un libro sobre la salud reproductiva en Asia, comenzó a estudiar las cifras y a hablar con la gente, y se indignó.

«Me resultó realmente muy chocante que aún fuera necesario librar estas batallas. Tenía que hacer algo al respecto».

Thanenthiran se unió a las activistas del Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW), y llegó a ser Directora Ejecutiva de la organización. Activo en 17 países, ARROW aboga por la plena realización de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres para que puedan ser ciudadanas en condiciones de igualdad en todos los aspectos de la vida.

Desde las redes sociales hasta los foros políticos internacionales, Thanenthiran se ha convertido en una voz destacada en el seguimiento sistemático de las lagunas existentes en los derechos sexuales y reproductivos, así como en la identificación de las cuestiones que empeoran las carencias, como la pobreza y el cambio climático. En un mundo fragmentado y profundamente desigual, moviliza a la gente y a los encargados de formular políticas para combatir lo que ella llama el «regateo» de los derechos sociales en medio de una lucha por unos recursos económicos y de otro tipo cada vez más escasos.

Thanenthiran está orgullosa de las jóvenes feministas que están dando un paso adelante para empuñar la antorcha del movimiento, incluido ARROW. Han heredado un mundo en el que la igualdad de género se reconoce más que nunca.

Pero la batalla está lejos de haber concluido, advierte. Su resultado depende en gran parte de que las mujeres actúen con audacia y, a la vez, permanezcan unidas. «Solo consigues aquello por lo que luchas. Tenemos que exponer nuestros puntos de vista y seguir adelante, sin miedo».

En su juventud, la activista feminista Sivananthi Thanenthiran pensaba que la mayoría de las batallas por los derechos

«Solo consigues aquello por lo que luchas. Tenemos que exponer nuestros puntos de vista y seguir adelante, sin miedo».



pueden ser transformadores para las niñas en particular, ya que mejoran su comprensión sobre su lugar en la sociedad y la manera en que este se conforma; les proporcionan las aptitudes y la información necesarias para expresar sus opiniones en sus relaciones con los demás y defender sus intereses; y las protegen de prácticas nocivas como el matrimonio infantil. Otros programas, como Abriendo Oportunidades, ejecutado en Guatemala por el Consejo de Población, también han logrado ayudar a las niñas en su transición a la edad adulta y les han abierto oportunidades que pueden dar forma al resto de su vida.

La educación sexual integral también está ayudando a transformar

las normas de género a través de planes de estudios apropiados para la edad que no solo proporcionan información sobre la sexualidad y la reproducción, sino que también se centran en el género y el poder en las relaciones. La UNESCO y el UNFPA apoyan la educación sexual integral en las escuelas y a través de organizaciones comunitarias en decenas de países en desarrollo (Haberland, 2015). Si se alienta a los niños y las niñas a debatir abiertamente las cuestiones relacionadas con la sexualidad, se favorecerán relaciones más comunicativas, en las que ambas partes puedan compartir sus deseos y preferencias con una actitud de respeto mutuo, lo que mejorará las relaciones tanto de las mujeres

como de los hombres y los resultados reproductivos.

La consecución del objetivo más amplio del empoderamiento para todos requerirá que la comunidad de la salud sexual y reproductiva renueve su compromiso de fomentar una comprensión más profunda del papel del género y de cómo las funciones y las expectativas de género dan forma a las interacciones sociales en los programas de salud sexual y reproductiva. El sector podrá afirmar finalmente que ha liberado a la humanidad de lo que Goldberg (2009) describe como las «tiranías entrelazadas de la cultura y la biología», uno de los esfuerzos más ambiciosos de la historia, solo si hace frente a estas causas fundamentales.

PUNTOS DESTACADOS DEL CAPÍTULO

- De todos los obstáculos que se interponen en el logro y el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos, pocos han demostrado ser tan difíciles de superar como los relacionados con el género.
- El género —la red de expectativas y normas de una sociedad que, en conjunto, definen cuáles son las funciones, las características y los comportamientos masculinos y femeninos adecuados— se aprende, se internaliza y se refuerza a través de las interacciones sociales con los demás y, por lo tanto, ejerce una profunda influencia en todos los ámbitos de la vida.
- La desigualdad de género limita la capacidad de las mujeres para tomar libremente decisiones fundamentales acerca de cuándo y con quién tener relaciones sexuales, sobre el uso de anticonceptivos o de servicios de salud, sobre si buscar empleo y cuándo, o sobre si cursar estudios superiores.
- Las normas de género limitan los derechos reproductivos de los hombres, ya que generan fuertes presiones sociales para demostrar la fecundidad, participar en comportamientos de riesgo y tener muchos hijos.
- Las normas y expectativas de género desiguales magnifican los efectos negativos de otros obstáculos que se interponen en el ejercicio de los derechos y la libertad de decidir.
- Las decisiones en materia sexual y de reproducción y el papel que en ellas desempeña el género son inherentemente relacionales, ya que implican la interacción con los demás, especialmente con la pareja sexual o sentimental, pero también con miembros de la familia extensa, miembros de la comunidad o instituciones, como clínicas y hospitales.
- Los derechos reproductivos no pueden ejercerse plenamente en ausencia de una mayor igualdad de género.
- Los programas de salud sexual y reproductiva que tienen en cuenta la influencia del género en la capacidad de decisión en el contexto de las relaciones y promueven una mayor igualdad están mejor equipados para ayudar a las mujeres y los hombres a ejercer sus derechos reproductivos.



CUANDO LOS SERVICIOS COLAPSAN

Desde mediados de la década de 1990, los Gobiernos, las organizaciones humanitarias y las instituciones internacionales han ido aumentando los servicios que prestan a las mujeres y las adolescentes cuyas opciones se han visto limitadas por las guerras y los desastres naturales.

Debido a la proliferación de los conflictos prolongados y a que se han intensificado las catástrofes relacionadas con el clima, en el siglo XXI ha arraigado el consenso internacional respecto a esta prioridad. Los Estados han aprobado sucesivos compromisos para abordar los problemas de salud reproductiva y violencia por razón de género en contextos de crisis, y los equipos de respuesta han perfeccionado sus conocimientos especializados sobre prácticas que contribuyen a salvar vidas.

Un mundo de problemas

En la actualidad, el mundo se enfrenta a unos niveles de necesidades humanitarias sin precedentes. En 2018 había aproximadamente 136 millones de personas que

necesitaban ayuda humanitaria en el mundo; en 2017 recibieron ayuda 91 millones de personas (OCAH, 2018).

El número de refugiados, migrantes y desplazados internos ha aumentado de forma constante en los últimos años. Entre las razones de este incremento se incluyen los conflictos prolongados derivados de la fragilidad de los países y que contribuyen a agravarla, las mortíferas tormentas causadas por el cambio climático, y sucesos impredecibles como los terremotos.

El colapso de la seguridad, la pérdida de la vivienda y la interrupción del suministro de agua, alimentos, saneamiento y servicios de salud se combinan y provocan dificultades para las personas afectadas por crisis. Muchas de ellas se ven obligadas a irse y durante el desplazamiento

padecen sufrimientos adicionales. Otras languidecen en asentamientos de refugiados, en ocasiones durante decenios.

En los países en situaciones de emergencia, cada día mueren más de 500 mujeres y niñas durante el embarazo y el parto, debido a la falta de parteras cualificadas o de procedimientos obstétricos de emergencia y a abortos en condiciones de riesgo (UNFPA, 2018b).

La inseguridad y los desplazamientos aumentan la vulnerabilidad de las personas —entre ellas, las mujeres, los adolescentes, las personas con discapacidad y las personas que se identifican como lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero o intersexuales— a la violación, la explotación y la transmisión del VIH.



Las causas y la gravedad del desplazamiento difieren notablemente de un país a otro y dentro de un mismo país, pero siempre son los menos favorecidos los que sufren más y durante más tiempo. Según el Centro de Vigilancia de los Desplazamientos Internos, «la pobreza y la desigualdad, la inestabilidad política y la fragilidad del Estado, el estrés hídrico y la inseguridad alimentaria, el cambio climático y la degradación ambiental, el desarrollo no sostenible y una mala planificación urbana se combinan de diferentes formas en distintos países e incrementan la exposición y la vulnerabilidad de las personas». Tal como afirma, cabe destacar que «los bajos niveles de desarrollo humano están estrechamente correlacionados con el riesgo de desplazamiento por catástrofes» (IDMC, 2018).

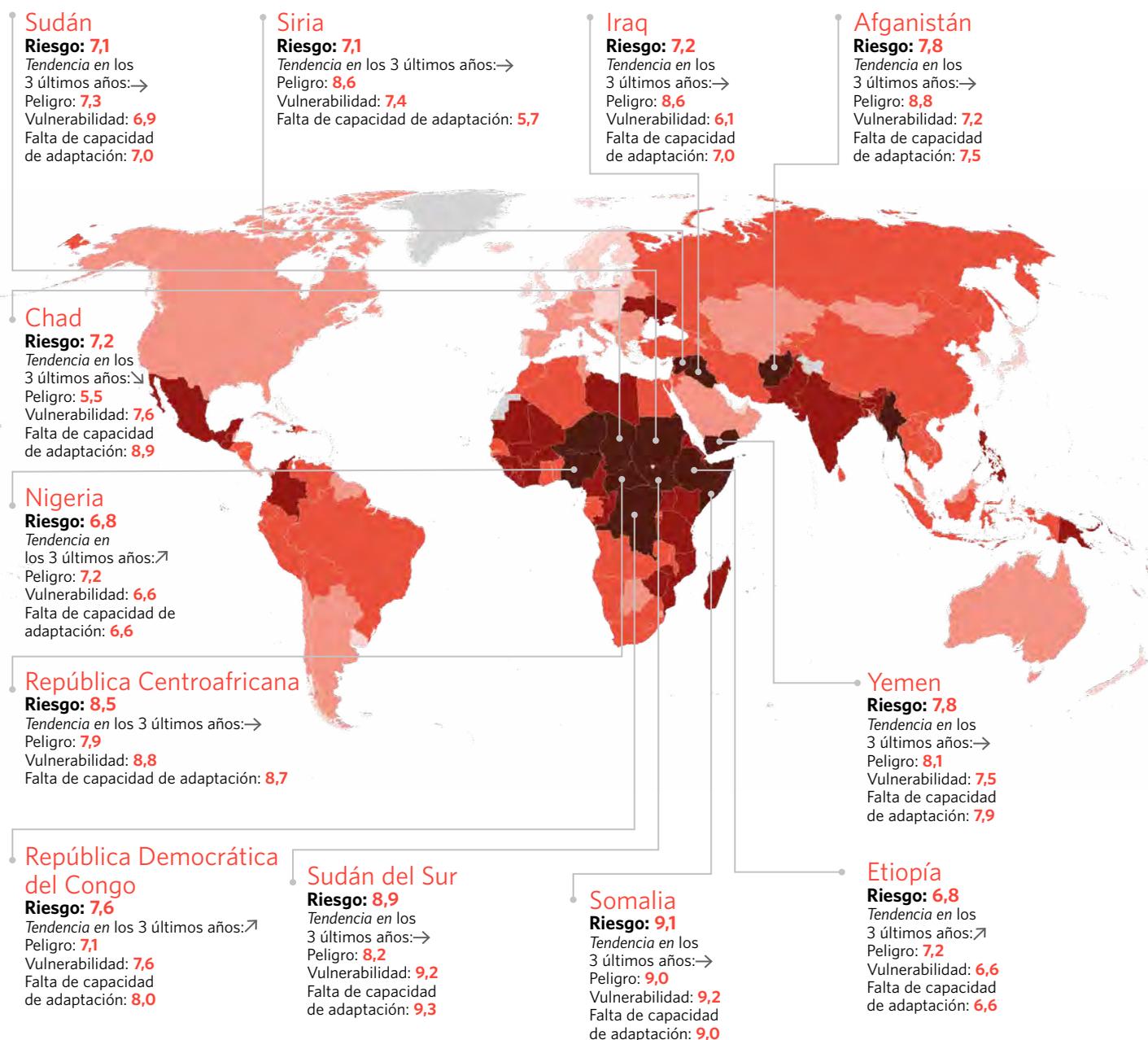
Según datos consolidados por los organismos de las Naciones Unidas, la Comisión Europea, los Gobiernos y las organizaciones no gubernamentales, el riesgo de crisis humanitarias y desastres capaces de desbordar la capacidad nacional de respuesta es elevado en al menos 12 países. (Gráfico 6.1; CPO y Comisión Europea, 2019).

Crisis prolongadas: la nueva normalidad

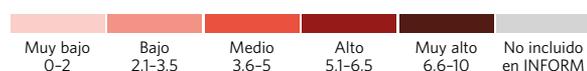
Las guerras siempre han afectado a las poblaciones civiles y con frecuencia han producido desplazamientos en masa. En 1969, mientras el UNFPA estaba en ciernes, la guerra de Biafra provocaba una hambruna y una crisis humanitaria de grandes dimensiones. En 1994, año en el que se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), en el conflicto en la ex-Yugoslavia y la guerra civil en Rwanda se produjeron ataques a gran escala a la población civil.

GRÁFICO 6.1 Las crisis humanitarias y los desastres podrían desbordar la capacidad de respuesta de los países

El índice mundial de riesgo INFORM de 2019 se compone de tres dimensiones: peligros y exposición, vulnerabilidad y falta de capacidad de adaptación. El mapa muestra los datos de los 12 países cuyo riesgo global es más elevado. La leyenda se basa en la base de datos del índice de riesgo mundial INFORM 2019.



ÍNDICE DE RIESGO INFORM



↗ Riesgo creciente → Estable ↘ Riesgo decreciente

En la actualidad, según el Panorama Global Humanitario 2018 de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, «las crisis prolongadas se están convirtiendo en la nueva pauta» (OCAH, 2018). La inestabilidad a largo plazo provocada por conflictos incontrolables ha provocado un aumento sin precedentes del número de desplazados internos, refugiados y migrantes en los últimos años, lo que ha creado una necesidad cada vez mayor de asistencia y una creciente dificultad para los agentes humanitarios.

En ocho años, la guerra civil en la República Árabe Siria ha provocado el desplazamiento de más de la mitad de la población del país.

A finales de 2017 había 2,6 millones de refugiados del Afganistán, 2,4 millones de Sudán del Sur y casi 1 millón de Somalia (ACNUR, 2018).

La mayor crisis humanitaria actual se sitúa en el Yemen, donde la guerra ha provocado el colapso de la economía, los servicios sociales y los medios de subsistencia. Cuatro de cada cinco personas, un total de 22 millones, pasan necesidades y muchas se encuentran al borde de la hambruna (OCAH, 2018).

En 2017, casi 12 millones de personas en todo el mundo se vieron obligadas a desplazarse debido a conflictos armados, terrorismo y violencia política o sectaria, lo que supone un incremento con respecto a los 6,9 millones del año anterior; 18 millones de personas se vieron desarraigadas debido a catástrofes relacionadas con el clima (IDMC, 2018). A comienzos de 2018, había 40,3 millones de desplazados internos por conflictos y 22,5 millones de refugiados —las cifras más altas jamás registradas— (OIM, 2017).

Los conflictos fueron un importante factor en 19 de las 21 situaciones en las que las Naciones Unidas coordinaron planes de respuesta humanitaria en 2018. La mayoría de estas crisis se han prolongado durante 5 años o más; y tres de ellas (en la República Democrática del Congo, Somalia y el Sudán) llevan más de 18 años en curso (OCAH, 2018). El número de desplazados forzosos ha aumentado un 50% en el último decenio.

En 2017, la violencia étnica provocó la huida de Myanmar a Bangladesh de 655.500 rohinyás. Ese mismo año, 2,9 millones de sirios, 2,2 millones de congoleños y 1,4 millones de iraquíes se convirtieron en nuevos desplazados por conflictos (IDMC, 2018).

Los efectos de los conflictos internos o externos prolongados pueden mantenerse durante mucho tiempo tras el cese de las hostilidades. En 2017,



la mayor población desplazada del mundo —7,7 millones de personas— vivía en Colombia, pese a haberse alcanzado un acuerdo de paz en 2016.

Los conflictos de gran envergadura con frecuencia provocan la desintegración de la autoridad y el colapso económico, por lo que se requiere asistencia humanitaria a gran escala. Las amenazas a la seguridad de los trabajadores de socorro aumentan las dificultades. Las personas afectadas que se refugian en lugares inseguros siguen siendo vulnerables ante nuevos brotes de violencia y desplazamientos, y con cada uno de ellos van perdiendo resiliencia (IDMC, 2018).

Es más probable que quienes huyen de la violencia permanezcan en sus propios países y no crucen fronteras. Muchos desplazados a largo plazo se instalan en comunidades de acogida, con frecuencia en zonas urbanas, lo que

supone una carga para los servicios y complica las actividades de socorro.

Desastres relacionados con el clima

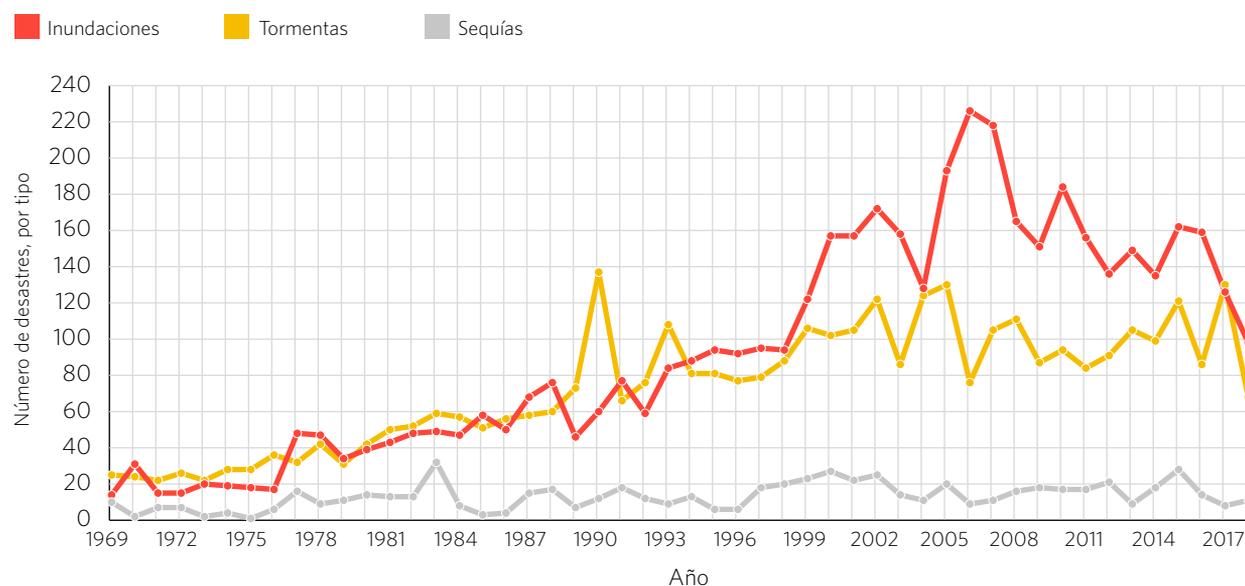
Son más las personas desplazadas por inundaciones, tormentas, sequías e incendios naturales de bosques que por conflictos, aunque muchas de estas evacuaciones son a corto plazo. Desde 2008, el promedio de nuevos desplazamientos relacionados con el clima en todo el mundo ha sido de unos 25 millones anuales; los tifones y los huracanes son una de las principales causas (gráfico 6.2). En particular, los países pequeños y los Estados insulares se enfrentan a mayores riesgos de devastación social y económica provocada por desastres (OIM, 2017).

Se prevé un incremento de la pobreza y las privaciones en

algunas zonas a medida que aumente el calentamiento global, lo que contribuirá a más desplazamientos. Son especialmente vulnerables los pueblos indígenas y las comunidades locales que dependen de medios de subsistencia agrícolas o costeros, sobre todo en regiones menos desarrolladas.

También se cree que el cambio climático constituye un factor de riesgo en los brotes de enfermedades infecciosas como el ébola y el zika, mediante la propagación de vectores de enfermedades y la competencia entre seres humanos y animales por un hábitat y unos recursos cada vez menores (Deese y Klain, 2017). Las epidemias registradas en África Occidental y, más recientemente, en la República Democrática del Congo, han tenido efectos devastadores sobre comunidades ya incapacitadas por conflictos.

GRÁFICO 6.2 Desastres por tipo, 1969-2017



Fuente: EM-DAT: Base de Datos Internacional sobre Eventos de Emergencia, Universidad Católica de Louvain (UCL), CRED, D. Guha-Sapir, www.emdat.be, Bruselas (Bélgica)

Desplazamiento de millones de personas

Los desplazamientos fomentados por el conflicto y la desesperación han contribuido a un aumento drástico de la migración internacional e interna en los últimos años. Si bien los refugiados y los desplazados internos constituyen un porcentaje relativamente pequeño del total de migrantes, con frecuencia se ven en situaciones de extrema vulnerabilidad y a menudo requieren asistencia y protección (OIM, 2017).

Los migrantes desplazados por los conflictos en Oriente Medio y África han soportado dificultades excepcionales. Miles de ellos han muerto tratando de cruzar el Mediterráneo. El cierre de las rutas de tránsito en Europa y el hecho de recurrir a traficantes ha expuesto a numerosos migrantes al riesgo de explotación o trata de personas (OIM, 2017).

Mujeres y adolescentes en riesgo

Toda crisis humanitaria, ya sea debida a un conflicto o a un desastre natural, provoca un colapso de los sistemas, lo que aumenta las múltiples necesidades de protección y servicios. En particular, las prisas iniciales por proporcionar alimentos y refugio pueden llevar a los equipos de respuesta a pasar por alto las formas concretas en que una crisis puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas, y amenazar sus vidas.

Sufrir un desastre natural o huir de la violencia puede ser extremadamente angustiante para las mujeres embarazadas y las madres de niños pequeños. El trauma y la malnutrición suponen un peligro en el embarazo, y durante las emergencias muchas mujeres sufren abortos espontáneos o dan a luz de

forma prematura. La falta incluso de las condiciones básicas para un parto limpio aumenta el riesgo de contraer una infección mortal tanto para la madre como para el niño (UNFPA, 2004). Si no se cuenta con parteras capacitadas o atención obstétrica de urgencia, las complicaciones en el parto con frecuencia pueden provocar la muerte o lesiones graves como la fístula obstétrica.

En el asentamiento de refugiados más densamente poblado del mundo de Cox's Bazar, en Bangladesh, tan solo 1 de cada 5 madres rohinyás da a luz en un centro de salud, pese a que cuentan con instalaciones dotadas con docenas de parteras formadas. Al parecer, algunos hombres impiden a sus esposas salir de sus hogares improvisados, mientras que otras han sido víctimas de violaciones y temen el estigma y la discriminación del conjunto de la sociedad (UNFPA Bangladesh, 2018).

La interrupción de la planificación familiar también supone una amenaza para la vida. Las mujeres sexualmente activas que no tienen acceso a anticonceptivos, debido a la falta de servicios o a restricciones legales, se exponen al riesgo de los embarazos no planeados y de contraer infecciones de transmisión sexual, como el VIH. Muchas de las que se embarazan recurren al aborto en condiciones de riesgo, que constituye una de las principales causas de muerte y lesiones maternas. Los servicios de aborto seguro suelen ser mínimos o inexistentes en contextos de crisis, incluso cuando la ley lo permite, y a menudo la atención tras el aborto —que puede ser vital— no está disponible.

La condición de desplazadas y la desarticulación de las familias hace

que las mujeres y las niñas sean más vulnerables ante violaciones y agresiones. Las adolescentes, las mujeres con discapacidad, así como las procedentes de minorías étnicas y sexuales pueden verse expuestas a una situación de especial riesgo. Según investigaciones recientes, al menos 1 de cada 5 mujeres refugiadas o desplazadas en contextos humanitarios complejos ha sido víctima de violencia sexual, aunque con frecuencia no se denuncie (Vu *et al.*, 2014). Las supervivientes sufren traumas psicológicos y físicos, así como embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Las personas con discapacidad son especialmente vulnerables a la violencia sexual, y pueden tener más dificultades para acceder a la ayuda tras una agresión. También los hombres y los niños se encuentran en situación de riesgo, y las normas que disuaden a mujeres y niñas de denunciar las agresiones pueden ser incluso más disuasivas en el caso de los varones (IFRC, 2018).

El temor a la agresión sexual o a la explotación y el abuso limita la movilidad de muchas mujeres refugiadas y desplazadas. Algunas familias en circunstancias extremas recurren al matrimonio infantil, con la esperanza de que casar a sus hijas las proteja de la violencia.

Desarrollo de una respuesta basada en los derechos y la libertad de decidir

En la respuesta humanitaria ante emergencias en todo el mundo, las necesidades y vulnerabilidades de las

UNA ADALID DEL CAMBIO

Nadine Alhraki

Huyeron de su país junto con otros 5 millones de personas. Tras cruzar la frontera en Jordania, encontraron la seguridad en el vasto campamento de refugiados de Za'atari.

Hace seis años, Nadine Alhraki era una recién casada de 21 años que estudiaba geografía en una universidad de Damasco (Siria). Desde entonces es una refugiada. Cuando Siria quedó inmersa en la guerra y el caos, ella y su marido

Tres días después de su llegada, a pesar de su desgarradora conmoción personal, Alhraki se inscribió como voluntaria de Questscope, una organización humanitaria que atiende a los jóvenes. Mediante un taller recibió formación para enseñar a jóvenes y adolescentes y ser su mentora en materia de salud reproductiva. Según Alhraki, «estos son temas importantes para todas las personas, sean o no refugiados. Sabemos que en nuestra comunidad existe una carencia de información correcta y que el acceso de los jóvenes a los servicios que necesitan es deficiente».

En un centro para jóvenes de Questscope, Alhraki dirige sesiones educativas que abordan temas como la maternidad sin riesgo para hombres y mujeres jóvenes de 18 a 24 años, así como sobre las etapas de la pubertad para los menores de 18 años. Mantener un ambiente cordial forma parte de promover debates interactivos sobre cuestiones prácticas, como qué hacer cuando comienza el periodo menstrual. Con frecuencia, los residentes más jóvenes del campamento reciben información sobre salud reproductiva por primera vez mediante estas sesiones.

En palabras de Alhraki, «Cuando se dan cuenta de que la información que tenían era equivocada, obtienen la información correcta y comprenden cómo puede afectar su vida, supone un gran cambio».

Las sesiones empoderan a los jóvenes para cuestionar los estereotipos, incluidos los relativos al género, y para pensar y actuar con arreglo a sus propias ideas. En una actividad que Alhraki recuerda bien, los jóvenes

«Cuando se dan cuenta de que la información que tenían era equivocada, obtienen la información correcta y comprenden cómo puede afectar su vida, supone un gran cambio».

distribuyeron portabebés a madres y padres, junto con mensajes sobre cómo los maridos pueden ayudar a sus esposas a cuidar de los hijos.

Ahora que está embarazada de su primer hijo, está determinada a seguir ayudando a los residentes jóvenes en Za'atari. Pero su mayor sueño es que su hijo no tenga que crecer siendo un refugiado. Y que disfrute de pleno acceso a servicios de salud y una educación de calidad, así como a conocimientos integrales sobre la salud reproductiva.

Entre risas, concluye: «¡Claro que enseñaré a mi hijo todo lo que sé ahora que soy una experta!».

mujeres no siempre han recibido la misma atención que la necesidad de alimentos y refugio.

Los agentes humanitarios no adoptaron un enfoque más coherente respecto a los derechos y necesidades de las mujeres y las niñas afectadas por crisis hasta la década de 1990 (Chynoweth, 2015). La primera edición del *Manual para Situaciones de Emergencia*, publicado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) en 1982, estipulaba que la atención primaria de la salud a las comunidades desplazadas debe englobar la «salud de la madre y del niño, incluida la planificación familiar». No obstante, en la práctica, los servicios anticonceptivos no se incluían normalmente en la atención sanitaria a los refugiados (Wulf, 1994).

En 1991, el ACNUR publicó la *Guía para la Protección de Mujeres Refugiadas*, que enmarcaba las inquietudes en materia de protección con arreglo a normas internacionales consolidadas como la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Además de «protección contra el retorno forzoso a su país de origen, seguridad contra los ataques armados y otras formas de violencia, protección contra la detención injustificada o indebidamente prolongada, un estatuto legal que les otorgue derechos sociales y económicos adecuados y el acceso a cosas tan fundamentales como el alimento, la vivienda, el vestido y la atención médica», señala que «las mujeres y muchachas refugiadas tienen necesidades especiales de protección por razón de su sexo: por

ejemplo, deben ser protegidas contra la manipulación, el abuso y la explotación de carácter sexual y físico, así como contra la discriminación sexual en el suministro de bienes y servicios» (ACNUR, 1991).

La Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados publicó en 1994 «Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities» (Mujeres refugiadas y atención de la salud reproductiva: replanteamiento de las prioridades). En este influyente informe se identifican carencias esenciales en la atención a las mujeres, incluida la educación sexual, la planificación familiar, la educación sobre el VIH y su prevención, insumos para la menstruación y servicios para ayudar a las supervivientes de abusos sexuales, violaciones y prostitución forzada (Wulf, 1994).

La transformadora CIPD de 1994 incrementó el reconocimiento internacional de la capacidad de decisión de la mujer por lo que respecta a las relaciones sexuales y la reproducción. En sus recomendaciones para hacer de la salud y los derechos reproductivos una realidad, el Programa de Acción de CIPD incluyó a las personas desplazadas, los refugiados y los migrantes afectados por la degradación ambiental, los desastres naturales y los conflictos internos, e instó a los Estados a que abordasen sus causas básicas, «especialmente las relacionadas con la pobreza». Hizo un llamamiento a la protección de las personas que, «debido al carácter forzoso de su traslado [...] se encuentran a menudo en situaciones especialmente vulnerables, en particular las mujeres, que pueden ser víctimas de violación

y de ataques sexuales en situaciones de conflicto armado». Urgió a los Gobiernos a velar por que «todas las personas desplazadas reciban [...] servicios básicos de atención de la salud, inclusive servicios de salud reproductiva y de planificación de la familia» y a proporcionar a los refugiados acceso a los «servicios de salud, incluida la planificación de la familia» (Naciones Unidas, 2014a).

En 1999, un análisis quinquenal de los avances en la aplicación del Programa de Acción profundizó sobre la necesidad de abordar las inquietudes en materia de protección y garantizar la salud sexual y reproductiva de los refugiados y las personas desplazadas (Naciones Unidas, 1999).

Definición de los estándares de atención de la salud reproductiva

En 1995, aproximadamente 40 organismos públicos e intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales relacionados con labores de socorro establecieron el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados, actualmente denominado Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre la Salud Reproductiva en las Crisis. La coalición, liderada por el UNFPA y ACNUR, desarrolló directrices para intervenciones en las distintas fases de las crisis, sobre maternidad sin riesgo; violencia sexual y por razón de género; enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; y la planificación familiar. Estas se desarrollaron en *Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados. Manual de Trabajo Interinstitucional* (ACNUR, 1999).



Si bien los refugiados y los desplazados internos constituyen un porcentaje relativamente pequeño del total de migrantes, con frecuencia se ven en **situaciones de extrema vulnerabilidad** y a menudo requieren asistencia y protección

© UNFPA/N. Batev

La piedra angular del manual fue el siguiente principio: «la atención de la salud reproductiva debe estar disponible en todas las situaciones y basarse en las necesidades y las demandas expresadas por los refugiados, en especial las mujeres, respetando plenamente los diversos valores religiosos y éticos y los antecedentes culturales de los refugiados, al tiempo que se ajusta a los derechos humanos internacionales universalmente reconocidos».

Con los años, el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre la Salud Reproductiva en las Crisis ha sido fundamental al presionar para que se incluyan las cuestiones de salud sexual y reproductiva en todas las respuestas a las crisis, y proporcionar normas técnicas para prestar servicios, así como pruebas a los encargados de formular políticas. La coalición ha crecido hasta incluir 20 agencias

pertenecientes al comité directivo y cuenta con una red de más de 2.000 miembros de 450 agencias distintas.

Servicios esenciales durante una crisis

En su manual de campo, el grupo de trabajo delineó un influyente «paquete de servicios iniciales mínimos» que incluye las actividades más importantes para prevenir la mortalidad y la morbilidad. Estos se aplican en todas las emergencias y deben ser implementados por personal capacitado al inicio de cualquier crisis.

Los objetivos consisten en: identificar una agencia líder que coordine las actividades de salud reproductiva y apoye a los asociados; prevenir la violencia sexual y proporcionar atención médica y psicosocial a los supervivientes; reducir la transmisión del VIH, con transfusiones sanguíneas seguras y

condones gratuitos; prevenir las muertes maternas y de recién nacidos, a través de servicios de emergencia, remisiones a tiempo completo y kits de parto limpio; prevenir los embarazos no planeados, con una serie de métodos anticonceptivos e información; y realizar la transición hacia unos servicios integrales de salud sexual y reproductiva tan pronto como sea posible.

La promoción de los socios del grupo de trabajo ha conducido a que el paquete de servicios se haya adoptado de forma generalizada. En la actualidad se incluye en las normas del Proyecto Esfera, una serie de principios ampliamente adoptados por los encargados de dar respuesta humanitaria; en los criterios relacionados con la asistencia dirigida a salvar vidas del Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia de las Naciones Unidas para establecer prioridades de acción

temprana en los desastres; así como en las orientaciones en materia de salud del Comité Permanente entre Organismos, que coordina las labores de socorro de los organismos de las Naciones Unidas y de organizaciones no gubernamentales (CPO, 2009).

En la edición revisada del manual de campo de 2018 se identifica la prevención de los embarazos no planeados —mediante el suministro de métodos anticonceptivos de acción prolongada y a corto plazo, información y asesoramiento—, como objetivo diferenciado que contribuye a salvar vidas, y no como un elemento de la salud materna. También se reconoce que el control de la fecundidad permite a las mujeres y las niñas participar en la educación, la protección, la preparación para la vida y los medios de subsistencia. En los casos en que es legal, se incluye la asistencia segura en casos de aborto como una prioridad independiente. Asimismo, el manual proporciona orientaciones adicionales sobre la transición de servicios de salud sexual y reproductiva de emergencia a servicios integrales en este ámbito, incorpora un capítulo sobre logística y presta más atención a la violencia por razón de género.

Cabe destacar que el manual de 2018 hace énfasis en el hecho de que proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva integrales a las poblaciones afectadas por crisis constituye un imperativo de derechos humanos acorde a las obligaciones de derechos internacionales y a las orientaciones de numerosos órganos políticos.

La Cumbre Humanitaria Mundial de las Naciones Unidas celebrada en 2016 en Estambul adoptó la Agenda

para la Humanidad. Como parte de sus principales compromisos para lograr la igualdad de género, hizo un llamamiento al «acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos», así como a un «esfuerzo mundial coordinado para prevenir y responder a la violencia por razón de género en contextos de crisis». Los Estados formalizaron numerosos compromisos para aplicar y financiar actividades en materia de salud sexual y reproductiva.

Respuesta a la violencia sexual

En paralelo a la mayor atención prestada a garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en situaciones de emergencia, los actores humanitarios se han centrado cada vez más en la violencia sexual y sus consecuencias, sobre todo durante conflictos. El uso horrendo y generalizado de la violación como arma de guerra en la década de 1990 en la ex-Yugoslavia, Rwanda, Sierra Leona y Liberia, así como en la República Democrática del Congo después de 1998, provocó una respuesta de la comunidad internacional.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995 adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer hizo un llamamiento a adoptar medidas para abordar «la estrecha vinculación existente entre las violaciones masivas de derechos humanos, especialmente en forma de genocidio, la depuración étnica, violación sistemática de mujeres en situaciones de guerra y las corrientes de refugiados y otros desplazamientos y el hecho de que las mujeres refugiadas, desplazadas y repatriadas pueden ser objeto de formas especiales

de abuso de los derechos humanos» (Naciones Unidas, 1995a).

El Estatuto de Roma de 1998 de la Corte Penal Internacional definió la violación y la violencia sexual cometidas en ataques sistemáticos contra la población civil como crímenes de lesa humanidad y crímenes de guerra (CPI, 1998).

En 2000, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas adoptó la resolución 1325 que abogaba por una mayor participación de las mujeres en la prevención de conflictos y la promoción de la paz y la seguridad. Dicha resolución instó a «todas las partes en un conflicto armado a que adopten medidas especiales para proteger a las mujeres y las niñas de la violencia por razón de género, particularmente la violación y otras formas de abusos sexuales».

La resolución 1820 del Consejo de Seguridad adoptada en 2008 declaró que «las mujeres y las niñas son especialmente objeto de actos de violencia sexual, incluso como táctica de guerra destinada a humillar, dominar, atemorizar, dispersar o reasentar por la fuerza a miembros civiles de una comunidad o grupo étnico». Esta calificó la violencia sexual de amenaza para la seguridad e impedimento para el restablecimiento de la paz, y afirmó que los esfuerzos de reconstrucción y recuperación tras los conflictos deben prestar especial atención a los efectos de la violencia sexual. El Consejo se extendió sobre estas cuestiones en resoluciones posteriores.

En ese mismo período, las organizaciones que participan en labores de socorro han ido dando más prioridad a la prevención de la violencia sexual y a la respuesta a

las necesidades de las supervivientes, un objetivo básico del paquete de servicios iniciales mínimos. En la versión revisada del manual de campo del Grupo de Trabajo Interinstitucional, la definición de violencia por razón de género incluye la violación, la explotación y los abusos sexuales, la prostitución forzada, la trata, el matrimonio precoz forzado, la mutilación genital femenina, el asesinato por honor, la violencia doméstica y en la pareja íntima, los daños basados en la orientación sexual o la identidad de género, y el abuso en la vejez. Esta ofrece orientación sobre cómo establecer espacios seguros para las supervivientes dentro de los establecimientos sanitarios, proporcionar atención clínica adecuada y derivar a las supervivientes a servicios psicosociales y legales.

Pactos mundiales sobre los migrantes y los refugiados

La Asamblea General de las Naciones Unidas organizó la Cumbre sobre los Refugiados y los Migrantes —la primera de este tipo— en 2016. El objetivo era desarrollar un plan para un sistema más responsable y predecible de respuesta a la migración.

En su Declaración de Nueva York, la Asamblea afirmó que la promesa de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas de «no dejar a nadie atrás» incluye a los refugiados, los desplazados internos y los migrantes. Los Estados Miembros se comprometieron a garantizar «que se dé a todas las personas que llegan a nuestros países [...] una acogida rápida, respetuosa, humana y digna, que se centre en las personas y tenga en cuenta las cuestiones de género» y proteger

sus derechos humanos e intensificar las labores de diplomacia que tienen por objeto la prevención temprana de crisis. Se comprometieron a la «incorporación de una perspectiva de género» en las políticas de migración, a «combatir la violencia por razón de género» y a facilitar «el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva» a las personas afectadas por las crisis (Naciones Unidas, 2016).

En la cumbre arrancaron las negociaciones para el desarrollo de dos acuerdos más amplios: el Pacto Mundial sobre los Refugiados, refrendado por la Asamblea General en su período de sesiones de 2018; y el Pacto Mundial para la Migración Segura, Ordenada y Regular, adoptado en una conferencia intergubernamental celebrada en Marrakech (Marruecos) en diciembre de 2018. Ambos pactos están comprometidos con la lucha

© SOPA Images/Getty Images





© UNFPA Myanmar/B. Manser

contra la violencia por razón de género. No obstante, ninguno de los dos documentos menciona de forma explícita la atención de la salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas, 2018 y 2018a).

Respuesta del UNFPA ante las emergencias

En consonancia con su mandato, establecido en el Programa de Acción de la CIPD, el UNFPA se centra en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las mujeres, incluso en crisis y emergencias.

El UNFPA ha defendido la inclusión de intervenciones sobre salud reproductiva como componente vital de la asistencia internacional en todas las crisis y ha sido fundamental para elaborar las normas que actualmente sustentan la labor de respuesta a las necesidades de salud reproductiva y a la violencia por razón de género en diversos contextos. Ha ayudado a los países en vías de recuperación a integrar la salud reproductiva en la reconstrucción de sus sistemas de salud. Y está ayudando a los países a prepararse para afrontar crisis futuras.

Antes de que se produzca una crisis y durante emergencias prolongadas, el UNFPA, en colaboración con los Gobiernos y las organizaciones locales de la sociedad civil, contribuye a generar capacidades en los sistemas de salud mediante el almacenamiento de insumos esenciales, el fortalecimiento de la gestión de la cadena de suministro y la capacitación del personal nacional para el almacenamiento, el transporte y la utilización de insumos de salud reproductiva.

Cuando Nepal se vio afectado por un terremoto en 2015, los equipos de respuesta pudieron desplegar con rapidez insumos médicos previamente posicionados en ubicaciones estratégicas. En Fiji y Australia existen almacenes preparados para atender a las islas del Pacífico vulnerables a los desastres (UNFPA, 2018c). En Sudán del Sur, donde existen escasos establecimientos sanitarios funcionales, cinco centros de suministros almacenan kits posviolación e insumos de salud reproductiva (UNFPA, 2018c).

El UNFPA es el principal proveedor de insumos relacionados

con la salud reproductiva en todo el mundo, así como de equipos embalados y listos para su distribución en distintas situaciones y distintos niveles de servicio. Los kits de planificación familiar, por ejemplo, incluyen condones, anticonceptivos orales e inyectables y dispositivos intrauterinos. Los kits de salud materna y neonatal incluyen equipos e insumos médicos esenciales para la asistencia clínica en el parto y la atención obstétrica de emergencia básica e integral. Otros kits contienen insumos para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, la atención de abortos espontáneos y la realización de transfusiones sanguíneas.

En situaciones de crisis, el UNFPA da prioridad a atender las necesidades de protección y salud sexual y reproductiva de las adolescentes. En 2009, el UNFPA y Save the Children publicaron un documento con herramientas para responder a las necesidades de los adolescentes mediante el paquete de servicios iniciales mínimos (UNFPA, 2009).

En sus intervenciones humanitarias, el UNFPA establece espacios específicos para las niñas, y les ofrece aptitudes para la subsistencia, información sobre la salud y la remisión a los servicios. Cuando es necesario, también presta apoyo a clínicas móviles y equipos de divulgación que proporcionan servicios e insumos de salud, incluidos anticonceptivos. Se consulta a los adolescentes y estos participan en la respuesta, distribuyendo kits de higiene femenina, recopilando datos y comunicándose con sus pares (UNFPA, 2016).

El UNFPA también se encarga de coordinar la prevención de la violencia por razón de género, la mitigación de riesgos y la respuesta en muchas situaciones humanitarias. Capacita a los trabajadores de la salud para que presten con sensibilidad y de forma confidencial servicios vitales de calidad, incluidos los tratamientos posviolación, y distribuye insumos clínicos —incluidos anticonceptivos de emergencia y profilaxis tras la exposición al VIH— a los centros de salud y a las clínicas móviles.

Desarrollo de la resiliencia

Garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como la seguridad de las mujeres y las niñas en crisis, es hoy en día una prioridad mundial consolidada. Pero el

verdadero éxito en esta iniciativa está vinculado al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030. Debe dotarse a las sociedades de una mayor resiliencia para prevenir y afrontar la violencia y los desastres, además de recuperarse de estos. Esto requiere más recursos, soluciones más inteligentes y una mejor colaboración internacional para abordar los múltiples factores que subyacen al crecimiento exponencial de las necesidades humanitarias. El aumento de la desigualdad, los conflictos prolongados, el cambio climático y la evolución demográfica (crecimiento demográfico, migración, urbanización y envejecimiento) dificultan superar unos retos cada vez mayores.

Y mucho más allá de las demandas de respuesta a las crisis, el desarrollo

sostenible, la consolidación de la paz, la lucha contra el cambio climático y la reducción del riesgo de desastres requieren grandes inversiones y más compromiso.

Tal como se señaló en el panel de expertos sobre financiación humanitaria celebrado en 2016 por iniciativa del Secretario General de las Naciones Unidas: «la mejor manera de hacer frente a las crecientes necesidades humanitarias consiste en enfrentar sus causas originales [...] Puesto que el desarrollo es el medio óptimo para la creación de resiliencia [...] los escasos recursos mundiales de asistencia oficial para el desarrollo deberían utilizarse allí donde resultan más importantes, a saber, en situaciones de fragilidad» (Naciones Unidas, 2016a).

PUNTOS DESTACADOS DEL CAPÍTULO

- Toda crisis humanitaria, ya sea debida a un conflicto o a un desastre natural, provoca un colapso de los sistemas, lo que aumenta las múltiples necesidades de protección y servicios. En particular, las prisas iniciales por proporcionar alimentos y refugio pueden llevar a los equipos de respuesta a pasar por alto las formas concretas en que una crisis puede aumentar la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas, y amenazar sus vidas.
- Sufrir un desastre natural o huir de la violencia puede ser extremadamente angustiante para las mujeres embarazadas y las madres de niños pequeños. El trauma y la malnutrición suponen un peligro en el embarazo, y durante las emergencias muchas mujeres sufren abortos espontáneos o dan a luz de forma prematura.
- En los países en situaciones de emergencia, cada día mueren más de 500 mujeres y niñas durante el embarazo y el parto, debido a la falta de parteras calificadas o de procedimientos obstétricos de emergencia y a abortos en condiciones de riesgo.
- Desde mediados de la década de 1990, los Gobiernos, las organizaciones humanitarias y las instituciones internacionales han ido aumentando los servicios que prestan a las mujeres y las adolescentes cuyas opciones se han visto limitadas por las guerras y los desastres naturales.
- La transformadora Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 incrementó el reconocimiento internacional de la capacidad de decisión de la mujer por lo que respecta a las relaciones sexuales y la reproducción. En sus recomendaciones para hacer de la salud y los derechos reproductivos una realidad, el Programa de Acción de la conferencia incluyó a las personas desplazadas, los refugiados y los migrantes afectados por la degradación ambiental, los desastres naturales y los conflictos internos.

RIGHTS

meaning that a person needs



INSTITUCIONES Y FINANCIACIÓN PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS Y LA LIBERTAD DE DECIDIR

En 1969, pocos países contaban con políticas demográficas o instituciones para aplicarlas (Nizamuddin, 2002). Sin embargo, a medida que fue prestándose más atención a las cuestiones de población a escala mundial, cada vez más países trataron de comprender mejor y abordar las interacciones entre la dinámica demográfica y el desarrollo.

En 1976, 40 países contaban con políticas para reducir la fecundidad; en 1986, este número había aumentado a 54, y en 1996, a 82 (Naciones Unidas, 2015a).

Algunos países encargaron a sus ministerios de salud programas específicamente centrados en el suministro de anticonceptivos. Otros establecieron juntas independientes de planificación familiar o comisiones de población para convertir rápidamente la financiación

de los donantes en servicios. Y en muchos otros países, los Gobiernos colaboraron con organizaciones de la sociedad civil en el suministro de anticonceptivos, en particular a los grupos de población subatendidos.

Con el tiempo, las instituciones han tenido que adaptarse para poder satisfacer las crecientes necesidades de una mayor variedad de servicios de salud sexual y reproductiva y permitir a las mujeres ejercer sus derechos reproductivos.

Limitaciones iniciales

Algunos de los primeros programas de planificación familiar integrados en los ministerios de salud prestaban sus servicios principalmente a través de clínicas y hospitales urbanos. En ocasiones, las deficiencias infraestructurales dificultaban la ampliación de los servicios a zonas remotas, e incluso en las zonas urbanas, la falta de recursos y de personal capacitado hizo que grandes sectores de la población de un mismo



país tuvieran un acceso limitado o nulo a servicios anticonceptivos de calidad.

Además, debido a que los donantes occidentales asumían gran parte de los costos que suponía dispensar anticonceptivos en ese momento, con frecuencia los servicios reflejaban las preferencias de los donantes y, por ende, en ocasiones no respondían a las necesidades de las mujeres. Algunos donantes se comprometieron a construir más clínicas, mientras que otros prefirieron financiar planes de distribución ajenos a la infraestructura de los ministerios de salud, y otros financiaron sobre todo proyectos de investigación y demostración (Robinson y Ross, 2007).

La coordinación fue especialmente complicada en los primeros programas de población. La responsabilidad de los distintos aspectos de la aplicación de las políticas demográficas dependía de diversas instituciones nacionales: los ministerios de salud se ocupaban de la prestación de servicios clínicos; las oficinas centrales de estadística se encargaban de los censos y las encuestas; los ministerios de educación asumían los planes de estudio de las escuelas e instituciones de enseñanza; los ministerios de información llevaban a cabo las campañas de educación pública; y los ministerios de planificación o de finanzas asignaban los fondos. En algunos casos se contaba con unidades de planificación demográfica o comisiones demográficas nacionales que contribuyeron a la coordinación de los múltiples aspectos de la política demográfica, aunque con frecuencia la capacidad para liderar estas

iniciativas fue escasa. La dispersión en la administración de los programas complicaba la prestación de servicios y la divulgación de la información que las mujeres necesitaban para ejercer sus derechos reproductivos.

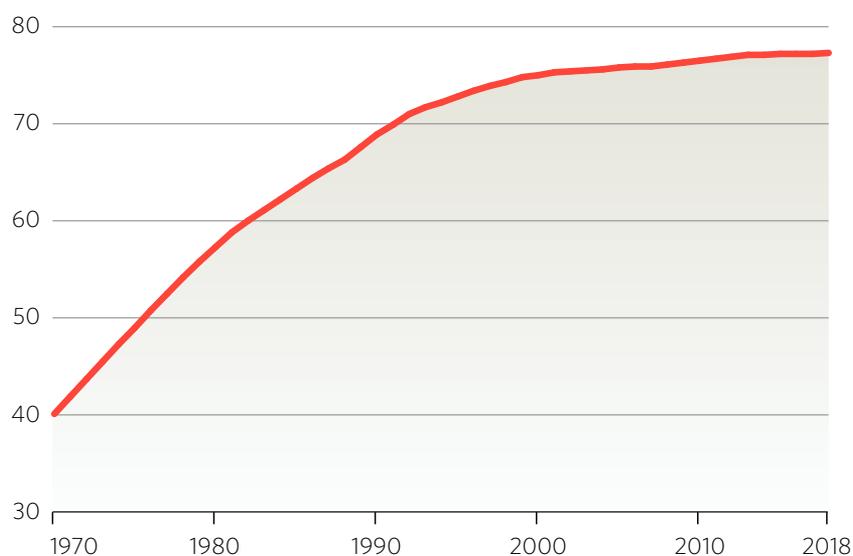
Otra limitación en las fases iniciales de los programas de planificación familiar fue la escasez de datos que sirviesen de orientación a la formulación de los programas o para vigilar la repercusión de las iniciativas. En la década de 1970, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional contribuyó a establecer numerosas agencias estadísticas centrales, y desde entonces han mejorado sustancialmente el alcance y la calidad de los datos epidemiológicos y conductuales de los países en desarrollo en materia de salud sexual y reproductiva.

No obstante, todavía existen carencias en la recopilación y el análisis de datos sobre algunos acontecimientos, resultados y morbilidades, como el aborto, la violencia entre personas, las infecciones de transmisión sexual, la fístula obstétrica, la incontinencia, el dolor durante el coito y la disfunción sexual.

Avances graduales

El alcance de los programas de planificación familiar se amplió lentamente en la década de 1970 y con mayor rapidez en las décadas siguientes. Por ejemplo, se calcula que el 40% de la demanda de planificación familiar de las regiones en desarrollo se atendió con un método moderno en 1970 (gráfico 7.1). Ese porcentaje aumentó hasta el 57% en 1980, el 69% en 1990, el 75% en 2000 y en la actualidad se

GRÁFICO 7.1 Demanda de planificación familiar atendida con métodos anticonceptivos modernos: porcentaje entre mujeres casadas o en unión libre, 1970–2018



sitúa próximo al 77% (Naciones Unidas, 2018b).

Este avance es un reflejo del incremento gradual del «nivel de esfuerzo» destinado por los Gobiernos a sus programas de planificación familiar. En 1972, los investigadores diseñaron medidas del esfuerzo programático y, desde entonces, las han aplicado periódicamente en la mayoría de los países en desarrollo. El Family Planning Program Effort Index (Índice de Esfuerzo de los Programas de Planificación Familiar) se basa en un cuestionario que evalúa el nivel de esfuerzo mediante 30 medidas estructuradas en cuatro categorías: políticas, servicios, evaluación y acceso al método. La puntuación del índice de esfuerzo se obtiene a partir de las respuestas al cuestionario de observadores independientes e informados, y se evalúa por separado de los resultados,

En 1976,
40 países contaban
con políticas para
reducir la fecundidad;
en 1986, este número
había aumentado a
54, y en 1996, a 82.

como el uso de anticonceptivos o la variación en la fecundidad.

Cuando este índice evaluó por primera vez 23 programas nacionales en 1972, los resultados mostraron una distribución bastante uniforme de los países a lo largo de un continuo que iba de un esfuerzo bajo a un esfuerzo elevado. Sin embargo, para 1989 la puntuación de muchos



© Giacomo Pirozzi/Panos Pictures

países había aumentado, con lo que los países que antes registraban un bajo esfuerzo comenzaron a asemejarse a los incluidos en las categorías de esfuerzo medio y alto (Robinson y Ross, 2007). No obstante, este avance en el esfuerzo destinado a la planificación familiar tan solo representa una parte del conjunto, y gradualmente las políticas demográficas comenzaron a incluir aspectos adicionales a la planificación familiar.

Políticas demográficas: más allá de la reducción de la fecundidad

El consenso pionero alcanzado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994 contribuyó a impulsar la creación

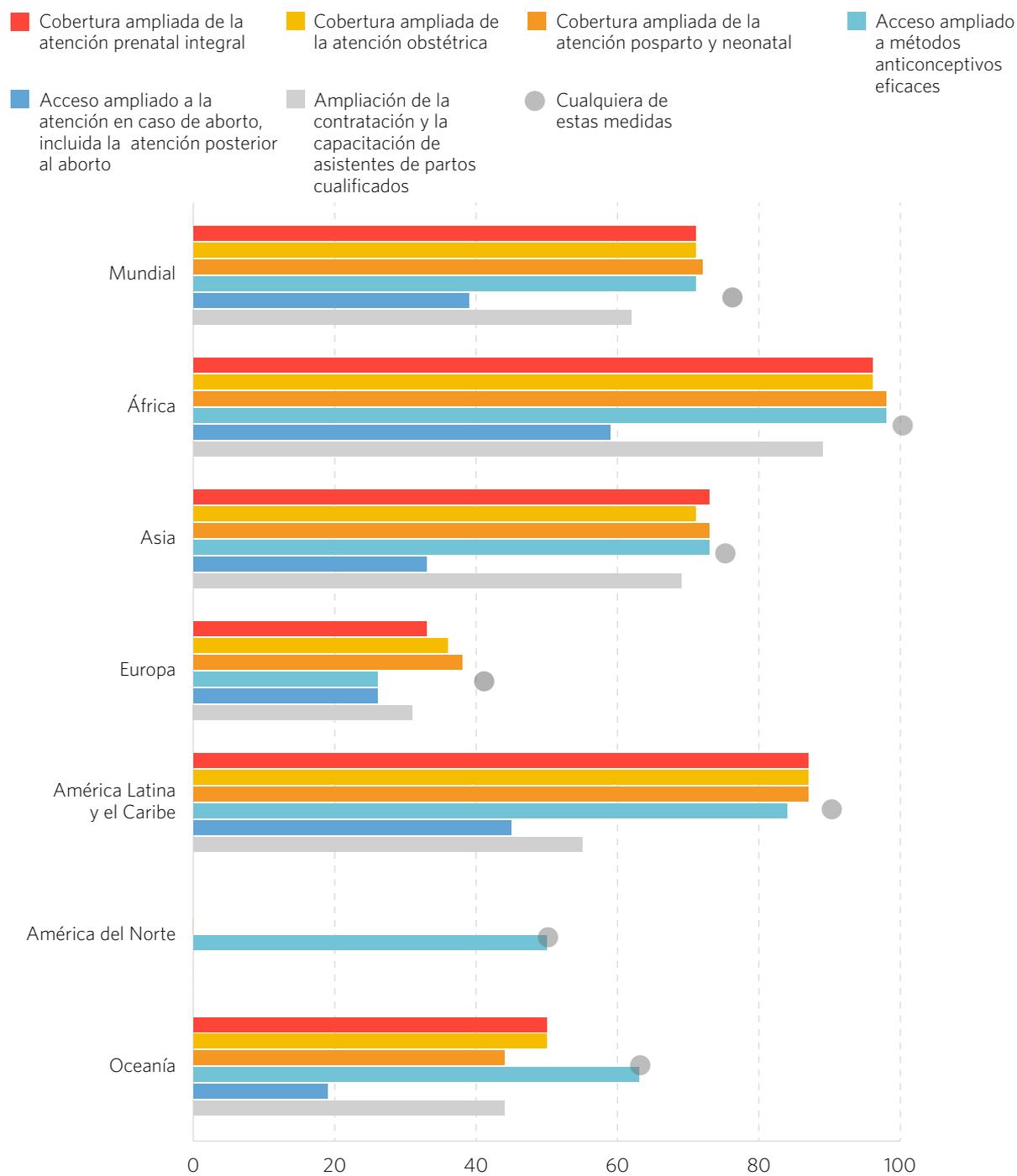
de instituciones y su renovación. Con el tiempo fueron más las políticas y estrategias demográficas nacionales que ampliaron su limitado énfasis en la planificación familiar como método para reducir la fecundidad e incorporaron la nueva agenda mundial en materia de salud sexual y reproductiva y de empoderamiento de las mujeres.

Por ejemplo, en 2015, el 76% de los Gobiernos habían adoptado una o varias medidas políticas en los cinco años previos destinadas a reducir el número de muertes maternas o neonatales, y más del 70% de los Gobiernos habían ampliado la cobertura de la atención posparto y neonatal esencial, la atención prenatal integral o la atención obstétrica

(Naciones Unidas, 2017a). Además, el 62% de los Gobiernos de todo el mundo habían adoptado una política para ampliar la contratación y la capacitación de parteras capacitadas, y el 39% había ampliado el acceso a la asistencia segura en casos de aborto, incluida la atención con posterioridad a este (gráfico 7.2).

En un estudio mundial sobre los avances en la aplicación de las recomendaciones del Programa de Acción de la CIPD, los Gobiernos proporcionaron información sobre el establecimiento de varias instituciones «a fin de abordar cuestiones relacionadas con la interacción entre población y desarrollo». Según las conclusiones de este, en comparación con otros temas de la CIPD, como son

GRÁFICO 7.2 Porcentaje de Gobiernos que han adoptado medidas políticas en los últimos cinco años para abordar la mortalidad neonatal o materna, por región, 2015



Source: Naciones Unidas, 2017a.
 Nota: a partir de los datos disponibles en 190 países.

la educación y la migración, desde la década de 1990 se ha producido un mayor crecimiento relativo en las instituciones públicas a la hora de abordar temas como la igualdad de género, los adolescentes y la juventud, y la población y el desarrollo sostenible (Naciones Unidas, 2014).

Estas nuevas instituciones promueven los derechos y la libertad de decidir con especial eficacia cuando se adaptan por completo a las necesidades y perspectivas de los usuarios potenciales. El Programa de Acción hizo énfasis en la necesidad de implicar en el desarrollo de leyes, políticas y prácticas a las personas directamente afectadas, en especial a aquellas históricamente excluidas por discriminación, coacción o violencia. Este tipo de implicación permite empoderar a las personas, en especial a las mujeres y niñas, para que ejerzan sus derechos de forma más plena.

El aumento del valor de las alianzas

Durante las décadas de 1970 y 1980 aumentaron las alianzas en el ámbito de la población y el desarrollo, se diversificaron y contribuyeron en gran parte al éxito de la promoción de los objetivos de población y desarrollo (Weerakoon, 2002).

El Programa de Acción reconoció esta evolución y apuntó que había dejado de ser poco frecuente que los Gobiernos y las organizaciones multilaterales trabajasen de la mano de organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales y el sector privado (Naciones Unidas, 2014a).

Los ambiciosos y expansivos objetivos del Programa de Acción

son en gran medida el resultado de la movilización de la sociedad civil, y no es de extrañar que, desde 1994, diversas organizaciones de la sociedad civil y otras partes interesadas no gubernamentales hayan aumentado sus movilizaciones para dar forma a los marcos normativos y de rendición de cuentas en materia de salud sexual y reproductiva a escala mundial, regional y nacional (Naciones Unidas, 2014). Esta tendencia se ha producido en un contexto de mayor difusión de la autoridad y el liderazgo en las estructuras de gobernanza, y el correspondiente reconocimiento del valor que conlleva la participación y la asociación entre los gobiernos nacionales y locales, la sociedad civil y los actores no estatales.

De finales de la década de 1980 a principios de la de 1990, una serie de iniciativas gubernamentales de descentralización generó oportunidades para la participación de la sociedad civil en la planificación local, la adopción de decisiones y la supervisión y evaluación de los servicios de salud sexual y reproductiva. No obstante, la descentralización también trajo consigo dificultades relacionadas con la falta de claridad en la forma en que las distintas instituciones se relacionan entre sí y con las autoridades sanitarias de los distritos, además de problemas asociados con los flujos de productos básicos y las adquisiciones, y el desembolso de equipo e insumos (Maceira, 2005).

Con este cambio, en los últimos 20 años se ha visto mejorada la participación de los beneficiarios previstos del Programa de Acción, ya que en la planificación y la ejecución se han reconocido e integrado formalmente

extensas redes de organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil (Naciones Unidas, 2014).

La Coalición para el Suministro de Material de Salud Reproductiva, por ejemplo, reúne a organizaciones de la sociedad civil con organizaciones multilaterales y bilaterales, fundaciones privadas, Gobiernos y representantes del sector privado con el objetivo de garantizar que todas las personas de países de ingresos bajos y medianos tengan acceso a anticonceptivos y otros insumos de salud reproductiva asequibles y de gran calidad, y puedan utilizarlos. Y la iniciativa Family Planning 2020 ha involucrado a la sociedad civil en el establecimiento de estrategias para conseguir su objetivo de proporcionar acceso a información, anticonceptivos y servicios de planificación familiar voluntaria a 120 millones de mujeres y niñas más de los países más pobres del mundo para 2020.

De igual modo, el sector privado ha asumido un papel más importante en la planificación y ejecución de programas. El Programa de Acción reconoció el papel fundamental que podría desempeñar el sector privado con fines de lucro, y exhortó a los Gobiernos y a las organizaciones no gubernamentales a que intensificaran su cooperación con el sector privado en los programas de población y desarrollo, en especial en ámbitos como la producción y el suministro de productos anticonceptivos de gran calidad y la prestación de servicios con información y educación adecuadas (Naciones Unidas, 2014a). Una investigación hecha sobre el terreno a escala mundial en 1998 reveló que en muchos países el sector privado había

UNA ADALID DEL CAMBIO

Michelle Bachelet

igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos mediante la supervisión de cambios transformadores en la legislación chilena para mujeres y niñas.

Bachelet se convirtió en la primera Presidenta de Chile en 2006 y pronto cumplió su promesa electoral de formar un Gobierno paritario. Aprovechó su arraigada relación con el movimiento de las mujeres chilenas para que las feministas entrasen en el Gobierno y estas la apoyaron en la promoción de reformas relativas a aspectos fundamentales de los derechos reproductivos.

Impulsó con éxito la ampliación de la protección de las supervivientes de violencia doméstica, la eliminación de la discriminación en el lugar de trabajo, la equidad de género del sistema de pensiones y la mejora de la atención infantil para las madres de bajos ingresos. Cuando una coalición conservadora se interpuso en el camino de su plan para ampliar el acceso a los anticonceptivos de emergencia, Bachelet apeló a un público solidario y el proyecto de ley fue aprobado por la vía rápida. En 2017, a finales de su segundo mandato como Presidenta, Bachelet impulsó otro cambio histórico al conseguir que el Congreso chileno pusiera fin a 28 años de interdicción general del aborto.

En sus propias palabras, «estaba determinada a llevar a cabo el tipo de reformas sociales, económicas y políticas que consideraba necesarias para mejorar las vidas de las personas. Tuvimos el valor de poner a Chile en marcha y, con esto, hemos presenciado una transformación en el país».

En 2018, Bachelet se convirtió en Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, con el compromiso de aprovechar toda una vida de experiencias para promover los derechos humanos para todos. «Quienes defienden los derechos humanos y las víctimas recurren al Alto Comisionado y esperan que estemos ahí para defenderlos y darles nuestro apoyo», afirma. «Y haré todo lo que esté en mi mano para asegurarme de que así sea».

Lo mismo se aplica a mujeres y niñas. «Crear un mundo más equitativo y justo que garantice los derechos de las niñas y las mujeres es algo más que un reto», señala Bachelet, quien también ejerció como la primera Directora Ejecutiva de ONU-Mujeres. «Es una necesidad y una obligación».

«Estaba determinada a llevar a cabo el tipo de reformas sociales, económicas y políticas que consideraba necesarias para mejorar las vidas de las personas».





© UNFPA/Sanne De Wilde/NOOR

comenzado a desempeñar un papel más activo en el funcionamiento de las clínicas y en la puesta en marcha de programas de mercadotecnia social (Weerakoon, 2002).

Dado el aumento de la diversidad de las alianzas y los actores, el Programa de Acción hizo un llamamiento a los Gobiernos beneficiarios para reforzar los mecanismos nacionales de coordinación con el fin de garantizar una cooperación eficaz y eficiente en materia de población y desarrollo. El Programa de Acción observó la necesidad de aclarar las responsabilidades asignadas a los asociados para el desarrollo, basándose en la consideración de las ventajas comparativas y las prioridades nacionales de desarrollo, e hizo un llamamiento a la comunidad internacional para que ayudase a los

Gobiernos beneficiarios a llevar a cabo estas iniciativas de coordinación (Naciones Unidas, 2014a). Los países donantes han mantenido sus prioridades nacionales al tiempo que han respaldado un aumento de la colaboración y la armonización en los procesos nacionales y las Naciones Unidas en el marco de la reforma de dicha organización, así como mediante nuevas iniciativas de redes.

Dificultades para calcular y supervisar la financiación

El cálculo de las necesidades de financiación y la supervisión de los flujos financieros destinados a servicios de salud sexual y reproductiva constituyen un aspecto crítico para promover de forma eficaz los derechos y la libertad de decidir de las personas necesitadas.

Este tipo de iniciativas proporcionan información y transparencia que permiten a los donantes coordinar los esfuerzos, a los planificadores identificar prioridades y carencias, y a los defensores hacer que donantes y Gobiernos rindan cuentas respecto de sus compromisos.

Pero el cálculo financiero y su supervisión ha sido un ejercicio complicado desde los albores de las políticas demográficas. Durante las décadas de 1960 y 1970, las finanzas destinadas a la salud sexual y reproductiva se asignaban a diversas categorías presupuestarias. La financiación destinada a la salud materno-infantil y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, se clasificaba dentro de la financiación sanitaria general, mientras que la financiación para «población» se centraba en gran medida en financiar

UNA ADALID DEL CAMBIO

Enkhjargal Davaasuren

muchas mujeres se mostraban reacias a denunciar incluso delitos graves. En 1990 se produjo una revolución democrática, pero a raíz de ello, el sistema judicial dejó de reconocer la violencia doméstica y la violación conyugal como infracciones penales.

Esto nunca fue aceptable para Enkhjargal Davaasuren. De niña, su madre, activista sindical, celebraba numerosas reuniones en su hogar en las que las mujeres se organizaban para defender sus derechos en el trabajo, pero también se ayudaban entre sí para acabar con los abusos. Davaasuren vio en la facultad de derecho otra forma de defender los derechos de las mujeres.

Cuando era una joven abogada, fundó el Centro Nacional contra la Violencia y puso en marcha una campaña a favor de la aprobación de una nueva ley que tipificase como delito la violencia doméstica. Durante dos decenios, ella y su equipo de activistas comprometidas hicieron constantes llamamientos para que los políticos adoptasen medidas. No lo consiguieron hasta 2016, pero su dedicación obtuvo frutos cuando el Parlamento del país penalizó la violencia doméstica por primera vez en la historia de la democracia del país. Esta nueva ley garantiza que en Mongolia las mujeres que sufran cualquier tipo de violencia doméstica a lo largo de su vida —1 de cada 3— puedan obtener seguridad y protección.

En su batalla por propiciar el cambio, Davaasuren ha tenido que enfrentarse a amenazas de muerte y a críticas «por importar ideas del extranjero». Pero nunca ha dado un paso atrás. El Centro Nacional patrocina un equipo de abogados que proporcionan representación legal gratuita a las supervivientes de abusos y albergues establecidos por todo el país a los que pueden recurrir las mujeres y las niñas en busca de refugio y asistencia. Ha aumentado la concienciación y son más las mujeres que piden ayuda, y la importante cobertura mediática de los casos de abuso ha despertado un palpable sentido de indignación pública.

En palabras de Davaasuren, «nunca abandonaremos nuestra labor de defensa. En una sociedad patriarcal dominada por los hombres, como la de Mongolia, las mujeres no son conscientes de lo fuertes que pueden ser».

Y aconseja: «Seamos fuertes, pero lo que es todavía más importante, seamos colectivamente fuertes. Las mujeres debemos trabajar juntas para propiciar el cambio social. Los desafíos son sistémicos, las soluciones, colectivas».

En Mongolia, las personas solían evitar mencionar la violencia presente en sus hogares. Durante la era comunista, las sanciones eran tan graves que

«En una sociedad patriarcal dominada por los hombres, como la de Mongolia, las mujeres no son conscientes de lo fuertes que pueden ser».





servicios anticonceptivos, y en parte a la recopilación y el análisis de datos de encuestas demográficas. En diversos estudios, con frecuencia los gastos tanto de salud como de población se agrupaban como financiación al «sector de la salud» y los datos históricos sobre la financiación para intervenciones específicas no resultan fáciles de analizar.

Las iniciativas de seguimiento iniciadas en la década de 1970 arrojaron luz sobre las tendencias y, en particular, sobre las formas en que

la comunidad de donantes aumentó el apoyo a las actividades de salud y población. Los desembolsos de los órganos multilaterales y bilaterales del sector sanitario ascendieron a casi 900 millones de dólares (con arreglo a su valor en 1990) en 1972; este importe había aumentado hasta 2.700 millones de dólares en 1980 y hasta 3.900 millones de dólares en 1990. De estos, la asistencia a las «actividades de población» aumentó lentamente durante las décadas de 1970 y 1980. La asistencia total en materia de población aumentó hasta

los 936 millones de dólares en 1990, lo que supone casi un 20% del total de la asistencia externa destinada al sector de la salud. Los donantes bilaterales representaron el 60% de esta asistencia en materia de población, los organismos de las Naciones Unidas, el 22%, los bancos de desarrollo, el 13%, y las fuentes privadas, el 5% (Michaud y Murray, 1994).

Para 1994, los sistemas de cálculo y seguimiento de la financiación destinada a los servicios de salud sexual y reproductiva se habían vuelto mucho más sofisticados.



© Brian Sokol/Panos Pictures

El propio Programa de Acción incluyó los costos estimados de la aplicación de las principales recomendaciones en los ámbitos de la planificación familiar; la salud reproductiva; el tratamiento y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH; y la investigación básica. Entonces la comunidad internacional acordó un «paquete presupuestado», en el que se calculaba que en 2000 se necesitarían 17.000 millones de dólares; en 2005, 18.500 millones de dólares; en 2010, 20.500 millones de

dólares; y en 2015, 21.700 millones de dólares. Los Gobiernos acordaron que los propios países en desarrollo se encargarían de movilizar dos terceras partes del monto necesario, y la parte restante provendría de la comunidad internacional.

El incremento de las necesidades implica el incremento de los costos

Varias organizaciones y programas han comenzado a dar seguimiento a los costos y a la asistencia de los donantes destinada a la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. Por ejemplo, la iniciativa Family Planning 2020 da seguimiento a la financiación destinada a la planificación familiar en todo el mundo; la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, a los compromisos financieros con la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño; y el Instituto Alan Guttmacher informa sobre la financiación y las brechas de gasto de una serie de servicios de salud reproductiva.

Estos mecanismos de cálculo y seguimiento señalan los avances y los problemas que persisten en el panorama de financiación desde 1994. El número de donantes ha aumentado de forma constante y sus esfuerzos se han visto gradualmente condicionados por el aumento de la implicación de la sociedad civil y el sector privado (Naciones Unidas, 2014).

No obstante, en todo el mundo, los recursos para hacer frente a las necesidades de salud sexual y reproductiva siguen siendo insuficientes, y los donantes adoptan tendencias en la dirección

equivocada. Los desembolsos de asistencia oficial para el desarrollo de países desarrollados a países en desarrollo destinada a salud sexual y reproductiva aumentaron rápidamente tras la CIPD de 1994, y alcanzaron su nivel máximo en 2011, cuando superaron los 5 dólares por mujer en edad reproductiva en los países en desarrollo. Sin embargo, para 2016 esta cifra se había reducido 60 céntimos por mujer, hasta los 4,40 dólares. Teniendo en cuenta todas las fuentes de financiación externa, incluida la asistencia oficial para el desarrollo y las concesiones privadas, la asistencia destinada a la salud sexual y reproductiva ascendió a 6,22 dólares por mujer en edad reproductiva en 2016. Pese a ser significativo, el aumento de estas cifras sigue siendo escaso si se compara con las necesidades.

El papel fundamental de las finanzas nacionales

Pese a que su medición resulta complicada, es evidente que los recursos financieros procedentes del conjunto de los países en desarrollo, incluidos los fondos procedentes de Gobiernos, organizaciones no gubernamentales nacionales y gastos privados, representan la mayor parte de la financiación que respalda las actividades de población (UNFPA, 2014a).

Muchos Gobiernos de países en desarrollo han avanzado en la adaptación de las metas y los presupuestos nacionales a los objetivos del Programa de Acción. Pero las crisis financieras que están teniendo lugar en los países en desarrollo y los países en transición pueden afectar a la capacidad para

mantener este empuje. Por otra parte, la oposición a los programas de población por motivos religiosos y culturales ha constituido un obstáculo a la movilización de recursos en algunos lugares (Cohen y Abrams, 2002).

Numerosos países, sobre todo los menos desarrollados, no son capaces de generar los recursos necesarios para atender por completo las necesidades de salud sexual y reproductiva de sus ciudadanos. La mayoría de los países en desarrollo dependen de la asistencia de donantes para financiar y mantener los programas de población (UNFPA, 2014a). Esto afecta a la capacidad de estos países para planear y presupuestar durante plazos de tiempo prolongados, ya que los fondos de donantes pueden variar de un año a otro, lo que dificulta la estabilidad de los programas nacionales de salud sexual y reproductiva debido al riesgo de sufrir un recorte repentino.

Por otra parte, los consumidores privados de los países en desarrollo asumen una pesada carga de costos en materia de salud sexual y reproductiva que abonan de sus gastos corrientes. Esto tiene importantes implicaciones con respecto al acceso a servicios fundamentales para las poblaciones más pobres y marginadas. En los lugares en los que los hombres controlan la renta discrecional de la familia, por ejemplo, las mujeres pueden tener que hacer frente a dificultades adicionales para sufragar sus necesidades de salud sexual y reproductiva (Starrs *et al.*, 2018). La carga de los gastos corrientes también puede provocar dificultades en las

iniciativas que persiguen reducir la pobreza y la desigualdad de los ingresos en los países en desarrollo (Naciones Unidas, 2014).

Los enfoques innovadores en materia de financiación están respaldando e incentivando a los Gobiernos de los países en desarrollo para que den prioridad y mantengan las inversiones en ámbitos que cuentan con recursos insuficientes, como la salud y la nutrición. Por ejemplo, el Servicio Mundial de Financiamiento se puso en marcha en 2015 y alienta a los Gobiernos a aumentar el gasto interno en consonancia con las dimensiones de salud y nutrición de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Del mismo modo, la Fundación Bill y Melinda Gates presta apoyo a los Gobiernos comprometidos con el objetivo de Family Planning 2020 de reducir las necesidades de planificación familiar no satisfechas que están desarrollando y ejecutando planes adaptados al contexto nacional dirigidos a aumentar el acceso a la planificación familiar.

Más atención a la eficacia de la ayuda

Con el lanzamiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en 2000 se inició una época en la que se prestó más atención a la eficacia de la ayuda, debido en parte a las frustraciones de los Gobiernos de los países en desarrollo a raíz de los problemas causados por la desigualdad en las asociaciones de ayuda y su pérdida de capacidad para planificar, coordinar y dirigir eficazmente el proceso de desarrollo en sus propios países.

En la Declaración de Abuya sobre el VIH/Sida, la Tuberculosis y Otras

Enfermedades Infecciosas Conexas de 2001, los Estados miembros de la Unión Africana se comprometieron a aumentar el gasto en salud hasta por lo menos el 15% de su presupuesto nacional, e hicieron un llamamiento a los países donantes para que incrementaran su apoyo en consonancia. Los resultados de los Foros de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda (la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo de 2005, el Programa de Acción de Accra de 2008 y la Alianza de Busan para la Cooperación Eficaz al Desarrollo de 2011) reforzaron los compromisos de proporcionar ayuda con mayor eficacia, haciendo énfasis en el desarrollo de la capacidad y la titularidad y la ejecución nacional (Naciones Unidas, 2014).

Esta mayor atención prestada a la eficacia de la ayuda se ha plasmado en el desarrollo de estructuras para la coordinación de los donantes, y un mayor reconocimiento del liderazgo de los países y la rendición de cuentas mutua en estas colaboraciones (Naciones Unidas, 2014). Un estudio conjunto elaborado por la Organización Mundial de la Salud y el UNFPA sobre las implicaciones de los cambios en el entorno de la ayuda destinada a la salud sexual y reproductiva observó el aumento de la atención prestada a los planteamientos centrados en sectores completos y las estrategias de reducción de la pobreza, así como al establecimiento de estrategias orientadas a lograr los ODM. El estudio pudo constatar asimismo que siguen existiendo dificultades para contar con financiación segura y predecible para la salud sexual y reproductiva (OMS y UNFPA, 2011).

UN ADALID DEL CAMBIO

Chea Chantum

en la CIPD en el centro de las políticas progresistas nacionales sobre población, envejecimiento y una serie de otras cuestiones.

Bajo su tutela, Camboya ha aumentado considerablemente la inversión en planificación familiar. El país, que hace solo unos decenios se encontraba sumido en el conflicto, ahora puede aspirar al logro de importantes reducciones en la tasa de fecundidad, comparables a los de países mucho más avanzados, así como a la mejora de la salud materna.

«Hacemos hincapié en el derecho a tener hijos, pero al mismo tiempo instamos a las parejas a pensar en su propio bienestar y el de su familia», comenta. «Es mucho lo que puede hacerse mediante la educación y la concienciación».

A partir del persistente llamamiento de Chea a respetar los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y los jóvenes, Camboya está en vías de introducir la educación sexual integral como parte del plan nacional de estudios de los grados 5 a 12. Chea también contribuyó a la creación de un fondo nacional de capital de salud que brinda atención médica gratuita a los ciudadanos pobres de todo el país.

Chea fue funcionario durante casi 30 años. Comenzó su carrera como agente de policía y más tarde se graduó en desarrollo rural y gestión pública. Al visitar las zonas rurales comenzó a ser consciente de los vínculos inextricables que existen entre demografía y desarrollo.

«Al principio, no comprendí la importancia de la demografía», recuerda. «Ahora sé que la población es fundamental para el desarrollo. Eso me motiva a hacer todo lo posible para conocer lo que la población necesita para mejorar su bienestar».

«No solo se trata de prestar unos cuantos servicios», recalca. «Debemos incluir a todas las personas en nuestro desarrollo. Sin ellas, no tenemos nada. Solo gracias a su población el país podrá seguir avanzando».

«Hacemos hincapié en el derecho a tener hijos, pero al mismo tiempo instamos a las parejas a pensar en su propio bienestar y el de su familia».

© Secretaría General de Población y Desarrollo,
Ministerio de Planificación, Camboya



Avance en la cobertura sanitaria universal

Con la llegada de los ODS en 2015 se ha prestado más atención a conseguir una cobertura sanitaria universal, que es el propósito central del ODS 3. El concepto de cobertura sanitaria universal incorpora varios principios, incluida la prestación de servicios de gran calidad destinados a mejorar la salud y la equidad en el acceso a los servicios de salud sin correr el riesgo de atravesar dificultades financieras.

Tal como consagra el lema de los ODS de «no dejar a nadie atrás», el

concepto de la cobertura sanitaria universal también promueve la «realización progresiva», la idea de que debe darse prioridad a las reformas del sistema de salud que abordan las desigualdades desde el principio, benefician a las personas menos favorecidas al mismo grado o a un grado mayor que las personas más favorecidas, y de que todos los países pueden lograr avanzar, independientemente del punto del que partan (Starrs *et al.*, 2018).

La cobertura sanitaria universal contempla un paquete de servicios de salud que se va ampliando

sucesivamente, y un aumento de la proporción de los costos que se cubre mediante financiación común o planes de seguro, de modo que se reduzcan los gastos corrientes. El concepto también hace énfasis en las numerosas conexiones intersectoriales entre los ODS, y reconoce que las perspectivas de lograr los objetivos en materia de salud mejorarán a medida que se logren progresos con respecto de los diversos determinantes sociales y ambientales que condicionan la salud (Stenberg *et al.*, 2017). Se han mejorado los resultados en materia de salud sexual y reproductiva mediante varios

© Mark Tuschman



innovadores esquemas de financiación, como son los programas de cupones, las transferencias monetarias condicionadas, los programas de seguro social y el seguimiento basado en el desempeño (USAID, 2014). Estas innovadoras intervenciones pueden adaptarse eficazmente a otros contextos (Starrs *et al.*, 2018).

Como apoyo a estos objetivos, las instituciones multilaterales se han agrupado para lanzar un proceso colectivo que pretende acelerar el avance hacia el logro

de los ODS. El Plan de Acción Mundial para una Vida Saludable y Bienestar para Todos tiene por objeto acelerar el impacto en los países, al tiempo que refuerza el sistema de adopción de decisiones en el ámbito nacional, la promoción de respuestas equitativas basadas en los derechos que no dejen a nadie atrás y la mejora del aprendizaje entre países e instituciones. Esta iniciativa, coordinada por la Organización Mundial de la Salud, aúna el trabajo de 11 instituciones multilaterales

orientadas a la salud. El grupo finalizará el plan de acción y lo entregará en septiembre de 2019 en la Asamblea General de las Naciones Unidas (OMS, 2018a).

De forma conjunta, estas iniciativas preparan el camino para que las instituciones que están mejor dotadas y cuentan con financiación sostenible amplíen el acceso a la información y los servicios de gran calidad que puedan permitir a las mujeres ejercer sus derechos reproductivos.

PUNTOS DESTACADOS DEL CAPÍTULO

- Con el tiempo, las políticas y programas de los Gobiernos y otros proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva han evolucionado en respuesta a una mejor comprensión sobre esta materia. Las instituciones necesitan adaptarse constantemente para poder satisfacer las crecientes necesidades de una mayor variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, y ampliar los derechos y la libertad de decidir a todas las personas de todos los lugares.
- La participación de los gobiernos nacionales y locales, la sociedad civil y el sector privado ha contribuido a dar forma a los ambiciosos objetivos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); las asociaciones entre estos agentes han sido esenciales en el avance hacia estos objetivos y serán fundamentales para su logro.
- El cálculo de las necesidades de financiación y la supervisión de los flujos financieros destinados a servicios de salud sexual y reproductiva constituyen un aspecto crítico para promover los derechos y la libertad de decidir de las personas necesitadas. En todo el mundo, los recursos para hacer frente a las necesidades de salud sexual y reproductiva siguen siendo insuficientes, y los donantes adoptan tendencias en la dirección equivocada. Muchos Gobiernos de países en desarrollo han avanzado en la adaptación de las metas y los presupuestos nacionales a los objetivos del Programa de Acción de la CIPD, pero las crisis financieras en curso afectan a la capacidad para mantener este empuje.
- Alcanzar la cobertura sanitaria universal constituye la esencia del ODS 3. Dicha cobertura incluye la prestación de servicios de gran calidad destinados a mejorar la salud y la equidad en el acceso a los servicios sanitarios sin correr el riesgo de atravesar dificultades financieras. El desarrollo de iniciativas para promover la cobertura sanitaria universal ofrece oportunidades para fomentar instituciones mejor equipadas y financiadas de manera sostenible con el fin de ampliar el acceso a la información y a servicios de buena calidad que permitan a todos disfrutar de derechos y libertad de decidir.



GARANTIZAR LOS DERECHOS Y LA LIBERTAD DE DECIDIR DE TODAS LAS PERSONAS: SI NO SE LOGRA AHORA, ¿CUÁNDO?

Cuando las mujeres que en la actualidad tienen 60 años nacieron, la libertad y los derechos sexuales y reproductivos eran más limitados. Resultaba difícil obtener métodos anticonceptivos, y relativamente fácil morir al dar a luz. Pero cuando tenían 10 años el cambio había comenzado y se estaban logrando avances continuos.

Algunos cambios las beneficiaron, pero la siguiente generación — las mujeres que tenían 10 años cuando se celebró la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)— acumuló muchos más. No obstante, los avances conseguidos hasta hoy son incompletos incluso para ellas. Ahora, con 35 años, disfrutan de

más derechos y opciones, pero no todos los prometidos.

¿Podemos mejorar las cosas para una niña que hoy tiene 10 años? Si nos guiamos por la historia, la respuesta es «sí», siempre que demos prioridad a las personas y no dejemos a nadie atrás.

En los últimos 50 años, los Gobiernos, la sociedad civil y las organizaciones internacionales han

promovido numerosos avances notables en la ampliación de la libertad y los derechos sexuales y reproductivos. En 1994, la CIPD adoptó un compromiso global visionario con estos derechos y libertades, y logró un consenso sin precedentes sobre los vínculos esenciales entre el empoderamiento de la mujer y el desarrollo.



© UNFPA/R. Anis

día, la Agenda 2030 reconoce que el desarrollo sostenible depende de la disponibilidad de servicios de salud universales y de calidad, incluida la atención de la salud sexual y reproductiva, así como del logro de la igualdad de género y el ejercicio de los derechos reproductivos.

No obstante, en un mundo a menudo inestable y con problemas, los avances son frágiles. Algunas personas marchan a la vanguardia, pero se deja a muchas atrás. Las epidemias, los conflictos y el cambio climático socavan los avances y obstaculizan el ejercicio de los derechos y libertades. En algunos países, la disminución de la población ha abierto las puertas a nuevas formas de políticas demográficas que promueven la natalidad, mientras que en otros lugares han vuelto a surgir los temores sobre el crecimiento demográfico. Otros cambios demográficos, como la migración, que en muchos casos refleja desigualdades y crisis profundamente asentadas, han avivado la intolerancia. La pobreza sigue siendo un problema grave y de difícil solución, incluso en países que, en general, se encuentran en una mejor situación. El conservadurismo y el fundamentalismo podrían bloquear el progreso y revertir los logros conseguidos.

Dar prioridad a las personas

Para aprovechar al máximo los avances logrados, superar los obstáculos y aspirar a un futuro mejor, incluido el trazado en la Agenda 2030, los países deben comenzar cumpliendo los compromisos asumidos en la CIPD. Entre ellos se cuentan dar prioridad a

Veinticinco años más tarde, la visión de la CIPD sigue constituyendo una de las cumbres de las aspiraciones humanas, reflejada ahora en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

No obstante, de cara al futuro persisten algunos problemas, y han surgido otros nuevos. Como medida de la tarea que se presenta, el UNFPA y sus numerosos asociados han hecho un llamamiento en favor del logro de tres ceros para 2030: que no existan necesidades insatisfechas en materia de anticoncepción, que no se produzcan muertes maternas evitables, y que las mujeres y las niñas no sean víctimas de violencia o prácticas nocivas.

Las niñas que en la actualidad tienen 10 años merecen un mundo en el que todos disfruten de todos sus

derechos y puedan vivir de la forma que han elegido.

Una aspiración transformadora: del pasado, para el futuro

A finales de la década de 1960, el crecimiento demográfico inspiraba temor; se lo concebía como una bomba de relojería que era necesario desactivar urgentemente a través de programas de planificación familiar agresivos y, en ocasiones, coercitivos. En la época en que se celebró la CIPD, se había llegado al consenso de que las personas tienen derecho a controlar su cuerpo y su vida sexual y reproductiva. Cuando pueden ejercer este derecho, suelen tomar decisiones que las benefician a sí mismas y a la vez contribuyen al bienestar social, económico, e incluso medioambiental más amplio. Hoy en

las personas, mediante la defensa de su libertad y la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como del derecho al desarrollo de las generaciones actuales y futuras.

Los sistemas legislativos nacionales deben comprometerse explícitamente con estos derechos y eliminar las disposiciones discriminatorias que aún existen, como los obstáculos que dificultan el acceso de los jóvenes, las personas solteras, los migrantes, las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, y otras, a los servicios y los métodos anticonceptivos. Estos compromisos pueden trasladarse a la práctica a través de políticas de población y desarrollo adecuadamente diseñadas que prioricen el objetivo de llegar a las personas con menos opciones y hacer frente a las mayores deficiencias en el ejercicio de sus derechos.

Las cuestiones demográficas deben reconocer las complejas interacciones entre el desarrollo sostenible y la dinámica demográfica y, a la vez, integrarse en los planes e inversiones de desarrollo más amplios y formar parte del enfoque integrado del desarrollo que ahora encarna la Agenda 2030. Estas iniciativas deben reflejar toda la variedad de factores que influyen en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, entre ellos la educación, el trabajo, la vivienda y la seguridad alimentaria.

Los países preocupados por la disminución de la población pueden adoptar medidas para garantizar que los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva estén fácilmente disponibles para todos. Quizá también deban hacer más esfuerzos para aumentar el alcance de las

políticas favorables a la familia, a fin de ayudar a las personas a ejercer su derecho a crear o ampliar su familia, por ejemplo, licencias de paternidad y de maternidad remuneradas, desgravaciones fiscales para las familias, horarios de trabajo flexibles y viviendas asequibles. Los países que cuentan con una mayor proporción de personas que se incorporan a la fuerza de trabajo pueden aumentar la productividad y aprovechar más los posibles dividendos demográficos al garantizar que las personas más jóvenes puedan acceder a servicios de salud esenciales integrales y de calidad, así como a la educación de calidad, y tengan la oportunidad de incorporarse a un trabajo digno.

En las políticas nacionales de salud, la salud sexual y reproductiva debe pasar de un papel a menudo

periférico a uno central que esté a la par con su repercusión en la salud y el bienestar generales de los individuos y con la importancia que las personas y las parejas le atribuyen. Una parte de este papel podría consistir en guiar el avance hacia la definición de la atención primaria de la salud establecida en la reciente Declaración de Astana: la integración de los servicios de salud preventivos y curativos, los servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios de salud mental (OMS y UNICEF, 2018). Mediante «verificaciones» de los derechos sexuales y reproductivos nacionales, podría evaluarse si las leyes, las políticas, los presupuestos, los servicios, las campañas de sensibilización y otras actividades están en consonancia con estos derechos.

© UNFPA/Live Images



Derechos y libertades a lo largo del ciclo vital

Los importantes cambios registrados en los últimos años en los patrones demográficos, sobre todo en diferentes grupos de edad, han dado lugar a que se aprecien más las ventajas de adoptar un enfoque que tenga en cuenta todo el ciclo vital en la planificación y la formulación de políticas. Los servicios públicos y otras intervenciones deben llegar a las personas al comienzo de la vida y seguir disponibles en cada etapa posterior, de manera que se apoyen mutuamente hasta la vejez.

Esto ayuda a los países a hacer efectivos los derechos de las personas en todas las etapas de la vida y maximizar las inversiones de alta repercusión. Los niños y los jóvenes tendrán la salud y la educación necesarias para convertirse en trabajadores adultos capaces. Los adultos tendrán el trabajo digno y el apoyo a la planificación

familiar requeridos para contribuir de forma productiva a la economía, cuidar a las personas que dependen de ellos y prepararse para la vejez. Las personas mayores pueden hacer uso de los recursos acumulados, mantener su calidad de vida y seguir contribuyendo a su familia y su comunidad. Un enfoque que tenga en cuenta todo el ciclo vital puede ayudar a reducir las desigualdades relacionadas con la edad, y orientar las decisiones sobre el consumo de recursos a fin de equilibrar las necesidades de las generaciones actuales y futuras.

Para que las personas puedan mantener un nivel de dignidad, libertad de decidir y bienestar acorde a sus derechos, deberían disponer de sistemas de protección social con unas prestaciones mínimas en todas las etapas de la vida. Las políticas de empleo deben adaptarse a los rápidos cambios en los mercados laborales

que socavan la estabilidad y la calidad laborales, por ejemplo, a través de la continuidad de las prestaciones sociales y de salud esenciales y el compromiso con el aprendizaje permanente.

Una agenda inacabada: el acceso a servicios de calidad

La comprensión de la naturaleza de los servicios de salud sexual y reproductiva ha evolucionado de manera constante durante más de 50 años. El enfoque casi exclusivo en la anticoncepción se amplió con el llamamiento de la CIPD en favor del acceso universal a un conjunto completo de servicios relacionados con la atención de la salud sexual y reproductiva. La cobertura sanitaria universal es ahora uno de los puntos en los que se hace más hincapié en el ODS 3, relativo a la salud y el bienestar para todos.

© Chien-Chi Chang/Magnum Photos



Un paquete universal de servicios

El mayor número de necesidades insatisfechas de servicios de salud sexual y reproductiva se registra entre los grupos marginados, incluidos los grupos étnicos minoritarios; los jóvenes; las personas solteras; los miembros de la comunidad LGBTI (lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales); las personas con discapacidad; y los pobres rurales y urbanos. En el caso de las mujeres más pobres, la necesidad insatisfecha de anticoncepción no solo es más pronunciada, sino que las tasas de mortalidad materna son marcadamente superiores.

Aún existen obstáculos que impiden que las mujeres y las niñas accedan a los servicios, como la atención de baja calidad, la falta de instalaciones e insumos, las leyes discriminatorias y el tratamiento despectivo por parte de los proveedores de servicios, entre otros. Si bien alcanzar y hacer plenamente efectivos los derechos de grupos excluidos desde hace mucho tiempo puede resultar difícil y costoso, debe constituir una prioridad central para concluir el programa de la CIPD y lograr los objetivos de la Agenda 2030. Los servicios no solo han de llegar físicamente a estos grupos, sino también adaptarse a las necesidades que reflejan, mantener la confidencialidad y no formular juicios ni ejercer coacciones.

Todos los sistemas de salud deben definir y proporcionar un paquete esencial de servicios de salud sexual y reproductiva universalmente disponibles, integrados y de calidad en el ámbito de la atención primaria y la remisión. Según la definición de la CIPD, estos paquetes deben incluir

servicios de planificación familiar; servicios relacionados con el embarazo, las infecciones de transmisión sexual, la infertilidad y el aborto seguro cuando sea legal; y servicios de remisión en el caso de cánceres del sistema reproductivo. En general, los servicios integrados son más eficaces para responder a múltiples necesidades, por ejemplo, cuando se proporciona orientación sobre anticoncepción antes y después del parto.

Es necesario mejorar los programas de salud materno-infantil deficientes, con el apoyo de programas conexos de nutrición, seguridad alimentaria y empoderamiento de las mujeres. Por ejemplo, el UNFPA, a través de un fondo temático para la salud materna, ayuda a los países con una carga de mortalidad materna particularmente elevada a través de intervenciones de eficacia demostrada, como la capacitación de parteras y la inclusión de la atención integral de la salud sexual y reproductiva en los centros de emergencia de atención obstétrica y neonatal.

Asimismo, dadas las consecuencias de los tabúes y la desinformación en torno a la menstruación —desde la educación interrumpida hasta problemas de salud no tratados— es necesario realizar esfuerzos más concertados para ponerles fin y reforzar las instalaciones y los servicios de gestión de la higiene menstrual.

Numerosos países pueden hacer mucho más para defender los derechos y la libertad de decidir para todos mediante la eliminación de los obstáculos que impiden el acceso de las personas con orientaciones sexuales y de género diversas a los servicios y la información. Su desmantelamiento podría comenzar con la capacitación

y la sensibilización de los trabajadores de la salud con miras a evitar la discriminación y satisfacer necesidades especiales.

Establecer vínculos con objeto de poner fin a la violencia

Aún subsisten lagunas importantes en la prevención y la respuesta a la violencia por razón de género, una violación de los derechos generalizada en todo el mundo. Los sistemas de alojamiento, a pesar de los esfuerzos dedicados por las organizaciones de mujeres, aún son marginales o inexistentes en muchos lugares. La introducción de modelos de servicios integrados o la ampliación de los que ya existen permitiría ayudar a las mujeres a acceder fácilmente a la combinación de servicios de apoyo sanitarios, judiciales, psicosociales, laborales y de otros tipos que necesitan para estar a salvo y rehacer su vida. Las experiencias positivas acumuladas en el ámbito de la capacitación de unidades policiales y funcionarios judiciales para responder a las circunstancias especiales que rodean la violencia por razón de género podrían compartirse y replicarse más ampliamente.

Podrían forjarse vínculos más sólidos entre los servicios de salud reproductiva, las iniciativas encaminadas a prevenir la violencia por razón de género o luchar contra ella y los programas de empoderamiento económicos de las mujeres. Esto podría materializarse con facilidad a través de sistemas de cribado y remisión, de modo que, cuando las mujeres acudan a los servicios de planificación familiar, por ejemplo, se les formulen preguntas que permitan identificar otras necesidades y riesgos y remitirlas a recursos adicionales, según proceda.



© Thomas Imo/Photothek/Getty Images

La rendición de cuentas comienza en los usuarios de los servicios

Uno de los principales motivos del déficit de calidad de los servicios, más allá del bajo nivel de recursos, es la falta de rendición de cuentas y de respuesta a los usuarios de los servicios. Unos sistemas de gestión de la información de salud más sólidos, así como las iniciativas para registrar y analizar sistemáticamente todas las muertes maternas a fin de identificar las deficiencias en la atención, empoderarían a los países para hacer un seguimiento de los progresos y confirmar que los servicios están llegando, en primer lugar, a los más rezagados. La adopción de normas mínimas y procedimientos de denuncia refleja una tendencia positiva. En los casos en los que se está privatizando la atención de la salud, los reglamentos

deben reflejar esas normas y exigir a los prestadores de servicios privados que respeten la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos los usuarios.

La participación de grupos de mujeres y otros representantes de los usuarios de los servicios en las decisiones relacionadas con las políticas y los servicios también puede resultar muy provechosa para mejorar la calidad de la atención. Uno de los sistemas que convendría desarrollar más es el envío por teléfono móvil de una sencilla encuesta de seguimiento solicitando a los usuarios de los servicios que opinen directamente sobre la calidad de la atención. Los resultados podrían utilizarse para evaluar el desempeño de los proveedores de atención. Este tipo de enfoque puede tanto mejorar los servicios como fomentar su uso.

Incluir a los adolescentes

Los adolescentes, como grupo, han carecido sistemáticamente de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, a pesar de los compromisos de la CIPD para proporcionarlos. Aún se interponen normas jurídicas y otras normas muy arraigadas. Internet ha dado lugar a nuevos problemas, debido a que ofrece una avalancha de información no siempre correcta y a los riesgos que presenta, como el acoso cibernético y la trata sexual.

Los adolescentes tienen derecho a que se los eduque y empodere para tomar decisiones y protegerse. Este derecho puede apoyarse con medidas como la educación sexual integral adecuada a la edad, integrada en los programas de estudios, dirigida a todos los alumnos, y capaz de llegar a los niños y las niñas no escolarizados. Dichos programas deben proporcionar

información, pero para lograr resultados óptimos también deben estar dirigidos a mejorar la autoestima, aumentar la comprensión de los derechos humanos y las normas de género positivas, y desarrollar las capacidades de toma de decisiones y comunicación (Starr *et al.*, 2018).

Hacer frente al reto de la infecundidad

Nada menos que 180 millones de parejas de todo el mundo pueden padecer problemas de infecundidad, con consecuencias como los trastornos psicológicos, la violencia en el seno de la pareja y el estigma social (Starr *et al.*, 2018). Entre sus principales causas se cuentan los cambios en el ámbito laboral y familiar, debido a los cuales un número cada vez mayor de mujeres posponen la maternidad hasta edades más tardías en las que pueden presentarse problemas de infecundidad. La mala salud y la falta de acceso a la atención durante los primeros embarazos también pueden dar como resultado la incapacidad para tener más hijos

Las personas que disponen de recursos pueden recurrir a la asistencia médica para la procreación, como la fertilización *in vitro*. No obstante, dado el carácter universal de los derechos reproductivos y el principio de la atención sanitaria universal, estas opciones deberían desvincularse de la capacidad de pago. Para ampliar el acceso es necesario contar con directrices éticas y normas médicas apropiadas, reducir los costos prohibitivos, y ampliar las capacidades a fin de que países en diversas etapas de desarrollo puedan

disponer de la tecnología. También se podría hacer más para concienciar sobre la prevención y la atención de la infecundidad y, en algunos países, para reformar las leyes sobre el tratamiento de la infecundidad, la adopción y la gestación subrogada de conformidad con los derechos sexuales y reproductivos.

El aumento de la incidencia de cánceres del sistema reproductor

La incidencia de cáncer está aumentando en todos los países, y el incremento es particularmente pronunciado en los países de ingresos bajos y medianos, debido al aumento de la esperanza de vida. Otro factor de riesgo es la disminución de la actividad física en los puestos de trabajo modernos. El cáncer de próstata, de mama, cervicouterino y otras formas de cáncer del sistema reproductor constituyen una parte considerable de la carga del cáncer (Sociedad Americana Contra el Cáncer, 2016). Los cribados rutinarios deben ampliarse como parte integral de la atención primaria de la salud, mediante el empleo de técnicas establecidas y la exploración de técnicas nuevas, como las pruebas genéticas, cuyo costo está comenzando a disminuir. En consonancia con un enfoque basado en los derechos, el proceso de aceleración del acceso puede incluir el examen de los derechos de propiedad intelectual y el aumento de la velocidad con la que las tecnologías que satisfacen una necesidad pública pasan de su etapa de desarrollo a la generalización de su uso.

Una herramienta de demostrada eficacia para la prevención es la

vacuna para el virus del papiloma humano (VPH), que causa la mayoría de los casos de cáncer cervicouterino. Ahora se administra de forma habitual a las niñas de 9 a 13 años en 55 países. El resto de países deberían considerar la posibilidad de adoptarla, sobre todo teniendo en cuenta que la nueva dosificación ha reducido su costo.

Tener en cuenta el envejecimiento

En la CIPD se señaló el hecho de que los problemas de salud sexual y reproductiva específicos de las mujeres y los hombres de edad con frecuencia se abordan inadecuadamente. Cada vez son más los países en los que el número de ancianos va en aumento; por tanto, los sistemas de salud deberán ocuparse de los problemas que aumentan con la edad, como los relacionados con la función sexual, los riesgos vinculados al VIH y las infecciones de transmisión sexual, y el riesgo de cáncer del sistema reproductor.

Prestar más atención a la salud mental

A pesar de lo estipulado en la CIPD —que «toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental»— esta última sigue siendo el «pariente pobre» de la primera en cuanto a atención y recursos. Sin embargo, los problemas de salud mental pueden tener una considerable repercusión en los derechos y la libertad de decidir.

La depresión preparto y posparto sigue siendo un problema habitual en todo el mundo, por ejemplo. Los embarazos no planeados

están relacionados con episodios de depresión a largo plazo. La permanente necesidad insatisfecha de planificación familiar, los efectos secundarios de los anticonceptivos y los desequilibrios de poder en las relaciones, entre ellos las respuestas violentas a los embarazos no planeados, son factores que pueden poner en riesgo la salud mental de las mujeres y las niñas. El suicidio es, en la actualidad, una de las principales causas de muerte en las adolescentes.

Como mínimo, los servicios de salud reproductiva deben disponer de prestadores de servicios capacitados en estos problemas, así como de procesos de cribado y remisión para detectarlos y responder a ellos (OMS, 2009). Estas iniciativas deben aplicarse respetando la dignidad de las personas y los derechos humanos, y procurar reducir el marcado estigma que suele pesar sobre la salud mental.

Fundamentos: empoderamiento e igualdad

La CIPD marcó un hito histórico al llamar la atención sobre el derecho fundamental de las mujeres a decidir sobre su cuerpo. Este derecho apunta a muchos otros: el derecho de aprender, de trabajar, de desplazarse libremente en los espacios públicos y privados, y de disfrutar de tiempo libre. A partir de 1994, las mujeres y niñas se incorporaron a la educación y la fuerza laboral en todo el mundo. En general, son más saludables y están más capacitadas para planificar su familia.

No obstante, las mujeres están peor remuneradas, dedican al trabajo doméstico no remunerado mucho más tiempo del que en justicia les correspondería, y aún no han

logrado la paridad en la mayoría de los puestos de toma de decisiones, desde los consejos de administración a los Parlamentos. La violencia por razón de género permanece impune, y las tradiciones nocivas dan lugar a mutilaciones y matrimonios de niñas.

Hacer frente a las normas de género

Las normas de género discriminatorias siguen siendo uno de los lastres más importantes del progreso de las mujeres y las niñas, e influyen en todos los ámbitos de la vida. Les atribuyen un estatus de segunda clase, les impiden el ejercicio de sus derechos y limitan sus opciones. Es necesario hacer llegar a todas las mujeres información y servicios integrales y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva. Pero el acceso y el uso efectivos también pueden depender de que el marido permita a su esposa salir de casa, de los mensajes enviados por los medios de comunicación, de las normas comunitarias sobre las relaciones sexuales y la fecundidad o de los mensajes de figuras religiosas u otras autoridades. El empoderamiento se utiliza con frecuencia como un término general para indicar que las mujeres tienen derecho a elegir, pero en realidad existen muchos factores que reducen sus posibilidades de elección, como los medios con los que cuente la mujer, su estatus en el hogar, y el entorno social, económico y político más amplio.

Los servicios de salud sexual y reproductiva deben responder de forma más eficaz a las realidades de las funciones y las normas de género. Muchos prestadores de servicios siguen aplicando un enfoque descendente. Un compromiso respetuoso, basado

en una comunicación bidireccional y que no formule juicios, ayudaría a las personas a definir y planear cuidadosamente sus objetivos de salud sexual y reproductiva y a entender cómo pueden alcanzarlos. Los prestadores de servicios deben estar capacitados para evitar normas y comportamientos discriminatorios de género, muchos de los cuales siguen sin cuestionarse. Podrían aprender a preguntar acerca de los obstáculos discriminatorios que pueden surgir tras la visita de una mujer a un centro de salud y prestarle asistencia al respecto, ya sea directamente o remitiéndola a otro servicio.

Las campañas más amplias de sensibilización social y cambio de comportamientos pueden promover cambios hacia normas más positivas y ampliamente aceptadas. Sigue siendo necesario adoptar medidas para poner fin a los estereotipos de género en las escuelas, como los que orientan a los niños hacia determinados estudios y a las niñas a otros. La labor con los medios de comunicación debe estar dirigida a reducir los estereotipos de género, con frecuencia generalizados, y a aumentar la aún limitada visibilidad de las opiniones y perspectivas de las mujeres. Deberían estudiarse más y reproducirse las experiencias fructíferas obtenidas en el trabajo con líderes religiosos, quienes pueden tener una profunda influencia en las comunidades y los hogares.

Poner fin a las prácticas nocivas

Algunas de las normas de género más insidiosas tienen como consecuencia prácticas nocivas, como el matrimonio infantil

UNA ADALID DEL CAMBIO

Lilianne Ploumen

Ministra neerlandesa de Comercio Exterior y Cooperación para el Desarrollo instó a las mujeres de todo el mundo a enviar su propio mensaje: nadie decide en lo relativo al cuerpo de las mujeres, excepto ellas mismas.

La imposición, en 2017, de una política estadounidense que restringe la financiación de los servicios de salud reproductiva, no logró silenciar a Lilianne Ploumen. De hecho, la impulsó a hablar. La parlamentaria y luego

Había nacido el movimiento SheDecides. Primero fue una etiqueta de Twitter, y luego una conferencia sobre promesas de contribuciones que recibió 200 millones de dólares de Gobiernos, fundaciones y filántropos. Se creó también una plataforma de financiación colectiva. Más de 50.000 personas han firmado un manifiesto comprometiéndose a asegurar que «ella decide», en tanto que 40 personalidades se dedican a impulsarlo, entre ellas ministros nacionales de Francia y Sudáfrica.

«Numerosas organizaciones y personas valientes, incansables y brillantes trabajan desde hace decenios en cuestiones relacionadas con la autonomía corporal de las mujeres y las niñas y la atención integral de la salud. De repente, el resto del mundo presta atención», dice Ploumen. «[Estamos] empleando una nueva energía y un nuevo lenguaje que atrae cada vez a más personas de todos los ámbitos a la idea de SheDecides».

Dicho esto, Ploumen calcula que deberán recaudarse al menos 600 millones de dólares al año para compensar las pérdidas impuestas por la llamada ley mordaza, una política de los Estados Unidos dirigida a eliminar la financiación destinada a las organizaciones que, con fondos propios, proporcionan orientación sobre el aborto o remiten a otros servicios conexos, promover la despenalización del aborto o ampliar los servicios de aborto, incluso si es legal.

Ploumen trabajó en el ámbito de la divulgación comunitaria en Rotterdam y dirigió Mama Cash, un fondo para la promoción de los derechos de la mujer; asimismo, gestionó los programas internacionales en Cordaid, un importante proveedor de socorro y asistencia para el desarrollo. Ha sido una testigo de primera mano de la mezcla de normas, valores, leyes, códigos y hábitos que impiden a las mujeres de todo el mundo desarrollar todo su potencial.

«Estas normas, tanto escritas como no escritas, tienen que cambiar», declara. «Les pido a todos que se pongan en pie y hagan oír su voz, que sean solidarios, que apelen a los Gobiernos y organicen el cambio».

«[Estamos] empleando una nueva energía y un nuevo lenguaje que atrae cada vez a más personas de todos los ámbitos a la idea de SheDecides».



y forzado, la mutilación genital femenina y la preferencia por los hijos varones. Estas normas deben eliminarse por completo, comenzando por el establecimiento de estatutos jurídicos claros respaldados por su aplicación. Se han logrado algunos avances al trabajar con las comunidades para explicar los perjuicios que producen estas prácticas y consensuar su abandono, por ejemplo, a través de un programa conjunto del UNFPA y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ejecutado en una serie de países con elevadas tasas de mutilación genital femenina (UNFPA y UNICEF, 2018).

La defensa proactiva de los derechos y el potencial de las niñas podría cambiar la tendencia a tratarlas sobre todo como una carga o una fuente de mano de obra doméstica. Cuando las niñas pueden permanecer en la escuela, por ejemplo, a través de medidas como los programas específicos de transferencias en efectivo, y, finalmente, incorporarse a un trabajo decente, hacen efectivos sus derechos, y los padres y la comunidad comienzan a percibir sus capacidades y posibilidades.

Involucrar a los hombres

La mayoría de los programas de salud reproductiva se han centrado en gran medida en las mujeres y las niñas, con el argumento, justificable, de que la reproducción tiene lugar en su cuerpo, y que todavía están muy por detrás de los hombres y los niños en el ejercicio de sus derechos y libertad de decidir. No obstante, es necesario involucrar más a los hombres y los niños, tanto para comprometerlos en la promoción de la igualdad de género como para responder a sus derechos y necesidades específicas.

Un creciente número de intervenciones apoyan el papel de los hombres como agentes activos en los procesos reproductivos. Entre ellas se cuentan el asesoramiento de parejas, a fin de fomentar la comunicación y la resolución de conflictos, y la educación sexual integral que hace hincapié en el empoderamiento de las mujeres y las funciones y obligaciones de los hombres. Otras iniciativas han trabajado con grupos de hombres con miras a redefinir las normas masculinas nocivas y romper los patrones que contribuyen a la violencia por razón de género. La licencia de paternidad les permite atender a sus hijos desde el principio, y debería estar más extendida. Entre los numerosos beneficios de la participación de los hombres antes y después del parto se incluyen la reducción de las probabilidades de depresión preparto y posparto y el aumento del uso de la atención posnatal (Starrs *et al.*, 2018).

En muchos casos, los programas de salud sexual y reproductiva, por ejemplo, los de planificación familiar y prevención de las infecciones de transmisión sexual, deben llegar de forma explícita a los hombres como usuarios. Debería aumentar la inversión en métodos anticonceptivos masculinos, así como en servicios que respondan a cuestiones tales como la disfunción sexual masculina y los cánceres del sistema reproductor. En aquellos contextos en los que los hombres evitan recurrir a los servicios de salud debido a, por ejemplo, el miedo a parecer débil, o porque piensan que los centros de salud son principalmente para las mujeres y los niños, quizá convenga establecer formas específicas de divulgación y asesoramiento.



Equiparar

Los sistemas económicos, en demasiados casos, no satisfacen las necesidades de las mujeres y ponen en peligro su libertad y sus derechos sexuales y reproductivos. Ocupan una parte desproporcionada de puestos de trabajos inseguros y mal remunerados, por ejemplo, y tienen menos acceso a la protección social. Los nuevos modelos de crecimiento inclusivo deben basarse en la equidad entre los géneros y hacer hincapié en «equiparar hacia arriba», entre otras formas mediante la eliminación de las brechas entre los géneros en el desempleo y el aumento del trabajo



© Pep Bonet/NOOR

decente tanto para las mujeres como para los hombres, pero con una mayor velocidad de expansión en el caso de las mujeres (Elson y Fontana, 2019).

En todo el mundo, incluso en países que han avanzado de forma considerable hacia la igualdad de género, las mujeres soportan una carga mayor de trabajo no remunerado que reduce injustamente el tiempo que pueden dedicar al trabajo remunerado y el ocio. En el plano mundial, las mujeres representan el 40% de la fuerza de trabajo formal, pero dedican entre 2 y 10 veces más horas que los hombres a la prestación de cuidados

y al trabajo doméstico (Starr *et al.*, 2018). Para muchas de ellas, tener un hijo aún implica abandonar su puesto de trabajo de forma permanente o durante mucho más tiempo del que les gustaría, o hacer grandes esfuerzos para poder conciliarlo con el cuidado de los hijos. Algunas deben pagar un precio muy alto en términos de ingresos y salud.

La vivienda asequible, la energía limpia, el transporte público seguro, el agua limpia y el saneamiento, y los servicios de salud, educación y cuidado de los niños pueden reducir tiempo que dedican las mujeres al trabajo no remunerado (Starr *et al.*,

2018). Se requiere evidencia mucho mejor para medir el uso del tiempo como base para definir inversiones en servicios e infraestructuras que contribuyan a la igualdad de género y lleguen en primer lugar a quienes se han quedado atrás. Mediante ejercicios de cálculo de costos podría definirse el peso de dichos servicios e infraestructuras sobre los fondos públicos y su rentabilidad gracias, por ejemplo, al empleo productivo y el aumento de los ingresos tributarios (ONU-Mujeres, 2018). Asimismo, es necesario alentar a los hombres a que asuman una parte justa de la carga de trabajo doméstico.



© Holly Pickett/Redux Pictures

Más allá del imperativo de garantizar el ejercicio efectivo de los derechos de las mujeres, un número creciente de países han comenzado a darse cuenta de que «la equiparación hacia arriba» puede ofrecer un impulso adicional a la transición demográfica y reportar a las mujeres un dividendo demográfico. Unas mujeres saludables e instruidas, que puedan ejercer sus libertades y derechos reproductivos, pueden efectuar una contribución significativa en favor de una economía productiva y próspera.

Continuidad en tiempos de crisis

El mundo actual es propenso a crisis que periódicamente restringen los derechos y las libertades, desde conflictos de difícil solución a desastres relacionados con el clima. La CIPD instó a proteger a las personas obligadas a desplazarse o que se encuentran en una situación

de vulnerabilidad, entre otras formas a través de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Las crisis no deben retrasar el ejercicio de las libertades y los derechos. Sin embargo, el apoyo financiero ha ido sistemáticamente a la zaga de las necesidades agudas. Para una mujer embarazada que huye de una catástrofe, la asistencia médica cualificada puede ser tan esencial para su vida y la de su hijo como el alimento y el refugio.

Las libertades y los derechos reproductivos deben convertirse en parte integral de todas las respuestas internacionales a las crisis. Todos los actores humanitarios, públicos o privados, de grupos gubernamentales o no gubernamentales, deben aplicar las normas mínimas necesarias para que los servicios pongan freno y respondan a la violencia sexual, reduzcan la transmisión del VIH y prevengan la mortalidad y las enfermedades maternas y

neonatales. Deben prestarse servicios integrales de atención de la salud sexual y reproductiva en cuanto las condiciones lo permitan.

Buscar oportunidades

Las crisis, aunque nunca resultan deseables, pueden brindar la oportunidad de mejorar los derechos y las libertades. Podría hacerse mucho más en su favor, por ejemplo, a través de programas que quizá constituyan la primera oportunidad para muchas personas de informarse sobre cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, poner en cuestión las normas de género o protegerse de la violencia por razón de género. En medio de una crisis, las mujeres y las niñas pueden explorar nuevas funciones, por ejemplo, mediante la formación profesional. Podrían adoptarse más medidas para impulsar la inversión en servicios psicosociales y de salud mental, ya que las carencias en este ámbito pueden

UNA ADALID DEL CAMBIO

Sheshkala Pandey

Se suponía que Sheshkala Pandey se casaría al llegar a octavo grado. En cambio, esta joven, ahora con 19 años, asiste a la universidad, asesora a otras chicas, y recientemente recibió un galardón nacional, el premio *Unsung Hero*.

Estos logros no eran fácilmente predecibles cuando Pandey nació. En su comunidad empobrecida del sur de Nepal, las niñas tradicionalmente se casan lo más pronto posible, a pesar de que la edad mínima estipulada por la legislación es de 18 años. Sin ninguna posibilidad de terminar sus estudios, el matrimonio marca, para muchas niñas, el comienzo de una vida caracterizada por la pobreza y desempoderamiento.

Pandey estaba decidida a que ese no fuera su destino. Cuando la cuestión del matrimonio surgió por primera vez en su familia, primero se echó a llorar. Luego elaboró un plan de negocios, pidió dinero prestado a su hermano y estableció un pequeño taller de fabricación de objetos de artesanía, que vendía en un mercado local. Ganaba lo suficiente para pagar la matrícula escolar, un gasto cuyo peso en la economía familiar con frecuencia lleva a los padres a retirar a las niñas de la escuela y obligarlas a casarse.

Para Pandey, ese cambio en su vida solo fue el comienzo. En la actualidad, cuando no está estudiando para obtener su título universitario, enseña en un internado local para mantenerse. También encabeza el *Círculo de Niñas*, de 30 miembros, el cual se moviliza contra prácticas nocivas como el matrimonio infantil y el abuso sexual, y exhorta a las niñas a permanecer en la escuela. Cuando sus miembros se enteran de que se está por celebrar un matrimonio infantil, intervienen para impedirlo, y en un caso incluso han llegado a interrumpir la ceremonia de boda.

«Animo [a las niñas] a que sean valientes y combatan cualquier tipo de violencia contra ellas», dice Pandey, y añade con naturalidad: «Tenemos que cambiar la sociedad; ¿por qué preocuparnos por los obstáculos que se presentan en el camino?».

Gracias a la valentía de Pandey al mostrar el camino a seguir, en su comunidad ahora hay más niñas que permanecen en la escuela. Las madres le preguntan cómo lograr que sus hijas lleguen a ser como ella. Es la precursora de una nueva norma: que es necesario valorar y alentar a las niñas, en lugar de descartarlas a través del matrimonio infantil.

«Tenemos que cambiar la sociedad; ¿por qué preocuparnos por los obstáculos que se presentan en el camino?».



conducir rápidamente a conductas de riesgo, tanto sexuales como de otro tipo, problemas de salud y violencia por razón de género, entre otras consecuencias.

Estar preparados

No todas las crisis pueden evitarse. Estar preparados significa establecer planes de gestión de desastres y mitigación de riesgos. Cuando se dispone de insumos para responder a situaciones de desastre, estos deben incluir, de manera predeterminada, anticonceptivos, kits de parto sin riesgo y otros productos esenciales para la salud reproductiva. Los modelos de servicios integrados pueden prever las medidas y el personal necesarios para mantener la

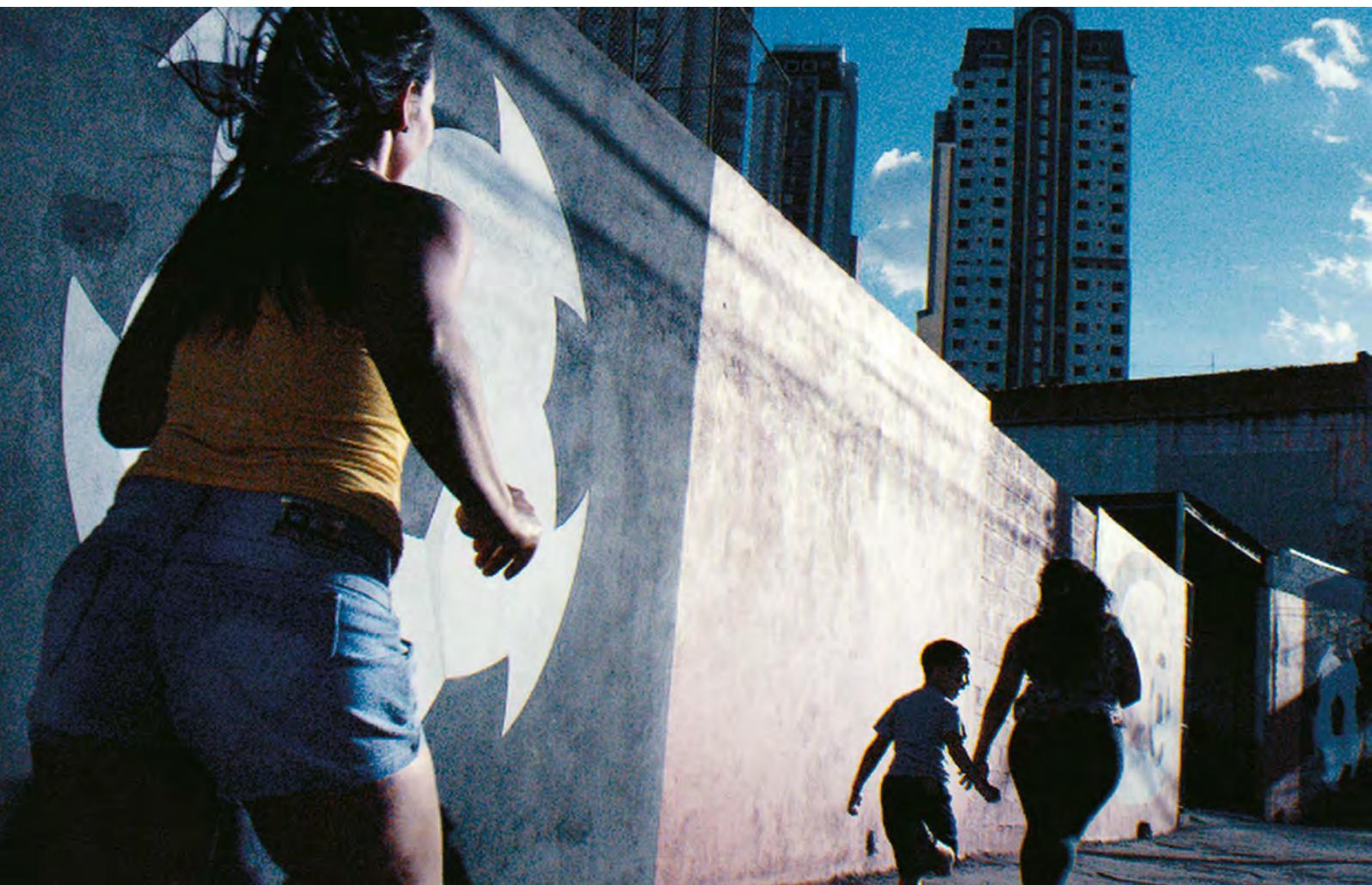
continuidad. Todas estas iniciativas deben estar respaldadas por una financiación ampliada de la reducción del riesgo de desastres, la cual suele ser insuficiente. Una práctica prometedora es convocar juntas nacionales de riesgo que elaboren orientaciones a partir de los conocimientos técnicos combinados de supervisores de seguros, organismos especializados en la gestión de desastres y los ministerios pertinentes —incluidos los que trabajen en favor de la salud y la igualdad de género—.

Desarrollo de la resiliencia

Una de las mejores protecciones contra desastres es que la población sea resiliente y cuente con medios

para defenderse. Unos sistemas de salud sólidos, con un abanico completo de servicios de salud sexual y reproductiva pueden reducir la vulnerabilidad y facilitar que las personas tomen mejores decisiones. Los programas de protección social universalmente accesibles pueden mantener la salud, la educación y los ingresos, los tres pilares de la resiliencia para la población marginada. Pueden determinar que una persona sobreviva o no a una crisis y cómo lo haga, fundamentar las decisiones sobre si quedarse o huir, y apoyar una transición ulterior para dejar de depender de la asistencia humanitaria externa.

© Jonas Bendiksen/Magnum Photos



Acelerar las medidas dirigidas a completar la agenda de la CIPD

Para finalizar las asignaturas pendientes de la CIPD y avanzar de manera realista hacia la consecución de la Agenda 2030 y los ODS, así como los tres ceros —que no existan necesidades insatisfechas en materia de anticoncepción, que no se produzcan muertes maternas evitables, y que las mujeres y las niñas no sean víctimas de violencia o prácticas nocivas—, la mayoría de los países pueden apoyarse en los logros recientes. Numerosos países cuentan ahora con instituciones y políticas básicas relacionadas con la población y la salud reproductiva, pero es necesario que lleguen a los más rezagados, mejoren la calidad de los servicios y respondan a los cambios que se están produciendo en la demografía y el desarrollo. Tendrán que planificar estratégicamente, a partir de la evidencia correcta —de la cual con frecuencia aún se carece— y de inversiones apropiadas —que han aumentado, pero siguen siendo insuficientes—.

Obtener instituciones adecuadas

El ejercicio efectivo de los derechos y las libertades no se logrará acometiendo cada problema por separado. Es necesario fortalecer los sistemas de salud en su conjunto para ofrecer toda la variedad de servicios esenciales que las personas necesitan durante el curso de su vida. Un estudio reciente publicado por *The Lancet* estimó la inversión necesaria para que la mayoría de los países cumplan las metas de los ODS relacionadas con la salud, y

predijo que tres cuartas partes de las inversiones adicionales tendrían que destinarse a reforzar los sistemas sanitarios, por ejemplo, a ampliar el personal y las instalaciones de salud (Stenberg *et al.*, 2017). En numerosos países en desarrollo, a pesar de los avances hacia la descentralización de los sistemas de salud y otros sistemas públicos, aún queda mucho por hacer para mejorar las capacidades subnacionales, garantizar una financiación adecuada y responder de manera flexible a las necesidades específicas de cada lugar.

Dada la naturaleza integrada de los ODS, un proyecto nacional de cobertura sanitaria universal debería establecer estrechos vínculos con los diversos determinantes de la salud, y de la salud sexual y reproductiva en particular. Entre ellos se incluye un entorno limpio, que favorece la salud durante el embarazo y puede reducir los riesgos de cáncer del sistema reproductor. El trabajo decente ayuda a las mujeres a planificar su familia al ofrecerles mayores niveles de ingresos y de autonomía. La educación prepara a los jóvenes para tomar decisiones fundamentadas y saludables. Como ya es el caso en algunos países, los mecanismos nacionales que reúnen a personas que trabajan en diferentes ámbitos permiten comprender más profundamente la forma en que los diferentes problemas interactúan y se potencian mutuamente.

Desde la CIPD, ha aumentado la rendición de cuentas en materia de derechos y libertades gracias a la amplia participación de grupos de la sociedad civil y no gubernamentales en la elaboración de políticas y la planificación. El UNFPA ha prestado apoyo a muchos de ellos.

La participación sigue evolucionando, por ejemplo, a través de la Coalición para el Suministro de Material de Salud Reproductiva y Family Planning 2020. Entre otros retos, estos grupos podrían llamar la atención sobre los servicios de salud sexual y reproductiva que no figuran en las metas y los indicadores de los ODS, dado el riesgo de que estos ocupen un lugar secundario en las políticas públicas y las decisiones de inversión.

En algunos casos, puede que resulte prioritario ampliar las redes de contactos y desarrollar la capacidad, a fin de involucrar a un espectro más amplio de grupos de la sociedad civil y no gubernamentales, y no solo a aquellos con presencia nacional o internacional, sino a los procedentes de comunidades más pequeñas y grupos marginados. La participación de los jóvenes, los ancianos, las personas LGBTI, las personas con discapacidad y las comunidades indígenas y otras minorías en muchos casos podría ser mayor. Debería prestarse atención a múltiples niveles de diversidad, como las mujeres jóvenes de escasos recursos.

Podrían lograrse otras formas de rendición de cuentas mediante la inclusión deliberada de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en las funciones de supervisión de las instituciones nacionales de derechos humanos, así como a través de exámenes parlamentarios. Asimismo, podrían desarrollarse más las capacidades de los sistemas judiciales con miras a reducir las prácticas jurídicas discriminatorias, las cuales persisten incluso cuando la legislación está en consonancia con las normas en materia de derechos humanos.

UN ADALID DEL CAMBIO

Dany Stolbunov

Dany Stolbunov, ahora con 20 años, admiraba a su médico en Ucrania y confiaba en él lo suficiente para contarle que quería estudiar medicina. Esperaba que el médico respaldara su sueño. En cambio, se opuso.

«No puedes ser médico», le dijo. «Eres seropositivo».

Stolbunov nació con VIH y a los 8 años, cuando su padre murió de sida, supo que era portador del virus. Conforme crecía, sufrió de primera mano el estigma que aún persiste en torno al VIH y el sida, incluso entre las personas que trabajan en los sistemas de atención de la salud y que supuestamente se encuentran en la primera línea del tratamiento. Como joven adulto, tomó la determinación de abogar por una atención menos discriminatoria.

«Somos la primera generación de personas que hemos nacido y crecido con el VIH y podemos hablar abiertamente al respecto», dijo a los asistentes a la Conferencia Internacional sobre el Sida 2018, la mayor reunión mundial sobre un problema de salud.

Como líder de la organización ucraniana *Teenergizer!*, Stolbunov actuó en la conferencia en una obra de teatro documental, *No se lo digas a nadie*. Expone lo que significa vivir con el VIH en Europa del Este y exhorta a escuchar las voces de los jóvenes que viven con el virus.

Creada por adolescentes para adolescentes, *Teenergizer!* aboga por que estos desarrollen todo su potencial y ejerzan sus derechos, y por el fin de todas las formas de discriminación, incluida la de las personas que viven con el VIH. El acceso de los jóvenes aún no se considera una prioridad, ni siquiera su acceso a información básica sobre el VIH, a pesar de que, a escala mundial, el VIH es la principal causa de muerte entre las personas de entre 10 y 19 años.

Stolbunov también copreside The Pact, una coalición de más de 80 organizaciones y redes dirigidas por jóvenes y comprometidas a promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como a poner fin al sida para 2030. «Nada para nosotros sin nosotros», proclama Dany. «Estamos dispuestos a luchar por nuestros derechos».

«Nada para nosotros sin nosotros, estamos dispuestos a luchar por nuestros derechos».



Obtener financiación

Encontrar financiación para cumplir los compromisos de la CIPD ha demostrado ser difícil, a pesar de que existen indicios claros de que sigue siendo insuficiente. En la CIPD se estipuló que los propios países en desarrollo se encargarían de movilizar dos terceras partes del monto necesario, y la parte restante provendría de la comunidad internacional.

En términos de prioridades de financiación, los servicios de salud del sector público en general ofrecen atención materna, neonatal e infantil, así como planificación familiar, aunque en menor grado. Los servicios de VIH/sida de las zonas endémicas han recibido importantes ayudas de los donantes, mientras que se han destinado muchos menos fondos, tanto nacionales como internacionales, a servicios para afrontar, por ejemplo, la infertilidad, los cánceres del sistema reproductor y la violencia sexual (Starr *et al.*, 2018). Para desplegar un paquete universal de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, sería importante nivelar la distribución.

Un estudio estimó que, para que la mayoría de los países cumplan todas las metas de salud de los ODS, se necesitarían hasta 371.000 millones de dólares al año de aquí a 2030, a partir de una suma inicial de 134.000 millones de dólares anuales (Stenberg *et al.*, 2017). Entre otros resultados, esto podría reducir la mortalidad materna casi a la mitad y evitar 400 millones de nacimientos no planeados y 10,8 millones de muertes por VIH/sida.

Los países de ingresos medianos están capacitados para autofinanciar la inversión requerida e incluso para

plantearse objetivos más ambiciosos, concluyó el estudio. Los países de ingresos bajos se enfrentan a un déficit de financiación y seguirán necesitando apoyo financiero externo, pero incluso los más pobres pueden aspirar a un cierto grado de cobertura sanitaria universal. Todos los países tendrán que priorizar las inversiones de conformidad con el principio de equidad y llegar primero a los más rezagados, de acuerdo con los compromisos con los derechos humanos. Los países en desarrollo que han logrado financiar la ampliación de servicios han tomado medidas que incluyen el uso de los ingresos tributarios para subvencionar a las poblaciones objetivo, el aumento del número de personas cubiertas por el seguro médico público y la disminución de los gastos corrientes de los hogares y, a la vez, han aumentado considerablemente la proporción de fondos públicos en el gasto sanitario total (Starr *et al.*, 2018).

Un enfoque de la presupuestación basado en los derechos puede guiar las opciones y definir nuevas prioridades, como aumentar las asignaciones en favor del acceso universal a una gama completa de métodos anticonceptivos en las comunidades más pobres, y ajustar la política tributaria de forma progresiva a fin de generar ingresos con miras a la ampliación de los servicios.

Actualmente, 100 millones de personas al año caen en la pobreza debido a los gastos sanitarios (Starr *et al.*, 2018). La financiación común o los planes de seguros pueden constituir un paso hacia la reducción de los gastos corrientes de los hogares. Los programas de vales, la financiación basada en el desempeño, los programas de seguridad social y las transferencias monetarias condicionadas a las familias han mejorado la salud sexual y reproductiva en una amplia variedad de entornos (Starr *et al.*, 2018). Puede que en algunos países exista una justificación para la privatización de

© Sven Torfinn/Panos Pictures





El logro de los tres ceros requiere ambición y compromiso—

que NO existan necesidades insatisfechas en materia de anticoncepción

que NO se produzcan muertes maternas evitables

que las mujeres y las niñas NO sean víctimas de violencia o prácticas nocivas

los servicios de salud, pero esta no debe llevarse a cabo imponiendo a las personas más pobres y jóvenes unos costos que quizá no puedan sufragar, lo que menoscabaría sus derechos.

Más allá de las finanzas internas, existe una variedad de factores externos que limitan los fondos disponibles para la atención de

la salud y de los cuales es necesario ocuparse, comenzando por el cumplimiento de los compromisos mundiales con la asistencia oficial para el desarrollo y la ayuda humanitaria. Además existen otros problemas graves, como el servicio de la deuda, que contradice los derechos humanos al imponer onerosas restricciones en el gasto en servicios esenciales.

Calibrar la situación

Las políticas, los programas y las inversiones dirigidas a promover el pleno ejercicio de las libertades y los derechos reproductivos deben basarse en la evidencia correcta. La recopilación de evidencia ha mejorado desde la CIPD. No obstante, siguen existiendo lagunas en la capacidad de recopilación y análisis de datos y su



© Filippo Monteforte/Getty Images

cobertura. Las encuestas suelen seguir siendo una solución provisional para la falta de fuentes administrativas eficaces, como los sistemas de registro civil.

Muchos países lidian con la falta de datos desagregados, que imposibilita, por ejemplo, conocer con precisión lo que sucede en las comunidades marginadas y

responder de manera acorde, o evaluar las diferencias entre diversas regiones o entre las zonas urbanas, periurbanas y rurales. Los datos sobre la salud reproductiva con frecuencia se centran en las mujeres casadas en edad reproductiva, sin tener suficientemente en cuenta a las mujeres solteras, los jóvenes y los ancianos, o las personas LGBTI. Solo alrededor de un tercio de todos los países y territorios disponen de datos fiables sobre la mortalidad materna (ONU-Mujeres, 2018). También existen carencias importantes en lo relativo al cálculo de los recursos financieros destinados a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el alcance de los cuidados no remunerados, la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual y la extensión de la violencia por razón de género. No se realiza un seguimiento adecuado de las intersecciones entre las múltiples formas de discriminación, ni de los cambios en la estructura de edad de la población, a pesar de su profunda repercusión en el desarrollo.

El hincapié en el seguimiento por parte de la Agenda 2030 brinda la oportunidad de llenar estas lagunas, sobre todo teniendo en cuenta que el seguimiento del progreso hacia la CIPD contribuye directamente al logro de los propósitos fundamentales de los ODS. Las próximas rondas de censos que comienzan en 2020 pueden orientarse en torno a la actualización y la desagregación de los datos en el contexto de la Agenda 2030, mediante la aplicación de las nuevas tecnologías y las innovaciones que se están desarrollando. La tecnología ofrece cada vez más opciones para mejorar

la recopilación de datos, por ejemplo, a través de información geoespacial o dispositivos electrónicos de mano. Las herramientas de modelado disponibles en programas informáticos de código abierto ofrecen nuevas opciones para aplicar los datos en la evaluación de las interacciones de diferentes aspectos de la población, la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el desarrollo sostenible.

Lograr los tres ceros

En los últimos 50 años, el cambio se ha abierto camino a través de la vida de las personas y de las generaciones. Hoy en día, numerosas mujeres viven mejor que sus madres, y las expectativas para sus hijas son aún mejores. Esa esperanza se basa, en gran medida, en el ejercicio efectivo de las libertades y los derechos sexuales y reproductivos para todos. El logro de los tres ceros —que no existan necesidades insatisfechas en materia de anticoncepción, que no se produzcan muertes maternas evitables, y que las mujeres y las niñas no sean víctimas de violencia o prácticas nocivas— requiere ambición y compromiso. Aún quedan numerosos obstáculos en un camino que no es ni directo ni incontrovertido. Pero las personas ya han llegado muy lejos en la reivindicación de sus derechos y su libertad de decidir, y continuarán haciéndolo. La historia está de su parte.



MÁS QUE MI MADRE, MENOS QUE MI HIJA

Tienen 35 años. Han tenido a todos sus hijos. Siguen teniendo hijos. O están pensando en tenerlos. A diferencia de muchas de sus madres, en su mayoría no han permanecido en el hogar sino que han salido a trabajar. Son líderes comunitarias y el sostén familiar, entre muchos otros roles.

Muchas han soñado cosas que nunca se les pasaron por la cabeza a sus madres. Tienen acceso a servicios y oportunidades de obtener ingresos, lo que les ha permitido reivindicar algunos de sus derechos y libertades reproductivas, algunos de los cuales fueron garantizados en virtud de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), que tuvo lugar en El Cairo cuando ellas solo tenían 10 años.

Sin embargo, especialmente en el caso de las mujeres que forman parte del estrato más bajo y desfavorecido de la economía, el ejercicio de los derechos y las libertades se ha llevado a cabo, en el mejor de los casos, de manera parcial. Las limitaciones son numerosas: la falta de acceso a la educación, la ausencia de trabajo decente, y el aumento del costo de la atención de la salud. Incluso aquellas mujeres que ocupan puestos de alto nivel pueden tener que hacer frente a importantes sanciones económicas relacionadas con la maternidad y el cuidado infantil.

¿Ha cumplido el mundo sus promesas para con la generación posterior a la Conferencia de El Cairo? No por completo. No todavía.

Estas mujeres de 35 años tienen esperanza y valor. Están convencidas de que sus hijos tendrán un futuro mejor. Por ahora, sin embargo, sus experiencias cuentan la historia de hasta dónde hemos llegado y de cuánto más queda por hacer.



© UNFPA/M. Bradley

«Tengo experiencia y conocimientos, pero un diploma supondría un reconocimiento de lo que puedo hacer».

Fanie

Haití: La pérdida de oportunidades educativas

Fanie Derismé nació en lo alto de las montañas a las afueras de la capital de Haití, Puerto Príncipe, y fue 1 de los 13 hijos hacinados en una casa de tres habitaciones. Sus padres tenían un huerto próspero con el que alimentar a la familia y su madre era una carnicera de renombre.

Pero las presiones de una familia numerosa alentaron la decisión de sacar a Fanie de la escuela a los 10 años para trabajar en casa de un primo que vivía en

la ciudad. Se esperaba que tendría la oportunidad de continuar sus estudios. Pero ese sueño pronto se desvaneció en el agotamiento de las tareas domésticas que requerían mucho tiempo, y en los abusos frecuentes en el seno de su segunda familia.

A los 20 años, Fanie se había enamorado y estaba embarazada. Si bien ese no había sido el plan, la única advertencia que jamás había recibido era que «acercarse demasiado» a un hombre podía ser peligroso. A los seis meses, su novio la dejó por otra mujer,

y Fanie tuvo al niño sola. Hoy, su hijo tiene 15 años y va a la escuela, pero Fanie está sometida a un estrés constante para poder llegar a fin de mes. Limpia casas para obtener un ingreso y desearía haber tomado su propia educación más en serio y haber podido cumplir su sueño de ser cocinera, tal vez abrir un pequeño restaurante.

«Tengo experiencia y conocimientos, pero un diploma supondría un reconocimiento de lo que puedo hacer», dice Fanie. «He tenido que aceptar muchas cosas, como vivir en casa de otras personas, hacer todo el trabajo y ser constantemente humillada. Espero que mi hijo aprenda y llegue a ser alguien, y viva mucho mejor que yo».

Le gustaría tener otro hijo, pero le preocupan los costos y la falta de una relación estable. «No quiero estar con un hombre, tener un hijo, ver que no funciona y afrontar sola todas las responsabilidades», dice ella. «Solo con dos fuentes de ingresos estaría en disposición de mantener a un niño».



© UNFPA/R. Anis

Por ahora, confía en los preservativos para evitar el embarazo, pero se han encarecido; los dispensarios públicos no siempre los proveen de manera gratuita como hacían antes.

Otras presiones provienen de sus hermanas, que tienen muchos más hijos y esperan que ella las ayude. Una hermana entregó dos hijos a una organización internacional que prometió darles una educación y devolverlos a los 18 años, pero nunca regresaron. Nadie conoce su paradero.

© UNFPA/M. Bradley



«No he visto los cambios de los que la gente habla».

Um Ahmed

Egipto: Una lucha por los ingresos y la salud

Um Ahmed, nacida en un barrio pobre de El Cairo, cuna del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, simplemente dice: «No he visto los cambios de los que la gente habla». La pobreza puso fin a su educación después de la escuela primaria. Hasta que se casó a los 27 años, trabajó duramente en empleos esporádicos como costurera y empleada doméstica, juntando suficiente dinero para el mobiliario del hogar que se espera que una novia aporte como dote en una nueva unión matrimonial.



© UNFPA/R. Anis

Tuvo dos embarazos en rápida sucesión, que dieron lugar a dos nacimientos prematuros y la muerte de sus hijos. Someterse a una operación en un hospital público la ayudó a mantener un tercer embarazo el tiempo suficiente para que su hijo Ahmed, ahora de 6 años, lograra llegar al mundo.

En el camino, Um Ahmed descubrió que los años de largas horas de trabajo por poco dinero le habían pasado factura. Había contraído un virus que podía complicar sus embarazos. Con ingresos bajos insuficientes para cubrir la atención sanitaria básica, como las visitas prenatales regulares al médico, tuvo que pedir dinero prestado a varios miembros de la familia para pagar

los costos adicionales de llevar un embarazo a término.

La madre de Um Ahmed tenía cinco hijos y solo trabajaba en casa. Um Ahmed tiene un hijo y ha decidido no tener más simplemente porque no puede obtener los ingresos suficientes, a pesar del deseo de que Ahmed tenga un hermano. El costo de la vida siempre supera con creces sus medios. «Si quiero tener otro niño tendré que someterme nuevamente a revisiones y cirugía, y es una carga económica demasiado grande. Trabajo mucho, pero las cosas nunca parecen mejorar», se lamenta.

Su esposo quiere más hijos y discute su decisión de utilizar un

dispositivo intrauterino, aunque su trabajo como obrero es esporádico y precario. A veces, cuando las discusiones se intensifican, la golpea y le grita que Dios proporcionará los ingresos que necesitan. Um Ahmed sabe que existe una línea directa a la que puede llamar para solicitar protección, pero teme que una separación permanente pueda romper la relación con su hijo.

Cuando tenía 10 años, era una estudiante dedicada, que caminaba cada día una hora para ir al colegio y otra para volver porque su familia no podía pagar el transporte. Soñaba con ir a la universidad, conseguir un trabajo decente y vivir en una casa confortable. Ahora ese sueño es solo

para su hijo. «Estoy decidida, hasta mi último aliento, a que continúe la escuela y tenga una vida digna».

Guinea-Bissau: En busca de una relación estable

En el extremo occidental de África, en Guinea-Bissau, Marta Paula Sanca terminó la escuela secundaria y tiene un trabajo mejor que Um Ahmed o Fanie, a pesar de que comenzó su educación bajo un árbol en un barrio pobre de Bissau, la capital. De cinco hermanos, solo ella y su hermano llegaron a la edad adulta.

Cuando ella tenía 13 años e iba al mercado a buscar los encargos de su madre, un hombre comenzó a hablarle y comprarle dulces. No entendió lo que estaba sucediendo cuando este la violó, o cuando se quedó embarazada. Recuerda haber permanecido en el hospital un tiempo antes del parto porque era tan joven que a los médicos les preocupaba que pudiera morir. También desalentaron a sus padres de autorizar un aborto, afirmando que también representaba un riesgo para su vida. Insistieron en que, aunque Marta Paula muriera durante el embarazo, al menos el bebé podría sobrevivir. Al final, el parto tuvo lugar sin complicaciones.

No mucho después, a fines de la década de 1990, el conflicto civil se cobró la vida de su padre y su madre

enfermó. Como madre adolescente, se esperaba que Marta Paula fuera a trabajar para ayudar a su hermano menor y a su madre. De alguna manera, logró criar al niño, trabajar como limpiadora, vender artículos en la calle y terminar la escuela secundaria. Comenzó una relación que prometía

ser estable, y ambos decidieron tener otro hijo cuando ella tenía 19 años. Pero al cabo de un tiempo el padre, que viajaba frecuentemente como conductor, la dejó por otra mujer.

Hoy Marta Paula trabaja como guardia de seguridad y quisiera poder tener más

«Les diría a todas las madres en Guinea-Bissau que cuando las niñas cumplan 12 años, acudan a los servicios de planificación familiar y elijan un método anticonceptivo».

Marta Paula

© UNFPA/I. Barbosa





© UNFPA/I. Barbosa

hijos. Sin embargo, al igual que Fanie, no lo hará a menos que encuentre una relación estable, lo cual por el momento parece ser difícil. Trabajar largas horas significa que a menudo sus hijos aún duermen cuando ella se va por las mañanas, y ya se han acostado cuando regresa por la noche.

Se preocupa por el cambio de las normas en su país, al que ahora llega una gran cantidad de información del resto del mundo. Su embarazo a los 13 años fue considerado extremadamente inusual en aquellos tiempos. «Pero hoy en día, es muy común», dice, atribuyendo el cambio a una crianza

de los hijos más permisiva y al inicio de la actividad sexual a edades más tempranas. La pobreza también desempeña un papel importante, al llevar a algunas niñas a vender sus cuerpos a fin de costear la matrícula escolar y obtener el dinero que necesitan sus familias.

Si bien la información sobre planificación familiar está bien difundida y la mayoría de los servicios de salud reproductiva son accesibles para todos, de alguna manera no se llega a las adolescentes. Los dos hijos de Marta Paula son varones, pero aun así enfatiza: «Les

diría a todas las madres en Guinea-Bissau que cuando las niñas cumplan 12 años, acudan a los servicios de planificación familiar y elijan un método anticonceptivo».

Bosnia y Herzegovina: La falta de opciones anticonceptivas

Casada a los 15 años, Mediha Besic fue madre por primera vez a los 16. A los 35 años, tiene cinco hijos, de edades comprendidas entre los 4 y los 19 años. Como parte de una comunidad romaní marginada en una zona rural de Bosnia y Herzegovina, ella y su esposo son demasiado

pobres para comprar anticonceptivos modernos, y en su lugar confían en opciones tradicionales y menos efectivas, como la interrupción del coito. «Habría sido más fácil criar a dos hijos», dice Mediha. «Quería usar métodos anticonceptivos, pero cuando no tienes dinero no te lo puedes permitir».

Al igual que su madre antes que ella, Mediha trabaja solo en casa. Su esposo solía recolectar y vender restos de materiales de construcción, pero ese negocio ha empeorado a lo largo de los años, a la vez que se agotan las provisiones y aumenta el precio del gas. Ahora solo encuentra trabajo de manera esporádica como jornalero. Por lo general, la familia sobrevive con una prestación pública por hijo a cargo de aproximadamente 50 dólares al mes, apenas por encima de la definición mundial de pobreza extrema.

Sin embargo, Mediha siente que en cierto modo su vida ha mejorado desde que era una niña, y especialmente desde la guerra que consumió al país en la década de 1990, cuando recuerda que nunca había suficiente para comer. Hoy vive en una casa más grande que aquella en la que creció. Está hecha de ladrillo y no de materiales de desecho, aunque todavía no tiene agua corriente.

Habiendo completado la escuela primaria, sabe leer y escribir. Su

madre, en cambio, nunca pisó un aula. Aún así, Mediha está muy lejos de cumplir la aspiración de su niñez de ser profesora o doctora. «Mis padres tenían seis hijos y no nos podían pagar la educación a todos, así que tuve que dejar la escuela». Una hermana que terminó los estudios se hizo enfermera.



© UNFPA/I. Kapetanović

«Quería usar métodos anticonceptivos, pero cuando no tienes dinero no te lo puedes permitir».

Mediha

© UNFPA/I. Kapetanović





© UNFPA/I. Kapetanović

La primera vez que Mediha vio a un ginecólogo fue en el quinto mes de embarazo de su primer hijo. Los médicos le hablaron principalmente del bebé y el parto, pero le facilitaron poca información sobre la planificación de futuros embarazos. «En nuestra cultura, no se habla con nadie sobre planificación familiar», dice, recordando cómo se sintió avergonzada e intimidada.

Hoy, sin embargo, se ha asegurado de que sus dos hijos mayores sepan

cómo protegerse. «Quiero que terminen la escuela, encuentren un trabajo y después se casen y tengan su propia familia», dice Mediha. «Estoy segura de que tendrán mejores oportunidades en la vida».

Brasil: Un padre alienta a su hija a llevar una vida diferente

Hace solo unos 70 años, la comunidad indígena de Tsitsina Xavante, los A'uwe Uptabi, estableció contacto por primera vez con el mundo exterior en Brasil.

Antes de eso, se mantenían aislados, en la profundidad de la pluviselva. Su padre no llevaba ropa cuando era joven y no hablaba portugués. Cuando se convirtió en el primer miembro indígena del Congreso Nacional del Brasil, se llevó a Tsitsina, su hija menor, a vivir con él en Brasilia, la capital. A raíz de sus primeras experiencias, Tsitsina se convirtió en líder de la Asociación Namunkurá Xavante, que representa a 305 grupos indígenas diferentes. Tsitsina dice con prudencia que no

habla por todos los indígenas, sino solo por sí misma.

De diez hermanos, es la única que terminó la universidad e incluso una maestría. Hasta ahora, ha optado por no casarse y no tener hijos, al menos no todavía. Antes de que su padre muriera en 2002, cuando ella le pidió permiso para comenzar a salir con chicos a los 15 años, él se negó. «Él quería que yo continuara estudiando para así poder ir donde yo quisiera», recuerda. «Decía que incluso si me casaba debía ser económicamente independiente».

«Ellos creen que tengo la responsabilidad de tener hijos, de dar continuidad a nuestro pueblo», pero también se dan cuenta de que he vivido de otra manera».

Tsitsina

© UNFPA/G. Bello



Sin embargo, últimamente sus hermanas casadas la han estado animando a que tenga un hijo o una hija antes de que sea demasiado tarde. Conforme a las tradiciones de su comunidad polígama, sería aceptable tener una relación con un cuñado para quedar embarazada. «Ellos creen que tengo la responsabilidad de tener hijos, de dar continuidad a nuestro pueblo», dice Tsitsina. «Pero también se dan cuenta de que he vivido de otra manera».

Entre las preocupaciones de Tsitsina con relación a su comunidad se incluye la observación de que anteriormente muchas personas solían esperar hasta que el primer hijo diera sus primeros pasos antes de tener un segundo niño, pero ahora las mujeres suelen tener hijos una vez al año durante muchos años. El riesgo de contraer enfermedades ha aumentado dada la práctica de mantener relaciones sexuales con

múltiples personas en el seno de las familias. Si bien la comunidad indígena dispone de acceso a servicios atención de la salud, no recurre a ellos de manera regular. Debido a la existencia de importantes tabúes que impiden debatir abiertamente las cuestiones relativas a las relaciones sexuales y la sexualidad, muchas personas disponen de poca o ninguna información sobre sus propios cuerpos o no saben cómo abordar las relaciones sexuales de manera responsable.

«Muchas niñas se casarán a los 14 o 15 años y tendrán hijos siendo muy jóvenes», dice Tsitsina. «Algunas están contentas con ello, pero nunca conocerán otras perspectivas. Me gustaría que lo hicieran, porque de lo contrario, siempre seguirán con la vida que ya conocen y la verán como algo natural, privándose de nuevos estímulos».

No es fácil. Su comunidad no tiene acceso a Internet, aunque ahora están conectados a la red eléctrica. Viajar en barco hasta la ciudad más cercana, el único medio de transporte, es caro. Y en una sociedad patriarcal, donde los roles y el trabajo claramente definidos de las mujeres se consideran menos valiosos, puede ser extremadamente difícil para las niñas reunir la motivación suficiente para perseguir sus sueños. Aun así, pueden ver a Tsitsina como un modelo a seguir, una persona comprometida con su comunidad, aun cuando vive de una manera nueva.

© UNFPA/G. Bello





© UNFPA/Lexicon

«Hoy tengo la suerte de tener más oportunidades gracias al apoyo de mis padres».

Rasamee

Tailandia: Una cultura en proceso de cambio

«Me encanta mi trabajo», exclama Rasamee, describiendo rápidamente su papel como principal defensora del desarrollo sostenible dentro de la empresa de telecomunicaciones más importante de Tailandia. Es un trabajo de mucha presión que requiere largas horas de dedicación. Consiste en trazar estrategias con los directores y los miembros del consejo de administración sobre posibles cambios fundamentales en la forma

en que la empresa hace negocios a largo plazo. Sin embargo, Rasamee está lista para afrontar el desafío solo cinco meses después de dar a luz a su primer hijo.

Está muy lejos de la época de sus abuelos, que emigraron a Tailandia desde China y creían que la escuela era para los niños y el hogar para las niñas. Rasamee obtuvo un título en economía y comercio internacional, alentada por su madre, que solo cursó la escuela hasta quinto grado.

Mientras crecía, Rasamee vio a sus padres luchar por salir adelante económicamente. Su madre trabajaba en casa y su padre buscaba empleo en la construcción, pero a menudo la enfermedad se lo impedía.

«Hoy tengo la suerte de tener más oportunidades gracias al apoyo de mis padres», dice Rasamee. «Solía soñar con tener una vida próspera. Pero siempre fuimos conscientes del sufrimiento de tantas otras personas, por lo que no solo significaba tener suficiente para comer, sino poder vivir una vida con un propósito». Su trabajo actual implica idear cómo la empresa puede ayudar a Tailandia a avanzar hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Rasamee prosperó como profesional durante muchos años sin pensar

siquiera en contraer matrimonio, aunque acabó casándose poco antes de tener a su primer hijo. «La cultura ha cambiado», dice. «Las mujeres pueden trabajar y cuidar de sí mismas y no necesitan depender de sus maridos».

El apoyo a esa libertad proviene de la información sobre planificación familiar, que es ampliamente accesible y se enseña habitualmente en las escuelas. Los métodos anticonceptivos

pueden adquirirse prácticamente en cualquier establecimiento. «Nuestro Gobierno ha promovido tanto este tema», dice Rasamee. Ella considera, «que nadie se avergüenza de hablar de ello».

Después de dar a luz, estaba tan impaciente por regresar a su trabajo que se tomó solo dos meses de licencia de maternidad, a pesar de los tres meses que permitía la normativa de la empresa. Rasamee

planea dar a luz a otro hijo, pero no los 3 o 4 niños que solían ser lo habitual en su comunidad.

«Mi esposo también trabaja, ¡nunca tendríamos suficiente tiempo para tantos bebés!», se ríe. Los dos ya están preparando juntos un fondo de educación para su recién nacido, y su esposo tiene un plan de expansión para su negocio con vistas a asumir los costos de una familia en crecimiento.

© UNFPA/Lexicon



Sri Lanka: Un regalo inesperado: hijos después de un cáncer

La primera infancia de Shara Ranasinghe, que creció en Sri Lanka, fue tumultuosa. Sus padres se habían divorciado y el tribunal estipuló que ella, hija única, viviría con su padre puesto que él contaba con estabilidad financiera y su madre no. «Mi madre era una niña brillante, pero nunca estudió más allá de la escuela secundaria; se casó y tuvo un hijo a los 20 años», dice Shara.

Después de que su padre se volviera a casar, Shara sufrió a manos de una madrastra que en ocasiones la golpeaba. Cuando su propia madre le preguntaba qué había pasado, ella inventaba excusas como una caída en las escaleras, por no querer despertar más preocupación y enojo.

A pesar de su infancia desdichada, Shara creció con un espíritu independiente y resiliente. Tras mudarse a Malasia para cursar una carrera universitaria, comenzó a prosperar hasta que, en su último año de estudios, le diagnosticaron un cáncer. Shara le dijo a su novio que realmente debería dejarla, pero él se negó, y se mantuvo a su lado durante las agotadoras rondas de quimioterapia y radiación.

Cuando todo terminó, los médicos la informaron de que la probabilidad de que pudiera llegar a tener hijos era



© UNFPA/C. Learson

«Mi madre era una niña brillante, pero nunca estudió más allá de la escuela secundaria; se casó y tuvo un hijo a los 20 años».

Shara

remota o nula. En un momento dado, le preguntaron si quería conservar sus óvulos, pero el tema surgió delante de su padre y se sintió demasiado incómoda para hablarlo. Ella y su novio decidieron casarse de todos modos, y poco después descubrió que estaba embarazada. «Que el test de embarazo diera positivo fue lo mejor que me ha pasado en la vida», confiesa.

Desde entonces ha tenido dos niños más, y Shara se ha mudado

a Australia para cursar estudios superiores, con el objetivo de obtener un doctorado en comunicación con pacientes de cáncer. Aunque siempre quiso tener muchos hijos, cada embarazo supone un riesgo para su salud frágil. Económicamente, también considera que tres es el número correcto. Si bien en Australia existen subsidios para el cuidado infantil, ella y su esposo se han preocupado por no estar ausentes de la vida de sus hijos pequeños y han hecho malabarismos con su trabajo

para que uno de los dos siempre pueda estar en casa con ellos.

En un momento dado, Shara avanzó en su carrera docente y pasó a ser el principal sostén familiar, mientras que su esposo hacía una pausa en su carrera como ingeniero para trabajar con horarios flexibles preparando comida en cafeterías. Más recientemente, sus padres se han mudado a vivir con la pareja y su esposo ha regresado a la ingeniería.

En el mundo que la rodea, Shara observa una creciente apertura,

con mujeres que finalmente pasan a ocupar puestos de liderazgo en su universidad y un niño en la escuela de su hija que, por primera vez, ha pedido que lo traten como a una niña. Su primera hija «milagro» ahora tiene casi 10 años y es una niña talentosa y sensible. «Quiero que sea muy fuerte», dice Shara. «Espero que no tenga que enfrentarse a la discriminación, pero todavía existen muchas desigualdades».

Shara considera que Australia está más avanzada en la comprensión

de las transformaciones que están teniendo lugar en el mundo, en comparación con Sri Lanka, que mantiene unas expectativas profundamente conservadoras con relación a las mujeres. Cuenta con el apoyo incondicional de sus padres a la hora de tomar decisiones que le permitan hacer realidad sus sueños. Sin embargo, afirma que «a mi país aún le quedan unos cuantos años por delante. Tengo la esperanza de que las futuras generaciones nazcan en una Sri Lanka que fomente la igualdad de oportunidades para todos».

© UNFPA/C. Learson



Indicadores

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD	página 152
Indicadores demográficos	página 164
Notas técnicas	página 170

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

DATOS MUNDIALES Y REGIONALES	SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS																					
	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método ^f				Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, método moderno ^f				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^f		Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años ^f			Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ^f			Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a		Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior, estimación superior		Partos atendidos por personal de salud calificado, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994*	2015	2015	2015	2015	2017	2014						
MUNDIAL	63	24	52	58	12	84	42	72	78	369	216	207	249	79	57							
Regiones más desarrolladas	68	35	57	61	10	88	46	72	79	22	12	11	14	–	–							
Regiones menos desarrolladas	62	20	51	57	12	84	40	72	77	409	238	228	274	–	–							
Países menos adelantados	42	1	15	37	21	67	4	31	59	832	436	418	514	56 ^d	49							

DATOS REGIONALES

África Occidental y Central	22	0	6	18	24	47	1	17	39	1040	676	586	862	52	38
África Oriental y Meridional	42	2	14	38	22	66	6	29	60	858	455	419	556	62	51
América Latina y el Caribe	74	25	57	70	10	89	39	71	83	117	68	64	77	95 ^c	–
Asia y el Pacífico	67	22	58	62	10	87	45	78	81	316	127	114	151	84 ^b	–
Estados Árabes	54	11	33	48	15	78	26	54	69	285	162	138	212	76	–
Europa Oriental y Asia Central	66	16	36	50	10	87	24	49	66	68	25	22	31	98	–

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS

	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
Afganistán	27	1	6	24	24	52	5	17	48	1300	396	253	620	51	–
Albania	64	7	14	26	14	82	9	18	33	49	29	16	46	99	69
Alemania	63	40	65	62	11	85	50	83	83	9	6	5	8	99	–
Angola	17	0	3	16	36	33	1	8	30	1180	477	221	988	50	62
Antigua y Barbuda	64	29	53	61	13	83	47	72	80	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	31	11	26	25	26	54	24	46	43	36	12	7	20	–	–
Argelia	64	13	46	57	10	87	30	67	77	196	140	82	244	97	–
Argentina	69	19	48	66	11	86	34	66	82	64	52	44	63	100	–
Armenia	59	15	26	31	13	82	26	35	44	50	25	21	31	100	66
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australia	66	62	66	64	11	86	80	85	83	8	6	5	7	100	–
Austria	67	28	50	64	10	88	39	71	84	7	4	3	5	98	–
Azerbaiyán	58	11	18	29	13	82	23	27	40	92	25	17	35	100	–
Bahamas	67	40	61	65	12	85	60	79	83	47	80	53	124	–	–
Bahrein	67	17	33	48	10	87	30	46	63	22	15	12	19	100	–
Bangladesh	64	3	37	57	11	85	9	55	76	495	176	125	280	50	–
Barbados	62	35	54	59	15	80	54	72	76	56	27	19	37	99	–
Belarús	73	18	39	60	7	91	25	54	75	33	4	3	6	100	–
Bélgica	72	22	69	71	7	91	27	88	90	9	7	5	10	–	–
Belice	55	20	42	52	19	74	35	60	70	55	28	20	36	97	–
Benin	21	0	3	15	30	41	1	7	30	541	405	279	633	77	38
Bhután	63	3	22	62	12	84	10	44	83	690	148	101	241	89	–

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS														
	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método ^f				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^f		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ^f			Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a		Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior superior		Partos atendidos por personal de salud calificado, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
Bolivia (Estado Plurinacional de)	66	5	18	49	15	81	9	25	59	401	206	140	351	90	–
Bosnia y Herzegovina	50	3	12	21	15	77	5	19	33	24	11	7	17	100	–
Botswana	60	3	38	58	14	82	6	60	79	230	129	102	172	100	–
Brasil	80	35	68	77	7	92	49	79	88	88	44	36	54	99	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	34	23	15	30	100	–
Bulgaria	72	6	46	54	10	88	7	52	66	25	11	8	14	100	–
Burkina Faso	26	0	4	26	27	50	0	10	48	655	371	257	509	80	20
Burundi	33	0	4	28	27	55	0	11	47	1250	712	471	1050	85	44
Cabo Verde	66	2	32	63	12	84	5	50	81	170	42	20	95	91	–
Camboya	61	0	8	46	12	84	1	18	63	789	161	117	213	89	76
Camerún	37	0	5	25	20	65	1	14	44	749	596	440	881	65	38
Canadá	72	63	73	70	8	90	81	89	88	8	7	5	9	98	–
Chad	8	0	1	7	24	24	0	5	22	1440	856	560	1350	20	27
Chequia	80	18	47	71	6	93	23	58	83	11	4	3	6	100	–
Chile	75	22	53	72	8	90	38	71	86	43	22	18	26	100	–
China	83	44	83	82	4	96	68	95	95	77	27	22	32	100	–
China, RAE de Hong Kong	76	40	80	72	7	92	60	90	88	–	–	–	–	–	–
China, RAE de Macao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17	7	4	12	97	–
Colombia	80	12	59	75	7	92	20	71	86	109	64	56	81	99	–
Comoras	27	1	10	22	30	48	3	19	39	576	335	207	536	82	21
Congo (República de)	42	2	8	26	20	68	4	16	43	627	442	300	638	91	27
Congo (República Democrática del)	25	2	4	12	27	49	4	8	23	904	693	509	1010	80	31
Corea (República de)	78	19	67	70	6	93	36	80	84	19	11	9	13	100	–
Corea (República Popular Democrática de)	75	29	56	71	8	90	47	72	86	65	82	37	190	100	–
Costa Rica	79	44	68	77	7	92	60	81	89	43	25	20	29	99	–
Côte d'Ivoire	20	0	4	18	25	44	1	11	40	741	645	458	909	74	25
Croacia	65	7	27	48	11	86	10	35	63	12	8	6	11	100	–
Cuba	74	49	68	72	9	90	68	85	88	57	39	33	47	100	–
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	70	55	66	67	10	88	70	82	84	11	6	5	9	94	–
Djibouti	29	0	3	27	28	50	0	8	48	459	229	111	482	87	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	79	14	47	71	7	92	27	62	83	147	64	57	71	97	–
Egipto	61	17	46	60	12	84	36	67	82	88	33	26	39	92	–
El Salvador	72	15	50	68	10	88	31	69	82	135	54	40	69	100	–
Emiratos Árabes Unidos	51	8	23	42	18	74	19	42	62	13	6	3	11	100	–
Eritrea	15	0	4	14	30	34	1	10	31	1210	501	332	750	34	–
Eslovaquia	72	15	42	61	9	89	19	53	76	10	6	4	7	–	–
Eslovenia	77	13	57	66	6	93	17	66	79	13	9	6	14	100	–

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS														
	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método ^f	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, método moderno ^f			Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^f	Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años ^f	Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ^f			Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a		Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior superior		Partos atendidos por personal de salud calificado, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
España	69	9	55	67	11	87	12	67	85	6	5	4	6	–	–
Estados Unidos de América	74	53	70	67	7	91	71	86	83	12	14	12	16	99	–
Estonia	66	35	49	61	11	85	46	64	79	57	9	6	14	100	–
Eswatini	66	2	25	65	14	83	6	40	81	538	389	251	627	88	49
Etiopía	41	0	3	40	21	66	0	8	64	1130	353	247	567	28	45
Federación de Rusia	69	20	46	58	9	88	26	60	74	88	25	18	33	99	–
Fiji	49	31	39	45	19	72	50	59	66	54	30	23	41	100	–
Filipinas	56	11	27	42	17	77	20	37	57	121	114	87	175	73	81
Finlandia	83	59	73	78	5	95	72	87	90	5	3	2	3	100	–
Francia	76	17	70	74	5	94	22	86	91	14	8	7	10	97	–
Gabón	37	2	10	26	25	60	4	18	42	408	291	197	442	89	48
Gambia	14	1	9	12	26	35	3	23	32	994	706	484	1030	57	41
Georgia	55	9	20	41	15	79	20	35	58	34	36	28	47	100	–
Ghana	33	2	10	29	27	55	6	18	48	535	319	216	458	71	52
Granada	66	18	52	62	12	84	34	71	80	38	27	19	42	–	–
Grecia	70	19	32	50	9	89	23	40	64	4	3	2	4	–	–
Guadalupe	59	19	41	55	16	79	33	60	73	–	–	–	–	–	–
Guam	53	23	37	46	16	76	41	57	67	–	–	–	–	–	–
Guatemala	62	10	26	52	14	82	22	44	69	178	88	77	100	63	65
Guayana Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	10	0	2	9	25	29	0	6	25	967	679	504	927	63	23
Guinea Ecuatorial	19	1	4	15	32	37	2	11	30	1170	342	207	542	68	–
Guinea-Bissau	20	0	3	18	21	49	1	12	45	799	549	273	1090	45	–
Guyana	42	19	36	41	27	61	31	53	59	190	229	184	301	86	71
Haití	37	4	13	34	35	51	7	22	47	551	359	236	601	49	59
Honduras	73	13	39	65	10	88	25	55	78	186	129	99	166	83	70
Hungría	68	30	65	60	10	87	37	77	76	21	17	12	22	–	–
India	57	9	39	51	12	82	22	62	74	488	174	139	217	86	–
Indonesia	61	5	52	59	13	83	15	74	80	347	126	93	179	93	–
Irán (República Islámica del)	78	16	52	65	5	94	32	66	78	87	25	21	31	99	–
Iraq	58	10	22	44	12	83	25	42	63	92	50	35	69	70	–
Irlanda	68	44	61	63	11	87	56	76	81	9	8	6	11	100	–
Islandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	3	2	6	98	–
Islas Salomón	32	16	24	27	25	56	33	44	48	288	114	75	175	86	–
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	68	34	55	64	11	86	52	73	80	–	–	–	–	–	–
Israel	72	27	51	57	8	90	43	65	71	9	5	4	6	–	–
Italia	69	15	38	54	9	88	20	50	69	7	4	3	5	100	–
Jamaica	72	33	57	69	10	88	51	74	84	80	89	70	115	99	–
Japón	44	53	54	40	21	68	75	74	62	11	5	4	7	100	–
Jordania	63	16	33	47	12	85	29	48	63	96	58	44	75	100	73

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS														
	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método ^f				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^f		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ^f			Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a		Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior superior		Partos atendidos por personal de salud calificado, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018
Kazajstán	57	27	47	55	15	80	44	63	77	86	12	10	15	99	–
Kenya	65	2	27	62	14	82	4	41	79	684	510	344	754	62	56
Kirguistán	44	28	47	41	17	72	48	69	68	89	76	59	96	98	77
Kiribati	29	16	24	24	26	52	33	44	45	215	90	51	152	80	–
Kuwait	57	16	37	47	15	80	32	58	65	8	4	3	6	100	–
Lesotho	62	1	22	61	16	79	2	37	79	522	487	310	871	78	61
Letonia	69	39	56	62	11	87	50	69	78	61	18	13	26	100	–
Líbano	61	24	38	48	13	83	36	51	65	57	15	10	22	–	–
Liberia	31	1	8	31	28	53	4	18	52	1890	725	527	1030	61	67
Libia	51	10	25	34	18	74	21	38	49	27	9	6	15	100	–
Lituania	66	28	37	56	11	85	39	51	73	31	10	7	14	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	10	7	16	100	–
Macedonia del Norte	48	3	11	23	18	73	5	16	35	12	8	5	10	100	–
Madagascar	47	0	7	41	18	72	1	15	63	676	353	256	484	44	74
Malasia	53	13	34	39	17	76	27	48	56	67	40	32	53	99	–
Malawi	62	0	11	61	16	79	1	21	77	956	634	422	1080	90	47
Maldivas	45	7	25	38	23	67	16	41	56	370	68	45	108	96	–
Malí	16	0	4	16	26	39	0	11	38	940	587	448	823	44	7
Malta	84	26	54	67	4	96	29	60	76	13	9	6	15	100	–
Marruecos	70	8	41	62	9	89	21	61	79	264	121	93	142	74	–
Martinica	61	24	46	57	15	80	39	64	75	–	–	–	–	–	–
Mauricio	67	17	46	44	10	87	27	57	57	68	53	38	77	100	–
Mauritania	21	0	2	19	30	41	0	6	37	827	602	399	984	69	–
México	71	17	57	68	11	87	29	71	82	86	38	34	42	98	–
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	169	100	46	211	85	–
Moldavia (República de)	64	18	39	49	12	84	23	50	65	63	23	19	28	99	–
Mongolia	58	22	44	52	14	81	41	62	73	208	44	35	55	99	–
Montenegro	39	8	22	24	21	65	11	33	41	12	7	4	12	99	–
Mozambique	30	0	5	29	24	56	1	16	53	1210	489	360	686	54	49
Myanmar	54	2	21	53	15	78	6	43	76	389	178	121	284	60	68
Namibia	60	3	31	59	16	79	8	55	78	323	265	172	423	88	71
Nepal	54	1	23	48	22	71	4	40	63	693	258	176	425	58	48
Nicaragua	80	11	50	77	6	93	21	66	90	199	150	115	196	88	–
Níger	21	0	3	19	19	52	1	13	48	836	553	411	752	40	7
Nigeria	19	0	8	15	23	45	1	23	36	1270	814	596	1180	43	51
Noruega	75	55	64	70	7	91	70	80	84	7	5	4	6	99	–
Nueva Caledonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelandia	71	52	69	68	9	89	70	85	85	14	11	9	14	96	–
Omán	38	3	16	26	25	60	8	30	41	21	17	13	24	99	–
Países Bajos	72	49	73	69	8	91	64	89	86	13	7	5	9	–	–
Pakistán	42	3	14	33	19	68	9	30	54	375	178	111	283	52	–

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS														
	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método ^f	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, método moderno ^f			Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^f	Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años ^f	Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ^f			Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a		Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior superior		Partos atendidos por personal de salud calificado, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017
Palestina ¹	60	12	30	47	12	83	26	48	65	101	45	21	99	100	–
Panamá	60	37	53	57	16	79	53	71	75	85	94	77	121	95	–
Papua Nueva Guinea	37	15	20	31	25	60	29	36	50	388	215	98	457	53	–
Paraguay	72	14	41	68	9	89	28	57	85	147	132	107	163	96	–
Perú	76	10	39	56	7	92	16	48	68	215	68	54	80	92	–
Polinesia Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	61	12	33	52	14	82	16	42	69	14	3	2	4	100	–
Portugal	70	21	55	63	9	89	26	67	80	15	10	9	13	99	–
Puerto Rico	78	52	67	70	6	93	69	81	84	25	14	10	18	–	–
Qatar	47	15	32	41	17	74	32	54	65	29	13	9	19	100	–
Reino Unido	79	61	78	79	6	93	75	92	93	11	9	8	11	–	–
República Árabe Siria	60	12	30	45	14	81	25	46	61	94	68	48	97	96	–
República Centroafricana	26	1	3	21	23	53	2	10	42	1320	882	508	1500	40	–
República Democrática Popular Lao	57	1	17	51	17	77	4	32	69	734	197	136	307	40	–
República Dominicana	71	22	57	69	11	87	37	73	84	181	92	77	111	100	77
Reunión	73	18	67	71	8	90	29	83	87	–	–	–	–	–	–
Rumania	70	3	17	58	8	89	4	23	74	81	31	22	44	95	–
Rwanda	57	0	10	52	17	77	0	17	70	1270	290	208	389	91	70
Sahara Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	30	17	23	28	41	42	28	34	39	125	51	24	115	83	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Martín	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	66	34	57	63	12	84	52	76	81	74	45	34	63	–	–
Santa Lucía	59	31	48	56	16	79	51	68	75	40	48	32	72	99	–
Santo Tomé y Príncipe	44	4	20	41	29	60	8	33	56	271	156	83	268	93	46
Senegal	26	0	6	24	25	51	1	15	48	511	315	214	468	59	7
Serbia	58	4	22	28	13	82	6	30	40	16	17	12	24	98	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	20	0	3	19	26	44	1	9	42	2900	1360	999	1980	60	40
Singapur	66	46	53	59	11	86	64	70	77	12	10	6	17	100	–
SoMalia	31	0	6	30	27	53	1	15	52	1200	732	361	1390	9	–
Sri Lanka	65	17	49	54	8	90	32	64	74	69	30	26	38	99	–
Sudáfrica	57	16	52	57	14	80	29	74	79	69	138	124	154	97	–
Sudán	17	3	7	16	28	38	8	18	36	667	311	214	433	78	–
Sudán del Sur	10	0	1	7	30	24	0	3	18	1580	789	523	1150	19	–
Suecia	69	53	60	63	10	87	66	76	80	7	4	3	5	–	–
Suiza	73	48	73	69	7	91	61	87	86	8	5	4	7	–	–
Suriname	53	22	43	52	19	74	38	64	73	174	155	110	220	90	–
Tanzanía (República Unida de)	43	1	12	37	21	67	2	26	58	979	398	281	570	64	47
Tailandia	78	18	72	76	6	93	38	89	90	25	20	14	32	99	–

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS																					
	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método ^f				Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, método moderno ^f				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^f		Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años ^f			Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ^f			Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a		Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior superior		Partos atendidos por personal de salud calificado, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje
	2019	1969*	1994	2019	2019	2019	1969*	1994	2019	1994	2015	2015	2015	2015	2006-2017	2007-2018						
Tayikistán	36	15	28	33	21	63	33	50	58	140	32	19	51	87	33							
Timor-Leste (República Democrática de)	29	7	20	26	25	54	22	54	49	958	215	150	300	57	40							
Togo	23	0	6	21	33	42	1	9	38	566	368	255	518	45	30							
Tonga	36	18	25	33	27	57	33	42	51	93	124	57	270	96	–							
Trinidad y Tabago	48	36	41	44	21	70	55	61	64	80	63	49	80	97	–							
Túnez	67	16	49	57	9	88	33	69	76	114	62	42	92	74	–							
Turkmenistán	55	28	50	52	15	79	48	69	74	88	42	20	73	100	–							
Turquía	75	11	36	51	6	92	19	46	63	87	16	12	21	97	–							
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	93	–							
Ucrania	67	17	38	54	10	87	22	49	70	49	24	19	32	99	81							
Uganda	40	0	7	36	28	59	1	16	53	692	343	247	493	74	62							
Uruguay	79	52	76	76	7	92	65	87	89	36	15	11	19	98	–							
Uzbekistán	68	27	51	64	9	88	48	74	84	37	36	20	65	100	–							
Vanuatu	46	17	31	40	23	67	33	50	59	192	78	36	169	89	–							
Venezuela (República Bolivariana de)	73	29	56	68	11	87	42	70	82	93	95	77	124	96	–							
Viet Nam	79	9	46	65	6	94	20	59	77	113	54	41	74	94	–							
Yemen	44	1	8	37	24	64	2	15	55	507	385	274	582	45	–							
Zambia	55	1	12	51	18	75	2	24	70	597	224	162	306	63	47							
Zimbabwe	67	5	43	66	10	87	11	64	86	427	443	363	563	78	60							

NOTAS

– No existen datos disponibles.

* Los datos de esta columna se enumeran como 1969 y 1994, a fin de adaptarse a las fechas clave que comprende el informe: de 1969 a 2019. Los datos de 1969 son en realidad estimaciones de 1970 y los de 1994, estimaciones de 1995.

^f Mujeres actualmente casadas o en unión libre.

^a La razón de mortalidad materna se ha redondeado con arreglo al sistema siguiente: <100, redondeo a la unidad más próxima; 100-999, redondeo a la unidad más próxima; y ≥1.000, redondeo a la decena más próxima.

^b No se incluyen las Islas Cook, las Islas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau ni Tuvalu debido a la disponibilidad de los datos.

^c No se incluyen Anguila, Aruba, las Bermudas, Curaçao, las Islas Caimán, las Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat ni San Martín debido a la disponibilidad de los datos.

^d No se incluye Tuvalu debido a la disponibilidad de los datos.

1 El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió a Palestina «la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas [...]».

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

DATOS MUNDIALES Y REGIONALES	ADOLESCENTES Y JOVENES								
	Tasa de fecundidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje, 2017		Índice de equidad de género, enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje, 2017		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria
	2018	2017	2017	niños	niñas	2017	niños	niñas	2017
MUNDIAL	44	21	–	92	90	0,98	66	66	1,00
Regiones más desarrolladas	14	–	–	97	97	1,00	93	93	1,01
Regiones menos desarrolladas	48	–	–	91	89	0,98	62	62	0,99
Países menos adelantados	91	40	–	83	80	0,96	38	36	0,95
DATOS REGIONALES									
África Occidental y Central	114	42	22	79	71	0,90	39	34	0,86
África Oriental y Meridional	93 ^c	35	–	86	83	0,97	35	33	0,93
América Latina y el Caribe	62 ^b	26	–	95	96	1,01	75	79	1,05
Asia y el Pacífico	28 ^a	26	–	95	94	0,99	67	68	1,02
Estados Árabes	50	21	55	85	83	0,97	63	59	0,93
Europa Oriental y Asia Central	26	11	–	96	95	1,00	88	87	0,99
PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS									
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	2009-2018		2009-2018	2009-2018		2009-2018
				niños	niñas		niños	niñas	
Afganistán	87	35	–	–	–	–	62	36	0,58
Albania	20	10	–	98	96	0,99	88	87	0,99
Alemania	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	163	30	–	89	66	0,75	13	10	0,79
Antigua y Barbuda	–	–	–	82	81	0,99	73	76	1,04
Arabia Saudita	7	–	–	99	100	1,00	86	84	0,97
Argelia	12	3	–	100	98	0,98	–	–	–
Argentina	65	–	–	100	99	0,99	87	92	1,05
Armenia	24	5	–	92	92	1,00	87	88	1,01
Aruba	35	–	–	99	99	1,00	73	81	1,10
Australia	12	–	–	96	97	1,01	93	94	1,01
Austria	8	–	–	–	–	–	87	88	1,00
Azerbaiyán	53	11	–	93	95	1,02	87	88	1,01
Bahamas	32	–	–	85	92	1,08	79	86	1,09
Bahrein	14	–	–	99	99	1,00	92	94	1,02
Bangladesh	78	59	–	92	98	1,07	57	67	1,17
Barbados	50	11	–	90	91	1,00	93	99	1,07
Belarús	16	3	–	96	96	1,00	95	96	1,01
Bélgica	7	–	–	99	99	1,00	94	94	1,00
Belice	69	26	–	100	99	0,99	68	73	1,07
Benin	94	26	2	100	90	0,90	53	40	0,75
Bhután	28	26	–	81	83	1,02	61	71	1,17
Bolivia (Estado Plurinacional de)	71	19	–	93	92	0,99	78	78	1,00

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	ADOLESCENTES Y JOVENES								
	Tasa de fecundidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje, 2009-2018		Índice de equidad de género, enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje, 2009-2018		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	niños	niñas	2009-2018	niños	niñas	2009-2018
Bosnia y Herzegovina	11	4	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	39	–	–	89	90	1,01	–	–	–
Brasil	62	26	–	96	98	1,02	80	84	1,05
Brunei Darussalam	11	–	–	97	96	1,00	82	85	1,03
Bulgaria	39	–	–	93	93	1,00	91	89	0,97
Burkina Faso	129	52	58	78	76	0,98	29	29	1,01
Burundi	58	20	–	96	98	1,02	26	32	1,21
Cabo Verde	80	–	–	87	86	0,98	61	68	1,11
Camboya	57	19	–	91	90	1,00	–	–	–
Camerún	119	31	0	99	91	0,92	50	44	0,88
Canadá	11	–	–	–	–	–	99	100	1,01
Chad	179	67	32	71	55	0,77	–	–	–
Chequia	12	–	–	–	–	–	90	92	1,02
Chile	41	–	–	93	93	1,00	86	89	1,04
China	9	–	–	–	–	–	–	–	–
China, RAE de Hong Kong	3	–	–	–	–	–	93	93	1,00
China, RAE de Macao	3	–	–	99	99	1,00	84	87	1,05
Chipre	5	–	–	98	98	1,01	94	95	1,01
Colombia	75	23	–	93	94	1,01	76	82	1,07
Comoras	70	32	–	85	84	0,99	41	45	1,09
Congo (República de)	147	27	–	84	91	1,09	–	–	–
Congo (República Democrática del)	138	37	–	–	–	–	–	–	–
Corea (República de)	1	–	–	96	97	1,00	97	98	1,00
Corea (República Popular Democrática de)	1	–	–	97	97	1,00	90	91	1,01
Costa Rica	53	21	–	97	97	1,00	81	84	1,04
Côte d'Ivoire	129	27	27	93	85	0,91	45	33	0,75
Croacia	10	–	–	96	99	1,04	89	92	1,04
Cuba	50	26	–	97	97	1,00	84	89	1,06
Curaçao	35	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	3	–	–	99	99	1,01	88	92	1,04
Djibouti	21	5	90	62	56	0,89	38	32	0,83
Dominica	–	–	–	97	99	1,02	90	97	1,08
Ecuador	111	–	–	97	99	1,02	87	89	1,02
Egipto	56	17	70	98	99	1,01	81	82	1,00
El Salvador	69	26	–	81	82	1,01	60	61	1,02
Emiratos Árabes Unidos	34	–	–	98	96	0,98	89	86	0,96
Eritrea	76	41	69	39	36	0,91	27	25	0,92
Eslovaquia	24	–	–	–	–	–	84	86	1,01
Eslovenia	5	–	–	97	98	1,01	95	95	1,01
España	8	–	–	98	99	1,00	95	97	1,02

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	ADOLESCENTES Y JOVENES								
	Tasa de fecundidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje, 2009-2018		Índice de equidad de género, enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje, 2009-2018		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	niños	niñas	2009-2018	niños	niñas	2009-2018
Estados Unidos de América	20	–	–	96	96	1,00	92	92	1,00
Estonia	13	–	–	93	94	1,01	93	95	1,02
Eswatini	87	5	–	76	75	0,98	32	41	1,29
Etiopía	80	40	47	89	83	0,93	31	30	0,97
Federación de Rusia	24	–	–	97	98	1,01	94	95	1,01
Fiji	40	–	–	98	98	1,01	79	88	1,11
Filipinas	47	15	–	95	96	1,01	60	72	1,19
Finlandia	6	–	–	99	99	1,00	96	96	1,01
Francia	5	–	–	99	99	1,01	93	94	1,01
Gabón	91	22	–	–	–	–	–	–	–
Gambia	88	30	76	75	83	1,10	–	–	–
Georgia	44	14	–	98	98	0,99	97	99	1,02
Ghana	76	21	2	84	86	1,02	56	57	1,01
Granada	–	–	–	96	97	1,01	80	72	0,91
Grecia	8	–	–	93	93	1,00	91	89	0,99
Guadelupe	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	38	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	92	30	–	87	87	1,00	48	46	0,96
Guayana Francesa	87	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	146	51	95	86	71	0,83	40	26	0,66
Guinea Ecuatorial	176	30	–	44	45	1,02	–	–	–
Guinea-Bissau	106	24	42	74	70	0,95	–	–	–
Guyana	74	30	–	95	97	1,02	81	86	1,06
Haití	55	18	–	–	–	–	–	–	–
Honduras	103	34	–	83	84	1,02	43	48	1,14
Hungría	23	–	–	97	97	1,00	89	89	1,00
India	28	27	–	97	98	1,01	61	62	1,01
Indonesia	48	14	–	95	90	0,95	76	78	1,02
Irán (República Islámica del)	38	17	–	–	–	–	72	73	1,00
Iraq	82	24	5	–	–	–	–	–	–
Irlanda	9	–	–	100	100	1,00	97	99	1,01
Islandia	8	–	–	100	99	1,00	89	91	1,03
Islas Salomón	78	21	–	69	70	1,01	–	–	–
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	10	–	–	97	98	1,01	98	100	1,02
Italia	5	–	–	99	98	1,00	96	96	1,00
Jamaica	46	8	–	–	–	–	71	77	1,09
Japón	4	–	–	98	98	1,00	99	100	1,01
Jordania	26	8	–	–	–	–	63	65	1,03
Kazajstán	31	7	–	98	100	1,02	100	100	1,00

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	ADOLESCENTES Y JOVENES								
	Tasa de fecundidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje, 2009-2018		Índice de equidad de género, enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje, 2009-2018		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	niños	niñas	2009-2018	niños	niñas	2009-2018
Kenya	96	23	11	81	85	1,04	50	47	0,94
Kirguistán	38	12	–	99	98	0,99	87	87	1,00
Kiribati	49	20	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	6	–	–	93	93	1,00	84	89	1,07
Lesotho	94	17	–	81	83	1,03	29	45	1,53
Letonia	18	–	–	96	97	1,01	93	95	1,02
Líbano	–	6	–	91	86	0,94	65	65	1,00
Liberia	149	36	26 ^d	39	36	0,93	16	14	0,88
Libia	11	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	14	–	–	100	100	1,00	98	97	1,00
Luxemburgo	6	–	–	99	99	1,00	83	86	1,04
Macedonia del Norte	16	7	–	92	92	1,00	–	–	–
Madagascar	152	41	–	–	–	–	28	30	1,08
Malasia	12	–	–	98	99	1,00	72	78	1,08
Malawi	136	42	–	95	99	1,04	32	31	0,96
Maldivas	13	4	–	100	100	1,00	–	–	–
Malí	174	52	83	71	63	0,89	32	26	0,80
Malta	11	–	–	97	100	1,03	87	92	1,05
Marruecos	32	–	–	97	97	1,00	64	63	0,99
Martinica	20	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauricio	24	–	–	95	97	1,02	82	88	1,08
Mauritania	71	37	63	75	78	1,05	26	25	0,97
México	63	26	–	98	100	1,02	76	79	1,04
Micronesia (Estados Federados de)	44	–	–	83	85	1,03	–	–	–
Moldavia (República de)	27	12	–	90	90	1,00	78	78	1,00
Mongolia	27	5	–	99	98	0,99	–	–	–
Montenegro	11	5	–	97	96	0,99	89	89	1,00
Mozambique	167	48	–	89	86	0,97	19	19	1,02
Myanmar	36	16	–	90	89	0,99	57	62	1,09
Namibia	82	7	–	96	100	1,04	–	–	–
Nepal	88	40	–	96	93	0,97	53	57	1,07
Nicaragua	92	35	–	97	100	1,03	45	53	1,17
Níger	210	76	1	71	62	0,87	24	17	0,73
Nigeria	145	44	12	72	60	0,84	–	–	–
Noruega	5	–	–	100	100	1,00	95	96	1,01
Nueva Caledonia	22	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelandia	16	–	–	98	99	1,01	95	97	1,02
Omán	14	–	–	99	99	1,00	91	91	0,99
Países Bajos	3	–	–	–	–	–	93	94	1,01
Pakistán	44	21	–	82	71	0,86	49	40	0,81
Palestina ¹	48	15	–	94	94	1,00	79	87	1,10

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	ADOLESCENTES Y JOVENES								
	Tasa de fecundidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje, 2009-2018		Índice de equidad de género, enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje, 2009-2018		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	niños	niñas	2009-2018	niños	niñas	2009-2018
Panamá	79	26	–	88	87	0,99	67	72	1,07
Papua Nueva Guinea	–	21	–	80	75	0,93	36	30	0,82
Paraguay	62	22	–	79	79	1,00	63	67	1,07
Perú	65	22	–	99	100	1,01	80	81	1,02
Polinesia Francesa	40	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	12	–	–	96	96	1,00	92	93	1,01
Portugal	8	–	–	97	96	1,00	93	94	1,01
Puerto Rico	30	–	–	79	84	1,07	72	77	1,07
Qatar	10	4	–	99	98	0,99	68	85	1,25
Reino Unido	14	–	–	100	100	1,00	98	98	1,00
República Árabe Siria	54	13	–	68	67	0,98	46	45	0,99
República Centroafricana	229	68	18	77	60	0,79	16	10	0,61
República Democrática Popular Lao	76	35	–	94	93	0,99	61	60	0,98
República Dominicana	90	36	–	88	88	1,00	62	71	1,13
Reunión	44	–	–	–	–	–	–	–	–
Rumania	35	–	–	90	90	1,00	81	81	1,00
Rwanda	45	7	–	94	94	1,01	25	30	1,18
Sahara Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Kitts y Nevis	46	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	39	11	–	96	97	1,01	74	81	1,10
San Marino	0	–	–	93	93	1,00	–	–	–
San Martín	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	64	–	–	99	98	0,99	91	91	0,99
Santa Lucía	–	8	–	–	–	–	79	81	1,03
Santo Tomé y Príncipe	92	35	–	97	97	0,99	61	68	1,11
Senegal	80	31	21	71	79	1,12	35	39	1,10
Serbia	16	3	–	98	99	1,00	92	93	1,01
Seychelles	66	–	–	–	–	–	87	90	1,03
Sierra Leona	125	39	74	99	99	1,01	38	37	0,97
Singapur	3	–	–	–	–	–	100	100	1,00
SoMalía	64	45	97	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	20	12	–	98	96	0,98	87	90	1,03
Sudáfrica	71	–	–	91	92	1,01	86	84	0,98
Sudán	87	34	82	57	63	1,10	–	–	–
Sudán del Sur	155	52	–	36	28	0,76	6	4	0,70
Suecia	4	–	–	100	99	1,00	100	99	1,00
Suiza	6	–	–	100	100	1,00	87	84	0,97
Suriname	58	19	–	96	100	1,04	53	65	1,22
Tailandia	43	23	–	98	98	1,00	77	77	1,01
Tanzania (República Unida de)	132	31	5	78	81	1,04	23	23	1,02
Tayikistán	54	12	–	99	98	0,99	87	78	0,90

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	ADOLESCENTES Y JOVENES								
	Tasa de fecundidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje, 2009-2018		Índice de equidad de género, enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje, 2009-2018		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria
	2006-2017	2006-2017	2004-2017	niños	niñas	2009-2018	niños	niñas	2009-2018
Timor-Leste (República Democrática de)	50	19	–	79	82	1,04	55	64	1,16
Togo	85	22	2	95	89	0,94	48	33	0,69
Tonga	30	6	–	95	97	1,03	74	79	1,07
Trinidad y Tabago	38	11	–	99	98	0,99	–	–	–
Túnez	7	2	–	99	98	0,99	–	–	–
Turkmenistán	28	6	–	–	–	–	–	–	–
Turquía	27	15	–	95	94	0,99	86	85	0,99
Tuvalu	28	10	–	–	–	–	63	79	1,26
Ucrania	26	9	–	92	94	1,02	86	87	1,01
Uganda	140	40	1	90	92	1,03	–	–	–
Uruguay	51	25	–	98	98	1,00	80	86	1,08
Uzbekistán	30	7	–	99	98	0,98	91	90	0,99
Vanuatu	78	21	–	86	88	1,03	48	51	1,07
Venezuela (República Bolivariana de)	95	–	–	86	86	1,00	67	73	1,10
Viet Nam	30	11	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	67	32	16	88	78	0,88	54	40	0,74
Zambia	141	31	–	87	89	1,02	–	–	–
Zimbabwe	110	32	–	84	86	1,02	44	44	1,01

NOTAS

- No existen datos disponibles.
- a No se incluyen las Islas Cook, las Islas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau ni Tuvalu debido a la disponibilidad de los datos.
- b No se incluyen Anguila, Antigua y Barbuda, las Bermudas, Ecuador, Granada, las Islas Caimán, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Saint Kitts y Nevis ni San Martín debido a la disponibilidad de los datos.
- c Incluye Seychelles.
- d Porcentaje de niñas de 15 a 19 años que forman parte de la sociedad Sande. El número de miembros de la sociedad Sande es un indicador indirecto de la mutilación genital femenina.
- 1 El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió a Palestina «la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas [...]».

Indicadores demográficos

DATOS MUNDIALES Y REGIONALES	POBLACIÓN			FECUNDIDAD			ESPERANZA DE VIDA			CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN (POR EDAD)			
	Población total, en millones			Tasa global de fecundidad, por mujer			Esperanza de vida al nacer, en años			Tasa media anual, en porcentaje	0-14%	10-24%	15-64%	a partir del 65%
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
MUNDIAL	3626	5670	7715	4,8	2,9	2,5	56	65	72	1,1	26	24	65	9
Regiones más desarrolladas	1001	1167	1266	2,3	1,6	1,7	71	74	80	0,3	16	17	65	19
Regiones menos desarrolladas	2625	4503	6448	5,9	3,2	2,6	53	63	71	1,3	27	25	65	7
Países menos adelantados	301	570	1050	6,8	5,6	3,9	44	52	65	2,4	39	32	57	4

DATOS REGIONALES

África Occidental y Central	118	229	447	6,6	6,3	5,1	41	49	58	2,7	43	32	54	3
África Oriental y Meridional	154	312	613	6,8	5,9	4,3	46	49	64	2,7	41	32	55	3
América Latina y el Caribe	278	474	653	5,4	3,0	2,0 ^b	59	69	76 ^b	1,1	24 ^b	25 ^b	67 ^b	9 ^b
Asia y el Pacífico	1818	3027	4030	5,9	2,8	2,1 ^a	53	64	72 ^a	1,0	24 ^a	23 ^a	68 ^a	8 ^a
Estados Árabes	112	223	373	6,9	4,5	3,3	52	64	70	2,0	34	28	61	5
Europa Oriental y Asia Central	154	211	247	3,6	2,4	2,0	61	67	73	0,9	23	21	67	10

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS

Afganistán	10,9	16,2	37,2	7,5	7,6	4,2	36	53	65	2,8	42	35	55	3
Albania	2,1	3,1	2,9	5,1	2,7	1,7	67	72	79	0,0	17	21	69	14
Alemania	78,3	80,9	82,4	2,2	1,3	1,5	71	76	82	0,2	13	14	65	22
Angola	6,6	13,8	31,8	7,6	7,0	5,5	37	43	62	3,4	46	33	51	3
Antigua y Barbuda	0,1	0,1	0,1	3,8	2,2	2,0	66	72	77	1,1	23	24	69	7
Arabia Saudita	5,6	18,3	34,1	7,3	5,2	2,4	52	71	75	2,4	25	21	72	4
Argelia	14,1	28,4	42,7	7,7	3,7	2,6	50	68	77	1,9	30	22	64	7
Argentina	23,6	34,6	45,1	3,1	2,8	2,2	66	72	77	1,0	24	24	64	11
Armenia	2,5	3,3	2,9	3,3	2,2	1,6	70	69	75	0,2	20	19	68	12
Aruba	0,1	0,1	0,1	3,1	2,1	1,8	69	74	76	0,5	17	21	68	14
Australia ¹	12,6	17,9	25,1	2,8	1,8	1,8	71	78	83	1,4	19	19	65	16
Austria	7,5	7,9	8,8	2,4	1,5	1,5	70	77	82	0,5	14	15	66	20
Azerbaiyán ²	5,1	7,7	10,0	5,2	2,7	2,0	63	65	72	1,1	23	21	70	6
Bahamas	0,2	0,3	0,4	3,6	2,6	1,7	66	71	76	1,2	20	21	70	10
Bahrein	0,2	0,5	1,6	6,7	3,2	2,0	63	73	77	3,1	19	18	79	3
Bangladesh	63,4	116,2	168,1	6,9	3,8	2,0	48	61	73	1,1	27	28	68	5
Barbados	0,2	0,3	0,3	3,3	1,7	1,8	65	72	76	0,3	19	19	65	16
Belarus	8,9	10,2	9,4	2,3	1,5	1,7	71	69	73	0,0	17	15	67	15
Bélgica	9,6	10,2	11,6	2,3	1,6	1,8	71	77	82	0,6	17	17	64	19
Belice	0,1	0,2	0,4	6,3	4,2	2,4	65	70	71	2,1	30	30	66	4
Benin	2,9	5,7	11,8	6,7	6,4	4,8	42	55	62	2,8	42	32	55	3
Bolivia (Estado Plurinacional de)	4,4	7,4	11,4	6,3	4,6	2,8	45	57	70	1,5	31	29	62	7
Bosnia y Herzegovina	3,7	3,9	3,5	3,0	1,7	1,4	66	71	77	-0,7	14	17	68	17
Botswana	0,7	1,5	2,4	6,7	4,1	2,6	54	57	69	1,8	31	28	65	4
Brasil	92,9	159,7	212,4	5,2	2,6	1,7	59	67	76	0,8	21	23	70	9
Brunei Darussalam	0,1	0,3	0,4	5,8	2,9	1,8	67	74	78	1,4	22	23	72	5

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	POBLACIÓN			FECUNDIDAD			ESPERANZA DE VIDA			CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN (POR EDAD)			
	Población total, en millones			Tasa global de fecundidad, por mujer			Esperanza de vida al nacer, en años			Tasa media anual, en porcentaje	0-14%	10-24%	15-64%	a partir del 65%
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Bulgaria	8,5	8,5	7,0	2,1	1,4	1,6	71	71	75	-0,6	15	14	64	21
Burkina Faso	5,5	9,8	20,3	6,6	6,9	5,1	39	49	62	2,9	45	33	53	2
Burundi	3,4	5,9	11,6	7,3	7,3	5,5	44	48	59	3,1	45	31	52	3
Bután	0,3	0,5	0,8	6,7	4,8	2,0	39	56	71	1,4	26	27	69	5
Cabo Verde	0,3	0,4	0,6	7,0	4,7	2,2	53	66	73	1,2	29	30	66	5
Camboya	6,9	10,3	16,5	6,6	4,9	2,5	42	55	70	1,6	31	28	64	5
Camerún	6,4	13,1	25,3	6,2	6,1	4,5	46	50	60	2,6	42	32	55	3
Canadá	21,1	29	37,3	2,4	1,7	1,6	72	78	83	1,0	16	17	66	18
Chad	3,6	6,8	15,8	6,5	7,4	5,6	41	47	54	3,2	47	34	51	3
Chequia	9,8	10,4	10,6	2,0	1,5	1,6	70	73	79	0,1	16	14	64	20
Chile	9,4	14,1	18,3	4,2	2,4	1,8	62	75	80	0,8	20	21	68	12
China ³	803,6	1229,0	1420,1	5,9	1,7	1,6	58	70	77	0,5	18	17	71	12
China, RAE Hong Kong ⁴	3,8	6,1	7,5	3,4	1,2	1,4	71	79	84	0,7	12	13	70	17
China, RAE Macao ⁵	0,2	0,4	0,6	2,4	1,3	1,4	69	79	84	2,0	14	13	75	11
Colombia	21,5	36,8	49,8	5,8	2,7	1,8	61	69	75	0,9	23	24	69	8
Comoras	0,2	0,5	0,9	7,1	5,9	4,1	45	58	64	2,3	39	31	58	3
Congo (República de)	1,3	2,7	5,5	6,3	5,2	4,5	53	54	66	2,6	42	31	55	3
Congo (República Democrática del)	19,5	40,3	86,7	6,2	6,8	5,8	44	49	61	3,3	46	32	51	3
Corea (República de)	31,6	44,8	51,3	4,5	1,6	1,3	60	73	83	0,4	13	16	72	15
Corea (República Popular Democrática de)	14,0	21,6	25,7	4,4	2,2	1,9	59	68	72	0,5	20	22	71	9
Costa Rica	1,8	3,4	5,0	4,9	2,9	1,7	66	76	80	1,1	21	23	69	10
Côte d'Ivoire	5,0	14,1	25,5	7,9	6,3	4,7	43	50	55	2,5	42	32	55	3
Croacia	4,4	4,7	4,1	2,0	1,6	1,4	68	73	78	-0,5	15	16	65	21
Cuba	8,6	10,9	11,5	4,2	1,6	1,7	69	75	80	0,2	16	17	69	16
Curaçao	0,1	0,1	0,2	3,5	2,2	2,0	69	75	79	1,1	18	18	64	17
Cyprus ⁶	0,6	0,8	1,2	2,7	2,2	1,3	72	77	81	0,8	17	20	69	14
Dinamarca	4,9	5,2	5,8	2,2	1,8	1,8	73	75	81	0,4	16	18	64	20
Djibouti	0,1	0,6	1,0	6,8	5,5	2,7	48	57	63	1,6	30	30	66	4
Dominica	0,1	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	0,5	-	-	-	-
Ecuador	5,9	11,2	17,1	6,3	3,4	2,4	57	71	77	1,5	28	26	65	8
Egipto	34,2	62,5	101,2	6,3	3,9	3,1	52	66	72	2,1	33	26	62	5
El Salvador	3,6	5,5	6,4	6,3	3,7	2,0	55	67	74	0,5	27	28	65	9
Emiratos Árabes Unidos	0,2	2,3	9,7	6,7	3,6	1,7	61	73	78	1,8	14	16	85	1
Eritrea	1,8	3,1	5,3	6,7	6,0	3,9	43	52	66	2,1	41	32	55	4
Eslovenia	4,5	5,4	5,5	2,5	1,7	1,5	70	72	77	0,1	16	16	68	16
España ⁷	33,6	39,8	46,4	2,9	1,2	1,4	72	78	84	-0,1	14	15	66	20
Estados Unidos de América	207,7	262,7	329,1	2,4	2,0	1,9	71	76	80	0,7	19	20	65	16
Estonia	1,3	1,5	1,3	2,1	1,5	1,7	70	69	78	-0,2	17	15	63	20
Eswatini	0,4	0,9	1,4	6,9	5,0	2,9	47	58	59	1,8	37	32	60	3
Etiopía	27,7	55,4	110,1	6,9	7,0	3,9	43	49	67	2,5	39	34	57	4
Federación Rusia	129,5	148,4	143,9	2,0	1,4	1,8	69	66	71	0,1	18	15	67	15

Indicadores demográficos

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	POBLACIÓN			FECUNDIDAD			ESPERANZA DE VIDA			CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN (POR EDAD)			
	Población total, en millones			Tasa global de fecundidad, por mujer			Esperanza de vida al nacer, en años			Tasa media anual, en porcentaje	0-14%	10-24%	15-64%	a partir del 65%
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Fiji	0,5	0,8	0,9	4,7	3,3	2,4	59	66	71	0,7	28	26	65	7
Filipinas	34,8	68,2	108,1	6,4	4,1	2,8	61	66	70	1,6	31	29	64	5
Finlandia ⁸	4,6	5,1	5,6	2,0	1,8	1,8	70	76	82	0,4	17	17	62	22
Francia	50,5	58,0	65,5	2,6	1,7	2,0	72	78	83	0,4	18	18	62	20
Gabón	0,6	1,1	2,1	5,0	5,1	3,6	46	61	67	2,8	36	28	60	4
Gambia	0,4	1,0	2,2	6,0	6,1	5,2	37	53	62	3,1	45	33	53	2
Georgia ⁹	4,7	5,1	3,9	2,7	1,9	2,0	67	70	74	-0,9	20	18	65	15
Ghana	8,4	16,3	30,1	7,0	5,2	3,8	49	58	64	2,3	38	31	58	3
Granada	0,1	0,1	0,1	4,7	3,3	2,0	64	69	74	0,4	26	25	66	8
Grecia	8,6	10,7	11,1	2,6	1,4	1,3	71	78	82	-0,3	14	15	65	21
Guadalupe ¹⁰	0,3	0,4	0,4	5,0	2,1	1,9	64	75	82	0,0	18	21	64	19
Guam	0,1	0,1	0,2	4,5	2,9	2,3	65	73	80	0,5	24	25	66	10
Guatemala	5,5	10,2	17,6	6,7	5,2	2,8	52	65	74	2,0	34	32	61	5
Guayana	0,7	0,8	0,8	5,5	3,1	2,4	62	64	67	0,6	28	29	66	6
Guayana Francesa	0,0	0,1	0,3	4,8	4,0	3,2	65	73	81	2,6	32	28	62	6
Guinea	4,2	7,5	13,4	6,2	6,4	4,6	36	52	62	2,4	42	32	55	3
Guinea Ecuatorial	0,3	0,5	1,4	5,8	6,0	4,4	39	50	59	4,0	37	29	60	3
Guinea-Bissau	0,7	1,1	2,0	6,0	6,4	4,4	41	51	59	2,5	41	31	56	3
Haití	4,6	7,7	11,2	5,8	5,0	2,8	47	56	64	1,3	32	30	63	5
Honduras	2,6	5,6	9,6	7,3	4,7	2,4	52	68	74	1,7	30	31	65	5
Hungría	10,3	10,4	9,7	2,0	1,6	1,4	69	70	76	-0,3	14	16	66	20
India	541,5	942,2	1368,7	5,6	3,7	2,3	47	60	69	1,2	27	27	67	6
Indonesia	111,8	193,9	269,5	5,5	2,8	2,3	54	65	70	1,2	27	26	68	6
Irán (República Islámica del)	27,8	59,7	82,8	6,5	3,5	1,6	50	68	77	1,2	24	21	70	6
Iraq	9,6	19,6	40,4	7,4	5,5	4,2	58	68	70	3,0	40	31	57	3
Irlanda	2,9	3,6	4,8	3,8	1,9	2,0	71	75	82	0,5	21	19	64	15
Islandia	0,2	0,3	0,3	3,1	2,2	1,9	74	79	83	0,7	20	20	65	15
Islas Salomón	0,2	0,3	0,6	6,8	5,3	3,7	54	59	72	2,1	38	32	58	4
Islas Turcas y Caicos	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	1,8	-	-	-	-
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	0,1	0,1	0,1	5,3	2,6	2,2	69	75	80	-0,1	20	20	60	20
Israel	2,8	5,2	8,6	3,8	2,9	2,9	72	78	83	1,6	28	23	60	12
Italia	53,2	57,3	59,2	2,5	1,2	1,5	71	78	84	-0,1	13	14	63	24
Jamaica	1,8	2,5	2,9	5,6	2,8	2,0	68	72	76	0,3	23	25	67	10
Japón	103,5	126,1	126,9	2,1	1,4	1,5	72	80	84	-0,1	13	14	59	28
Jordania	1,6	4,4	10,1	8,0	4,8	3,2	59	71	75	3,8	35	30	61	4
Kazajstán	12,9	16,2	18,6	3,6	2,4	2,5	62	64	70	1,4	29	20	64	7
Kenya	10,9	26,5	52,2	8,1	5,5	3,7	52	55	68	2,6	40	33	58	3
Kirguizstán	2,9	4,5	6,2	5,2	3,4	2,9	60	66	71	1,5	32	25	63	5
Kiribati	0,1	0,1	0,1	5,7	4,4	3,5	54	62	67	1,8	36	29	60	4
Kuwait	0,7	1,7	4,2	7,3	2,7	1,9	66	73	75	3,9	21	19	76	3
Lesotho	1,0	1,7	2,3	5,8	4,6	2,9	49	58	55	1,3	35	32	60	5
Letonia	2,4	2,5	1,9	1,9	1,5	1,6	70	68	75	-1,1	16	14	64	20

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	POBLACIÓN			FECUNDIDAD			ESPERANZA DE VIDA			CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN (POR EDAD)			
	Población total, en millones			Tasa global de fecundidad, por mujer			Esperanza de vida al nacer, en años			Tasa media anual, en porcentaje	0-14%	10-24%	15-64%	a partir del 65%
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Libano	2,3	3,0	6,1	5,1	2,7	1,7	66	72	80	3,7	22	25	69	9
Liberia	1,4	2,0	5,0	6,7	6,2	4,4	39	49	64	2,6	41	32	56	3
Libia	2,0	4,9	6,6	8,1	3,9	2,2	55	70	72	0,7	28	25	68	5
Lituania	3,1	3,6	2,9	2,3	1,7	1,7	71	70	75	-1,0	15	16	65	19
Luxemburgo	0,3	0,4	0,6	2,1	1,7	1,6	70	76	82	1,8	16	18	69	15
Macedonia del Norte	1,7	2,0	2,1	3,3	2,0	1,6	66	72	76	0,1	16	18	69	14
Madagascar	6,4	13,1	27,0	7,3	6,0	4,0	44	54	67	2,7	40	33	57	3
Malasia ¹¹	10,5	20	32,5	5,2	3,4	2,0	64	72	76	1,6	24	25	69	7
Malawi	4,5	9,8	19,7	7,3	6,5	4,4	40	47	64	2,9	43	34	54	3
Maldivas	0,1	0,2	0,5	7,2	4,6	2,0	43	65	78	2,4	23	21	72	4
Malí	5,9	9,4	19,7	7,1	7,1	5,8	32	47	59	3,0	47	33	50	2
Malta	0,3	0,4	0,4	2,0	2,0	1,5	71	77	81	0,4	15	15	65	20
Marruecos	15,7	26,7	36,6	6,7	3,4	2,4	52	67	77	1,4	27	24	66	7
Martinica	0,3	0,4	0,4	4,8	1,9	1,9	65	76	83	-0,3	17	19	63	20
Mauricio ¹²	0,8	1,1	1,3	4,2	2,2	1,4	63	70	75	0,2	17	22	71	12
Mauritania	1,1	2,3	4,7	6,8	5,8	4,5	49	59	64	2,8	39	31	57	3
México	50,4	92,3	132,3	6,8	3,1	2,1	61	72	78	1,3	26	26	67	7
Micronesia (Estados Federados de)	0,1	0,1	0,1	6,9	4,7	3,0	61	67	70	0,4	32	33	62	5
Moldavia (República de) ³	3,5	4,4	4,0	2,6	2,0	1,2	65	67	72	-0,1	16	17	72	12
Mongolia	1,2	2,3	3,2	7,6	2,9	2,6	55	61	70	1,7	30	22	66	4
Montenegro	0,5	0,6	0,6	2,8	2,0	1,6	69	74	78	0,1	18	19	66	16
Mozambique	9,0	15,2	31,4	6,8	6,0	5,1	39	45	60	2,9	44	33	53	3
Myanmar	25,7	42,7	54,3	6,0	3,1	2,1	50	60	67	0,9	26	27	68	6
Namibia	0,8	1,6	2,6	6,4	4,7	3,2	52	61	66	2,2	36	31	60	4
Nepal	11,8	20,9	29,9	5,9	4,8	2,0	40	58	71	1,1	29	32	64	6
Nicaragua	2,3	4,5	6,4	6,9	3,9	2,1	53	67	76	1,1	28	28	66	6
Níger	4,4	9,2	23,2	7,6	7,7	7,1	36	46	61	3,8	50	33	47	3
Nigeria	54,7	105,4	201,0	6,4	6,3	5,3	41	46	55	2,6	44	32	54	3
Noruega ¹⁴	3,8	4,3	5,4	2,7	1,9	1,8	74	78	83	1,1	18	18	65	17
Nueva Caledonia	0,1	0,2	0,3	5,3	2,8	2,1	62	72	78	1,3	22	22	68	10
Nueva Zelandia	2,8	3,6	4,8	3,2	2,0	2,0	71	77	82	1,0	20	20	64	16
Omán	0,7	2,1	5,0	7,3	5,7	2,5	50	69	78	5,5	21	19	76	2
Países Bajos	12,9	15,4	17,1	2,6	1,6	1,8	74	77	82	0,3	16	18	64	20
Pakistán	56,5	119,8	204,6	6,6	5,5	3,3	52	61	67	2,0	35	29	61	5
Palestina ¹⁵	1,1	2,5	5,2	7,9	6,4	3,8	55	69	74	2,7	39	32	58	3
Panamá	1,5	2,7	4,2	5,3	2,9	2,4	65	74	79	1,6	27	25	65	8
Papua Nueva Guinea	2,5	4,8	8,6	6,2	4,7	3,5	48	60	66	2,1	35	31	61	4
Paraguay	2,4	4,7	7,0	5,9	4,2	2,4	65	69	73	1,3	29	28	64	7
Perú	13,0	23,6	32,9	6,5	3,4	2,3	53	68	76	1,3	27	26	66	8
Polinesia Francesa	0,1	0,2	0,3	5,1	2,9	2,0	60	70	77	0,8	23	24	69	8
Polonia	32,4	38,4	38,0	2,3	1,8	1,3	70	72	78	-0,1	15	15	67	18
Portugal	8,7	10,1	10,3	3,0	1,5	1,2	67	75	82	-0,4	13	15	65	22

Indicadores demográficos

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	POBLACIÓN			FECUNDIDAD			ESPERANZA DE VIDA			CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN (POR EDAD)			
	Población total, en millones			Tasa global de fecundidad, por mujer			Esperanza de vida al nacer, en años			Tasa media anual, en porcentaje	0-14%	10-24%	15-64%	a partir del 65%
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Puerto Rico	2,7	3,7	3,7	3,2	2,1	1,5	71	74	81	-0,2	17	21	67	16
Qatar	0,1	0,5	2,7	6,9	3,6	1,8	68	76	79	4,8	14	18	84	2
Reino Unido	55,4	57,8	67,0	2,4	1,8	1,9	72	77	82	0,6	18	17	63	19
República Árabe Siria	6,1	13,9	18,5	7,6	4,6	2,8	58	72	73	-1,4	35	35	60	5
República Centroafricana	1,8	3,3	4,8	6,0	5,7	4,6	41	47	54	0,9	42	34	54	4
República Democrática Popular Lao	2,6	4,7	7,1	6,0	5,6	2,5	46	56	68	1,4	32	30	64	4
República Dominicana	4,4	7,8	11,0	6,4	3,2	2,3	58	69	74	1,2	29	27	64	7
Reunión	0,5	0,7	0,9	5,1	2,4	2,2	62	74	81	0,8	23	23	65	12
Rumania	20,3	23,1	19,5	2,8	1,4	1,6	68	70	76	-0,5	15	16	66	19
Rwanda	3,6	6,0	12,8	8,2	6,3	3,7	44	29	68	2,5	39	32	57	3
Sahara Occidental	0,1	0,2	0,6	6,6	3,8	2,4	42	60	70	2,1	27	25	69	3
Saint Kitts y Nevis	0,0	0,0	0,1	-	-	-	-	-	-	1,0	-	-	-	-
Samoa	0,1	0,2	0,2	7,3	4,8	3,8	54	67	76	0,7	36	32	58	6
San Marino	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	0,9	-	-	-	-
San Martín	0,0	0,0	0,0	-	-	-	-	-	-	2,4	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	0,1	0,1	0,1	6,2	2,8	1,9	65	71	74	0,1	23	25	69	8
Santa Lucía	0,1	0,1	0,2	6,2	3,0	1,4	62	71	76	0,5	18	23	72	10
Santo Tomé y Príncipe	0,1	0,1	0,2	6,4	5,6	4,3	55	62	67	2,2	42	33	55	3
Senegal	4,1	8,5	16,7	7,3	6,1	4,6	39	57	68	2,9	43	32	54	3
Serbia ¹⁷	8,1	9,9	8,7	2,4	1,9	1,6	67	72	76	-0,4	16	18	65	18
Seychelles	0,1	0,1	0,1	5,9	2,4	2,2	65	71	74	0,5	22	19	68	9
Sierra Leona	2,6	4,3	7,9	6,5	6,6	4,2	34	36	53	2,2	41	33	56	3
Singapur	2,0	3,4	5,9	3,4	1,7	1,3	68	77	84	1,6	15	17	71	14
Slovenia	1,7	2,0	2,1	2,2	1,3	1,7	69	74	81	0,2	15	14	65	20
SoMalía	3,4	7,6	15,6	7,2	7,6	6,0	41	46	58	2,9	46	33	51	3
Sri Lanka	12,2	18,1	21,0	4,5	2,3	2,0	64	69	76	0,4	23	23	66	11
Sudáfrica	22,2	41,2	58,1	5,7	3,2	2,4	55	62	64	1,3	29	27	66	6
Sudán	10,0	23,3	42,5	6,9	5,9	4,3	52	56	65	2,4	40	33	56	4
Sudán del Sur	3,6	5,4	13,3	6,9	6,6	4,6	35	46	58	3,1	41	32	55	3
Suecia	8,0	8,8	10,1	2,1	1,9	1,9	74	79	83	0,8	18	17	62	20
Suiza	6,1	7,0	8,6	2,2	1,5	1,6	73	78	84	1,1	15	15	66	19
Suriname	0,4	0,4	0,6	5,8	3,1	2,3	63	68	72	1,0	26	26	67	7
Tailandia	35,8	58,9	69,3	5,8	1,9	1,4	59	70	76	0,3	17	19	71	12
Tanzania República Unida de) ¹⁶	13,2	29,1	60,9	6,8	5,9	4,8	46	49	67	3,1	44	32	52	3
Tayikistan	2,8	5,7	9,3	7,0	4,7	3,2	60	63	72	2,2	35	28	61	4
Timor-Leste (República Democrática del	0,6	0,9	1,4	6,0	6,1	5,2	39	52	70	2,2	43	35	53	4
Togo	2,0	4,2	8,2	7,0	5,9	4,3	46	55	61	2,6	41	32	56	3
Tonga	0,1	0,1	0,1	6,2	4,5	3,5	65	70	73	0,6	35	33	59	6
Trinidad y Tabago	0,9	1,3	1,4	3,7	2,0	1,7	65	68	71	0,4	20	19	69	11
Túnez	5,0	9,0	11,8	6,8	2,7	2,1	50	71	76	1,1	24	21	67	9
Turkmenistán	2,1	4,1	5,9	6,5	3,7	2,7	58	63	68	1,7	31	25	65	5
Turquía	34,1	57,6	83,0	5,7	2,8	2,0	52	66	77	1,5	24	24	67	9

PAÍSES, TERRITORIOS Y OTRAS ÁREAS	POBLACIÓN			FECUNDIDAD			ESPERANZA DE VIDA			CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN (POR EDAD)			
	Población total, en millones			Tasa global de fecundidad, por mujer			Esperanza de vida al nacer, en años			Tasa media anual, en porcentaje	0-14%	10-24%	15-64%	a partir del 65%
	1969	1994	2019	1969	1994	2019	1969	1994	2019	2010-2019	2019	2019	2019	2019
Tuvalu	0,0	0,0	0,0	—	—	—	—	—	—	0,9	—	—	—	—
Ucrania ¹⁸	46,7	51,1	43,8	2,0	1,5	1,6	71	68	72	-0,5	16	15	67	17
Uganda	9,2	19,9	45,7	7,1	7,0	5,3	49	44	61	3,3	47	34	51	2
Uruguay	2,8	3,2	3,5	2,9	2,4	2,0	69	73	78	0,3	21	22	64	15
Uzbekistán	11,7	22,4	32,8	6,4	3,7	2,2	62	66	72	1,5	28	25	67	5
Vanuatu	0,1	0,2	0,3	6,3	4,8	3,2	52	65	73	2,2	36	29	60	5
Venezuela (República Bolivariana de)	11,2	21,7	32,8	5,6	3,1	2,2	64	71	75	1,4	27	26	66	7
Viet Nam	42,3	73,9	97,4	6,5	2,9	1,9	60	72	77	1,1	23	21	69	8
Yemen	6,1	14,7	29,6	7,8	7,8	3,7	40	59	66	2,5	39	33	58	3
Zambia	4,0	8,9	18,1	7,3	6,2	4,8	49	43	63	3,0	44	34	53	2
Zimbabwe	5,0	11,1	17,3	7,4	4,6	3,5	55	52	62	2,3	41	32	56	3

NOTAS

- No existen datos disponibles.
- a No se incluyen las Islas Cook, las Islas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau ni Tuvalu debido a la disponibilidad de los datos.
- b No se incluyen Anguila, las Bermudas, Dominica, las Islas Caimán, las Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Saint Kitts y Nevis ni San Martín debido a la disponibilidad de los datos.
- 1 Las cifras incluyen las Islas Cocos (Keeling), la Isla de Navidad y la Isla Norfolk.
- 2 Incluye Nagorno Karabaj.
- 3 El 20 de diciembre de 1999, Macao se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
- 4 Para fines estadísticos, los datos correspondientes a China no incluyen Hong Kong ni Macao, Regiones Administrativas Especiales (RAE) de China, ni la provincia de Taiwán de China.
- 5 El 1 de julio de 1997, Hong Kong se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
- 6 Incluye Chipre Septentrional.
- 7 Incluye las islas Canarias, Ceuta y Melilla.
- 8 Incluye Áland.
- 9 Incluye Abjasia y Osetia del Sur.
- 10 Incluye San Bartolomé y San Martín (parte francesa).
- 11 Incluye Sabah y Sarawak.
- 12 Incluye Agalega, Rodrigues y San Brandon.
- 13 Incluye Transnistria.
- 14 Incluye las islas de Svalbard y Jan Mayen.
- 15 Incluye Jerusalén Oriental. El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió a Palestina «la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas [...]».
- 16 Incluye Zanzíbar.
- 17 Incluye Kosovo.
- 18 Incluye Crimea.

Notas técnicas

La edición de 2019 del *Estado de la Población Mundial* incluye indicadores que reflejan el avance hacia los objetivos del Marco de Medidas para el Seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en las esferas de la salud materna, el acceso a la educación y la salud sexual y reproductiva. Además, en los cuadros figuran diversos indicadores demográficos. Los cuadros estadísticos respaldan el trabajo del UNFPA centrado en el avance y la obtención de resultados para conseguir un mundo donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo.

Distintas autoridades nacionales y organizaciones internacionales pueden emplear diferentes metodologías para recopilar, extrapolar y analizar los datos. A fin de facilitar la comparación internacional de los datos, el UNFPA utiliza las metodologías estándar empleadas por las principales fuentes de datos. Por consiguiente, en algunos casos, los datos que figuran en los cuadros tal vez difieran de los generados por determinadas autoridades nacionales. Los datos que se recogen en los cuadros no son comparables con los de informes anteriores del Estado de la Población Mundial debido a las actualizaciones de las clasificaciones regionales, las actualizaciones metodológicas y las revisiones de los datos de las series temporales.

Los cuadros estadísticos se basan en encuestas de hogares representativas en el ámbito nacional, como las encuestas demográficas y de salud (EDS) y las encuestas a base de indicadores múltiples (MICS, por sus siglas en inglés), estimaciones de organizaciones de las Naciones Unidas y estimaciones interinstitucionales. También incluyen las estimaciones de población más recientes y proyecciones de *World Population Prospects: The 2017 revision y Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018* (División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). Los datos van acompañados de definiciones, fuentes y notas. Los cuadros estadísticos que se recogen en el *Estado de la Población Mundial 2018* por lo general recogen la información disponible hasta enero de 2019.

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD:

Salud y derechos sexuales y reproductivos

Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método (2019). Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. Estos datos indican la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres que viven en unión libre) que actualmente utilizan cualquier método anticonceptivo o métodos anticonceptivos modernos. Entre los métodos modernos figuran la esterilización masculina y femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), las píldoras anticonceptivas, los productos inyectables, los implantes hormonales, los preservativos y los métodos de barrera femeninos.

Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, método moderno (1969, 1994, 2019). Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. Estos datos indican la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres que viven en unión libre) que actualmente utilizan cualquier método anticonceptivo o métodos anticonceptivos modernos. Entre los métodos modernos figuran la esterilización masculina y femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), las píldoras anticonceptivas, los productos inyectables, los implantes hormonales, los preservativos y los métodos de barrera femeninos.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años (2019). Fuente: División de Población de las Naciones

Unidas. Porcentaje de mujeres casadas o en unión libre de 15 a 49 años que desean impedir o retrasar la maternidad, pero no emplean un método anticonceptivo.

Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años (2019). Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de demanda total de planificación familiar satisfecho entre mujeres casadas o en unión libre de 15 a 49 años de edad. El uso de anticonceptivos o de anticonceptivos modernos dividida entre la demanda total de planificación familiar. La demanda total de planificación familiar corresponde a la suma del uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años (1969, 1994, 2019). Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de demanda total de planificación familiar entre mujeres casadas o en unión libre de 15 a 49 años de edad satisfecho mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos. El uso de anticonceptivos o de anticonceptivos modernos dividida entre la demanda total de planificación familiar. La demanda total de planificación familiar corresponde a la suma del uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos (1994 y 2015) y rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior y superior (2015). Fuente: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Este indicador presenta el número de muertes de mujeres a consecuencia de causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo. Los cálculos han sido elaborados por el Grupo Interinstitucional a partir de datos extraídos de sistemas de registro civil, encuestas de hogares y censos de población. El UNFPA, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, UNICEF y la División de Población de las Naciones Unidas forman parte del Grupo. El Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna y otros organismos e instituciones académicas revisan las estimaciones y las metodologías, siempre que sea necesario, como parte del proceso continuo de mejora de los datos sobre mortalidad materna. Las estimaciones no deben compararse con otras estimaciones interinstitucionales previas.

Partos atendidos por personal de salud calificado, en porcentaje (2017). Fuente: base de datos mundial conjunta sobre asistencia calificada durante el parto, 2017, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y de la base de datos mundial del UNFPA. Los datos de partos atendidos por personal de salud calificado (médicos, enfermeras o parteras) indican el porcentaje de partos con atención de personal capacitado para proporcionar atención obstétrica que salva vidas, incluida la necesaria supervisión, atención e instrucción a las mujeres durante el embarazo, el parto y el período de posparto; para atender el parto sin ayuda y por sí mismos; y para cuidar a los recién nacidos. No se incluye a las parteras tradicionales, aun cuando hayan recibido un breve curso de capacitación.

La División de Población de las Naciones Unidas publica un conjunto sistemático e integral de estimaciones anuales a partir de modelos correspondientes, y proporciona proyecciones a una serie de indicadores de planificación familiar para un período de 60 años. Entre los indicadores se incluyen el uso de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha de planificación familiar, la demanda

total de planificación familiar y el porcentaje de demanda de planificación familiar satisfecho entre las mujeres casadas o en unión libre correspondiente al período comprendido entre 1970 y 2030. Para generar las estimaciones, proyecciones y evaluaciones de la incertidumbre se utilizó un modelo jerárquico bayesiano combinado con tendencias temporales específicas para cada país. El modelo desarrolla el trabajo anterior y representa diferencias en función del origen de los datos, la muestra de población y los métodos anticonceptivos incluidos en las medidas de prevalencia. Puede obtener más información sobre las estimaciones a partir de modelos, la metodología y las actualizaciones relativas a la planificación familiar en http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml. Las estimaciones se basan en los datos específicos de cada país recopilados en *World Contraceptive Use 2018*.

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje (2014). Fuente: UNFPA. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas o en unión libre que toman sus propias decisiones en las tres esferas siguientes: relaciones sexuales con la pareja, uso de anticonceptivos y atención de salud.

Indicadores para el seguimiento de los objetivos de la CIPD:

Los adolescentes y los jóvenes

Tasa de fecundidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años (2018) Fuente: Base de datos mundial de los ODS. La tasa de fecundidad adolescente representa el riesgo de tener hijos entre las mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años. A los fines del registro civil, las tasas están sujetas a limitaciones que dependen del grado de exhaustividad de los registros del nacimiento, la forma en que se inscriban los niños nacidos vivos pero muertos antes de registrarlos o dentro de las primeras 24 horas de vida, la calidad de la información proporcionada con respecto a la edad de la madre y la inclusión de nacimientos en períodos anteriores. Es posible que estas limitaciones afecten a las estimaciones de la población, al representar erróneamente las edades y la cobertura. En lo que respecta a datos de encuestas y censos, tanto el numerador como el denominador corresponden a la misma población. Las principales limitaciones atañen a información errónea sobre edades, omisiones de partos, información errónea sobre la fecha de nacimiento de los niños, y variabilidad en las técnicas de muestreo, cuando se trata de encuestas.

Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje (2017). Fuente: Base de datos mundial de los ODS. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la base de datos mundial de los ODS. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio o empezaron a vivir en unión libre antes de cumplir 18 años.

Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, en porcentaje (2017). Fuente: UNFPA. Porcentaje de niñas de 15 a 19 años sometidas a la mutilación genital femenina.

Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, en porcentaje (2017). Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Porcentaje de niños del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la enseñanza primaria matriculados en la enseñanza primaria o secundaria.

Índice de equidad de género, enseñanza primaria (2017). Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la proporción de matriculación primaria neta ajustada.

Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, en porcentaje (2017). Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Porcentaje de niños del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la enseñanza secundaria matriculados en la enseñanza secundaria.

Índice de equidad de género, enseñanza secundaria (2017). Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la proporción de matriculación secundaria neta.

Indicadores demográficos

Población

Población total, en millones (1969, 1994, 2019).

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Fecundidad

Tasa global de fecundidad, mujeres (1969, 1994, 2019). Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Número de nacimientos por mujer en caso de que viva hasta el final de su edad fértil y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo etario, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Esperanza de vida

Esperanza de vida al nacer, en años (1969, 1994, 2019). Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalecientes en una muestra representativa de la población.

Crecimiento de la población

Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje (2010-2019). Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Tasa media de crecimiento exponencial de la población en un período dado, basada en las proyecciones según la variante media.

Composición de la población

Población de 0 a 14 años, en porcentaje (2019). Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 0 a 14 años.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje (2019). Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 10 a 24 años.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje (2019). Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 15 a 64 años.

Población de mayores de 65 años, en porcentaje (2019). Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 65 o más años.

Clasificación por regiones:

Los promedios del UNFPA que se presentan al final de los cuadros estadísticos se han calculado a partir de los datos procedentes de los países y las zonas con arreglo a la siguiente clasificación.

Región de África Occidental y Central

Benín, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona y Togo.

Región de África Oriental y Meridional

Angola, Botswana, Burundi, Comoras, Eritrea, Eswatini, Etiopía, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

Región de América Latina y el Caribe

Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Región de Asia y el Pacífico

Afganistán, Bangladesh, Bhután, Camboya, China, Fiji, Filipinas, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Maldivas, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistán, Palau, Papua Nueva Guinea, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Samoa, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y Viet Nam.

Región de los Estados Árabes

Argelia, Djibouti, Egipto, Estado de Palestina, Iraq, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez y Yemen.

Región de Europa Oriental y Asia Central

Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, ex República Yugoslava de Macedonia, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, República de Moldova, Serbia, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania y Uzbekistán.

Las regiones más desarrolladas abarcan las regiones de la División de Población de las Naciones Unidas para Europa, América del Norte, Australia y Nueva Zelanda, y el Japón.

Las regiones menos desarrolladas abarcan todas las regiones de la División de Población de las Naciones Unidas para África, Asia (excluido el Japón), América Latina y el Caribe, Melanesia, Micronesia y Polinesia.

Los países menos adelantados, según la definición de la Asamblea General de las Naciones Unidas en sus resoluciones (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 y 68/18), los conformaban 47 países (en marzo de 2018): 33 en África, 9 en Asia, 4 en Oceanía y 1 en América Latina y el Caribe: Afganistán, Angola, Bangladesh, Benín, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Camboya, República Centroafricana, Chad, Comoras, República Democrática del Congo, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Kiribati, República Democrática Popular Lao, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Islas Salomón, SoMalía, Sudán, Sudán del Sur, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, Vanuatu, Yemen y Zambia. Estos países también se incluyen en las regiones menos desarrolladas.

Bibliografía

- Ali, Moazzam and others, 2018. "Assessment of Family Planning Service Availability and Readiness in 10 African Countries." *Global Health: Science and Practice* 6(3):473-483.
- Alkema, Leontine and others, 2016. "Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group." *The Lancet* 387(10017): 462-474.
- American Cancer Society, 2016. "Global Burden of Cancer in Women: Current Status, Trends and Interventions." Paris: Union for International Cancer Control World Cancer Congress.
- Ashford, Lori, 2001. "New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights." *Population Bulletin* 56(1). Washington, D.C.: Population Reference Bureau.
- Bloom, David E. and David Canning, 2004. "Global Demographic Change: Dimensions And Economic Significance." *Proceedings: Economic Policy Symposium, Jackson Hole, Federal Reserve Bank of Kansas City* August: 9-56.
- Bloom, David E. and others, 2000. "Population Dynamics and Economic Growth in Asia." *Population and Development Review: Population and Economic Change in East Asia Supplement* 26: 257-290.
- Bloom, David E. and others, 2007. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." Working Paper. No. 25. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health Program on the Global Demography of Aging.
- Bongaarts, John and others, 2012. *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Bruce, Judith, 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.
- Campbell, Jim and others, 2013. "A Universal Truth: No Health Without a Workforce." Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization.
- Chynoweth, Sarah K., 2015. "Advancing Reproductive Health on the Humanitarian Agenda: The 2012-2014 Global Review." *Conflict and Health* 9(Suppl. 1): 11.
- Claeys, Vicky, 2010. "Brave and Angry—The Creation and Development of the International Planned Parenthood Federation (IPPF)." *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15(Suppl. 2): S67-S76.
- Coale, Ansley and Edgar Malone 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, Sylvie I. and Tevia Abrams, 2002. "Broadening Choices: Information, Education, Communication, and Advocacy." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 248-276.
- Davis, Kingsley, 1967. "Population Policy: Will Current Programs Succeed?" *Science* 158(3802): 730-739.
- Deese, Brian and Ronald A. Klain, 2017. "Another Deadly Consequence of Climate Change: The Spread of Dangerous Diseases." *The Washington Post* 30 May 2017.
- Delany-Moretlwe, Sinead and others, 2015. "Providing Comprehensive Health Services for Young Key Populations: Needs, Barriers and Gaps." *JIAS: Journal of the International AIDS Society* 18(2)(Suppl. 1):19833.
- Draper, William H. and others, 1959. "Composite Report of the President's Committee to Study the United States Military Assistance Program (The Draper Report)," Vol. 1. Washington, D.C.: United States, Office of the President.
- Edmeades, Jeffrey and others, 2018. "Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health." Background Paper. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Edwards, Robert G. and others, 1969. "Early Stages of Fertilization *in vitro* of Human Oocytes Matured *in vitro*." *Nature* 221:632-635.
- Ehrlich, Paul, R., 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books.
- Elson, Diane, and Marzia Fontana, 2019. "Conceptualizing Gender-Equitable Inclusive Growth." *Gender Equality and Inclusive Growth: Economic Policies to Achieve Sustainable Development*. New York: UN Women.
- FP2020 (Family Planning 2020), 2018. *Catalyzing Collaboration*. Washington, D.C.: FP2020.
- García-Moreno, Claudia and others, 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. Geneva: World Health Organization.
- Goldberg, Michelle, 2009. *The Means of Reproduction: Sex, Power, and the Future of the World*. New York: The Penguin Press.
- Greig, Alan and Jerker Edström, 2012. "Mobilising Men in Practice: Challenging Sexual and Gender-based Violence in Institutional Settings." Brighton: Institute of Development Studies.
- Guttmacher Institute, 2017. "Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health 2017." New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017, accessed 1 December 2018.
- Haberland, Nicole, 2015. "The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(1): 31.
- Heil, Sarah H. and others, 2012. "Incentives to Promote Family Planning." *Preventive Medicine* 55: S106-S112

- Heise, Lori and others, forthcoming. "Gender Inequality and Restrictive Gender Norms: Framing the Challenges to Health." *The Lancet*.
- Hook, Christopher and others, 2018. "Getting to Equal: Engaging Men and Boys in Sexual and Reproductive Health and Rights and Gender Equality." Washington, D.C.: Promundo-US.
- Huezo, Carlos, and Soledad Diaz, 1993. "Quality of Care in Family Planning: Clients' Rights and Providers' Needs." *Advances in Contraception* 9(2): 129-139.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee) and European Commission, 2019. "INFORM Report 2019: Shared Evidence for Managing Crises and Disasters." Geneva: IASC and the European Commission.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee), 2009. *Health Cluster Guide: A Practical Guide for Country-Level Implementation of the Health Cluster*. Geneva: World Health Organization.
- ICC (International Criminal Court), 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." The Hague, Netherlands: ICC.
- IDMC (Internal Displacement Monitoring Centre), 2018. "Global Report on Internal Displacement 2018." Geneva: IDMC.
- IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies), 2018. "World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind." Geneva: IFRC.
- IOM (International Organization for Migration), 2017. "World Migration Report 2018." Geneva: IOM.
- John, Neetu A. and others, 2017. "Gender Socialization During Adolescence in Low- and Middle-Income Countries: Conceptualization, Influences and Outcomes." Innocenti Discussion Paper 2017-01. Florence: Innocenti.
- Joshi, Shareen and T. Paul Schultz, 2007. "Family Planning as an Investment in Development: Evaluation of a Program's Consequences in Matlab, Bangladesh." Center Discussion Paper No. 951. New Haven, Connecticut: Economic Growth Center.
- Liao, Pamela Verma and Janet Dollin, 2012. "Half a Century of the Oral Contraceptive Pill: Historical Review and View to the Future." *Canadian Family Physician Medecin de famille canadien* 58(12): e757-760.
- Lutz, Wolfgang and others, 2008. "The Demography of Educational Attainment and Economic Growth." *Science* 319(5866): 1047-1048.
- Maceira, Daniel, 2005. "Decentralisation and Implications for Sexual and Reproductive Health Services: Policy Brief." South Africa: School of Public Health, University of the Witwatersrand.
- MacQuarrie, Kerry and Edmeades, Jeffrey, 2015. *Child Grooms: Prevalence and Correlates of Early Marriage among Men*. Paper presented at the Annual Meetings of the Population Association of America, San Diego, CA, USA, April 30-May 2, 2015.
- Meadows, Donella H. and others, 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. Milford, Connecticut: Universe Books.
- Michaud, Catherine and Christopher J.L. Murray, 1994. "External Assistance to the Health Sector in Developing Countries: A Detailed Analysis, 1972-90." *Bulletin of the World Health Organization* 72(4): 639-651.
- Miller, Suellan and others, 2016. "Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide." *The Lancet* 388(10056): 2176-2192.
- National Research Council, 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Nizamuddin, Mohammad, 2002. "Shaping Population and Development Strategies." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 189-210.
- Nørgård, Jørgen Stig and others, 2010. "The History of the Limits to Growth." *Solutions* 1(2): 59-63.
- OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2018. "Global Humanitarian Overview 2018." Website: unocha.org/sites/unocha/files/GHO2018.PDF, accessed 1 December 2018.
- Patton, George C. and others, 2016. "Our future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing." *The Lancet* 387(10036), 2423-2478.
- Potts, Malcolm, 1992. "Contraception Is the Best Development" (Commentary). *The Lancet* 340(1201): 1155.
- Potts, Malcolm and others, 2018. "Why Did National Leaders in India, China, and Peru Impose Coercive Family Planning Policies?" *Juniper Online Journal of Public Health* 3(4): 555619.
- RamaRao, Saumya and Raji Mohanam, 2003. "The Quality of Family Planning Programs: Concepts, Measurements, Interventions, and Effects." *Studies in Family Planning* 34(4): 227-248.
- Rehnström Loi, Ulrika and others, 2015. "Health Care Providers' Perceptions of and Attitudes towards Induced Abortions in Sub-Saharan Africa and Southeast Asia: A Systematic Literature Review of Qualitative and Quantitative Data." *BMC Public Health* 15:139.
- Robinson, Warren C. and John A. Ross, eds., 2007. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Rockefeller, John David, 1978. "Population Growth: The Role of the Developed World." *Population and Development Review* 4(3): 509-516.
- Ross, John A. and Stephen L. Isaacs, 1988. "Costs, Payments, and Incentives in Family Planning Programs: A Review for Developing Countries." *Studies in Family Planning* 19(5): 270-283.
- Sedgh, Gilda and Rubina Hussain, 2014. "Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 45(2): 151-169.
- Sinding, Steven W. and others, 1994. "Seeking Common Ground: Unmet Need and Demographic Goals." *International Family Planning Perspectives* 20(1): 23-27, 32.

- Singh, Jyoti Shankar, 2002. "UNFPA and the Global Conferences." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 152-174.
- Singh, Karan, 1976. "National Population Policy: A Statement of the Government of India." *Population and Development Review* 2(2): 309-312.
- Singh, Susheela and others, 2018. *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. New York: Guttmacher Institute.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *The Lancet* 391(10140): 2642-2692.
- Stenberg, Karin and others, 2017. "Financing Transformative Health Systems towards Achievement of the Health Sustainable Development Goals: A Model for Projected Resource Needs in 67 Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet Global Health* 5: e875-e887.
- Stoebenau, Kirsten and others, 2013. "Has Fertility Decline Contributed to Improvements in Women's Lives?" International Center for Research on Women Fertility & Empowerment Working Paper Series No. 012-2013-ICRW-FE. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women), 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), 2018. "Miles To Go: Closing Gaps, Breaking Barriers, Righting Injustices. Global AIDS Update." Geneva: UNAIDS.
- UNCESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "The Right to the Highest Attainable Standard of Health." International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Article 12, General Comment No. 14. Geneva: UNCESCR.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2018. "International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach." Paris: UNESCO.
- UNESCO (United Nations Economic, Scientific and Cultural Organization), 2015. "Emerging Evidence, Lessons and Practice in Comprehensive Sexuality Education: A Global Review 2015." Paris: UNESCO.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. "UNFPA Supplies." Website: unfpa.org/unfpa-supplies, accessed 28 November 2018.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. "Young Persons With Disabilities: Global Study on Ending Gender-Based Violence, and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018b. "Humanitarian Action 2018 Overview." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018c. "Delivering Supplies When Crisis Strikes: Reproductive Health in Humanitarian Settings." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. "State of World Population 2017: Worlds Apart." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016. "Adolescent Girls in Disaster and Conflict: Interventions for Improving Access to Sexual and Reproductive Health Services." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2016a. "State of World Population 2016: 10: How Our World Depends on a Girl at this Decisive Age." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014. "The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2014a. "Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2012, Estimates for 2013/2014, Projections for 2015." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2009. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings: A Companion to the Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings*. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2004. "The State of World Population 2004. The Cairo Consensus at Ten: Population, Reproductive Health and the Global Effort to End Poverty." New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "How to Transform a Social Norm." New York: UNFPA and UNICEF.
- UNFPA Bangladesh (United Nations Population Fund Bangladesh Country Office), 2018. "Safer Spaces, Gender Equality, Choices in Life and Love." Website: bangladesh.unfpa.org/en/news/safer-spaces-gender-equality-choices-life-and-love, accessed 2 December 2018.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 2018. "Global Trends in Forced Displacement 2017." Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1999. *Reproductive Health in Emergency Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Geneva: UNHCR.
- UNHCR (Office of the UN High Commissioner for Refugees), 1991. *Guidelines on the Protection of Refugee Women*. Geneva: UNHCR.
- UNICEF (United Nations Children's Fund) and WHO (World Health Organization), 2017. "Tracking Progress Towards Universal Coverage of Reproductive, Newborn and Child Health: The 2017 Report." Washington, D.C.: UNICEF and WHO.
- United Nations, 2018. "Report of the United Nations High Commissioner for Refugees. Part II: Global Compact on Refugees." A/73/12 (Part II). New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 2018a. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: United Nations.

- United Nations, 2018b. "Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2017. "World Population Prospects 2017." Website: population.un.org/wpp/Download/Standard/Mortality, accessed 28 November 2018.
- United Nations, 2017a. "Reproductive Health Policies 2017: Data Booklet." ST/ESA/SER.A/396. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2016. "New York Declaration for Refugees and Migrants." New York: United Nations.
- United Nations, 2016a. "High-Level Panel on Humanitarian Financing Report to the Secretary-General: Too Important to Fail—Addressing the Humanitarian Financing Gap." New York: United Nations.
- United Nations, 2015. "Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015." ST/ESA/SER.A/349. Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2015a. "World Population Policies Database." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 2014. "Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014: Report of the Secretary-General." New York: United Nations.
- United Nations, 2014a. "Programme of Action: Adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994. 20th Anniversary Edition." New York: United Nations.
- United Nations, 2013. *World Population Policies 2013*. New York: United Nations.
- United Nations, 1999. "Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development." A/RES/S-21/2. New York: United Nations General Assembly.
- United Nations, 1995. "Population Consensus at Cairo, Mexico City and Bucharest: An Analytical Comparison." Population Division of the Department for Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- United Nations, 1995a. "Beijing Declaration and Platform for Action." New York: United Nations.
- United Nations, 1968. "Final Act of the International Conference on Human Rights (Tehran Declaration)." New York: United Nations.
- USAID (United States Agency for International Development), 2014. "High Impact Practices in Family Planning. Financing Commodities and Services: Mobilizing Resources to Sustain Current and Future Family Planning Demand." Washington, D.C.: United States Agency for International Development.
- Vu A. and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-analysis". *PLOS Currents Disasters*. Website: <http://currents.plos.org/disasters/article/the-prevalence-of-sexual-violence-among-female-refugees-in-complex-humanitarian-emergencies-a-systematic-review-and-meta-analysis>. Accessed 5 March 2019.
- Weerakoon, Bradman, 2002. "Broadening Partnerships." In *An Agenda for the People: The UNFPA through Three Decades*, Sadik, Nafis, ed. New York: New York University Press, pp. 95-112.
- WHO (World Health Organization), 2018. "Quality, Equity, Dignity: the Network to Improve Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health. Strategic Objectives." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2018a. "Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. "Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health: A Global Review of the Literature." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2011. "Strengthening Country Office Capacity to Support Sexual and Reproductive Health in the New Aid Environment: Report of a Technical Consultation Meeting: Wrap-Up Assessment of the 2008-2011 UNFPA-WHO Collaborative Project." WHO/RHR/11.29. Geneva: WHO and UNFPA.
- WHO (World Health Organization) and UNICEF (United Nations Children's Fund), 2018. "Declaration of Astana." Geneva: WHO and UNICEF.
- World Bank, 2012. "World Development Report 2012: Gender Equality and Development". Washington, D.C.: The World Bank.
- Wulf, Deirde, 1994. *Refugee Women and Reproductive Health Care: Reassessing Priorities*. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.



Asegurando derechos y opciones para todos desde 1969

Fondo de Población de las Naciones Unidas

605 Third Avenue
New York, NY 10158
Estados Unidos de América
+1 (212) 297-5000
www.unfpa.org/es
 @UNFPA

ISSN 2518-671X
ISBN 978-0-89714-041-6



9 780897 140416

Número de venta: S.19.III.H.1
S/493/2019

 Impreso en papel reciclado.