

VIDAS ENTRELAZADAS, HILOS DE ESPERANZA

Eliminar las desigualdades
en materia de salud y derechos
sexuales y reproductivos

Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2024

El presente informe ha sido elaborado bajo los auspicios de la División de Comunicaciones y Alianzas Estratégicas del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

REDACTOR JEFE

Ian McFarlane

EQUIPO EDITORIAL

Edición principal: Rebecca Zerzan

Edición de producción y dirección creativa:

Katherine Black

Edición de los relatos: Richard Kollodge

Redacción de los relatos: Katherine Black,

Richard Kollodge, Dalia Rabie, Lisa Ratcliffe,

Catherine Trautwein y Rebecca Zerzan

Apoyo y orientación a la edición: Jacqueline Daldin,

Lisa Ratcliffe y Catherine Trautwein

Dirección de la edición digital: Katherine Black

Asesoría de la edición digital: Enes Champó

Verificación de datos: Ralph Hakkert

ASESORÍA SUPERIOR EN INVESTIGACIÓN

Dra. Gita Sen

INVESTIGADORES Y REDACTORES

Daniel Baker, Ann Garbett, Gretchen Luchsinger,

Dra. Tlaleng Mofokeng, Letlhogonolo Mokgoroane,

Gilda Sedgh y Claire Thomas

ASESORÍA TÉCNICA PRINCIPAL DEL UNFPA

Emilie Filmer-Wilson y Mengjia Liang

ARTISTAS Y ASESORÍA ARTÍSTICA

Bayombe Endani, Philip Fimmano, Higinia Gonzáles,

Iain Guest de Advocacy Project, Nadia Hamid de

International Folk Art Market, Rosie James, Nneka

Jones, Cristin Knight-Sethi, Rosalia Sciortino,

Pankaja Sethi, Sociedad Arqueológica de Sussex

(www.sussexpast.co.uk), Tally Assuit Women's

Collective y Woza Moya

MAPAS Y DESIGNACIONES

Las designaciones utilizadas y la presentación de material en los mapas 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.

Ilustración del cronograma: American Association of University Women y Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo/Robert Rauschenberg

Cubierta: Nneka Jones (@artyouhungry)

Todas las demás ilustraciones corresponden a Rosie James (@rosiejamestextileartist) a menos que se indique otro autor

AGRADECIMIENTOS

El UNFPA agradece a las personas siguientes por compartir con nosotros algunos aspectos de su vida y su trabajo de cara a la elaboración de este informe: Alia (Turkmenistán); Ellen Amster (Canadá); Adel Botros (Egipto); Eira Carrera (Panamá); Isaac Chirwa (Malawi); Francisca Córdoba (Colombia); Carolyn DeFord (Estados Unidos de América); Maïmouna Déné (Burkina Faso); Duha (República Árabe Siria); Eneida (Panamá); Dra. Eda Güllüm (Türkiye); Ceylan Güzey (Türkiye); Sharron Hinchliff (Reino Unido); Seif Kuchengo (República Unida de Tanzania); Jonas Lubago (República Unida de Tanzania); Shirley Maturana Obregón (Colombia); Thivya Rakini (India); Rama (República Árabe Siria); Humberto Rodríguez (Panamá); Syrah Sy Savané (Côte d'Ivoire); Nandita Shivakumar (India); Gertrudis Sire (Panamá); Audrey Tang (Reino Unido); Luhui Whitebear (Estados Unidos de América); y José Luis Wilches Gutiérrez (Colombia).

La Directora de la Subdivisión de Comunicaciones y Medios de Difusión del UNFPA, Selinde Dulceit, proporcionó información de incalculable valor para la redacción del borrador, al igual que otros miembros de la División Técnica de la organización, como Michael Herrmann, Priscilla Idele, la Dra. Julitta Onabanjo, Leyla Sharafi y el Dr. Willibald. También pudo contarse con el apoyo de Arthur Erken y la Dra. Nkeiruka Didigu (División de Políticas y Estrategia del UNFPA), así como de Teresa Buerkle, Samuel Choritz, la Dra. Nigina Muntea, Alana Ngoh, Horst Rutsch y otros miembros de la Oficina de la Directora Ejecutiva. También han contribuido al informe trabajadores de las oficinas, los directores ejecutivos adjuntos Diene Keita y Andrew Saberton, al igual que integrantes del Proyecto de Empoderamiento de la Mujer y Dividendo Demográfico del Sahel (SWEDD, por sus siglas en inglés) como Moussa Bagayoko, Nafissatou Diop, Emmanuelle Landais Lopez y Waly Sene.

Las personas a continuación —compañeros del UNFPA y otros colaboradores de todo el mundo— brindaron orientación técnica o contribuyeron a la preparación de artículos y demás contenidos: Samir Aldarabi, Vannie Arrocha, Zeynep Atılğan, Adolfo Ballina, Ana De Obaldia, Jens-Hagen Eschenbaecheer, Rose Marie Gad, Eren Korkmaz, Lilian Landau, Daisy Leoncio, Nouran Makhoul, Julia Novichenok, Demetra Pollinari, Norha Restrepo y Siaka Traore.

La autora Ann Garbett dirigió el análisis de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud para estudiar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y la información conexa según la etnia y la categoría socioeconómica.

Impresión y diseño interactivo: Prographics, Inc.

Los editores agradecen las contribuciones de asociados, como los investigadores del Instituto Guttmacher (y sobre todo Jacqueline Darroch y Elizabeth Sully); los especialistas de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas —en especial, Giulia Gonnella, Yumiko Kamiya, Vladimíra Kantorová y Karoline Schmid—, los especialistas de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) —sobre todo Nicolas Fasel y Yekaterina Spassova—, los expertos de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) —especialmente Lilian Barajas, Jaspreet Kindra, April Pham y Barbara Wachter—; Víctor Madrigal-Borloz, Experto Independiente de las Naciones Unidas sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género; y los expertos del Centro de Recursos e Investigación para la Mujer de Asia y el Pacífico (ARROW) —en particular, Sivananthi Thanenthiran—.

NOTA SOBRE EL LENGUAJE

En este informe, el término "negro" se utiliza para hacer referencia a personas o grupos de personas desde el punto de vista racial, étnico o cultural. Dicho término se utiliza con frecuencia para transmitir un sentido compartido de historia e identidad; "blanco", en cambio, no suele emplearse de esta manera. El término "indígena", por otro lado, puede utilizarse de forma general para hacer referencia a pueblos pertenecientes a diversas culturas y tradiciones, pero también para aludir a un grupo o nación concretos, en cuyo caso se especificará cuál. Por otra parte, al hablar de cuestiones como la violencia sexual y los embarazos, el informe tiende a hacer alusión a la población femenina, ya que los datos conexos proceden en su mayoría de encuestas y estudios que identifican a las personas participantes como mujeres o niñas. Conviene destacar que los embarazos también conciernen a los hombres trans y las personas no binarias; además, las personas de género diverso se enfrentan a cotas desproporcionadas e inadmisibles de violencia sexual y trabas a la atención de la salud sexual y reproductiva.

UN APUNTE SOBRE LAS ILUSTRACIONES

Durante miles de años, las mujeres y las comunidades indígenas han utilizado la tejeduría y el bordado para desdibujar los límites entre arte y funcionalidad, así como practicidad y belleza. Sin embargo, su trabajo estuvo considerado durante mucho tiempo como un tipo de artesanía en lugar de un arte, motivo por el cual se excluyó de las instituciones y los mercados artísticos formales. Es por esta razón que los movimientos de mujeres y los pueblos indígenas han adoptado esta forma de arte como medio para llamar la atención sobre cuestiones relacionadas con su exclusión, como la violencia de género, la justicia reproductiva y el racismo sistémico, y también para hacer un llamamiento a la solidaridad entre comunidades. Las artistas y colectivos textiles que aparecen en este informe continúan esta tradición, plasmando preocupaciones actuales a través de técnicas transmitidas a lo largo de generaciones de mujeres. Juntas, sus obras muestran cómo los derechos, la dignidad y el futuro de cada mujer se entrelazan con los de sus hermanas, hijas, madres y amigas.





Eliminar las desigualdades en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos

ÍNDICE

PRÓLOGO 4



CAPÍTULO 1

Una labor inconclusa

PÁGINA 6

RELATO: Cuando las crisis interrumpen la atención de su salud, los miembros de la comunidad subsanan las deficiencias ... 16

RELATO: Las trabajadoras de la confección se organizan frente a la violencia de género 22

PUNTO DE MIRA: Problemas para acceder a la atención de la salud notificados por las partes interesadas a lo largo del tiempo y por situación socioeconómica y etnia 28

CRONOGRAMA 34-39



CAPÍTULO 2

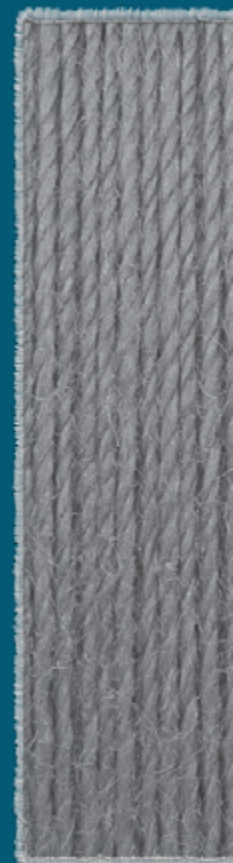
Desenredar la madeja de la desigualdad

PÁGINA 32

RELATO: Partos seguros y empoderadores para las mujeres afrodescendientes en Colombia 46

RELATO: Los activistas comunitarios dan visibilidad a las mujeres indígenas desaparecidas y asesinadas..... 52

PUNTO DE MIRA: Descolonizar las normas sexuales y de género..... 60





CAPÍTULO 3

Cada paso cuenta

PÁGINA 62

RELATO: Las mujeres con discapacidad en Turkmenistán reivindican sus derechos 70

RELATO: Los censos africanos tratan de contabilizar a todas las personas 76

PUNTO DE MIRA:
¿Qué personas son suficientemente importantes como para ser objeto de mediciones? El caso de las madres adolescentes 82



CAPÍTULO 4

Las mujeres son las hebras

PÁGINA 86

RELATO: La sífilis pone de relieve uno de los peligros para la salud y los derechos humanos: el estigma 92

RELATO: El liderazgo local es clave para llegar a las niñas más necesitadas 104



CAPÍTULO 5

Tejer un futuro colectivo

PÁGINA 110

RELATO: La salud sexual de los adultos mayores sale a la luz . . . 118

RELATO: Las mujeres ngäbe lideran una revolución en igualdad de género y salud 124

INDICADORES 133

NOTAS TÉCNICAS 152

REFERENCIAS 157

Hace 30 años, gobiernos de todo el planeta llegaron al consenso de que la salud y los derechos reproductivos son piedras angulares del desarrollo mundial. Este acuerdo pionero allanó el camino a tres decenios de avances. Desde entonces, la tasa de embarazos no intencionales ha retrocedido en casi un 20% a nivel global. La cifra de mujeres que recurren a métodos anticonceptivos modernos se ha duplicado. Hoy en día, se han promulgado leyes contra la violencia doméstica en al menos 162 países y las muertes maternas se han reducido en un 34% desde 2000.

Sin embargo, los progresos no se han materializado a la velocidad que deberían ni con el alcance suficiente. La violencia de género todavía es una lacra endémica en prácticamente todos los países y comunidades. La mortalidad materna no ha mejorado en absoluto desde 2016 y, de hecho, aumenta en una cantidad preocupante de países. Casi la mitad de las mujeres sigue sin poder tomar decisiones sobre su propio cuerpo y sin la posibilidad de disfrutar de salud y derechos sexuales y reproductivos.

La desigualdad es una razón de peso. Según los nuevos datos probatorios que se exponen en el informe, aunque mujeres de todas las etnias y niveles socioeconómicos coinciden en que los escollos para acceder a la atención de la salud se han resuelto con el tiempo, las más marginadas son quienes menos se han

beneficiado de estas mejoras. Dicho de otra forma: mientras la comunidad internacional se centraba en atender a los grupos a los que se llega con mayor facilidad, se ha olvidado de afrontar las desigualdades y disparidades en los sistemas y sociedades. Esta dejadez ha propiciado que los desniveles empeoren hasta convertirse en precipicios.

A lo largo y ancho del planeta, las personas que quieren utilizar servicios básicos de atención de la salud sexual y reproductiva se ven obligadas a sortear todo tipo de obstáculos que se solapan debido a su género, situación económica, etnia, orientación sexual y discapacidad, entre otras características. En los pocos lugares donde se recopilan datos, las mujeres afrodescendientes han resultado ser más vulnerables a la violencia obstétrica y los malos resultados de salud materna. En muchas ocasiones, se priva a las mujeres indígenas de atención a la salud materna con pertinencia cultural y se tipifican como delito sus costumbres relacionadas con el parto, lo que se traduce en un riesgo mucho mayor de fallecer durante el embarazo o al dar a luz. La infraestructura sanitaria sigue plagada de normas de género desiguales, como el déficit crónico de inversión en el personal de atención obstétrica (mujeres en su inmensa mayoría). Las mujeres y niñas con discapacidad tienen hasta diez veces más probabilidades de sufrir violencia de género y, simultáneamente, se topan con más impedimentos para recibir atención de la salud

sexual y reproductiva e información conexas. La discriminación y el estigma al que se enfrentan las personas LGBTQIA+ es tanto un problema de por sí como la causa de las desigualdades profundas en materia de salud que sufren.

Si queremos hacer realidad la promesa de salud y derechos sexuales y reproductivos universales suscrita durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, está claro lo que se debe hacer: cortar de raíz las desigualdades en los sistemas sanitarios y las políticas y priorizar a las mujeres y la juventud que sufren más marginación y exclusión.

Necesitamos que la atención de la salud sea integral, universal, e inclusiva, además de fundamentada en los derechos humanos y lo que empíricamente ha demostrado dar resultado. Estamos ante una labor de importancia crucial, justa y factible. El informe recoge una gran cantidad de ejemplos de programas e iniciativas con las que se ha podido ampliar el acceso a una atención de calidad y su utilización. Por lo general, se trata de logros derivados de intervenciones en las que las personas más necesitadas han sido tanto artífices como destinatarios. Si queremos agilizar los buenos resultados, harán falta más datos y de mayor calidad que se desglosen a fin de saber a ciencia cierta a quién se ha dejado atrás, y que se recaben de modo que las contribuciones y la seguridad de dichos grupos queden garantizadas.

Ya existe un colectivo heterogéneo —que va de feministas a grupos indígenas, pasando por defensores del clima y activistas por la juventud— que marca la senda hacia un porvenir más justo para toda la población.

A fin de cuentas, velar por que avancemos con equidad reportará beneficios a la sociedad en su conjunto. Construir un mundo más justo e igualitario en cuanto al género es una cuestión vital por méritos propios; por si fuera poco, también podría generar dividendos para la economía global que alcanzarían billones de dólares.

La humanidad ha creado un tapiz exuberante y exquisito formado por 8.000 millones de hebras (a las que se van añadiendo más), todas únicas y singulares. La resiliencia de la especie no viene dada por ninguno de los hilos en solitario, sino por la solidez del tejido que formamos colectivamente. Ahí radica nuestra fuerza y el rumbo que seguiremos para avanzar y llegar a buen puerto: el trabajo en equipo.

Dra. Natalia Kanem

Directora Ejecutiva

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Una labor INCONCLUSA

Partos seguros, un surtido de métodos anticonceptivos y protección frente a la violencia de género. Estos derechos básicos de importancia vital son hoy una realidad para más gente que nunca. Sin embargo, todavía hay personas a las que se les niegan; cambiar su situación no solo es posible, sino también imperativo.

En general, disfrutamos de una vida más larga y un mejor estado de salud que en tiempos pasados. No obstante, para los millones de personas que no pueden escapar de la combinación de numerosas formas de marginación y discriminación, la trayectoria del progreso es un horizonte muy lejano. Puesto que vivimos en un planeta con un ingente nivel de riqueza y donde abundan las soluciones de eficacia probada en materia de atención de la salud sexual y reproductiva, nos atreveríamos a afirmar que esa disparidad se explica por la falta de voluntad y no de escasez de recursos o ideas. Conviene no olvidar esta distinción, ya que significa que agilizar los avances de cara a erradicar la discriminación y la marginación desde este mismo instante no solo es aconsejable, sino también factible.

En 2024 se conmemora el trigésimo aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 en El Cairo. El encuentro dio como resultado un acuerdo mundial histórico que concibió a la humanidad como el pilar fundamental del desarrollo y que tuvo la firme determinación de mejorar la salud, los derechos y las opciones de toda la población. Manifestó una concepción del potencial humano que desde entonces ha servido de estímulo a grandes progresos y que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (fruto del consenso de la comunidad internacional en 2015) ha reflejado y potenciado.

Con todo, la agenda de la CIPD solo se ha cumplido en parte y quienes más lo han constatado son quienes más sufren la marginación. Las desigualdades atraviesan todas las sociedades e impiden que algunas personas gocen de salud y derechos en el ámbito sexual y reproductivo. Todavía existen diferencias en cuanto a poder y oportunidades por motivos de género, raza

y etnia —entre otros muchos factores— que, tanto por separado como al combinarse, restringen en buena medida las opciones y el acceso de la población. Estas dinámicas se materializan cuando se le deniega información sobre salud sexual a una mujer con discapacidad, cuando se obliga a contraer matrimonio a una niña que vive en una aldea pobre o cuando una persona o mujer embarazada perteneciente a una minoría étnica se topa con prácticas vejatorias que no se ponen en tela de juicio en los sistemas de salud.

Una de las prioridades más urgentes a escala global consiste en acelerar las medidas encaminadas a cumplir las promesas de la CIPD para quienes han quedado rezagados al ser apartados. Se trata de una cuestión prioritaria porque la autonomía corporal de cada persona —es decir, el poder y la capacidad de decidir sobre nuestro cuerpo y futuro sin violencia ni coacciones (UNFPA, 2021)— depende del acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Este es el factor que determina los logros de los que podemos beneficiarnos a lo largo de la vida en lo que respecta a la salud, pero también a la educación, el empleo y la participación política. A su vez, que las sociedades sean pacíficas, resilientes y justas depende de que la población esté empoderada y tenga buena salud, sin excepciones.

Para llevar a efecto los compromisos de la CIPD en beneficio de toda la humanidad, partimos de unas bases sólidas. La opinión pública está mejor informada que nunca sobre cómo eliminar los obstáculos y tipos de discriminación que aún perviven. La comunidad internacional llegó hace decenios al consenso de que, a fin de que el desarrollo se centre en las personas, el acceso universal a la atención de calidad en materia de salud sexual y reproductiva es un requisito indispensable; así pues, se acerca cada vez más a los objetivos globales del movimiento por la justicia reproductiva (McGovern *et al.*, 2022). El presente informe sostiene que el 30.º aniversario de la CIPD brinda una ocasión para que el rumbo de los sistemas social y de salud vire hacia la provisión de servicios que empoderen a todas las personas, respeten su dignidad y las ayuden a ejercer sus derechos y

La oportunidad de cosechar apoyos para la igualdad de género y los derechos reproductivos está al alcance de la mano.

autonomía corporal. También aboga por que se reavive el interés por remediar las desigualdades y disparidades que no han dejado de dividir a las sociedades. Estas diferencias generan y refuerzan los obstáculos estructurales y sistémicos que provocan la marginación crónica de las mujeres y otros grupos en prácticamente todas las facetas de la vida, desde los mercados laborales a la participación política, pasando por la educación. Ha llegado la hora de tomar medidas contundentes para suprimir dichos obstáculos.

La polarización social y política, que en muchas ocasiones va ligada a las disparidades económicas, fomenta la inseguridad en todo el planeta (Naciones Unidas, 2018). Cada vez es más habitual que las cuestiones relacionadas con los derechos humanos —como la educación sexual integral, los derechos del colectivo LGBTQIA+, el acceso a los anticonceptivos, el aborto y la igualdad de género— se conviertan en víctimas de este fuego cruzado (Kanem, 2023). Sin embargo, reducir las desigualdades que afectan a la salud y los derechos sexuales y reproductivos podría contribuir a mitigar las disparidades económicas (UNFPA, 2017), facilitando así la estabilidad, la prevención de conflictos (Nyård, 2018) y la aceleración del desarrollo. En muchos sentidos, la oportunidad de cosechar apoyos para la igualdad de género y los derechos reproductivos está al alcance de la mano: 2024 podría marcar un hito como el año con mayor concentración de procesos de democracia participativa de la historia. Durante estos meses, más de 50 países afrontarán citas electorales importantes que influirán en el destino de buena parte de la humanidad (Harbath, 2023; Federación Internacional de Sociedades de la Fecundidad, s. f.), como miles de millones de mujeres y niñas e infinidad de comunidades marginadas.

Progresos... pero no universales

Desde la CIPD, se han logrado avances extraordinarios en ámbitos fundamentales de la salud sexual y reproductiva como consecuencia de la movilización social, el liderazgo, las alianzas y el compromiso de las partes interesadas, que van desde quienes trabajan en los puntos de prestación de servicios sanitarios en zonas remotas hasta las altas instancias gubernamentales, empresariales y filantrópicas. La presión constante que han ejercido las organizaciones de la sociedad civil y los movimientos de base ha sido decisiva para conseguir estos avances tan admirables (véase el cronograma de las páginas 34 a 39).

Entre 2000 y 2020, la mortalidad materna a nivel mundial disminuyó en un 34% (OMS *et al.*, 2023), una victoria que se atribuye principalmente a la mejora del acceso a la atención obstétrica especializada y de urgencia. De 1990 a 2021, la cifra de mujeres que recurren a métodos anticonceptivos modernos se duplicó (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas [DAES], 2022). La tasa de embarazos no intencionales se redujo en un 19% entre los períodos 1990-1994 y 2015-2019 (Bearak *et al.*, 2018). Desde 2000, los partos de adolescentes de entre 15 y 19 años se han reducido en cerca de la tercera parte (UNFPA, 2023). Las tasas de infección por el VIH han experimentado una fuerte bajada: en 2021 se registraron casi un tercio menos de infecciones nuevas que en 2010 (Naciones Unidas, 2023). La proporción de niñas a las que se somete a la mutilación genital femenina también ha disminuido con creces debido a que las actitudes con respecto a tal práctica han cambiado (UNICEF, 2022).

A medida que la situación de las mujeres ha ido mejorando —como demuestran, por ejemplo, las conquistas lentas pero estables en lo tocante al desempeño de funciones de liderazgo (Naciones Unidas, 2023)—, otro tanto ha sucedido con el reconocimiento de la importancia de la autonomía corporal en cuanto que derecho humano (ACNUDH, 2017). La adopción de los Objetivos

de Desarrollo Sostenible (ODS) en 2015 marcó el punto en el que, mediante el indicador 5.6.1, la comunidad internacional trató de cuantificar la capacidad de las mujeres para ejercer su autonomía corporal, una iniciativa pionera a escala global que ratifica la idea de que la autonomía corporal es un imperativo de derechos humanos. Además, los gobiernos han procurado ofrecer protección a las mujeres y las niñas por medio de la legislación: 162 países han promulgado leyes contra la violencia doméstica (Banco Mundial, s. f.). En lo que supone otro avance de la autonomía corporal, la oposición a criminalizar la sexualidad del colectivo LGBTQIA+ es cada vez mayor en todo el planeta. Al comienzo de la pandemia de sida, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo estaban tipificadas como delito en la mayoría de los países, mientras que ahora están despenalizadas en dos tercios de ellos. Es posible que los avances se produzcan a más velocidad que antes, ya que en 2022 se abolieron más leyes punitivas de esta naturaleza que en cualquiera de los últimos 25 años (HIV Policy Lab *et al.*, 2023).

También encontramos motivos para el optimismo en los nuevos modelos de atención a la salud que se basan en datos empíricos sólidos y el reconocimiento de los derechos humanos. Dichos modelos llegan a más personas y tienen mayor capacidad de respuesta ante los diversos contextos y necesidades humanas. Por ejemplo, los modelos de autoasistencia en el ámbito de la atención de la salud cuentan con el respaldo del UNFPA, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones de salud pública a raíz de la evolución acelerada de las nuevas tecnologías que facilitan que los usuarios promuevan su salud y la conserven y afronten las enfermedades y discapacidades sin la intervención directa de ningún profesional sanitario. Gracias a este tipo de adelantos, el acceso a la salud sexual y reproductiva podría ampliarse enormemente (UNFPA, 2024). Otro signo prometedor es que haya cada vez más conciencia de que la atención de la salud que ofrecen las parteras cualificadas —cuya profesión antiquísima ha quedado relegada a los márgenes de la

medicina moderna desde hace mucho tiempo (véase el capítulo 2)— es un recurso vital que ahorra costos (UNFPA *et al.*, 2021).

Se va extendiendo más la noción de que la igualdad de género es una de las inversiones más acertadas para el desarrollo, puesto que arroja beneficios sociales y económicos cuantiosos (UNFPA, 2023a), mientras que el rendimiento económico de la inversión en salud sexual y reproductiva también resulta atractivo. Según los cálculos del UNFPA, si se gastaran otros 79.000 millones de dólares de los Estados Unidos en países de ingreso mediano y bajo de aquí a 2030, por ejemplo, se evitarían 400 millones de embarazos no planeados, se salvaría la vida a 1 millón de madres y 4 millones de recién nacidos y se generarían beneficios económicos por un valor de 660.000 millones de dólares (UNFPA, 2022).

No obstante, y pese a todo lo logrado, el día a día de millones de personas apenas si ha cambiado y todavía se enfrentan a grandes dificultades para ejercer sus derechos, sobre todo porque la discriminación de género y demás formas de marginación están muy arraigadas.

Los datos más recientes muestran que, en 69 países, el 25% de las mujeres no tiene la posibilidad de tomar las decisiones más elementales sobre su cuerpo. Una cuarta parte de la población femenina no puede negarse a mantener relaciones sexuales con su marido o pareja. En casi 1 de cada 10 casos, utilizar anticonceptivos no depende de ellas (UNFPA, 2024a). No obstante, los datos no se han traducido todavía en una mejora palpable de la autonomía corporal de las mujeres. Solo un tercio de los países aproximadamente llega siquiera a notificar estos datos, y por primera vez, disponemos de datos sobre tendencias del indicador 5.6.1 de los ODS, recopilados en más de 30 países. Si bien 19 han constatado una tendencia positiva en lo que respecta a la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, 13 han recorrido el camino opuesto (UNFPA, s. f.).

Los progresos encaminados a restringir las muertes maternas evitables fueron prometedores en su día, pero

se han estancado en buena medida: a efectos prácticos, la tasa mundial de reducción anual de las muertes maternas fue de 0 entre 2016 y 2020 (OMS *et al.*, 2023). Esto se traduce en que aún fallezcan durante el parto unas 800 mujeres al día. Casi todas esas muertes podrían evitarse. Como el Dr. Mahmoud Fathalla (exdirector del Programa Especial sobre Reproducción Humana de las Naciones Unidas) afirmó categóricamente, “las madres no mueren debido a enfermedades que no podemos tratar, sino porque las sociedades todavía no han decidido que merece la pena salvarles la vida” (Fathalla, 2012).

En las muertes maternas tenemos un microcosmos muy revelador de las desigualdades que inciden en todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, ya que son sumamente evidentes tanto de un país a otro como a nivel nacional. El lugar donde las mujeres dan a luz puede convertirse en la línea que separa la vida y la muerte: la inmensa mayoría de las muertes maternas (más del 70%) se registran en África Subsahariana, una región que concentra a muchos de los países menos adelantados y a los sistemas de salud más frágiles del mundo. Si una mujer de esta región sufre complicaciones durante el embarazo y el parto, tiene una probabilidad de morir casi 130 veces mayor que si viviera en Europa o América del Norte. También existen discrepancias muy marcadas y generalizadas dentro de un mismo país o región. Por ejemplo, las mujeres más ricas de Madagascar son cinco veces más propensas que las más pobres a dar a luz con ayuda de profesionales cualificados (ONU-Mujeres *et al.*, 2023). En todo el continente americano, las personas afrodescendientes tienen más posibilidades de ser víctimas de la violencia obstétrica (UNFPA *et al.*, 2023).

Se observan asimismo desigualdades en materia de acceso a métodos anticonceptivos modernos por motivos de raza y etnia (Jackson *et al.*, 2017), situación migratoria y condición de persona refugiada (Raben y van den Muijsenbergh, 2018), nivel de estudios, situación socioeconómica y residencia en zonas urbanas o rurales (Makumbi *et al.*, 2023). Y si bien la violencia de género es un fenómeno extendido

y del que se producen más incidentes de los que se denuncian, aquí también encontramos señales de desigualdades; por ejemplo, en función de la edad (Decker *et al.*, 2015) y la sexualidad (Evens *et al.*, 2019), y disparidades basadas en la raza, la etnia y el género en lo que respecta a los años de vida perdidos a raíz de la violencia de pareja (Graham *et al.*, 2021).

Pese a estas diferencias —o quizás precisamente por ellas—, muy pocos países recaban datos sobre las necesidades y los obstáculos en materia de salud sexual y reproductiva. Aún son menos los que desglosan los datos según factores que ya se sabe que contribuyen al desamparo, la discriminación y la marginación: la cultura, la etnia, la raza, la casta, el idioma y la religión, la discapacidad, el estado serológico con respecto al VIH/sida, la situación migratoria, la orientación sexual y la identidad de género, entre otros.

Al mismo tiempo, el entorno digital es terreno abonado para que se sucedan con rapidez problemas nunca vistos. En el campo de la salud, las tecnologías dan pasos agigantados y ofrecen posibilidades muy halagüeñas en relación con la mejora de la información, la simplificación de la burocracia y la ampliación del acceso a la atención médica. Sin embargo, hay una brecha digital de la que todavía no han podido escapar millones de personas. La inteligencia artificial y otros adelantos tecnológicos reproducen los sesgos y las normas discriminatorias que ya están en vigor, lo cual podría agravar las desigualdades. A modo de ejemplo, algunos sistemas de diagnóstico asistidos por computadora han demostrado obtener resultados más precisos si el paciente es un hombre blanco comparado con personas de otros géneros y razas (Muro y Egbokhare, 2023). Los últimos estudios también recalcan que la tecnología abre otra puerta al peligro de que se produzcan casos de explotación y malos tratos

por motivos de género (UNFPA, 2024b). La desigualdad de género puede formar parte integral del diseño de las tecnologías a la luz de la representación insuficiente de la población femenina en las decisiones relativas a la instrucción de los algoritmos. Los sesgos de género se vuelven especialmente problemáticos en las tecnologías sanitarias y conducen a retrasos o errores de diagnóstico y tratamiento. Las mujeres apenas están presentes en los ensayos clínicos de fase I, con una participación que llega a hundirse hasta el 22%. Por otra parte, las embarazadas y madres lactantes aún no se incluyen ni siquiera en ensayos clínicos posteriores a la comercialización (Revindran, 2020; Shields y Lyster, 2013).

Resistencia e impulso

La agenda de la CIPD surgió porque personas de toda condición tuvieron la firme determinación de colaborar para hallar soluciones a preocupaciones compartidas en lo referente a la población y el desarrollo, que apuntan a “los grandes cambios de actitud de la población del mundo y de sus dirigentes por lo que hace a la salud reproductiva, la planificación de la familia y el crecimiento de la población” (UNFPA, 1994). Desde entonces, el impulso que generó ha servido de sostén y reafirmación para los avances relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Aunque ningún país puede proclamar que ha llegado a toda la ciudadanía, casi todos están en condiciones de celebrar que han mejorado notablemente. Muchos, conscientes de que se trata de un pilar fundamental de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los 17 ODS conexos, se han consagrado a agilizar los progresos.

Con todo, la aparición de numerosas crisis —por ejemplo, conflictos, consecuencias climáticas y la pandemia de COVID-19— han hecho peligrar la trayectoria favorable de los últimos decenios y constituyen una amenaza para los avances venideros. Además, se ha puesto en marcha una contraofensiva implacable y bien orquestada a la igualdad de género y los derechos humanos. Si bien la oposición a la salud

y los derechos sexuales y reproductivos se justifica con el pretexto de las tradiciones y se disfraza de nostalgia en muchos casos, es incompatible con los consensos ya asentados y los acuerdos fundamentales de derechos humanos, rechaza el saber científico y médico consolidado y empeora las divisiones e inestabilidad políticas (Kanem, 2023; Instituto Guttmacher, 2017).

La intransigencia con respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos deriva en que se margine más a las comunidades que ya se habían quedado atrás o se habían visto apartadas. Las tentativas encaminadas a controlar la fecundidad y restringir la autonomía corporal afectan de manera desproporcionada a las personas migrantes, las personas con discapacidad y las comunidades indígenas y minoritarias, así como a otros muchos grupos. La falta de educación sexual integral limita el derecho a la información y la educación; asimismo, puede tener más probabilidades de dejar sin opciones a los y las jóvenes con menos recursos para resolver correctamente sus dudas. Las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas cuyos derechos se deniegan sin ambages han sido testigos del recrudecimiento de estas circunstancias (El Chamaa, 2023). En paralelo a la tendencia mundial de despenalización de la orientación sexual y la identidad del colectivo LGBTQIA+, los países que no han seguido este camino han aumentado las sanciones que aplican —y que pueden ser tan duras como la pena de muerte—, aunque las pruebas no dejan lugar a dudas de que la tipificación penal no solo incrementa la tasa de infecciones por VIH y lleva consigo la vulneración de los derechos humanos, sino que también perjudica las economías (HIV Policy Lab *et al.*, 2023).

La involución y la polarización restan confianza y estabilidad a las sociedades y las hacen más susceptibles a la desinformación y las falacias (Gupta *et al.*, 2023; Osmundsen *et al.*, 2021). Para seguir adelante, podemos empezar por lo que nos une: ninguna mujer debería morir al dar a luz; todas las personas tienen el derecho a decidir si quieren formar una familia, cuándo y con quién; cualquiera debería poder

decidir sobre su cuerpo sin violencia ni coacciones; y cuando las mujeres y las niñas llevan las riendas de su destino, prosperan tanto ellas como las sociedades en las que viven. Asimismo, tal y como se reconoce implícitamente en la CIPD, el bienestar y los derechos de cada persona no pueden dissociarse de los del resto del mundo. Si los derechos de alguien corren peligro, lo mismo puede decirse de los de toda la humanidad (Naciones Unidas, 2020).

Los movimientos feministas y de otra índole que se reunieron con los Estados Miembros a fin de planear la agenda de la CIPD entendieron bien este principio. En la antesala de la conferencia de El Cairo en septiembre de 1994, un amplio abanico de mujeres de todo el mundo unió fuerzas. Se movilizaron para conseguir que la salud y los derechos sexuales y reproductivos ocupen un lugar primordial en el activismo en pro de los derechos de las mujeres y se conviertan en un eje central de la erradicación de la pobreza, el desarrollo sostenible y el ejercicio de los derechos humanos en sentido general (Corrêa *et al.*, 2015). Nueve meses antes de la CIPD, se organizó una conferencia preparatoria internacional en Río de Janeiro a la que acudieron mujeres de 79 países. En ella se pronunciaron resueltamente en contra de las políticas demográficas coercitivas y señalan que las desigualdades estructurales inherentes son “la base que subyace al aumento de la pobreza y la marginación de las mujeres, la degradación del medio ambiente, las cifras cada vez mayores de personas migrantes y refugiadas y el auge del fundamentalismo en todo el planeta” (Anón., 1994). Cuatro meses antes de la CIPD, un colectivo estadounidense de feministas negras respondió a este dinamismo a nivel mundial con una reivindicación en favor de la justicia reproductiva. Este concepto va más allá del acceso a la atención de la salud reproductiva y lucha contra numerosos tipos de injusticias económicas, sociales, políticas y ambientales que repercuten en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y que deben remediarse para cosechar resultados integrales que beneficien a las personas más marginadas (Ross, 2017).

Hoy en día, un amplio sector de los movimientos populares recalca estas ideas en el contexto de un nuevo llamamiento por la justicia y el desarrollo. Varias iniciativas (encabezadas en muchos casos por personas marginadas) han empezado a aglutinarse y a conectar motivos de preocupación que confluyen en todos los países y que van desde el derecho a la autonomía corporal al anhelo de preservar un planeta habitable. Al aunar esfuerzos, tienen un alcance formidable y prometedor; los estudios dejan entrever que el pistoletazo de salida de los cambios sociales a gran escala se da cuando alrededor del 25% de la población los apoya (Sloane, 2018).

Entre los muchos aspectos positivos, cabe destacar la mejora rampante de la armonización de los diversos movimientos de base y organizaciones de la sociedad civil con las actuaciones dirigidas a garantizar la salud y los derechos reproductivos (y viceversa). Por ejemplo, las mujeres indígenas se están movilizando para frenar la destrucción de los recursos ambientales porque no solo ponen en riesgo su cultura y el sentimiento de conexión con la tierra, sino también su salud y su capacidad de elección en cuanto a tener descendencia. Los jóvenes activistas hacen campaña en favor de la justicia climática con una mayor conciencia de que también equivale a la justicia reproductiva (McGovern *et al.*, 2022). Han insistido en que las comunidades pobres que sufrirán más las consecuencias del cambio climático son también aquellas contra las que se vierten acusaciones infundadas de agravar la crisis por culpa de sus tasas elevadas de fecundidad, a pesar de que los países más ricos con tasas de fecundidad más bajas están detrás de la mayoría de las emisiones de gases de efecto invernadero.

En la India, las activistas dalit han abogado por que se aprueben mecanismos jurídicos de protección para las mujeres a las que se discrimina por motivos de casta en ámbitos laborales y educativos. De lo contrario, muchas seguirán siendo demasiado pobres como para mantener a su familia y dar a sus hijos una vida digna, lo que contribuye al círculo vicioso que eterniza los problemas de salud sexual y reproductiva (McGovern *et al.*, 2022).

Los casos en los que los derechos de la población femenina se han anulado casi por completo (como en el Afganistán) han dado pie a un frente común de activistas por los derechos de las mujeres, paladines de los derechos humanos, figuras políticas y juristas de renombre que se propone definir el *apartheid* de género y clasificarlo como crimen de lesa humanidad (Bahous, 2023; Nia, 2023). El movimiento “Marea verde” que se extiende por América Latina, y que surgió de protestas contra tasas sorprendentemente

altas de feminicidio, ha transformado el activismo y las leyes sobre el aborto en una región que alguna vez fue conocida por algunas de las limitaciones más estrictas (Carpenter, 2019). En palabras de una activista: “No cabe duda de que los gritos de rabia, dolor, alegría y sororidad en las calles han provocado que el feminismo se convierta en el foco de atención de la opinión pública como movimiento fuerte y necesario que pide que el *statu quo* cambie radicalmente” (Kharas *et al.*, 2019).

Retrocesos frente a los avances

Tras progresar durante decenios, la salud y los derechos sexuales y reproductivos también han sufrido un revés en los últimos tiempos. La educación sexual integral —sobre la que antes existía un consenso prácticamente universal— es ahora objeto de cada vez más disputas en las negociaciones internacionales, por ejemplo (Naciones Unidas, 2023a). Las organizaciones de promoción han manifestado que la introducción de restricciones al aborto en un país tiene un efecto dominó en otros (Fòs Feminista, 2023) y que cada vez hay más incertidumbre entre los profesionales sanitarios con respecto a si los servicios básicos de salud sexual y reproductiva quedan dentro o fuera de la ley (Kanem, 2023).

Por otra parte, es habitual que la respuesta ante los avances sea una reacción negativa. Como señala la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “en varios países, las autoridades han observado un aumento repentino de la violencia homofóbica y transfóbica inmediatamente después de haberse realizado importantes avances legislativos dirigidos a proteger mejor los derechos de las personas LGBT. Se trata de un fenómeno con paralelos históricos: se dice que los intentos anteriores de erradicar la segregación y discriminación raciales desataron una reacción similar dirigida contra miembros de minorías raciales” (ACNUDH, s. f.). Por lo tanto, la mayor dificultad reside en no perder la esperanza ni el ímpetu al toparnos con una fuerte oposición.



RELATO

Cuando las crisis interrumpen la atención de su salud, los miembros de la comunidad subsanan las deficiencias

Duha, una madre soltera de 28 años, era una refugiada de la guerra de la República Árabe Siria que vivía en la provincia turca de Hatay cuando se produjeron dos fuertes terremotos en febrero de 2023. La catástrofe les obligó a ella y a sus tres hijos pequeños a abandonar su vivienda precaria, y ahora viven en una tienda de campaña improvisada.

Duha se quedó embarazada poco después de la crisis y durante meses sufrió una dolorosa infección urinaria. Según cuenta, se trata de una dolencia habitual entre los supervivientes del terremoto, debido a las condiciones insalubres de los lavabos. “La falta de agua limpia desató muchos tipos de infecciones”.

La imposibilidad de acceder a servicios de atención de la salud fue una de sus mayores preocupaciones. La normativa turca permite a los refugiados sirios registrados con estatus de protección temporal visitar centros de salud para familias y migrantes de forma gratuita. Pero en Hatay, que se encuentra próxima al epicentro de los seísmos, muchos servicios quedaron inoperativos y otros estuvieron al borde del colapso ante el aumento de la demanda.

Afortunadamente, Duha pudo ser atendida por la Dra. Eda Gülüm, una médica que trabaja con HASUDER, la Asociación Turca de Especialistas en Salud Pública, cuyos miembros han visitado asiduamente a las mujeres y las niñas de las zonas afectadas por los terremotos.

Las unidades móviles de HASUDER, que reciben el apoyo del UNFPA, ofrecen consultas prenatales y posnatales, así como asesoramiento de planificación familiar y tratamiento de afecciones comunes como la cistitis, la vaginitis e infecciones del tracto urinario. También imparten sesiones grupales informativas de concienciación sobre el cáncer de mama, higiene personal, planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual.

“Le hicimos una exploración abdominal y comprobamos sus constantes vitales”, explica la Dra. Gülüm. “Además, nos aseguramos de que no faltara a sus visitas prenatales rutinarias y le proporcionamos un ‘kit de maternidad’ con ropa de bebé, una manta y artículos de aseo”.

Después, Duha empezó a ayudar a otras mujeres que necesitaban

atención. “Duha hablaba turco y estaba muy dispuesta a ayudar al personal sanitario a comunicarse con más mujeres; se ponía en contacto con médicos y ginecólogos cada vez que una mujer de su barrio los necesitaba”, afirma la Dra. Gülüm.

El derecho humano a la salud está recogido en numerosos acuerdos internacionales. Sin embargo, a menudo se ve amenazado o vulnerado en situaciones de desplazamiento, conflicto y otras crisis. Estos acontecimientos pueden poner en peligro los sistemas de salud existentes, desplazar a poblaciones de pacientes y provocar que las respuestas de emergencia no den prioridad a los servicios de salud sexual y reproductiva. Y las consecuencias de estas perturbaciones recaen desproporcionadamente sobre las mujeres y las niñas.

La Dra. Gülüm y HASUDER tratan de colmar estas lagunas. La Dra. Gülüm habla árabe, inglés y también turco. Desde agosto de 2023, atiende a las comunidades afectadas por los terremotos, normalmente entre 10 y 30 mujeres al día. Con la unidad móvil, puede

llegar a visitar hasta 80 mujeres en un día.

“El hospital más cercano está a unos 20 minutos en coche”, explica. “A falta de transporte público en la zona, la unidad móvil también asiste a pacientes con necesidades urgentes”.

Esta fue la situación en la que se encontró Rama (nombre ficticio), una mujer procedente de la República Árabe Siria de 22 años que también vive en una tienda de campaña desde el terremoto. Rama acudió a HASUDER cuando se dio cuenta de que había sufrido un aborto en la etapa inicial de su embarazo, lo que le provocó una sepsis que puso en riesgo su vida. Gracias al equipo móvil, pudo llegar a un hospital en el que recibió tratamiento. Unos días más tarde, llamó por teléfono al equipo móvil para decirles: “Solo quería que supierais que estoy bien”.

El desplazamiento y la falta de acceso a los servicios sanitarios básicos también plantean riesgos críticos para quienes no tienen intención de quedarse embarazadas. “Las enfermedades que veo con más frecuencia son infecciones de transmisión sexual e infecciones del tracto urinario, y llegan muchos casos de embarazos no intencionales”, dice Ceylan Güzey, enfermera y capacitadora sanitaria de la Youth Approaches to Health Association (Y-Peer Türkiye), una asociación de Hatay que recibe apoyo del UNFPA. “También imparto sesiones de capacitación y sensibilización sobre estos temas y sobre planificación familiar”.

Güzey lleva trabajando desde mayo de 2023 principalmente con personas



La enfermera Ceylan Güzey expone que los embarazos precoces y no intencionales han ido al alza desde los terremotos de 2023, así como las denuncias de abusos sexuales, coacción y trata. © UNFPA Türkiye

desplazadas por la catástrofe y relata que, a menudo, el equipo móvil descubre problemas subyacentes. Cuando el personal distribuye los kits de maternidad a veces detecta infecciones de transmisión sexual no tratadas y casos de violencia o coacción.

“Hemos visto aumentar los embarazos precoces y no intencionales desde la crisis, así como las denuncias de abusos sexuales, coacción y trata. El aumento de estos casos ha sido muy evidente”.

Con el objetivo de hacer frente a la incidencia de embarazos no intencionales, ahora Güzey tiene mucho más contacto que antes con los hombres. “Trabajo sobre todo

con las mujeres, pero cada vez son más quienes buscan asesoramiento en pareja. Sin embargo, es poco frecuente; normalmente los hombres no quieren pedir anticonceptivos”.

Si bien la interrupción de los servicios está teniendo consecuencias perjudiciales, Güzey ha descubierto que, sorprendentemente, llevar el apoyo directamente a las personas desplazadas supone una gran ventaja. “Antes del terremoto, la labor en torno a la salud sexual y reproductiva estaba más oculta, era una especie de secreto. Ahora los hombres entienden mejor estas cuestiones. Antes pensaban que, de alguna forma, los anticonceptivos eran una amenaza para ellos, y parece que esa sensación se ha rebajado”.

El vocabulario de la desigualdad

A la hora de encarar la desigualdad, el lenguaje que empleamos cobra importancia. Cuando hablemos sobre una persona o comunidad, es vital que no demos la impresión de que carece de toda capacidad de acción o tiene poca trascendencia. Si bien se ha tendido a calificar a grupos enteros como “marginados” u “oprimidos”, cada vez se pone más empeño en aludir a las condiciones particulares que ponen trabas al ejercicio de sus derechos y libertades. Así pues, el UNFPA ha pasado de centrarse en los *grupos* más rezagados a dar prioridad a los *factores* más rezagados. Hay especialistas y organizaciones que ahora optan por la construcción “verse apartados” (Kharas *et al.*, 2019) en vez de “quedarse atrás” para no dar a entender que la marginación es el producto de los errores o las deficiencias de la comunidad en cuestión. Muchas voces se inclinan por las expresiones “no dejar a nadie atrás” y “llegar primero a los más rezagados”, dos principios que desempeñan una función esencial en la Agenda 2030 (UNFPA, 2021a). En este documento se recurre a muchos de dichos términos no como forma de expresar una preferencia determinada, sino para seguir el material de referencia o recopilar las investigaciones y convertirlas en un texto cohesionado y fácil de entender. Los autores reconocen que, en general, el vocabulario de la desigualdad está en constante evolución. Tenemos la obligación permanente de escuchar a todas las personas que componen nuestras sociedades y aprender de ellas.

A continuación, se ofrecen una serie de términos que se utilizan en este informe junto con sus definiciones.

No dejar a nadie atrás: esta expresión, que tiene su origen en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Naciones Unidas, 2015), refleja que todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas tienen la firme determinación de erradicar la pobreza en todas sus formas, reducir las desigualdades y poner fin a todos los tipos de discriminación y exclusión.

Quedarse atrás/verse apartados: se aplica a personas que, debido a las disparidades sistémicas, se enfrentan a obstáculos para poder ejercer sus derechos y libertades. Ambas expresiones se usan a lo largo del documento.

Los más rezagados: son aquellas personas que sufren el mayor grado de exclusión en lo que respecta al ejercicio de sus derechos y libertades. Los individuos más rezagados suelen experimentar una serie de desventajas interseccionales que se combinan y ocasionan situaciones de extrema precariedad u ostracismo. Cabe destacar que se trata de un fenómeno que depende del contexto: las circunstancias que llevan a que las personas se queden atrás vienen dadas por factores sociales, políticos y culturales más generales que varían enormemente de un lugar a otro.

Igualdad: condición de equiparación, sobre todo en cuanto a valor, situación, derechos o trato ante la ley.

Equidad: ecuanimidad. En muchas ocasiones, “equidad” sirve para poner de relieve que distribuir por igual los recursos o las oportunidades puede aun así desembocar en resultados injustos o desiguales debido a los privilegios y desventajas vigentes.

Desigualdad: condición de falta de equiparación, sobre todo en cuanto a valor, situación, derechos o trato ante la ley.

Inequidad: condición de falta de ecuanimidad.

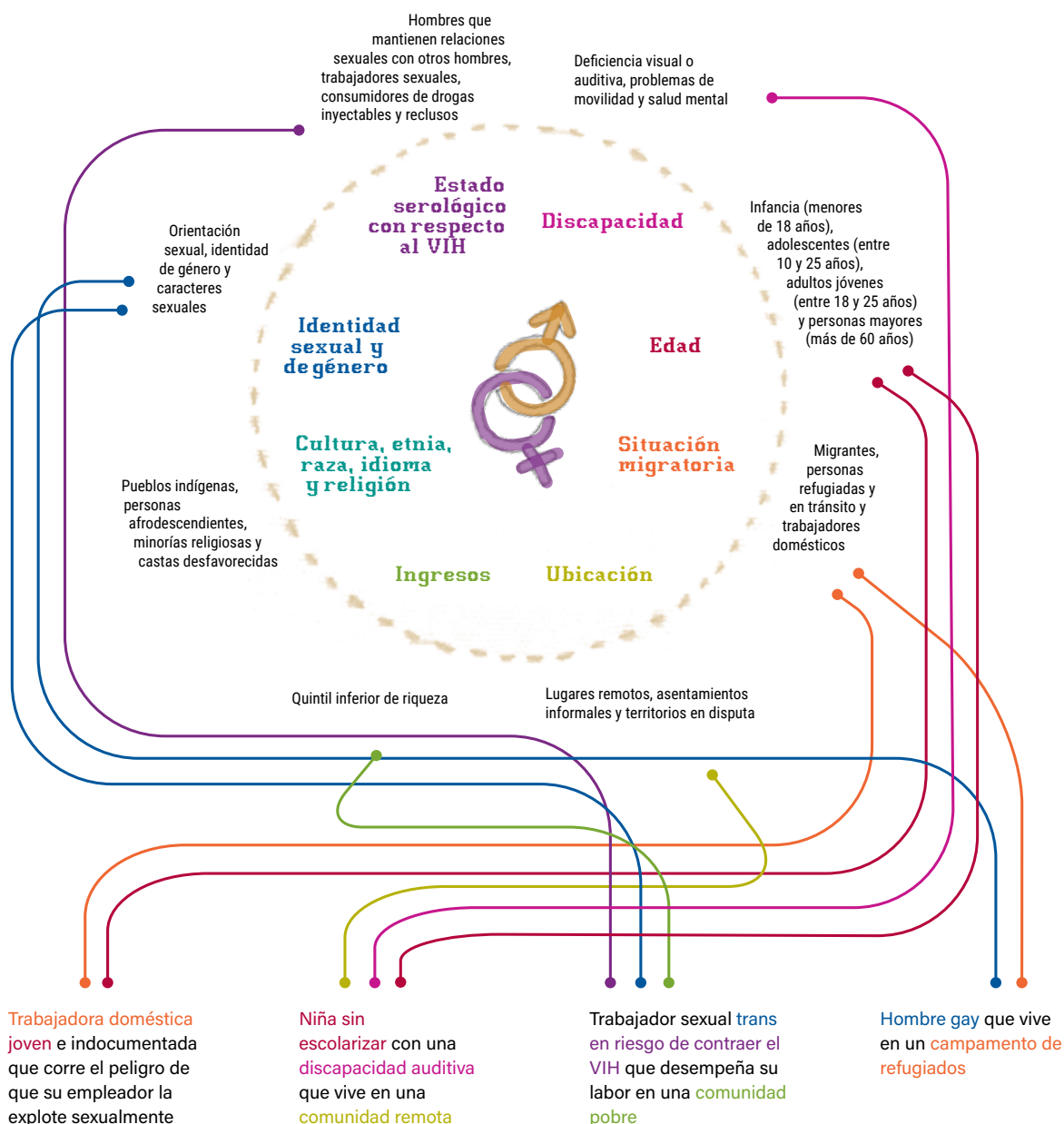
Marginación: considerar que una persona o un grupo es insignificante, de menor valor o poco trascendente por su identidad. Una persona puede verse marginada a raíz de su identidad sexual, raza, identidad étnica, confesión religiosa, clase, casta, nivel de estudios, situación económica o condición de discapacidad entre otras características.

Vulnerable: susceptible a la explotación, los abusos u otras clases de perjuicios. Es un término de uso corriente, pero puede resultar problemático si no se reconocen los factores que desencadenan la vulnerabilidad, como la denegación de oportunidades y los impedimentos para acceder a servicios.

GRÁFICO 1

Factores que, junto con el género, dejan apartadas a las personas

Muchos factores interactúan con el género y dan como resultado la marginación de personas y comunidades. Entre ellos, cabe citar la etnia, la raza, la casta, el idioma y la religión, la discapacidad, el estado serológico con respecto al VIH/sida, la situación migratoria y la orientación sexual y la identidad de género. El género (en el centro de la ilustración) y dichos factores de marginación (anillo central) pueden manifestarse de formas muy distintas (en el anillo exterior figuran ejemplos). En la vida real, las personas pueden tener muchas identidades y circunstancias concurrentes (parte inferior de la ilustración) que repercuten negativamente en su salud y sus derechos sexuales y reproductivos.



Fuente: Adaptación de “No dejar a nadie atrás y llegar a los más rezagados: Plan estratégico para 2022-2025” del UNFPA.

Conocemos mejor que nunca los puntos de apoyo para lograr cambios

Si todavía quedan personas que se ven apartadas, hay margen para avanzar con rapidez —y esperanzas de que así sea— a partir de acuerdos globales en aras de la equidad, un aspecto que despunta como prioridad de la Agenda 2030 (Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la Coordinación, 2017). Entre los motivos para ser optimistas encontramos los estudios que revelan que las mejoras de los últimos años en la cobertura de salud reproductiva y materna han ganado terreno a mayor velocidad entre las poblaciones más pobres (Ghebreyesus *et al.*, 2020), aunque no se trate de un proceso homogéneo: los niveles de cobertura sanitaria de los grupos con mejor situación económica son todavía muy superiores (Amouzou *et al.*, 2020).

También resulta alentador ver el enriquecimiento del corpus de información sobre las personas que aún se ven apartadas, las razones y lo que puede hacerse al respecto. Se está extendiendo la idea de que la pobreza es solamente uno de los factores impulsores de las desigualdades. Asimismo, los progresos adquieren un cariz distinto (Ghebreyesus *et al.*, 2020) si se tienen en cuenta los demás factores que obstaculizan el acceso a los servicios, redundan en malos resultados de salud o limitan de alguna otra manera el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Tales factores abarcan el género; la edad; la cultura; la etnia; la raza; el idioma y la religión; la discapacidad; el estado serológico con respecto al VIH/sida; la situación migratoria y la condición de persona asilada o desplazada; y la orientación sexual y la identidad de género. No se trata de una enumeración exhaustiva; es posible despojarse del derecho a la salud sexual y reproductiva de distintas maneras incluso entre personas con las mismas circunstancias diversas, complejas y desfavorecidas (UNFPA, 2021a). Existe un principio fundamental de derechos humanos que se mantiene en todas las coyunturas: los casos de

discriminación, sesgo, vulnerabilidad y desigualdad siempre justifican la adopción de medidas correctivas independientemente de dónde y cómo se produzcan.

Desde 1994, los acuerdos internacionales más importantes han definido con claridad las responsabilidades y obligaciones en relación con la subsanación de las disparidades que afectan a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Han consagrado los derechos de las personas con discapacidad y los pueblos indígenas, los cuales se suman a las convenciones vigentes en torno a los derechos de las mujeres y la eliminación de la discriminación racial. Entre los acuerdos regionales con visión de futuro cabe citar el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, que defiende la promoción y la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos como elemento fundamental de la justicia social y el desarrollo sostenible. El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África —un instrumento pionero más conocido como el Protocolo de Maputo— ha motivado que se supriman las restricciones al aborto en más de media docena de países, incluidas algunas prohibiciones que datan de la época colonial y guardan una relación directa con los altos índices de mortalidad materna (para más información sobre el colonialismo, véase la página 60) (McGovern *et al.*, 2022).

Entender los factores que dejan rezagadas a las personas y comunidades y llegar a acuerdos para compensarlos fomenta la aparición de nuevas opciones. Si se toman las decisiones acertadas, la pugna por llegar a toda la humanidad puede dar comienzo con el ritmo y la magnitud que se requieren. Muchos de los puntos de apoyo para lograr cambios son de sobra conocidos y han quedado demostrados con creces. Empiezan con la rectificación de los desequilibrios de poder arraigados en las sociedades, las leyes, las economías y la atención de la salud, puesto que resultaría muy difícil (si no imposible) crear un clima de inclusión en sistemas que no han dejado de ser inherentemente discriminatorios. Hay que volver a encontrar el equilibrio en las relaciones

Las crisis humanitarias empujan a la marginación

Las emergencias humanitarias afectan de manera desproporcionada a mujeres y niñas, personas con discapacidad, pueblos indígenas, personas con identidad de género y orientación sexual diversas, así como a personas mayores y adolescentes. Los actos discriminatorios contra grupos marginados y las desigualdades de género que ya existían empeoran durante las crisis. La violencia de género también ha empeorado; sin embargo, su prevención, mitigación y respuesta es uno de los sectores humanitarios con mayor déficit de financiación y menos protagonismo en el orden de prioridades. (OCHA, s. f.). La falta de fondos en contextos de crisis agrava la vulnerabilidad de las personas en situación de riesgo. Las supervivientes pueden quedarse sin acceso a servicios de atención vitales, por ejemplo, y los recortes en ayuda alimentaria y otros tipos de asistencia están estrechamente vinculados al aumento de la violencia de género. En el Chad, al no poder establecerse dos nuevos emplazamientos para personas refugiadas, muchas mujeres y niñas desplazadas se vieron obligadas a vivir en un campamento superpoblado sin protección suficiente frente a la violencia (OCHA, 2023).

La escasez de recursos también complica el acceso a la atención de la salud de las personas que viven en zonas de difícil acceso. En Etiopía, esto supuso que los equipos sanitarios móviles solo fueran capaces de atender al 36% de la población destinataria y que muchas comunidades remotas se vieran desatendidas. Asimismo, en el Afganistán, hubo que suspender la actividad de unos 170 centros de salud fijos y móviles, lo que afectó al acceso a la atención primaria de salud de un millón de personas, entre ellas mujeres embarazadas, niños, niñas y personas con discapacidad (OCHA, 2023).

Sin embargo, la vulnerabilidad solo es una cara de la moneda. La población femenina y organizaciones dirigidas por mujeres a nivel local, que se encuentran en la primera línea de las emergencias, tienen una importancia crucial en lo que respecta a satisfacer las necesidades de las comunidades marginadas. Hay que velar por que participen de verdad, por entero y en pie de igualdad, además de afianzar su liderazgo. Si bien se trata de organizaciones que todavía se enfrentan a la carencia de fondos y la falta de representación adecuada, se están produciendo avances. Por ejemplo, en 2023, diez equipos humanitarios en los países contaban con al menos una organización local liderada por mujeres entre sus miembros. Asimismo, en el Yemen, el equipo humanitario en el país contaba con dos organizaciones locales dirigidas por mujeres y una organización local para personas con discapacidad. Por otro lado, 13 de las 19 juntas consultivas de los fondos mancomunados para países concretos, los cuales se ocupan de asignar financiación a los agentes humanitarios, contaban con la representación de al menos una organización local dirigida por mujeres. Estos avances son prometedores, pero aún queda mucho por hacer.

Este texto ha sido elaborado por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas.

Las trabajadoras de la confección se organizan frente a la violencia de género

“Las trabajadoras de la confección pueden denunciar la violencia en el lugar de trabajo sin miedo a represalias”, afirma Thivya Rakini.

De acuerdo con Raikini, presidenta del Sindicato Textil y del Trabajo Común de Tamil Nadu (TTCU, por sus siglas en inglés), esto representa un cambio radical para miles de trabajadoras de la industria de la confección, en su mayoría mujeres jóvenes. Con más de 2.000 fábricas que emplean a 280.000 trabajadores, Tamil Nadu es el principal productor de hilo de algodón de la India, y abastece tanto a mercados nacionales como internacionales, incluidas conocidas marcas de moda. La mayoría de sus empleados son mujeres jóvenes, mientras que los directivos y supervisores son sobre todo hombres. Tanto la casta como la condición de migrantes de las trabajadoras de la confección, así como los esfuerzos de las empresas por evitar la rendición de cuentas por malas prácticas, agravan esta dinámica de poder desigual.

Los sindicatos se muestran reacios a afrontar cuestiones como la violencia de género o el acoso. “En Tamil Nadu, la industria de la confección está dominada por sindicatos dirigidos por hombres, y los directivos y altos cargos también son hombres.

Los problemas de las mujeres nunca habían sido importantes”, afirma Nandita Shivakumar, asesora del TTCU. “Las demandas de las trabajadoras no eran exclusivamente salariales; pedían que el movimiento sindical velara por que las cuestiones de género formaran parte de la agenda central”.

“La fuerza de trabajo está compuesta en un 80% por mujeres”, explica Rakini, “el 60% de las cuales pertenecen a la comunidad dalit”, una casta marginada en la India. “Pero los directivos y jefes de línea son hombres de las castas superiores. No les gusta que una trabajadora dalit les diga que están haciendo algo mal. Les cuesta mucho aceptarlo”.

Frustradas ante la situación, las trabajadoras de la confección tomaron la decisión de empezar a organizarse, y de esta forma nació el TTCU. Es uno de los primeros sindicatos dirigidos por mujeres en Tamil Nadu, y además está dirigido por miembros de la comunidad dalit. El número de afiliados creció con rapidez y en la actualidad representa a más de 11.000 trabajadores. La confianza entre sus dirigentes y afiliados permitió al sindicato actuar con decisión cuando sucedió la tragedia: en enero de 2021 y tras meses de haber sufrido acoso sexual, Jeyasre Kathiravel, una mujer

dalit afiliada al TTCU, fue asesinada por su supervisor en una fábrica de confección en Dindigul propiedad de Eastman Exports. Su muerte fue un punto de inflexión. Sus compañeras no solo exigieron justicia para Kathiravel, sino también un cambio sistémico para la protección de todas las trabajadoras de la confección.

“El caso de Jeyasre fue diferente porque sucedió en un pueblo donde el TTCU tenía una presencia sindical muy potente”, cuenta Shivakumar. “Las mujeres llevaban mucho tiempo en el sindicato. Tanto Jeyasre como su madre pertenecían al sindicato. Al tratarse de un pueblo y de unas circunstancias particulares, se levantó una gran ola de solidaridad y la tendencia generalizada a la autculpa se disipó [...]. Nos daban igual las consecuencias, estábamos dispuestas a luchar. Fue como el *Me too* de las trabajadoras de las fábricas”.

Su dolor y frustración alimentaron una campaña mundial —“Justicia para Jeyasre”— que culminó en abril de 2022 con la firma del Acuerdo de Dindigul para eliminar la violencia de género y el acoso, un pacto histórico que recoge múltiples niveles de protección en el lugar de trabajo a través de un conjunto de disposiciones en torno a la cadena de suministro. El acuerdo cuenta con

un sistema de controles y salvaguardas destinado a garantizar la rendición de cuentas por violencia de género y acoso en todos los niveles. Si la dirección no se adhiere a las disposiciones del acuerdo, los signatarios están legalmente obligados a imponer consecuencias comerciales a Eastman Exports para velar por su cumplimiento. Entre los signatarios figuran el proveedor, el TTCU y los aliados del sindicato, incluida la Asia Floor Wage Alliance y el Foro Internacional de Derechos Laborales (Global Labor Justice). También firmaron el acuerdo marcas internacionales de moda que compran prendas a las fábricas, como el Grupo H&M o Gap Inc.



Integrantes del TTCU celebran la firma del Acuerdo de Dindigul. © TTCU

Según relata Shivakumar, en la actualidad “hay mujeres en puestos de responsabilidad en cada línea de producción que ejercen labores de supervisión. Su posición les permite señalar incidencias sin sufrir represalias”.

Las repercusiones no se limitan al lugar de trabajo. Muchas trabajadoras de la confección en Tamil Nadu son migrantes domésticas que se alojan en residencias concertadas con las fábricas y utilizan autobuses también concertados. Tanto las residencias como los autobuses eran entornos de explotación. “Los conductores acosan a las mujeres; les dicen que, a cambio de favores sexuales, las esperarán cinco minutos en caso de que se retrasen”, afirma Shivakumar. Antes, los empresarios eludían cualquier responsabilidad. “Decían que se trataba de servicios contratados, que no eran de su competencia”.

El Acuerdo de Dindigul hizo frente a esta cuestión. “Hemos intentado que el acuerdo se aplique no solo a los lugares de trabajo, sino también a los autobuses

que transportan a los trabajadores y a las residencias en las que se alojan, porque en los autobuses se producen muchas de estas situaciones. Ahora tenemos vigilantes en los autobuses”.

Un año después, los resultados del acuerdo han superado las expectativas incluso de sus promotores. Se han resuelto el 98% del total de las reclamaciones (Asia Floor Wage Alliance *et al.*, 2023), incluido el 100% de las quejas relacionadas con la violencia de género y el acoso. Más de 2.000 trabajadores —entre ellos, directivos superiores, personal de apoyo y contratistas externos— han recibido capacitación en materia de detección y prevención de abusos. El acuerdo también ha arrojado resultados positivos para los empresarios. En septiembre de 2022, se retiró a la fábrica de ropa de Dindigul de una lista de fabricantes vetados por los Estados Unidos de América por sospechas de trabajo forzoso, y el Acuerdo de Dindigul fue determinante en la toma de esta decisión.

“En cuestión de un año, hemos conseguido que los trabajadores entiendan que estamos de su parte”, cuenta Rakini. “Además, ahora los directivos superiores están aceptando que no solo apoyamos a los trabajadores y protestamos contra la dirección, sino que también actuamos a favor de la empresa”.

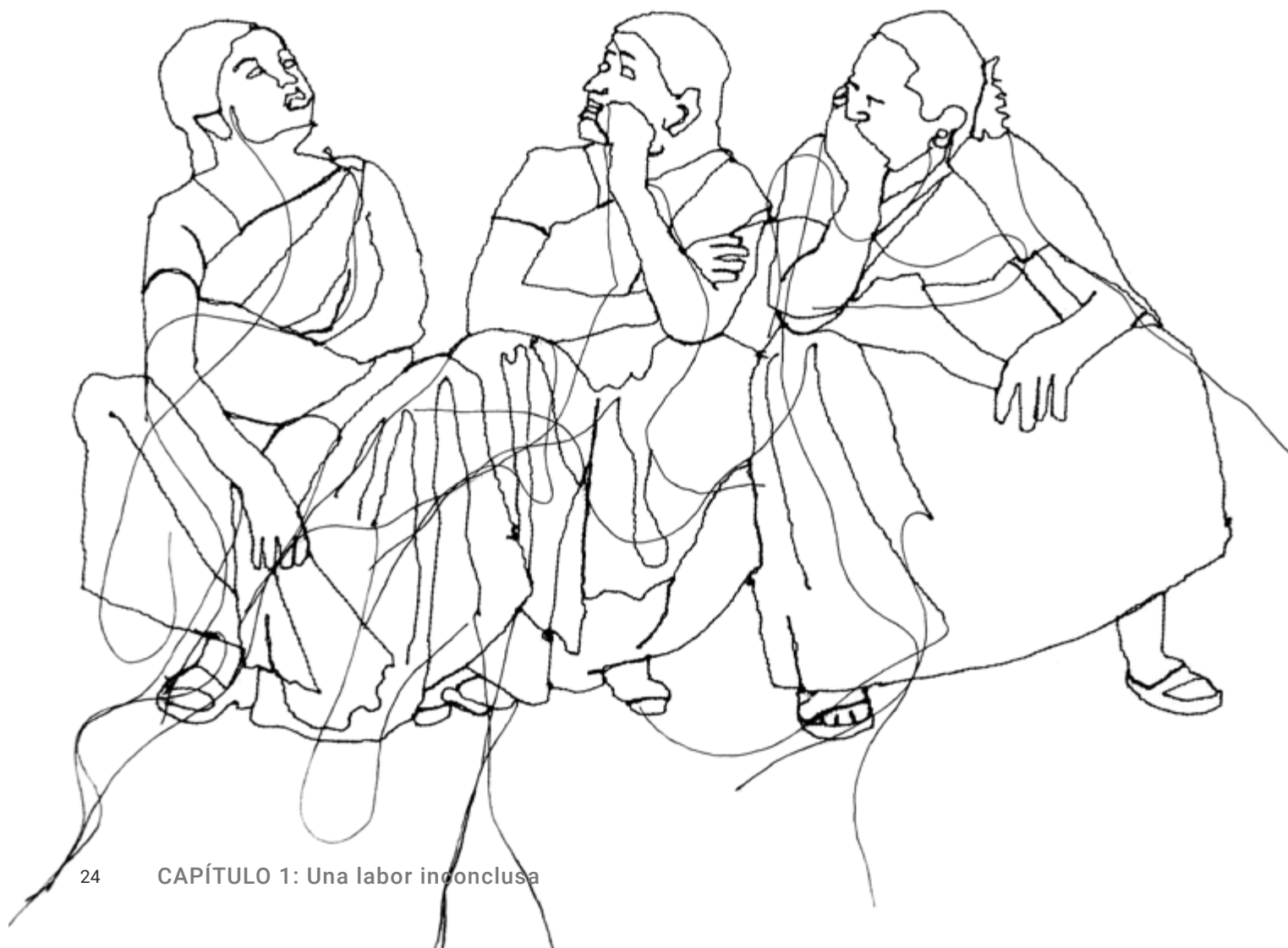
En la actualidad, el TTCU está en proceso de negociación para que estas protecciones se extiendan a otros proveedores, pero el sindicato tiene claro que cada nuevo acuerdo debe adaptarse a las necesidades de los trabajadores a los que da cobertura. “En cualquier caso, el acuerdo debe abordar los problemas locales de las trabajadoras. Esa es la lección que hemos aprendido”, confiesa Shivakumar. “Ahora necesitamos hacer extensivo el acuerdo a más lugares para que estas protecciones estén disponibles en todas las fábricas y se conviertan en la norma. Es nuestro deber”.

de poder en función del género para todos los niveles (por ejemplo, de las familias a los parlamentos); al mismo tiempo, es necesario trabajar para ampliar y mejorar la calidad de los servicios y modificar las normas y los comportamientos (George *et al.*, 2020; Herten-Crabb y Davies, 2020). Se han desarrollado conceptos tales como “justicia sexual y reproductiva” a fin de reconocer los muchos factores que impulsan la discriminación y la inequidad y actuar en consecuencia. Uno de los métodos para ello consiste en hacer un llamamiento expreso a la población con el objetivo de que definan lo que significa la equidad y las condiciones imprescindibles para que se haga realidad (McGovern *et al.*, 2022).

Uno de los ejemplos del curso que siguen las transformaciones estructurales es el declive del matrimonio infantil en Asia Meridional, que se

ha producido gracias a que las niñas reciben más formación y a que las economías han cambiado de forma que las mujeres cuentan con más oportunidades laborales (Herten-Crabb y Davies, 2020). Hace poco tiempo, cuatro países que concentran la quinta parte de las niñas obligadas a casarse asumieron el compromiso de poner fin al matrimonio infantil. Esta promesa se inspiró en los datos empíricos de reciente aparición sobre la utilidad de un paquete integrado de soluciones que engloba la asistencia social con perspectiva de género, políticas laborales inclusivas y la universalización de la enseñanza secundaria, entre otras medidas (Indira *et al.*, 2023).

Desde la celebración de la CIPD se han recopilado datos de mucha mejor calidad que han contribuido a marcar el rumbo de los nuevos programas e inversiones. En 1994 no sabíamos mucho sobre



la magnitud de la mortalidad materna, por ejemplo: a menudo, la información no se recababa o no era fiable. Hoy en día, y en términos generales, disponemos de cifras a nivel agregado. Asimismo, ahora es normal que los datos demográficos y de salud que compilan las instituciones internacionales y los gobiernos nacionales se desglosen por sexo, nivel de ingresos, ubicación y edad. El volumen de información sobre la discapacidad aumenta rápidamente, pero todavía queda camino por recorrer para presentar una visión de conjunto de todas las formas de marginación. Aún escasean los datos sobre la etnia, la raza, el idioma y la religión, la pertenencia a pueblos indígenas, la situación migratoria y las identidades LGBTQIA+. Es posible llegar más allá si se suscriben los compromisos adecuados; por ejemplo, al seguir aprovechando las nuevas tecnologías.

Se ha empezado a tomar conciencia (y cada vez más) de que los servicios de salud pueden ayudar a eliminar la discriminación y los obstáculos estructurales que afectan a las personas que se han visto apartadas. Las parteras desempeñan

una labor prometedora tanto al brindar servicios como al empoderar a las mujeres que viven en comunidades marginadas. Cada vez es más evidente que las intervenciones de salud sexual con una concepción positiva de la sexualidad reducen el estigma, incitan a las personas marginadas a utilizar los servicios —también los que tienen que ver con las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH— y potencian la tasa de uso de anticonceptivos (Ford *et al.*, 2022; Zaneva *et al.*, 2022; Starrs *et al.*, 2018). Los grupos de autoayuda formados por mujeres de las comunidades pobres han demostrado su valor en lo referente a facilitar información sobre atención de la salud y microfinanciación para cubrir las necesidades económicas, algo que ha mejorado notablemente los indicadores relacionados con los cuidados prenatales y la planificación familiar. Un aspecto crucial de dichos grupos es que las mujeres que los integran son quienes deciden en qué condiciones funcionan a escala local. Esta lección debería transmitirse por doquier para velar por que la participación en las decisiones sobre nuestro futuro constituya la norma y no la excepción.

Es normal que los datos demográficos y de salud que compilan las instituciones internacionales y los gobiernos nacionales se desglosen por sexo, nivel de ingresos, ubicación y edad.

Nuestro pasado, presente y futuro

Nadie quiere vivir en un mundo donde la mitad de los embarazos no son intencionales y las mujeres reciben malos tratos físicos en su hogar o mueren durante el parto por causas evitables. Toda la humanidad quiere un futuro en el que las mujeres y las niñas tengan la certeza de poder terminar los estudios, encontrar un empleo decente, formar una familia si así lo desean y formar parte de una sociedad próspera y sana a la que contribuyan de verdad. En eso consiste el desarrollo centrado en las personas: solidez, justicia y resiliencia ante las crisis.

La investigación original recogida en este informe (página 28) subrayará los mecanismos por los que las trabas para acceder a la atención de la salud se han resuelto con mayor rapidez para las mujeres más privilegiadas en cuanto a situación socioeconómica y para quienes pertenecen a grupos étnicos que ya se enfrentaban a menos obstáculos. La investigación también señala que las disparidades a nivel nacional son más pronunciadas que las que se registran entre países, involucra a todas las sociedades en la perpetuación de las injusticias y aboga por que se compensen tanto en los niveles altos como en los bajos.

El capítulo 2 del informe pone de manifiesto los motivos. Pese a que hace 30 años se llegó a un consenso sobre la capacidad emancipadora de la salud sexual y reproductiva, los sistemas que proporcionan la asistencia sanitaria conexa no se han librado todavía de los efectos intensos del legado de la desigualdad de género, la discriminación racial y la información errónea. Sin embargo, el proceso de sacar a la luz dichas injusticias brinda ocasiones para diseñar sistemas y prácticas que se basen en la dignidad común a *todas* las personas.

El tercer capítulo estudia la revolución de los datos en todo el planeta (que la CIPD desencadenó en cierto sentido), que defiende el desglose de la información a fin de determinar en qué lugares

se registran las necesidades insatisfechas más acuciantes en materia de salud sexual y reproductiva y quiénes son los principales afectados. Esta directiva sigue sin cumplirse en buena medida. Si queremos lograr el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, tenemos que dejar de pasar por alto la vertiente de la CIPD relacionada con los datos.

En el capítulo 4 se hace hincapié en los avances sociales, sanitarios y de productividad que quedan pendientes y las inversiones necesarias para ampliarlos a gran escala. Llegados a este punto, los argumentos a favor de la anticoncepción son irrefutables. Los economistas, los activistas y las propias mujeres han llegado a la conclusión de que el desarrollo del capital humano avanza a pasos acelerados si las personas están facultadas para planificar el tamaño de su familia, pero no basta con limitarse a invertir en métodos anticonceptivos. El capítulo profundiza en las ventajas más amplias que se derivan de la autonomía reproductiva.

El último capítulo mira al futuro y se apoya en los análisis de un consorcio de especialistas y líderes de opinión del ámbito de la demografía, el cambio climático, la salud y la tecnología con objeto de prever algunos de los problemas de mayor envergadura para la agenda de la CIPD y el mundo en general. En estas páginas se evidencia que, incluso cuando se ciernen nubarrones de populismo, desinformación, catástrofes climáticas y desplazamientos a gran escala, contar con atención y derechos universales e inclusivos en materia de salud sexual y reproductiva seguirá teniendo la misma importancia vital —o incluso más— para garantizar que todos disfrutemos de un porvenir sostenible y basado en los derechos.

Al inicio de todos los capítulos se reflexiona sobre los últimos 30 años de avances, un recordatorio indispensable de que, pese a las dificultades que atravesamos y las que nos esperan, la trayectoria general que seguimos nos conduce a la igualdad de género y el ejercicio de los derechos humanos.

Tras este apartado, los capítulos procuran sentar las bases de una visión común de la trascendencia de combatir la discriminación antes de señalar los caminos que podemos seguir.

La lucha por la salud es la lucha por la igualdad y la autonomía corporal (Ghebreyesus *et al.*, 2020), la justicia y el desarrollo centrado en las personas. Tiene que encumbrar a la población y las sociedades —y no apartarlas— mediante las libertades que todas las personas se merecen poner en práctica en lo que atañe a su cuerpo y su vida. Para conseguirlo, deberemos ser capaces de lidiar con las complejidades.

Tendremos que ir más allá de cuantificar la experiencia humana con promedios a grandes rasgos que eclipsan las vivencias de los grupos marginados. Además, habrá que superar los cálculos de suma cero en los que a algunas personas siempre les toca perder y a otras siempre les toca ganar. Observar la geometría que entra en juego al tejer prendas nos servirá de inspiración para llegar a una concepción diferente del potencial humano. En la tejeduría, que es propia de todas las culturas y comunidades, la resistencia de un único hilo se multiplica con creces al trenzarlo. Del mismo modo, la educación, la autonomía, la salud y el potencial de cada persona es un elemento frágil si se toma por separado, pero cobra mucha fuerza cuando se entrelaza con los derechos, la salud y el bienestar de los demás. En efecto, han pasado 30 años desde que el Programa de Acción de la CIPD declarara por consenso que la salud y los derechos sexuales y reproductivos están íntimamente ligados a los objetivos generales del desarrollo sostenible y no pueden disociarse. Esta forma de entender el mundo es una idea novedosa y antigua a la vez: una variedad de hebras se ensamblan para crear un tapiz global en el que cada vida enriquece el tejido de la humanidad que compartimos y añade belleza y solidez a toda la labor.

Los boruca son un pueblo indígena de Costa Rica. Hacen acopio de semillas, flores, cortezas de árboles, caracolas y otros elementos de origen natural con la intención de fabricar tintes para tejidos, pero antes piden permiso a la madre naturaleza como modo de garantizar que sus prácticas y tradiciones no dejen de ser sostenibles. © Christian Moon/UNFPA Costa Rica

PUNTO DE MIRA

Problemas para acceder a la atención de la salud notificados por las partes interesadas a lo largo del tiempo y por situación socioeconómica y etnia

En los últimos años han proliferado los métodos para cuantificar y supervisar los avances de cara a la expansión mundial de la atención sanitaria asequible y de fácil acceso (OMS *et al.*, 2023). Cabe destacar que los informes sobre la meta 3.8.1 de los ODS —cobertura de los servicios de salud esenciales— proporcionan información crucial sobre el porcentaje de personas que reciben cuidados básicos, la cifra de centros de salud y personal per cápita y otros parámetros comparables a nivel internacional. No obstante, tal y como se expone en el presente informe, también es importante dejar que las personas hablen con voz propia. El análisis original que se llevó a cabo aquí recalca cómo han vivido los cambios en el acceso a la atención de la salud mujeres de diversos entornos socioeconómicos y ascendencias étnicas según lo que ellas mismas cuentan.

Justamente eso es lo que han perseguido las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) de 69 países. Estas encuestas piden a las mujeres que mencionen si se han topado con problemas de consideración al acceder a la atención de la salud cuando han enfermado. De entre una lista más extensa de dificultades de distintos tipos, se preguntó a las mujeres en todos los contextos nacionales si consideraban

que los cuatro puntos siguientes suponían graves inconvenientes para ellas: 1) la distancia al centro de salud, 2) recaudar el dinero necesario para el tratamiento, 3) no querer ir sola y 4) obtener permiso para acudir al centro de salud. Solo en 25 de los 69 países —es decir, alrededor de un tercio del total— se han planteado estas preguntas en más de una encuesta al mismo tiempo que se dejaba constancia de la etnia de la mujer. Este conjunto de datos brinda la ocasión de analizar —a lo largo del tiempo y según los factores socioeconómicos (quintil de riqueza, nivel de estudios y residencia en zonas urbanas o rurales) y también la etnia— aquellos problemas que las mujeres han comunicado a la hora de acceder a la atención de la salud. Al sumarse, esos 25 países equivalen a cerca del 33% de la población femenina a escala mundial y representan a casi 300 grupos étnicos.

Vale la pena subrayar que estas respuestas que las propias mujeres han remitido sobre el acceso a la atención de la salud difieren mucho de las mediciones de la cobertura sanitaria universal (OMS *et al.*, 2023a) y, más importante aún, los niveles y tendencias de ambos procedimientos pueden contradecirse a veces. Las Encuestas Demográficas y de Salud son ejemplos de una amplia gama de estudios y encuestas que se emplean

para evaluar el acceso a la atención de la salud y que, en conjunto, aportan matices a esta cuestión tan relevante.

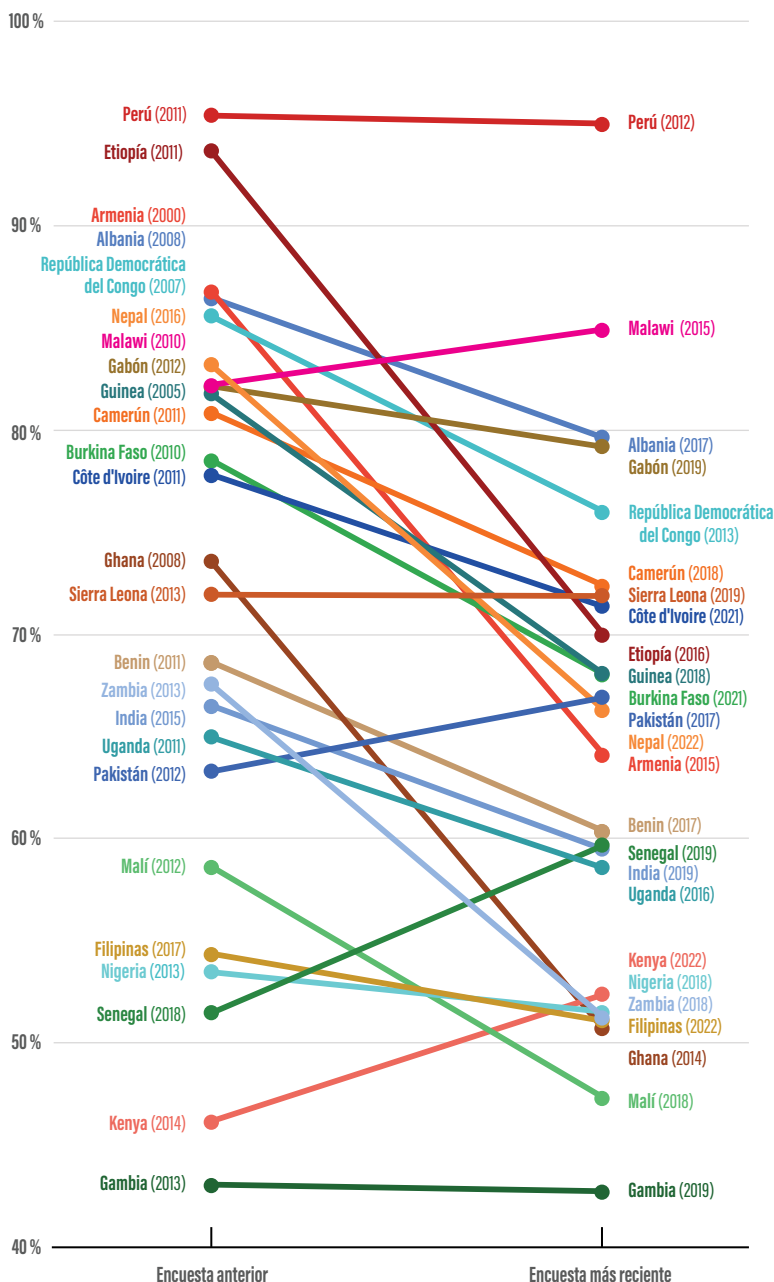
Mejora generalizada, ritmo desigual

Las conclusiones dibujan un panorama esperanzador: la tendencia general a que desaparezcan los problemas que complican el acceso a la atención de la salud. Según las encuestas más recientes (que, en función del país, se remontan a entre 2012 y 2022), el 61% de las mujeres afirmó haberse topado con al menos un problema grave para acceder a la atención de la salud cuando estaban enfermas, una mejoría con respecto al 67% del primer período que abarcaban las encuestas (2000-2018).

Sin embargo, el análisis también ha detectado grandes discrepancias entre países. Por ejemplo, durante el último período de las encuestas, el 43% de las mujeres de Gambia se encontró con serias dificultades para recibir atención sanitaria, una coyuntura familiar para el 95% de las encuestadas del Perú. Además, y aunque la población femenina de la mayoría de los países afirmó que el acceso había mejorado entre la primera y la segunda tanda de encuestas, las cosas apenas cambiaron en unos cuantos países (Gabón, Gambia, Malawi, Nigeria, Perú y Sierra Leona) o se comprobó que la

GRÁFICO 2

Proporción de mujeres que se han topado con problemas de consideración al acceder a la atención de la salud cuando han enfermado, por país



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud

Nota: Se observa una tendencia positiva general en cuanto a la reducción de problemas de acceso a la atención de la salud. (En el caso de Malawi, que apenas si ha cambiado con el tiempo, los márgenes de error son lo suficientemente amplios como para que no pueda confirmarse sin lugar a dudas).

situación había empeorado (Kenya, Pakistán y Senegal).

Por otro lado, las desigualdades a nivel nacional suelen ser más marcadas que las que se dan de un país a otro. Dicho de otro modo, es habitual que las diferencias que se observan en los diversos grupos socioeconómicos y étnicos del mismo país sean mayores que el desfase de los promedios al comparar países (por ejemplo, Gambia frente al Perú). En 2017, por ejemplo, el 91% de las mujeres romaníes de Albania que pertenecían al grupo socioeconómico más marginado —mujeres sin estudios que viven en zonas urbanas y se encuadran en el quintil inferior de riqueza— tuvo problemas notables para acceder a la atención de la salud, mientras que solo el 5% de las mujeres de etnia albanesa que pertenecían al grupo socioeconómico más privilegiado —mujeres con estudios superiores que viven en zonas rurales y se encuadran en el quintil superior de riqueza— tuvo los mismos problemas. Análogamente, mientras que el 18% de las mujeres senufo con estudios superiores y procedentes de zonas urbanas y el quintil más rico se topó en 2021 con serias dificultades para acceder a la atención de la salud en Burkina Faso, ese fue el caso del 95% de las mujeres de etnia tuareg y bella sin estudios y procedentes de zonas rurales.

La riqueza, la educación y el lugar de residencia contribuyen a que las disparidades se incrementen

Las mujeres con peor situación de marginalidad socioeconómica, que en la primera encuesta registraron una mayor prevalencia de trabas al acceso a la atención de la salud, fueron quienes menos cambios experimentaron en promedio a lo largo del tiempo. En general, las que se encontraban en la mejor situación de marginalidad socioeconómica —para quienes los problemas graves de acceso eran menos prevalentes— fueron las mujeres que observaron

más mejoras con el tiempo, un descubrimiento que recuerda vivamente a otros estudios sanitarios que exhibieron patrones semejantes de equidad inversa (Victoria *et al.*, 2018). Todas estas denominaciones socioeconómicas —que ponen el foco en la riqueza, la educación y el lugar de residencia— dependen del país; por ejemplo, para algunas naciones, la población que vive en zonas rurales tiene ventaja sobre la de las zonas urbanas, mientras que para otras es justo al revés (véase la nota técnica de la página 154).

En promedio, y al comparar las primeras encuestas con las posteriores, la proporción de mujeres para quienes acceder a la atención de la salud implicaba problemas importantes bajó en 5 puntos porcentuales entre los grupos socioeconómicos más marginados. Por el contrario, si se toma el grupo socioeconómico menos marginado, la proporción de mujeres que atravesó el mismo trance bajó en 8 puntos porcentuales.

El papel de la etnia en la desigualdad: una constante

Las disparidades en materia de salud están presentes en un amplio abanico de dimensiones. El estudio analizó la situación de los grupos étnicos a lo largo del tiempo en lo tocante al acceso a la atención de la salud. Aquellos con mayor proporción de mujeres que se topaban con problemas notables se consideraban grupos más marginados, mientras que los grupos menos marginados se definían como los que presentaban una proporción más reducida de mujeres con dificultades de acceso. Las diferencias relativas a la etnia

se mantienen incluso cuando ya se han tenido en cuenta el nivel de estudios, la riqueza y si se trata de una ubicación rural o urbana. Para entendernos, es frecuente que las mujeres de distinta etnia, pero con idéntico nivel de estudios, percentil de riqueza y lugar de residencia, tengan experiencias opuestas a la hora de acceder a la atención de la salud. En todos los países, el 43% de las mujeres con el perfil socioeconómico más desfavorecido y pertenecientes a la etnia menos marginada a nivel nacional se toparon con problemas importantes para recibir asistencia médica. Si se trataba de las mujeres con el perfil socioeconómico más desfavorecido, pero pertenecientes a la etnia más marginada, la proporción se situaba en el 83%, lo que indica un desfase de 40 puntos porcentuales entre mujeres que atravesaban las mismas dificultades socioeconómicas y cuya única diferencia estribaba en la etnia.

Asimismo, a pesar de que la mayoría de los países ha registrado mejoras generales en lo relacionado con el acceso, las disparidades entre etnias han empeorado en el lapso entre las encuestas en más de la mitad de los países analizados. En los 14 países donde la brecha étnica se ahonda, las encuestas anteriores señalaban que, al comparar a las mujeres en situación económica desfavorable de los grupos étnicos más marginados y los menos marginados, la distancia se cifraba en 41 puntos porcentuales. Según las encuestas más recientes, esa diferencia ha aumentado hasta situarse en 48 puntos porcentuales.

Las tendencias que siguen todos los grupos étnicos que se pusieron

de relieve en los 25 países no coincidieron, pero la pauta general queda clara: casi todos los países y sociedades que desglosan los datos por etnia presentan diferencias relacionadas con ella en el contexto de los problemas de acceso a la atención de la salud que las usuarias han comunicado. En otras palabras: si prestamos atención a lo que las propias mujeres nos dicen con respecto a los problemas que encuentran al buscar atención de la salud cuando enferman —mediante encuestas que recogen los puntos de vista de un tercio de la población femenina del planeta—, veremos que las disparidades de acceso a la asistencia sanitaria por razón de etnia están muy extendidas y van a más en algunos casos.

Podemos cubrir esta laguna

No todo son malas noticias: las diferencias motivadas por la etnia no son excesivas en todas partes y hay señales halagüeñas de que reducir la brecha está a nuestro alcance. En Guinea, de entre todos los grupos étnicos, el mayor porcentaje de problemas considerables para acceder a la atención de la salud correspondió en la encuesta anterior a las mujeres guerezé más pobres, sin estudios y que viven en zonas rurales (96%). Sin embargo, en la última encuesta, la proporción retrocedió hasta situarse en el 72%, una cifra que batía las marcas de las mujeres rurales de todos los demás grupos étnicos en circunstancias parecidas de pobreza y escolarización. Cuando se realizó la encuesta anterior en Nigeria, de entre las mujeres más pobres sin estudios que residían en entornos rurales, el 87% de las ekoi afirmaron haber tenido que afrontar problemas

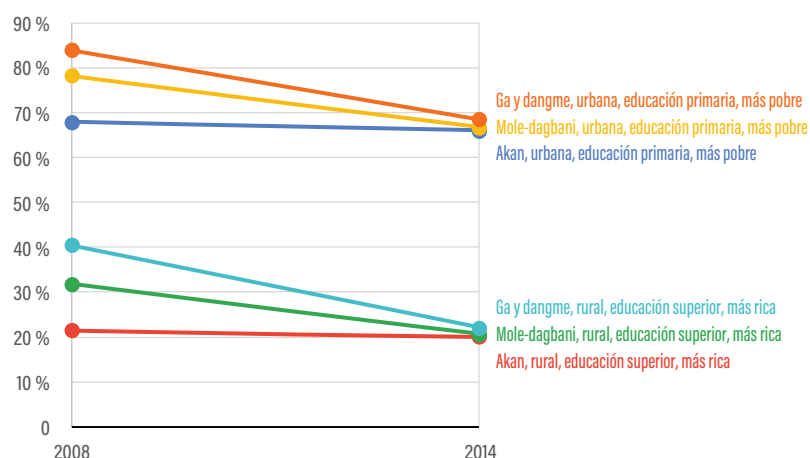
importantes para recibir asistencia médica. Llegado el momento de la encuesta más reciente, ese porcentaje se había reducido hasta alcanzar el 64%, prácticamente el mismo que las mujeres rurales pobres de etnia hausa, las que disfrutaban de mejores condiciones de acceso. (Con todo, no todos los grupos étnicos de estos países se beneficiaron por igual de las mejoras).

Ghana llama mucho la atención: la diferencia entre las mujeres akan que respondían al perfil socioeconómico más marginado y se vieron obligadas a sortear problemas graves para acceder a la atención de la salud y la proporción de mujeres de etnia ga y dangme fue tan solo de 3 puntos porcentuales, lo cual contrasta con los 16 puntos porcentuales de la encuesta anterior. De hecho, las desigualdades entre varios otros grupos étnicos y socioeconómicos de Ghana también fueron a menos entre ambas encuestas, algo que no solo denota una mejora del acceso, sino también que hay más equidad.

¿Qué hizo que Ghana tuviera tanto éxito en comparación con otros países al cubrir las lagunas de equidad? Una de las explicaciones posibles tiene que ver con la ampliación del acceso a la asistencia sanitaria en el país durante el período que abarcan las encuestas; por ejemplo, se aprobó una política que decretaba la gratuidad de la atención de la salud materna y se mantuvo la implantación de un seguro médico nacional (Aikins y Koram, 2017; Blanchet *et al.*, 2012). Muchos otros países han optado también por introducir un seguro médico nacional, pero todo parece indicar que la equidad se estableció como principio consciente

GRÁFICO 3

Mujeres de Ghana que se han topado con al menos un problema grave para acceder a la atención de la salud, extremos socioeconómicos por etnia



Fuente: UNFPA

Nota: Se determinó que el acceso a la atención de la salud solo había atravesado cambios que diferían de los del mayor grupo étnico (los akan) para dos grupos étnicos (ga y dangme y mole-dagbani). En ambos casos, las mujeres afirmaron que el acceso a la atención de la salud había mejorado con el tiempo, lo que subsanaba las lagunas que se detectaron en la encuesta anterior.

de las labores encaminadas a dar acceso a la atención de la salud no solo en la concepción de las iniciativas, sino también en la jerarquización de la evaluación y las reformas con base empírica (Phillips *et al.*, 2020). Por ejemplo, mientras puede que otros países con seguros médicos nacionales dependan mucho de que los usuarios abonen los gastos directos en salud, el Gobierno de Ghana incrementó de forma drástica la proporción de la financiación del sistema de salud que se cubre con fondos públicos (Odeyemi y Nixon, 2013).

Hacer hincapié en avances universales

En general, el análisis de estos 25 países nos reporta enseñanzas muy útiles para todas las naciones y comunidades. Más concretamente, el progreso mundial de cara a la mejora del acceso a la atención de la salud ha sido muy dispar y, según

muchos parámetros, las personas más rezagadas están todavía entre las últimas a las que se llega.

Por otra parte, las disparidades étnicas no se restringen a determinados países, sino que pueden encontrarse en cualquier lugar en el que se recopilen datos de este tipo. En consecuencia, el énfasis que se pone en las diferencias por motivos de etnia y situación socioeconómica a la hora de recibir asistencia sanitaria no supone una acusación de pensamiento sesgado ni una apelación a la política. En su lugar, la conclusión aparente es que las disparidades étnicas y socioeconómicas son universales, pero no puede decirse lo mismo de los avances para acabar con ellas. Eso sí: mejorar *está en nuestra mano*. El primer paso es brindar a la población la ocasión de empezar por definir sus vivencias con respecto a la desigualdad.



DESENREDAR LA MADEJA DE LA DESIGUALDAD

CAPÍTULO 2:

Desenredar la
madeja de la
desigualdad



El Programa de Acción de la CIPD surgió en las postrimerías de la Guerra Fría, una época de incertidumbre y conmociones. Durante aquel año (1994) el apartheid llegó a su fin en Sudáfrica, que celebró las primeras elecciones democráticas multirraciales en abril, el mismo mes en el que estalló el genocidio en Rwanda. Las uniones civiles entre personas del mismo sexo se legalizaron en Suecia — que se convirtió así en el tercer país en regularizarlas— al mismo tiempo que la tasa mundial de nuevas infecciones por el VIH llegaba a su máximo histórico

(ONUSIDA, s. f.). La promesa de la acción colectiva y los peligros de que no se materializara no podrían haber estado más presentes en la mente de las personas que asistieron a la CIPD en El Cairo.

Efectivamente, uno de los logros capitales de la Conferencia —el cambio de paradigma en cuanto a la concepción mundial de las cuestiones relacionadas con la población y el desarrollo— fue el resultado de los esfuerzos concertados de los Estados Miembros y los movimientos de base. El Programa de Acción sacó

Antes de que se celebre la CIPD de 1994, los movimientos internacionales feministas y de mujeres ya lideraban la lucha por la inclusión de los derechos de la mujer en las agendas mundiales de desarrollo, si bien el ritmo de los avances se aceleró a partir de entonces. Este cronograma muestra cómo la CIPD permitió que la agenda de población y desarrollo y los movimientos feministas convergieran para consolidar el apoyo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en todo el mundo.

PRIMERA CONFERENCIA MUNDIAL DE POBLACIÓN (ROMA)

Esta conferencia, de carácter mayoritariamente académico, se centró en la demografía de los países en desarrollo; las conversaciones de aquel entonces estaban profundamente marcadas por el temor al crecimiento demográfico y la escasez de recursos.

1954

TERCERA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE POBLACIÓN (BUCAREST)

Tras un decenio de crecimiento económico, la cuestión poblacional dejó de considerarse un "problema". Los gobiernos coincidieron en la necesidad de establecer un nuevo paradigma respecto a la población y el desarrollo.

1974

Mientras tanto, las investigadoras feministas fueron apoyándose en los marcos de derechos humanos para abrirse camino.

1975

COMIENZO DEL DECENIO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA MUJER

Los movimientos internacionales de mujeres crecieron y se movilaron en torno a cuestiones sociales, económicas y políticas.

a colocación por primera vez la idea de la salud y los derechos reproductivos —términos que ya empleaban las organizaciones de mujeres y los activistas de la salud pública— ante la comunidad internacional (Berro Pizzarossa, 2018) y los ubicó en el contexto de “ciertos derechos humanos ya reconocidos en las legislaciones nacionales, los instrumentos internacionales de derechos humanos y otros documentos aprobados por consenso” (UNFPA, 1994). Al apelar a los conocimientos de los activistas de movimientos de base y basarse en el derecho humano ya reconocido

a la salud, el Programa de Acción consiguió que se reconociera por consenso que los Estados y los sistemas de salud tienen la obligación de proteger la salud sexual y reproductiva, los derechos reproductivos y el bienestar de toda la humanidad.

En aquel momento, el papel de los sistemas de salud como agente facilitador de los derechos humanos —no solo del nivel más alto posible de salud, sino también de otros derechos— ya resultaba familiar, pero se trataba de una admisión



1976

LA COMISIÓN DE LA CONDICIÓN JURÍDICA Y SOCIAL DE LA MUJER

Redactó y aprobó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

1977

PRIMERA REUNIÓN INTERNACIONAL SOBRE LAS MUJERES Y LA SALUD (ROMA)

Surgió el movimiento internacional por la salud de la mujer.

1979

LA ASAMBLEA GENERAL APROBÓ LA CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER.

1981

TERCERA REUNIÓN INTERNACIONAL SOBRE LAS MUJERES Y LA SALUD (GINEBRA)

Las activistas del Norte Global y del Sur Global se unieron para defender los derechos reproductivos y el acceso a la atención de la salud.

revolucionaria en un campo tan controvertido como la salud sexual y reproductiva. El Programa de Acción llegó incluso a conseguir un acuerdo sobre el aborto, un tema que suscitaba debates muy acalorados, y estableció que “en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas” y que “en todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos”. La versión definitiva del texto ponía de relieve que “la salud y el desarrollo

personal de una mujer dependen en esencia de la calidad de los servicios que se le ofertan y las opciones de las que dispone”, como manifestó al año siguiente en Beijing la que era por entonces Directora Ejecutiva del UNFPA, Nafis Sadik, durante la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. En su discurso, destacó la función de los sistemas de salud, los médicos, los anticonceptivos y la información para “liberar a las mujeres de un sistema de valores que insiste en que su único cometido es la reproducción”.



CONFERENCIA INTERNACIONAL DE POBLACIÓN (MÉXICO)

En este momento, se ampliaron las conversaciones para incluir demandas tanto técnicas como políticas.

Los comités preparatorios y la Secretaría de la CIPD, dependientes del UNFPA, comenzaron a trabajar con vistas a la CIPD de 1994 de El Cairo.

1984

CUARTA REUNIÓN INTERNACIONAL SOBRE LAS MUJERES Y LA SALUD (ÁMSTERDAM)

El movimiento internacional por la salud de la mujer adoptó oficialmente el término “derechos reproductivos”.

1990

Mientras tanto, las organizaciones y redes de mujeres se movilizaban para incidir en la agenda demográfica existente.

1992

UN TOTAL DE 2.539 PERSONAS Y ORGANIZACIONES

De más de 110 países firmaron la Declaración de las Mujeres sobre Políticas de Población, donde se instaba a reorientar las discusiones sobre población hacia la salud y los derechos reproductivos.

En los 30 años que han transcurrido desde la Conferencia de El Cairo, los sistemas de salud, los sistemas educativos y los gobiernos —así como los grupos de la sociedad civil que les hacen rendir cuentas— han hecho su parte. Si las leyes se valoran en función de si brindan un nivel suficiente de acceso igualitario y pleno a la atención de la salud sexual y reproductiva e información y educación conexas —que engloba la atención materna, el aborto, los anticonceptivos, la educación sexual integral, la vacuna contra el VPH y el diagnóstico del VIH,

su tratamiento y el asesoramiento pertinente—, el 76% de este tipo de legislaciones ha entrado en vigor en 115 países, según establece el indicador 5.6.2 de los ODS (UNFPA, 2024a). Además, millones de personas de todo el mundo han reconocido el derecho al aborto desde 1994 a medida que más de 60 países han revisado su legislación con idea de suprimir las restricciones al aborto (Centro de Derechos Reproductivos, s. f.), frente a solo 4 que han dado marcha atrás a su despenalización.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO (CIPD) (EL CAIRO)

Representó una oportunidad única para alcanzar un acuerdo político entre gobiernos y se celebró en un momento sin precedentes para la política mundial, concretamente, a finales de la Guerra Fría —tras los Acuerdos de Oslo—, cuando las opiniones sobre las cuestiones de población comenzaban a cambiar entre las más altas esferas. La representación de las ONG alcanzó máximos históricos: 4.000 representantes pertenecientes a más de 1.500 organizaciones de la sociedad civil de 113 países. Las representantes del movimiento de las mujeres también formaron parte de las delegaciones nacionales, a través de las cuales defendieron la inclusión de sus realidades y derechos en el Programa de Acción de la CIPD.

1994

CONFERENCIA PREPARATORIA (RÍO DE JANEIRO)

Cientos de mujeres publicaron una declaración en la que exponían, en líneas generales, los principios y condiciones necesarios para garantizar que los enfoques demográficos se centrasen en las mujeres y sus derechos.

1995

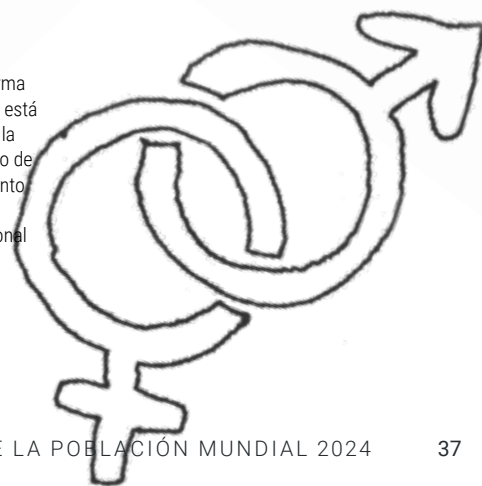
CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER (BEIJING)

Culminó con la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing y está reconocida, junto con la conferencia de El Cairo de 1994, como un momento fundamental para el movimiento internacional de las mujeres.

CIPD+5

Examen quinquenal de la ejecución del Programa de Acción de la CIPD (CIPD+5): se implicó a los movimientos juveniles para promover el avance de la agenda de la CIPD entre las nuevas generaciones.

1999

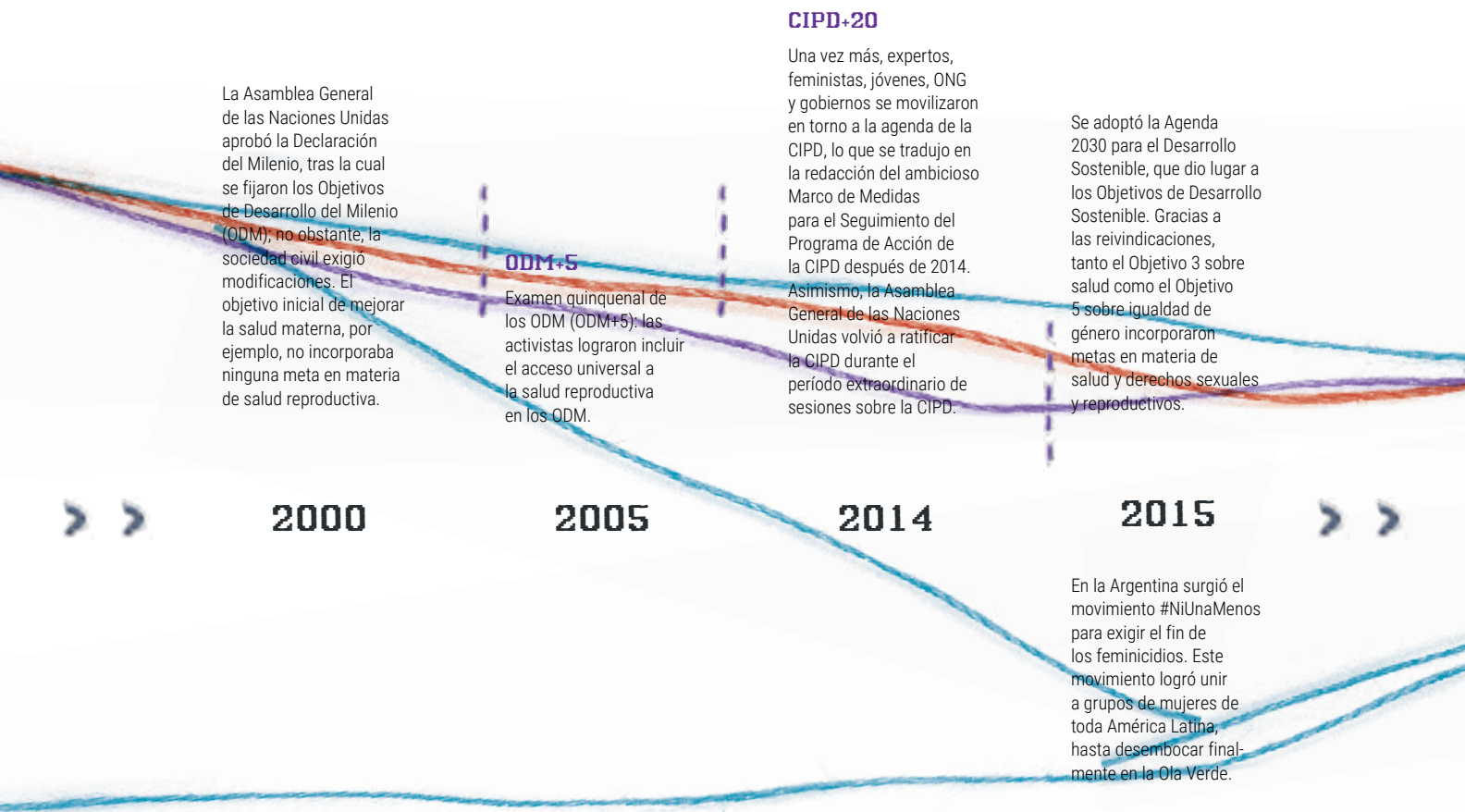


La CIPD también abogó por que la juventud tuviera acceso a “actividades y servicios de información, educación y comunicación sobre la salud reproductiva y sexual” y participara en ellos, lo que corrobora que dicha información contribuiría a empoderar a las generaciones presentes y venideras para que desarrollen todo su potencial. Desde entonces, se han formulado normas internacionales y, en la actualidad, dos tercios de los países que presentan informes han declarado que al menos el 76% de sus centros escolares imparte algún

tipo de educación sexual (UNESCO *et al.*, 2021). Las tecnologías de reproducción asistida se han convertido en algo casi omnipresente que permite que más personas hagan realidad sus aspiraciones en materia de fecundidad y amplía las oportunidades para formar familias más diversas.

Pero todavía queda mucho por hacer.

Hay demasiadas pocas mujeres en el planeta con autonomía corporal. A día de hoy, apenas más de



la mitad de la población femenina a nivel mundial (el 56%) podía tomar con conocimiento de causa sus propias decisiones sobre sexo y reproducción. Esto comprende la libertad de tomar decisiones sobre la atención de la salud y el uso de métodos anticonceptivos, así como poder negarse a mantener relaciones sexuales con la pareja, de acuerdo con la información recopilada en los países que presentan informes sobre el indicador 5.6.1 de los ODS (UNFPA, 2024a). Si bien hay pocos datos al respecto (como veremos más detenidamente en el

capítulo 3), cada vez hay más pruebas que sugieren que la autonomía corporal y la salud reproductiva de quienes sufren una o más formas de opresión —por ejemplo, personas sometidas a discriminación por motivos raciales o étnicos, quienes sufren persecución por su discapacidad o estado serológico con respecto al VIH y aquellas a las que se discrimina a raíz de su orientación sexual o identidad de género— se ven truncadas con más frecuencia y en un grado mayor. Cada vez hay más conciencia sobre el hecho de que la capacidad de decidir nuestro futuro

CUMBRE DE NAIROBI SOBRE LA CIPD25

La sociedad civil, los líderes juveniles y los representantes gubernamentales se movilizaron en masa en defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La Cumbre dio lugar a casi 1.300 compromisos y a la Declaración de Nairobi, un documento con visión de futuro.

GENERACIÓN IGUALDAD

Debido a la pandemia mundial de COVID-19, el examen de Beijing+25 se celebró con un año de retraso. El movimiento internacional de mujeres volvió a mostrar su fuerza en el Foro Generación Igualdad y logró reactivar el apoyo de los gobiernos y asociados; esto dio lugar, entre otras cosas, a una coalición de acción sobre autonomía corporal y salud y derechos sexuales y reproductivos.

CIPD30

Trigésimo aniversario de la histórica conferencia celebrada en El Cairo—: los movimientos feministas y de defensa de los derechos reproductivos han aumentado en número y fuerza; se han alcanzado grandes logros, pero aún queda mucho trabajo por hacer. Se han movilizado nuevas organizaciones y miembros, especialmente en torno a cuestiones interseccionales, como la casta, la discapacidad, la pertenencia a pueblos indígenas, la orientación sexual y la identidad de género. Todo ello está dando cabida a una pluralidad de voces y partes interesadas; además, las redes sociales están consiguiendo implicar a un mayor número de personas y perspectivas en la causa.

2017

2019

2021

2024

Se impulsó el movimiento She Decides en defensa de la salud y los derechos reproductivos. También estalló el movimiento #MeToo —que reavivó una campaña lanzada en 2006— para respaldar a los millones de mujeres que denunciaban el acoso y abuso sexuales.

La fuerza del movimiento internacional de mujeres reside en nuestra capacidad de imaginar y reimaginar, de construir y reconstruir, de preservar y perseverar, así como de sumar a nuevas generaciones, nuevos grupos políticos y nuevas formas de pensar y organizarse. No dejaremos de luchar hasta ganar la batalla por la emancipación de nuestros cuerpos, nuestras voces y nosotras mismas.

Este texto ha sido elaborado por el Centro de Recursos e Investigación para la Mujer de Asia y el Pacífico (ARROW).

reproductivo —que incluye el acceso a métodos anticonceptivos modernos, aborto seguro cuando sea legal, atención médica prenatal y servicios de cuidado de los hijos— no se reparte por igual en función de la raza, la orientación sexual, la identidad de género, las características sexuales, la clase y la situación socioeconómica.

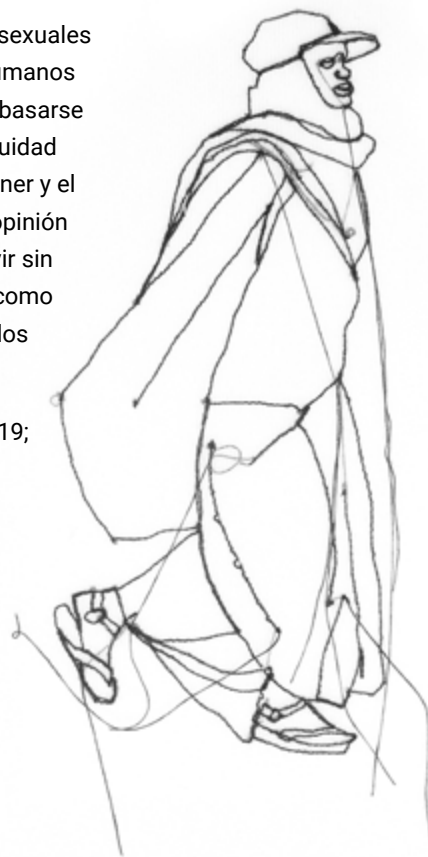
Es más: el mundo no ha hecho más que empezar a abordar el legado de las numerosas formas de discriminación que perviven en la medicina y los

sistemas de salud. A medida que dicho legado queda al descubierto, se plantean dudas sobre las personas que han sido marginadas, los mecanismos de esa marginación y el carácter duradero de sus secuelas. Los expertos llaman la atención sobre las estructuras que perpetúan la discriminación, en ocasiones de manera imperceptible. Esta postura contrasta con las iniciativas de tiempos pasados que tendían a concentrar los esfuerzos en los comportamientos de cada persona (ACNUDH, 2021). Por lo tanto, cada vez es más común que la discriminación se detecte

La salud sexual y reproductiva: un derecho humano

Ahora todo el mundo comprende el concepto de salud y derechos sexuales y reproductivos, que se admite en diversos marcos de derechos humanos (Organización de la Unidad Africana [OUA], 1981; ACNUDH, 1966): basarse en el derecho a la vida, la dignidad, la educación y formación, la equidad ante la ley, la no discriminación, decidir cuántos hijos se quieren tener y el espaciamiento de los partos, la privacidad, la salud, la libertad de opinión y expresión, consentir contraer matrimonio y la igualdad en él, y vivir sin violencia de género, prácticas nocivas, tortura ni malos tratos, así como el derecho de recibir reparaciones de verdad por la vulneración de los derechos humanos.

También se ha aceptado de buen grado (ACNUDH, 2019; UNFPA, 2019; Shalev, 1998) que los principios fundamentales que moldean los derechos humanos —sobre todo la no discriminación, la equidad, la privacidad, el derecho a la información, la integridad, la autonomía, la dignidad y el bienestar de las personas, en particular si tiene que ver con la salud y los derechos sexuales y reproductivos— formen parte integral del ejercicio del derecho a la salud.



por medio de las desigualdades en los resultados en lugar de exigir pruebas que demuestren que los resultados se derivan de una animadversión personal.

Esta reflexión se ha vuelto especialmente importante en los sistemas de justicia. Por ejemplo, el movimiento “Ni una menos” de América Latina puso en evidencia la pasividad de las autoridades ante casos de feminicidio y otras formas de violencia de género. El movimiento “Black Lives Matter” destacó los índices desproporcionados de violencia policial que soportan las personas negras allá donde estén (ACNUDH, 2023). También se han visto afectados otros sectores: en el ámbito educativo, el movimiento de protesta “Rhodes Must Fall” puso el foco en las desigualdades que existen en la enseñanza superior de Sudáfrica, en primer lugar, y a nivel internacional seguidamente (Knudsen y Andersen, 2019).

Esta clase de ejercicio de introspección reviste la misma importancia para los sistemas de salud, una realidad que se hizo muy patente durante la pandemia de COVID-19. En muchas partes del mundo, las medidas de emergencia para luchar contra la pandemia no se ajustaban a la legislación sobre derechos humanos (ACNUDH, 2020). Las poblaciones que ya estaban marginadas registraron tasas más elevadas de enfermedades y fallecimientos vinculados a la pandemia, así como alteraciones de mayor alcance en otros servicios de salud, como la salud sexual y reproductiva (OMS, 2020). El relato actual en torno al género y los movimientos por la justicia social y racial podría implicar que se trata de temas polémicos o políticos, pero estudiar este proceso únicamente desde el punto de vista de la política sería un error. Somos capaces de aceptar que la historia de la salud reproductiva abarca tragedias y fallos verdaderamente lamentables sin que por ello despreciemos los muchos adelantos técnicos y científicos que hemos logrado. En su lugar, esto nos permite aprender del pasado y generar oportunidades para que toda la humanidad avance y adquiera conocimientos.

Los sistemas de salud han de facilitar el ejercicio de los derechos humanos

Los sistemas de salud reproductiva no siempre han salvaguardado los derechos y la salud. Al menos, no para todas las mujeres. Según los expertos, dentro del sistema sanitario, una de las grandes limitaciones de la atención de la salud reproductiva residía en la filosofía con la que se prestaban los servicios. “Las mujeres tenían la consideración de instrumento en el proceso de reproducción y de objetivo en el proceso de control de la fecundidad. No se les brindaban servicios como fines en sí mismas. Las mujeres se acogían a los procedimientos, pero estos no giraban en torno a ellas. Eran objetos, no sujetos” (Cook *et al.*, 2003).

Los sistemas y estructuras destinados a controlar la sexualidad —en especial la de las mujeres, pero no con carácter exclusivo— han sido un fenómeno universal presente en todas las sociedades del planeta. En muchas ocasiones, el cuerpo de las mujeres, las niñas y las personas de género diverso ha sido blanco de discriminación, prácticas nocivas, control, explotación, actos violentos y opresión; los sistemas de salud han fomentado todas estas vulneraciones de los derechos humanos a lo largo de la historia (ACNUDH, 2021a). Además, son problemas que todavía se resisten a desaparecer. Todavía quedan muchos obstáculos que se interponen entre la población y el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en diversos planos: en establecimientos sanitarios, en los sistemas de salud y en el contexto de los factores subyacentes que condicionan la salud. Asimismo, no funcionan del mismo modo si se trata de personas que sufren diversas formas de marginación.

En la actualidad, los trabajadores sanitarios están muy en condiciones de señalar el valor transformador de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, ya que son testigos presenciales de que la planificación familiar, la protección frente a la violencia, la ausencia de enfermedades y el acceso a la atención de la salud

materna redundante en familias y comunidades más sanas y formadas. Hoy en día, muchos profesionales del campo de la salud reproductiva asumen de buena gana su cometido en lo tocante a la defensa de los derechos de los pacientes (y, sin ir más lejos, estos derechos son un tema esencial que se aborda durante la instrucción de los profesionales sanitarios de todo el planeta) (Rostami-Moez *et al.*, 2021; Karakuş *et al.*, 2015; Lewkonja, 2011). Como facilitan anticonceptivos, información y cuidados, los trabajadores de la salud reproductiva suelen estar en primera línea de las iniciativas particulares que buscan garantizar la autonomía corporal (véase el artículo de la página 16) (Kalra *et al.*, 2021). No obstante, cumplir con su labor puede convertirlos en objeto de abusos. Las investigaciones recientes indican que, “mientras los trabajadores del ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos hacen lo posible por que otras personas ejerzan sus derechos humanos, ven cómo los suyos corren peligro”, ya que se enfrentan al “ostracismo, el acoso en el lugar

de trabajo”, “amenazas verbales, violencia física” y animosidad en su vida personal (Boydell *et al.*, 2023).

La sección a continuación ilustra la repercusión que la información errónea y la discriminación por razón de sexo, raza y etnia tienen aún en los servicios y la información de salud, lo que sirve como argumento que apoya la idea de que tanto los derechos humanos como la salud pública deben reconciliarse con estos antecedentes. Para que los trabajadores sanitarios puedan facilitar el ejercicio de los derechos humanos, los sistemas de salud que los contratan — que tradicionalmente han estado muy involucrados en la explotación y los abusos y que incluso ahora dejan a buena parte del personal de salud sexual y reproductiva en una situación de vulnerabilidad frente a los malos tratos— tienen la posibilidad y la obligación de reformarse para cumplir el propósito más elevado con el que comenzaron su andadura en beneficio de la población, los trabajadores y toda la sociedad: sanar.

Los trabajadores sanitarios, abanderados de la autonomía corporal

Hay una relación de reciprocidad entre recibir una atención de la salud sexual y reproductiva digna y de calidad y el empoderamiento económico, social y personal. En concreto, los trabajadores sanitarios ven con sus propios ojos los medios por los que la autonomía reproductiva —la libertad de decidir si tener relaciones sexuales o un embarazo, cuándo y con quién; la capacidad de vivir sin sufrir violencia ni ITS evitables, etc.— posibilita que la gente reciba una educación, forme una familia o retrase ese momento, desarrolle su trayectoria profesional o contribuya a la comunidad. También saben de primera mano que las personas empoderadas —que pueden dedicarse a su formación, su carrera o su familia— están en mejores condiciones para acceder a los servicios de salud reproductiva. Este círculo virtuoso es un hecho indiscutible para quienes lo han presenciado. “Les enseñamos a esperar un trato respetuoso”, cuenta Víctor Cazorla, un partero que trabaja en la cordillera de los Andes (Perú) y que conciencia sobre sus derechos a los pacientes que atiende, en su mayoría de origen indígena (UNFPA, 2021). “Nadie tiene derecho a tocar su cuerpo: ni yo, ni sus tías, ni sus padres, ni sus madres, ni el personal, ni la policía: nadie”.

El legado de la discriminación por razones de sexo en la atención de la salud reproductiva

Conocer el legado del sexismo en el contexto de la atención de la salud sexual y reproductiva puede resultar útil para encontrar soluciones —en particular, soluciones eficaces en función del costo y fáciles de llevar a ejecución— a los problemas más tenaces.

Un ejemplo que merece la pena destacar es la historia de la atención al parto, que durante siglos se consideró un terreno eminentemente femenino. Las parteras se encargaban de los nacimientos, mientras que los médicos —una profesión reservada a los hombres— normalmente se abstendían de intervenir. Durante mucho tiempo, el parto se consideró un misterio femenino que solo las mujeres entendían y del que únicamente ellas poseían conocimientos especializados; entre ellos, el empleo de plantas como medicación. Con los años, los médicos varones empezaron a asistir a las parturientas, aunque en un principio se limitaban a los alumbramientos complicados y de alto riesgo (Litoff, 1982).

Finalmente, estos hombres y otras instituciones predominantemente masculinas asumieron una posición de autoridad con respecto a las parteras. En Indonesia, por ejemplo, antes de la llegada del colonialismo, las mujeres recurrían a parteras tradicionales o matronas (denominadas dukun) que les proporcionaban métodos anticonceptivos, las atendían durante el parto y les practicaban abortos. Cuando Indonesia se convirtió en colonia en el siglo XIX, las autoridades se propusieron sustituir a las dukun por parteras formadas bajo la dirección de los hombres que encabezaban el servicio médico de los Países Bajos (Adnani *et al.*, 2023). Más o menos en esas fechas, los médicos varones de la India plantearon que se impartiera una enseñanza formal a las matronas tradicionales conocidas como dai. A la larga, esas iniciativas desembocaron en que las dai se vieran reemplazadas por personal médico y de partería

cualificado que formaba parte de la institución médica (Samanta, 2016).

Durante los siglos XVI y XVII, las parteras de Europa también tuvieron que someterse a dirigentes masculinos. Las autoridades eclesiásticas, un mundo en el que imperaban los hombres, les concedían una licencia para trabajar y, en algunas ocasiones, las obligaban a comparecer como testigo especialista en casos de “infanticidio, virginidad en disputa, aborto y esterilidad” (Sprecher y Karras, 2011). En esa época, los *accoucheurs* (parteros) se pusieron de moda en Francia, crearon un clima de competencia con las parteras que se dedicaban a la “práctica natural” y popularizaron el uso de instrumentos tales como los fórceps. El género y la posición de los hombres cimentaron su autoridad en este campo pese a que su experiencia práctica era mínima o inexistente (Martucci, 2017). Por aquel entonces, los hombres que se preparaban para convertirse en médicos estaban muy condicionados por los textos sobre partos que habían escrito otros profesionales que quizás nunca habían visto uno (Hobby, 1999), y no por el saber práctico (Thomas, 2016).

El advenimiento de las “ciencias de la naturaleza” dio paso a una visión de la medicina que la consideraba una disciplina objetiva que formaba parte de un sistema universal de conocimientos que estaba prácticamente vedado a las parteras (Shiva, 1996). A diferencia de los médicos varones, no habían recibido instrucción ni se involucraban en los métodos científicos experimentales y de investigación. Para el siglo XVIII, la profesión médica estaba integrada casi exclusivamente por hombres y se acusaba a las parteras de emplear prácticas vetustas, peligrosas y anticuadas. Por ejemplo, los estudios sobre Sudáfrica durante el colonialismo revelan que la experiencia y los conocimientos empíricos de las parteras —sobre todo de las negras— se dejaron fuera de los registros históricos casi por entero (Deacon, 1998). En cambio, las contribuciones masculinas a dicho campo se documentaron mejor, lo que hizo posible que las opiniones de los hombres sobre el

parto se impusieran. Las nuevas teorías sobre los partos equiparaban al cuerpo con una máquina e interpretaban los nacimientos como un proceso mecánico, un punto de vista que sirvió para alienar más a las parteras en cuanto que profesionales, ya que se pensaba que las mujeres carecían de los conocimientos y la capacidad para entender su funcionamiento (Murphy-Lawless, 1998). Los cuerpos con capacidad para dar a luz se percibían cada vez más como algo incontenible, imposible de dominar, indómito, indisciplinado, propenso a las fugas e impredecible (Carter, 2010). En 1915, el Dr. Joseph DeLee, autor de uno de los manuales de obstetricia más importantes de la época, definió el parto como un proceso patológico que perjudicaba tanto a las madres como a los bebés. Afirmó que “si la profesión [obstetricia] fuera consciente de que, al contemplarlo con ojos modernos, el parto ya no es una función normal [...] sería imposible mencionar siquiera a las parteras” (DeLee, 1915). Más adelante, DeLee propondría intervenciones como el uso sistemático de sedantes, éter, episiotomías y fórceps —que ahora sabemos que resultan perjudiciales si se utilizan habitualmente— para salvar a las mujeres de los “males” inherentes al parto (Leavitt, 1988).

La marginación de las parteras dentro de la obstetricia fue un fenómeno mundial, pero las consecuencias se dejan notar más hoy en día en los países de ingreso mediano y bajo. Según la OMS, África y Asia Sudoriental son las regiones que proporcionalmente tienen menos países que otorgan a la partería el reconocimiento de profesión. En dichas regiones, las personas que forman a las parteras denuncian repetidamente que carecen de acceso a instalaciones sanitarias. Además, en la parte francófona de África Occidental, tres cuartas partes de estos docentes no cuentan con acceso a agua limpia como mínimo durante parte del día. Asimismo, el 56% del déficit mundial de trabajadores sanitarios que se dedican a la prestación de atención de la salud sexual, reproductiva, materna neonatal y adolescente corresponde a la región de África de la OMS (UNFPA *et al.*, 2021).

Aunque ahora ya es un hecho consabido que la partería es una profesión moderna, regulada y de corte técnico que se ha integrado por completo en la infraestructura sanitaria, quienes la desempeñan en casi todas partes son, en su mayoría, mujeres. Según los estudios, el personal de atención obstétrica soporta una notable segregación profesional, brechas salariales por razón de género, pocas oportunidades de liderazgo y numerosas formas de acoso y discriminación, como acoso sexual (UNFPA *et al.*, 2021). Un informe de la OMS publicado en 2019 reveló que la brecha salarial por razón de género en el terreno de la salud superaba a la de otros sectores: en promedio, las trabajadoras sanitarias ganaban un 28% menos que sus compañeros y la diferencia salarial entre hombres y mujeres que se dedican a la enfermería y la partería se situaba en el 11% incluso teniendo en cuenta la segregación profesional (Boniol *et al.*, 2019).

Subestimar la obstetricia “lleva a limitar las opciones y oportunidades laborales de las matronas y afianza las estructuras de poder desiguales que existen en la sociedad”, sin olvidar la falta de autonomía profesional (UNFPA *et al.*, 2021), que las propias parteras califican de impedimento a la hora de proporcionar unos cuidados de calidad (Confederación Internacional de Matronas *et al.*, 2016). El informe *El Estado de las Matronas en el Mundo 2021* señaló que, en países de ingreso medio y bajo, conseguir que los seguros públicos reintegren los gastos a las parteras es muy difícil o imposible, lo que las deja en posición de tener que asumir pérdidas económicas o priorizar a pacientes más acomodados.

No obstante, los investigadores han indicado en muchas ocasiones que invertir en capacitación y asistencia obstétrica reportaría beneficios considerables en cuanto a salud materna y neonatal y se traduciría en mejores resultados y menos costos que los de otros modelos de atención más medicalizados (UNFPA *et al.*, 2021). En 2021, un estudio de *Lancet Global Health* que contó

con el apoyo del UNFPA estableció que ampliar sensiblemente la cobertura de las intervenciones a cargo de parteras serviría para evitar el 41% de muertes maternas, el 39% de muertes neonatales y el 26% de muertes prenatales; en total, 2,2 millones de fallecimientos menos para 2035 concentrados sobre todo en países de ingreso mediano y bajo (Nove *et al.*, 2021).

A tenor de la marginación de las mujeres en la obstetricia y la partería a lo largo de la historia, merece la pena analizar la importancia de la discriminación de género en el déficit constante de inversión en estos ámbitos a escala mundial. También conviene estudiar las consecuencias que las jerarquías basadas en el género han acarreado para la medicina y que no solo afectan al personal sanitario, sino también a las personas que reciben los servicios (y, cuando hablamos de exclusión y desamparo, a quienes *no* los reciben).

La violencia obstétrica y ginecológica, que en líneas generales se define como los malos tratos padecidos en el contexto de la atención de la salud reproductiva (por ejemplo, durante el parto), preocupa cada vez más a la comunidad internacional (ACNUDH, 2019). Se trata de un concepto amplio que engloba el maltrato físico y verbal —burlas, amenazas, puñetazos,

patadas, amordazamientos y medidas de contención física, etc. (Downe *et al.*, 2023)—, así como la extralimitación en las intervenciones, que abarca las episiotomías que no obedecen a una necesidad médica, la falta de consentimiento informado, la denegación de tratamientos analgésicos (UNFPA, 2019a) y la esterilización forzada, entre otras. Los estudios recalcan que estos tipos de abuso suelen producirse en “circunstancias en las que los proveedores de servicios, sobre todo parteras, sienten que no tienen apoyo o incluso se los victimiza en su jerarquía profesional” (Schaaf *et al.*, 2023). Los malos tratos infligidos en entornos de salud reproductiva contribuyen mucho a la mortalidad materna y dificultan que las mujeres y niñas marginadas tengan acceso a los servicios sanitarios (UNFPA *et al.*, 2023).



Partos seguros y empoderadores para las mujeres afrodescendientes en Colombia

Hace más de dos decenios, Shirley Maturana Obregón acudió, con 18 años, a un hospital en Chocó, en la región del Pacífico colombiano, en busca de atención para un caso de gastritis. A pesar de que en ese momento estaba embarazada de nueve meses, Maturana nunca se planteó dar a luz en ese hospital.

“No era el entorno que quería”, relata Maturana al UNFPA. “Deseaba que mi madre estuviera conmigo, y escuché [en el hospital] que iba a estar sola”.

Así que volvió a casa y poco después se puso de parto. Su madre y sus hermanas estuvieron con ella y la apoyaron durante el parto, junto con una partera tradicional con conocimientos ancestrales de la comunidad afrodescendiente de Colombia. “Fue precioso e inolvidable”, confiesa.

Para Maturana, la decisión de dar a luz con una partera tradicional respondió a sus prioridades personales y culturales. Sin embargo, los partos domiciliarios a menudo también reflejan la falta de otras opciones. La población de Chocó —el 80% de la cual se identifica como afrodescendiente— es desproporcionadamente pobre y sigue estando muy desconectada del sistema sanitario formal de Colombia.

Ir al médico puede exigir atravesar terrenos peligrosos y afectados por los conflictos, o suponer un excesivo desembolso económico.

La falta de seguridad en la atención de los partos puede acarrear consecuencias mortales, especialmente para las mujeres y las niñas afrodescendientes. En Colombia, el riesgo de muerte durante el embarazo y el parto para las mujeres y niñas afrodescendientes duplica con creces el de las mujeres no afrodescendientes. Sin embargo, al intentar mejorar los resultados de salud materna, el sistema sanitario colombiano en ocasiones ha ignorado a las parteras tradicionales y los valores culturales que representan.

A menudo se ha ridiculizado a las parteras tradicionales y se las ha tildado de brujas y curanderas, o se las ha tachado de ser poco higiénicas y profesionales. Históricamente, las leyes colombianas han exigido que toda persona que atienda un parto esté autorizada oficialmente por una institución médica. Estas normas han contribuido a borrar la labor de las parteras tradicionales y a aislarlas del sistema médico. No obstante, a lo largo de la costa pacífica colombiana, las parteras tradicionales son, a menudo, las únicas proveedoras

de servicios de salud disponibles.

De acuerdo con las estadísticas nacionales, en 2021, todos los partos en un pueblo de Chocó contaron con el apoyo de una partera tradicional (DANE y UNFPA, 2023).

“Los médicos nos tratan como si todo [lo que hacemos] fuera sucio”, declara la partera tradicional Francisca Córdoba, más conocida como Pacha Pasmó. “Como les he dicho a varios médicos, ‘puede que ustedes tengan cinco años de experiencia, pero no tienen mi experiencia: yo empecé a atender partos antes de que ustedes nacieran’”.

Sin embargo, una nueva iniciativa está estrechando los lazos entre los trabajadores sanitarios y las parteras tradicionales. En 2020, se puso en marcha el proyecto Partera Vital, cuyo objetivo es validar el trabajo a menudo invisible de las parteras tradicionales en la prestación de una atención dotada de connotaciones culturales a mujeres embarazadas y puérperas, al tiempo que se les proporcionan herramientas y competencias para prestar servicios a sus comunidades en condiciones de seguridad y en consonancia con el sistema médico formal.

A través de Partera Vital, el organismo nacional de estadística de Colombia



El proyecto del UNFPA denominado Partera Vital tiene como fin empoderar a parteras tradicionales como Shirley Maturana Obregón (izquierda) and Pacha Pasmo (derecho) de modo que puedan atender a las embarazadas de Chocó (Colombia).
© UNFPA Colombia/Sara Chavarriaga

colaboró con el UNFPA y las asociaciones locales de parteras tradicionales para modificar las normas que les prohíben registrar a los recién nacidos. Las parteras tradicionales recibieron acceso a una aplicación móvil que les permitía inscribir los nacimientos en el registro nacional. Además, participaron en sesiones de capacitación destinadas a mejorar la detección de riesgos durante el embarazo y el parto.

El proyecto se puso en marcha en Chocó con 30 parteras tradicionales, que recibieron, además, básculas para pesar a los recién nacidos, kits de parto seguro con artículos como sábanas limpias y guantes, así como tensiómetros, que pueden ayudarlas a advertir complicaciones del embarazo potencialmente mortales. “Si una partera tradicional ve que una embarazada tiene la tensión alta, la deriva de inmediato”, asegura Pacha.

La repercusión del proyecto se hizo evidente muy pronto, durante la pandemia de COVID-19 en 2020, cuando las estadísticas mostraron que el 34% de los nacimientos en Chocó habían sido atendidos por parteras tradicionales, casi un 50% más que el año anterior. Las parteras tradicionales solicitaron al gobierno que se las reconociera como trabajadoras esenciales en plena crisis, lo que propició que recibieran recursos y equipos para atender a sus comunidades. Recientemente, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) declaró que la partería tradicional de Colombia y otros países constituía un patrimonio cultural inmaterial de la humanidad.

La implantación del proyecto Partera Vital en Chocó vino acompañada de un avance significativo para la

región: la reducción de la mortalidad materna. “Todavía no sabemos hasta qué punto el empoderamiento de las parteras ha desempeñado un papel en las iniciativas nacionales encaminadas a reducir la mortalidad materna en Chocó, pero estos fallecimientos se redujeron en casi un 40% en 2023”, afirma José Luis Wilches Gutiérrez, Asesor de Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA Colombia.

Después de dar a luz con la asistencia de una partera tradicional, Maturana decidió convertirse en una de ellas. “Las personas a las que atendemos quieren vivir la experiencia de tener a sus hijos con la asistencia de una partera tradicional porque las ayudamos a dar a luz de la forma que desean”, explica. “Estamos con ellas y hacemos realidad sus sueños”.

El legado de la discriminación étnica y racial

Una de las repercusiones que la pandemia de COVID-19 trajo consigo es que hayamos vuelto a concienciarnos de las disparidades raciales que perduran en los sistemas de salud y que haya más y más empeño en explorarlas en el marco de las desigualdades históricas. Aunque muchos debates sobre la inequidad racial han levantado polémica, existen muchos ejemplos de que potenciar la equidad y la justicia en el sector sanitario da lugar a soluciones valiosas con base empírica que permiten remediar esos problemas. En pocas palabras, conocer el legado de la discriminación racial y el papel del colonialismo en la exportación de jerarquías raciales deja al descubierto un sinfín de oportunidades para que la equidad y la justicia sean una realidad en el campo de la medicina.

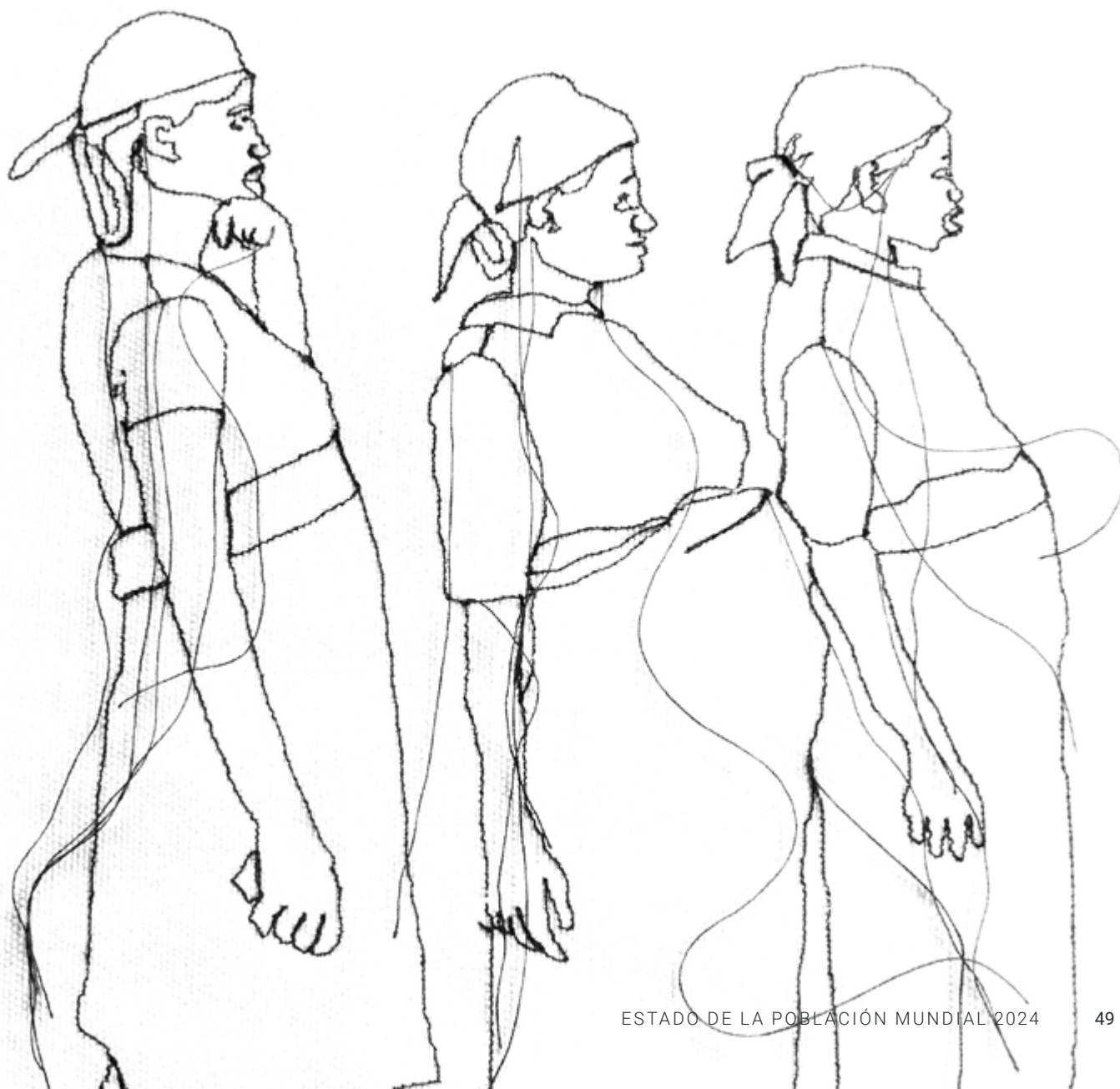
A lo largo de la historia, muchos gobiernos han entendido la reproducción desde una postura fundamentalmente instrumentalista. La maternidad se ha fomentado si resultaba útil de cara a los objetivos económicos o políticos (de acuerdo con la famosa frase del argentino Juan Bautista Alberdi, “gobernar es poblar”) y se ha desincentivado (a menudo de forma selectiva para grupos considerados “inferiores”) cuando se veía como algo desaconsejable. En los regímenes coloniales —y en particular durante la trata transatlántica de esclavos—, el parto se contemplaba como un medio de producción de activos tanto en sentido literal como figurado (UNFPA, 2023b). A principios del siglo XX, el principal motor de los programas de salud materna de África y el Caribe era la aparente falta de mano de obra en las plantaciones y las industrias orientadas a la exportación (De Barros, 2014; Thomas, 2003). Más adelante, a mediados de siglo, el foco de atención pasó al estímulo de la planificación familiar, ya que se creía que las familias menos numerosas favorecían el desarrollo

económico nacional y la seguridad mundial, además de como reacción por parte de los dirigentes y las organizaciones internacionales al temor de que los países en desarrollo registraran una “explosión demográfica” (UNFPA, 2023b; Bourbonnais, 2016; Solinger y Nakachi, 2016; Ahluwalia, 2008; Connelly, 2008; Klausen, 2004; Briggs, 2003; Hartmann, 1995). Cabe destacar que el discurso instrumentalista en torno a la procreación ha sobrevivido hasta nuestros días y se refleja tanto en el miedo a la “superpoblación” ante un trasfondo de cambio climático —que achaca la destrucción del medio ambiente a las tasas de fecundidad de los habitantes del Sur Global— como en el miedo a la “despoblación” en las sociedades que envejecen (UNFPA, 2023b).

De esta manera se explica que el pasado colonial racializado de la humanidad haya dejado una huella indeleble en el área de la salud reproductiva. La esclavitud institucionalizó que se despojara a las mujeres negras de su autonomía corporal y reproductiva y alentó el control de la fecundidad de las personas esclavizadas (Johnson *et al.*, 1999). Para muchas mujeres negras, la reproducción era una esfera sometida a control y explotación que incluía violaciones, esterilización forzada, experimentos médicos y formación y ensayos clínicos sin consentimiento. Uno de los ejemplos más conocidos es el caso de J. Marion Sims, un ginecólogo que practicaba intervenciones quirúrgicas experimentales a esclavas negras sin anestesia ni consentimiento informado (Owens, 2017), pero no es ni de lejos un incidente aislado. En aquella época, los hospitales para esclavos facilitaron la adquisición de conocimientos biomédicos sobre la negritud y normalizaron la creencia de que el cuerpo de las personas negras tenía una fisiología distinta y era inferior e insensible al dolor (Hogarth, 2017).

Así pues, los adelantos de la ginecología y la obstetricia han albergado una contradicción intrínseca en lo que respecta a algunas de las mujeres y niñas más marginadas. Por un lado, estas especialidades han generado información y tecnologías capaces de salvar vidas y paliar el sufrimiento; por otro, son el fruto de grandes crueldades y llegan incluso a perpetuarlas. Esa dualidad estuvo también presente en la aparición de los métodos anticonceptivos modernos: supusieron una auténtica revolución para la autonomía corporal y reproductiva de las mujeres, pero también

se promovieron como instrumento para llevar a la práctica las teorías eugenésicas. En general —y también para sus primeros partidarios—, la noción moderna del control de la fecundidad se correspondía con un medio de contención de la reproducción en las poblaciones “indeseables”, sobre todo de las mujeres pobres, con discapacidad, negras y pertenecientes a etnias marginadas del Sur Global y de las comunidades indígenas del Norte Global (Ross y Solinger, 2017; Ginsburg y Rapp, 1995). La utilización de los anticonceptivos como



herramientas de control reproductivo se prolongó durante decenios. Por ejemplo, antes de que el apartheid llegara a su fin en Sudáfrica, era habitual que se sometiera a las mujeres negras a programas de anticoncepción hostiles que se disfrazaban de control demográfico (Klugman, 1993).

Durante el régimen de *apartheid* del país, las mujeres negras también tenían más probabilidades de sufrir violencia obstétrica y malos tratos en el sistema de salud. En especial, se observaron episodios de violencia obstétrica y asistencia sin consentimiento en hospitales públicos que atienden a comunidades donde predominan los bajos ingresos y se aglutinan varios factores que contribuyen a la marginación (el género, la pobreza y la raza). Estas poblaciones tuvieron que hacer frente a la ausencia de consentimiento informado, el desconocimiento de los derechos de los pacientes y la falta de capacitación dirigida a proveedores de servicios de salud sobre

cómo se obtiene el consentimiento informado y se presta asistencia desde el respeto (Jewkes *et al.*, 2015).

Hoy en día, las personas negras y de otros grupos desfavorecidos todavía reciben una asistencia mediocre en el ámbito médico (UNFPA *et al.*, 2023). Por ejemplo, los organismos internacionales de derechos humanos han manifestado insistentemente su preocupación por la discriminación reiterada y la vulneración de los derechos humanos de las mujeres romaníes, sobre todo en lo tocante a la atención de la salud reproductiva (Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, 2017; Comité de Derechos Humanos, 2016; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2015). De acuerdo con un informe sobre los derechos reproductivos de las mujeres romaníes que preparó en 2020 el Centro Europeo de Derechos de los Romaníes, muchas entrevistadas fueron inmovilizadas, sufrieron agresiones físicas y no recibieron anestesia mientras daban a luz (Centro Europeo de Derechos de los Romaníes, 2020). Asimismo, este legado continúa patente en las desigualdades en materia de salud que afectan a las mujeres negras y pertenecientes a minorías étnicas en el Reino Unido (MBRRACEUK, 2020) y los Estados Unidos (Hoyert, 2023), así como a las personas migrantes y de determinadas castas en la India (Allard *et al.*, 2022) y otros países de Asia Meridional (Kapilashrami y John, 2023).

Como nota positiva, sin embargo, se presta cada vez más atención a la discriminación y los perjuicios en los entornos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la base empírica conexa va en aumento (Downe *et al.*, 2023). Dichos hallazgos apuntan a que la discriminación va ligada a la normalización de los perjuicios y que, en muchas ocasiones, pasa totalmente desapercibida a los profesionales sanitarios, los sistemas de salud e incluso los pacientes. Los investigadores destacaron que, “cuando la violencia es la realidad cotidiana o incluso un acto sin importancia

ninguna... se convierte en algo de esperar, invisible y —por lo tanto— parte integral de las estructuras”. Por otra parte, las iniciativas encaminadas a reducir o eliminar la violencia no surten efecto si no se lucha contra la discriminación y el estigma (Bohren *et al.*, 2022), una reflexión que también puede considerarse un llamamiento a cortar de raíz los sesgos en los establecimientos sanitarios.

Estas conclusiones pueden y deben incorporarse a los sistemas de salud en general siempre que las discrepancias en la asistencia tengan un origen racial

o se atribuyan a la etnia, las diferencias culturales, la situación migratoria o alguna forma de marginación. Por ejemplo, la OMS ha instado a los gobiernos, los trabajadores sanitarios, las asociaciones profesionales y las instituciones académicas a tomar medidas —investigación, armonización con los derechos humanos, aumento de la participación femenina en las comunidades afectadas, etc.— para responder al trato abusivo y desconsiderado que reciben las mujeres durante el parto (OMS, 2015).

La esterilización forzada: un atropello sin visos de acabar

Si bien la atención de calidad en materia de salud sexual y reproductiva favorece el empoderamiento personal —y se apoya en él—, también sucede lo contrario. Brindar cuidados de salud sexual y reproductiva deficientes o mal adaptados, denegar servicios y vulnerar los derechos reproductivos puede tener un efecto multiplicador del sufrimiento que padece una persona a lo largo de su vida. A su vez, las desventajas contribuyen a la vulnerabilidad ante la mala asistencia, la denegación de la atención sanitaria y las violaciones de los derechos. Quizás no haya un ejemplo más flagrante que el de la esterilización forzada, uno de los mecanismos de control más drásticos de la autonomía reproductiva. Al privar para siempre a las mujeres del derecho a tener descendencia, la esterilización sin consentimiento impone a la sociedad la idea de que ciertas mujeres no se merecen ser madres. Este tipo de violencia se ha ejercido contra mujeres negras, indígenas, de minorías religiosas, con discapacidad, internadas, migrantes y residentes pobres de zonas rurales (Roberts, 1991) tanto a lo largo de la historia como en la actualidad. En 2015, por ejemplo, se interpuso una denuncia ante la Comisión de Igualdad de Género en nombre de 48 sudafricanas a las que se había practicado una esterilización forzada o bajo coacción en un hospital público. Todas eran mujeres negras y embarazadas, y seropositivas en su mayoría. Afirmaron que las obligaron o presionaron para que firmaran documentos de consentimiento que supuestamente daban luz verde a su esterilización mientras estaban de parto o padecían dolores muy intensos. La Comisión dictaminó que se había vulnerado su derecho a la igualdad, la no discriminación, la dignidad, la integridad corporal, la autonomía corporal y la seguridad, así como a disfrutar del nivel más alto posible de salud —que engloba la salud y los derechos sexuales y reproductivos— (Comisión de Igualdad de Género, 2020). Otro ejemplo es el del informe de 2022 del Consejo de Derechos Humanos, que hizo hincapié en que la esterilización forzada era una práctica extendida en todo el planeta (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2022).

Los activistas comunitarios dan visibilidad a las mujeres indígenas desaparecidas y asesinadas

Aunque su madre desapareció en 1999, Carolyn DeFord tuvo que esperar hasta 2011 para aprender el término que describe el complejo duelo que vivía desde entonces: pérdida ambigua.

“Te sientes atascada, no puedes seguir adelante, y el desconcierto es constante”, confiesa DeFord, que es miembro de la tribu Puyallup en el estado de Washington y miembro de la junta directiva de la organización Mujeres Indígenas Desaparecidas y Asesinadas de los Estados Unidos de América (MMIWUSA, por sus siglas en inglés). “He imaginado una y otra vez todo lo que pudo ocurrirle a mi madre, he contemplado todas las posibilidades”.

Cada año, miles de personas indígenas en los Estados Unidos sufren esta sensación de impotencia cuando se declara desaparecidos a sus familiares. La tasa de asesinatos de mujeres indígenas que viven en reservas puede ser hasta 10 veces superior a la media nacional (Urban Indian Health Institute, 2018), lo que posiciona al asesinato como la tercera causa de muerte entre las mujeres indígenas. Aunque estas estadísticas ya son desoladoras de por sí, existen

enormes lagunas en los datos, lo que significa que es probable que las cifras se hayan subestimado. En 2016, el Centro Nacional de Información sobre la Delincuencia informó de 5.712 casos de mujeres y niñas indígenas de los Estados Unidos y nativas de Alaska desaparecidas; ese mismo año, el Departamento de Justicia de los Estados Unidos solo registró 116 casos en su base de datos de personas desaparecidas.

La falta de presentación de denuncias, los errores de clasificación por motivos raciales y las relaciones deficientes entre los responsables de la aplicación de la ley y las comunidades nativas son factores que favorecen la carencia de datos fiables (Urban Indian Health Institute, 2018). La maraña jurisdiccional solo agrava el problema. En 1978, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos dictaminó que las naciones tribales ya no podían procesar a los no nativos que cometieran delitos contra nativos en tierras tribales. En consecuencia, cuando una persona indígena es víctima de un delito violento, deben determinarse las identidades nativas o no nativas de la víctima y de los agresores, el lugar donde se ha cometido el delito —dentro o fuera de la reserva—, y la naturaleza y gravedad

del acto, antes incluso de saber qué autoridades asumirán la gestión del caso.

Muchas personas consideran que los agresores han sabido aprovechar esta ambigüedad para atentar contra las mujeres y las niñas indígenas. “Necesitamos jurisdicción sobre los delitos que se cometen en nuestra tierra. Somos naciones dentro de naciones, naciones soberanas en el seno de una nación, y apenas tenemos capacidad para proteger a los nuestros”, lamenta DeFord.

Las familias de las personas desaparecidas y los activistas nativos aseguran que, incluso en los casos en los que se abren investigaciones, estas no se llevan a cabo con el debido rigor. “Da la sensación de que todo el mundo intenta pasarse la pelota porque nadie quiere ensuciarse las manos”, explica DeFord. “No digo que sea así, pero es lo que parece”.

En 2013, la reforma de la Violence Against Women Act (VAWA) —ley relativa a la violencia contra las mujeres— restableció la jurisdicción penal de las tribus sobre los individuos no nativos que cometieran delitos de violencia doméstica en

tierras tribales. En la reforma más reciente, de 2022, se amplió la lista de delitos que pueden juzgar las naciones tribales para incluir la violencia sexual, la trata sexual y el acoso, entre otros. La Dra. Luhui Whitebear, profesora de Estudios Indígenas en la Universidad Estatal de Oregón y miembro de la junta directiva de MMIWUSA, asegura que, en la actualidad, las naciones tribales cuentan con acceso a una nueva gama de herramientas para proteger a sus comunidades de cualquier amenaza. No obstante, las reformas legislativas tienen sus límites. “La gente piensa que ya está todo hecho, pero no debemos cantar victoria”.

Whitebear señala que la reforma de 2022 de la VAWA no ampara a todas las naciones tribales, solo a las reconocidas federalmente. Esto significa que la ley no tiene en cuenta a naciones como la de Whitebear, la Banda Costera de la Nación Chumash. Por otra parte, está también la cuestión de los recursos, ya que las tribus rara vez tienen acceso a financiación o están suficientemente capacitadas para llevar a cabo investigaciones exhaustivas.

Organizaciones comunitarias como MMIWUSA están interviniendo para ayudar. A menudo, lo que más necesitan las familias cuando desaparece un ser querido son cosas básicas: un billete de avión, personas sobre el terreno para realizar búsquedas, o dinero para contratar a una niñera que cuide de los niños cuyos padres han desaparecido. “Agradezco mucho que haya personas que dediquen tanto tiempo a buscar a otras personas sobre el terreno o al diseño de carteles de personas desaparecidas, porque a veces las



Carolyn DeFord, cuya madre desapareció en 1999, colabora con MMIWUSA para defender los derechos y el bienestar de las mujeres y niñas indígenas de los Estados Unidos. Imagen por cortesía de Carolyn DeFord

familias tienen que elegir entre cenar o salir a buscar a un ser querido desaparecido, ya que no reciben ningún tipo de apoyo. Por eso es fundamental que las organizaciones puedan aportar recursos a estas búsquedas”, explica Whitebear.

Otro de los aspectos cruciales es acabar con los estereotipos sobre los pueblos y las comunidades indígenas. “Desnormalizar la explotación de los cuerpos de las personas y la idea de que somos desechables sería de gran ayuda”, afirma Whitebear. “En mi opinión, lo importante para erradicar la violencia contra las mujeres indígenas es entender que no es solo una cuestión indígena. Es un problema que nos afecta a todos”.

En los años transcurridos desde la desaparición de su madre, DeFord ha aprendido a asumir el dolor y a utilizarlo para ayudar a otras familias

que tratan de encontrar respuestas: “Ha sido muy sanador compartir mi historia, poder usar mi experiencia para ayudar a otras personas, igual que otros activistas me ayudan a mí”, comenta. “Tener la oportunidad de contribuir a esta labor y a que las familias puedan cuidar de sí mismas y estar donde se sientan más útiles ha sido muy enriquecedor. He sentido que esta horrible y traumática experiencia no ha sido en vano. Poder usar todo esto para ayudar a otras personas al menos me hace sentir que todo tiene un propósito”.

Los activistas locales también están ayudando a reformar las leyes. “Algunas de las primeras leyes del país se aprobaron aquí”, afirma DeFord, “y fue gracias al clamor de la comunidad, de las familias que testificaron y compartieron nuestras historias y frustraciones, y expresaron nuestras necesidades”.

El legado de la información errónea

Pese a los avances que hemos presenciado en el campo de la medicina y en los acuerdos internacionales de derechos humanos, las falacias y conjeturas son todavía moneda corriente y no se limitan a calar en las normas sociales y las leyes nacionales, sino que también se propagan en los sistemas sanitarios y educativos. Por consiguiente, las reliquias de estas ideas equivocadas todavía son perjudiciales. Muchas de ellas se basan en una concepción demasiado simplista del desarrollo sexual de las personas. Si se da por hecho que el desarrollo, la identidad y las características sexuales se ajustan a un único patrón, puede parecer que las variaciones naturales de la experiencia humana son algo malo o fruto de un trastorno y tal vez se apliquen políticas y prácticas que dejen de lado —o incluso dañen— a quienes no se amoldan a las expectativas.

A modo de ejemplo, antes se creía que la menarquia (la primera menstruación) era la señal biológica indiscutible de que las niñas estaban listas para quedarse embarazadas. Se suponía que la capacidad de menstruar denotaba fertilidad y la facultad de tener descendencia. La presencia o ausencia del período podía establecer a efectos sociales o jurídicos si una niña era susceptible de contraer matrimonio. Tan solo hay que remontarse a la década de 1970 para constatar que, según un manual internacional de ginecología, la menstruación era “el llanto del útero desilusionado” (Jeffcoate, 1975), una afirmación que daba a entender que el período era el síntoma de la ausencia de embarazo en el cuerpo femenino.

La visión de la menarquia ha cambiado con el tiempo y en estos momentos se tiene una perspectiva más exhaustiva de la madurez física

y emocional. Hoy en día sabemos que, durante los primeros ciclos menstruales, es habitual que no se libere un óvulo, por lo que la menarquia no tiene por qué indicar la posibilidad de que se produzca un embarazo (Carlson y Shaw, 2019). La edad de la menarquia también varía dependiendo de factores como la genética, el estado nutricional y el grado de exposición a la contaminación ambiental (Forman *et al.*, 2013); además, se ha averiguado que la madurez mental y psicológica se alcanza años después —que pueden ser 10— de la edad promedio de la menarquia (Arain *et al.*, 2013). Ahora somos conscientes de que el embarazo y la maternidad en la primera etapa de la adolescencia ponen en peligro la salud fisiológica y mental y la vida de las chicas.

Con todo, en lugar de explicar que la menarquia es uno de los muchos factores que intervienen en el proceso de desarrollo de la fertilidad, todavía se enseña que es el símbolo de que el cuerpo está “preparado” para un embarazo. Esta simplificación excesiva se emplea como argumentario de ciertos mitos, como que no hace falta educar a la primera adolescencia sobre la menstruación o que las adolescentes embarazadas están en condiciones fisiológicas de dar a luz.

Otro caso de simplificación excesiva va ligado al esencialismo de género, la creencia desfasada de que los hombres y las mujeres son totalmente distintos en cuanto a biología, fisiología y capacidades innatas y que es imposible modificar esas características (Meyer y Gelman, 2016). Se trata de una idea que ya han rebatido estudiosos de muchas disciplinas académicas: “entre los datos probatorios, podemos citar los hallazgos de la neurociencia que rechazan el dimorfismo sexual” (es decir, la existencia de dos categorías fijas y estancas), “lo cual apunta a que la tendencia a concebir el género y el sexo como una categoría binaria y sustancial viene dada por la cultura y no es inamovible” (Hyde *et al.*, 2019).

La realidad es mucho más compleja tanto en el caso del sexo como en el del género, dos términos que suelen mezclarse, pero que no significan lo mismo. Por lo común, se considera que existen únicamente dos categorías de sexo —en su acepción de caracteres biológicos y fisiológicos masculinos y femeninos, como los cromosomas, las hormonas y los órganos genitales—. Sin embargo, algunos estudios calculan que en torno al 2% de la población presenta variaciones intersexuales (según algunos científicos, la proporción podría alcanzar el 4% [Jones, 2018]), lo que se traduce en que sus cromosomas, hormonas, rasgos anatómicos u otras características físicas no se enmarcan por entero en la disyuntiva de lo masculino

y lo femenino. En cambio, el género se define como los atributos que se asignan a mujeres, hombres, niñas y niños por construcción social y el proceso de adecuación a estas expectativas sociales a través de normas, comportamientos, roles y otros medios (OMS, s. f.). El género también pone en entredicho el binarismo: a lo largo y ancho del planeta (en la Argentina, Australia, Bangladesh, el Canadá, Fiji, la India, México, Nepal, Nueva Zelandia, el Pakistán, Filipinas, Samoa, Tailandia, Tonga y los Estados Unidos, entre otros países) encontramos comunidades en las que se han reconocido identidades ajenas al binomio hombre/mujer (ACNUDH, 2023a).

Las expectativas de género: cuando cambian las reglas del juego

Aunque muchas personas que nacen con caracteres sexuales no dimórficos tienen que encajar en el binarismo de género por imposición de los sistemas jurídicos, sociales y de salud, quienes sí viven de acuerdo con esa dualidad son a menudo blanco de indagaciones, estigma y exclusiones por no encarnar lo suficiente esas normas de género.

Caster Semenya, deportista sudafricana de élite, fue asignada al sexo femenino al nacer y se ha identificado siempre como mujer, pero las instituciones de atletismo y sus rivales han puesto en duda su feminidad en repetidas ocasiones, una situación con la que están familiarizadas las mujeres y niñas atletas a las que se juzga como “demasiado masculinas”. Semenya se vio obligada a someterse a tratamientos hormonales para “corregir” las características naturales de su cuerpo. Los tratamientos no le impidieron seguir ganando carreras, pero tenía náuseas, estaba cansada y, en sus propias palabras, se sentía como “si hubiera corrido en un cuerpo que no era el mío” (Semenya, 2023). Además, ha sido objeto de pruebas invasivas de sexo en varias ocasiones, algo que vulnera una serie de derechos fundamentales que gozan de protección a nivel internacional. Hace poco, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos falló que su derecho a la vida privada y a no sufrir discriminación se había quebrantado (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2023), pero la Asociación Internacional de Federaciones de Atletismo no ha levantado todavía la suspensión que le impide participar en acontecimientos deportivos (Reid y Worden, 2023). Semenya es solo una de muchas corredoras de primera categoría (buena parte de ellas procedente de países en desarrollo) a las que se ha vetado la entrada en competiciones o se ha forzado a pasar por quirófano o exploraciones genitales debido a que los organismos que regulan el atletismo no están dispuestos a aceptar la forma natural de sus caracteres sexuales (Longman, 2024).

Reconocer que existe la diversidad de género o señalar la frecuencia con la que aparecen caracteres sexuales no dimórficos no es de por sí una declaración de principios políticos ni ideológicos. Aceptar esta complejidad **no nos exige** suprimir “hombre” y “mujer” como categorías. De hecho, el consenso mundial para lograr la igualdad de género *necesita* que los males que se vinculan casi en exclusiva a los hombres y los niños o a las mujeres y las niñas se expresen como tales. Ahora bien: también hay que distinguir con precisión cuáles son los daños que sufren más que nada quienes no se ciñen a los binarismos de sexo o género. De lo contrario, estos daños —nada triviales— se enquistarán. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos observa que las personas intersexuales sufren infanticidios; intervenciones médicas sin consentimiento o bajo coacción; discriminación en los ámbitos educativo, deportivo y laboral, así como en otros servicios; y problemas para acceder a la justicia y obtener reconocimiento jurídico (ACNUDH, s. f. a). Las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas —por ejemplo, integrantes del colectivo lésbico, gay, bisexual y trans— también se enfrentan a niveles alarmantes de discriminación y violencia, sin olvidar la violencia que los Estados legitiman y aplican (ACNUDH, s. f. b). No reconocer la diversidad sexual —por ejemplo, rechazar la existencia de la diversidad sexual y negarse a recopilar datos sobre las minorías sexuales— no erradica ni puede erradicar estas manifestaciones de exclusión y crueldad.

La información errónea con respecto a las diferencias anatómicas entre razas también sigue muy arraigada en los sistemas educativos, y la enseñanza médica no es una excepción. Por ejemplo, muchos manuales actuales de obstetricia y partería recurren aún a la clasificación de tipos de pelvis que en 1938 formularon W. E. Caldwell y H. C. Moloy, dos tocólogos para los que ciertas formas pélvicas eran “sobrehumanas” —que se consideran el criterio de referencia para el desarrollo humano— y otras

reflejaban “una atrofia evolutiva de los antepasados simioscos”. Hoy en día, “tenemos pruebas científicas sólidas de que la forma del canal del parto fluctúa mucho y tiende a variar de una población humana a otra y entre sus integrantes. Además, el uso del tipo ginecoide como modelo para todas las mujeres carece de base empírica, es erróneo y puede resultar peligroso, sobre todo para las que no tienen ascendencia europea” (Betti, 2021).

Hay otras ideas equivocadas que siguen la misma línea y repercuten en el acceso a los analgésicos y otro tipo de cuidados. En 2016, una encuesta en los Estados Unidos comprobó que alrededor de la mitad de los estudiantes de Medicina y médicos residentes estaba de acuerdo con al menos un mito sobre las diferencias biológicas entre personas blancas y negras, como que las terminaciones nerviosas de las personas negras son menos sensibles, que tienen la piel más gruesa o que su tasa de fecundidad es más elevada (Hoffman *et al.*, 2016).

Para terminar, las ideas equivocadas sobre la historia también se han popularizado y acarrear consecuencias duraderas para el acceso a los servicios que deberían favorecer la autonomía corporal y la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, según muchos discursos de gran calado, las conquistas relacionadas con el derecho al aborto y los derechos sexuales a nivel global son una muestra de la influencia de Occidente (ACNUDH, 2023a). En realidad, hay muchos indicios que sugieren que los regímenes coloniales promulgaban y aplicaban leyes y normas homófobas y restricciones de la autonomía corporal de las mujeres (véase el desplegable de la página 60). Es frecuente que esas normas y leyes continúen vigentes una vez los países se liberan del yugo colonial, incluso cuando se trata de culturas que tenían una actitud relativamente abierta ante la diversidad de expresiones de género y orientaciones sexuales antes de la llegada del colonialismo.

Los sistemas de salud asumen las nuevas ideas

Hoy en día, los especialistas en salud reconocen que la menarquia no es el rasgo definitorio de la feminidad y que las creencias de origen racial sobre el dolor y el tamaño de la pelvis acarrearán consecuencias negativas. Los sistemas de salud son cada vez más conscientes de que las diversas identidades de género, orientaciones sexuales y características sexuales forman parte del espectro del desarrollo normal del ser humano. Por ejemplo, en los últimos tres decenios, muchas características de las minorías sexuales que antes se consideraban anormales se han despatologizado o ya no figuran en las nomenclaturas diagnósticas. No se trata de un mero intento de potenciar el ejercicio de los derechos humanos, sino que también pone de manifiesto “la baja calidad de los datos probatorios y los fundamentos sociales que justificaban” estos diagnósticos desde un primer momento (Carpenter, 2018). Además, este golpe de timón concuerda con las iniciativas mundiales que buscan mejorar la salud pública en general a través de la desestigmatización (ONUSIDA, 2021) y la sensibilización acerca de la necesidad de adaptar los servicios de salud a unas poblaciones mucho más diversas de lo que se creía.

A pesar de todo, algunos Estados sopesan la introducción de medidas que ahondan en la patologización e interfieren en la prestación de la atención de la salud que refuerza los derechos. En 2021, se presentó un proyecto de ley en Guatemala (que finalmente no salió adelante) que tenía por objeto proteger a la infancia frente a los “trastornos” y “traumas” de las identidades trans. Por su parte, los encargados de formular políticas en Ghana estudian si redactar una propuesta legislativa que fomenta lo que se denomina “terapias de conversión” al ofrecer incentivos a las personas trans que “se retracten” (ACNUDH, 2022). En 2023, en los Estados Unidos se aprobaron 87 leyes contra las personas trans de un total de 600 propuestas a nivel local, estatal y federal; entre ellas cabe citar las leyes que sancionan a los profesionales de la salud que brinden asistencia sanitaria de afirmación de género a personas trans o las remitan a dichos servicios (Trans Legislation Tracker, s. f.).

El camino a un futuro mejor

La conciliación de los sistemas modernos de salud y estos legados no tiene por qué ser un proceso doloroso ni punitivo. Tal y como demuestra la historia de la CIPD, el mundo ha acordado seguir una misma agenda a fin de garantizar la igualdad de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos de toda la humanidad. Las ventajas de este objetivo común se perciben a nivel particular —al ejercer derechos humanos, conseguir un nivel más alto de salud e incrementar el potencial humano— y en las comunidades, sociedades, naciones y regiones. Para que estos objetivos consensuados se materialicen, se necesitará una labor concertada con fondos suficientes que *no* pretenda defenestrar a las personas que ya han disfrutado de los beneficios del progreso, sino aupar a quienes todavía no han llegado a ese punto.

Muchos adelantos médicos y sociales deben su existencia a un largo historial de malos tratos en el sistema de salud; desde la invención de utensilios como el espéculo de Sims a las motivaciones eugenésicas que a la larga contribuyeron a ampliar el acceso a la planificación familiar. Mencionar este hecho no debería suscitar ninguna polémica. Tampoco debería generar controversia admitir que, de entre las personas con menos acceso a estos servicios, tecnologías y derechos, algunos de los principales damnificados son descendientes de quienes sufrieron malos tratos en otras épocas.

No cabe duda de que aprender de los errores del pasado es una tarea urgente. La evolución de las tecnologías de salud reproductiva prosigue a buen ritmo y ofrece ocasiones tanto de mejorar la vida de la población como de perpetuar los abusos (UNFPA, 2024b). Por ejemplo, ya es habitual que se haga un uso indebido de pruebas diagnósticas útiles como el cribado prenatal para la selección del sexo con sesgo de género. En lo que respecta a las nuevas tecnologías digitales de alto rendimiento, quienes las utilizan ya han facilitado el acceso a datos de carácter muy confidencial, aunque a menudo no lo

saben. Entre otros muchos avances, en el horizonte ya se dibujan soluciones diagnósticas impulsadas por la inteligencia artificial, transferencias citoplásmicas para producir embriones con tres progenitores y técnicas de gametogénesis *in vitro* capaces de obtener espermatozoides y óvulos a partir de células somáticas. Todas ellas son innovaciones capaces de transformar la naturaleza de la reproducción, el sexo y las estructuras familiares. Como siempre, la posibilidad de causar graves perjuicios —como los problemas relacionados con la seguridad y la privacidad de los pacientes y “los interrogantes del ámbito de la ética y de los derechos humanos que giran en torno a la mercantilización de la reproducción humana”— corre paralela a los notables efectos positivos (UNFPA, 2024). Del mismo modo que estas tecnologías podrían aprovecharse para abusar de grupos marginados o excluirlos, también pueden funcionar como herramientas de inclusión y empoderamiento; por ejemplo, si sirven para hacer llegar servicios de salud sexual y reproductiva de calidad a quienes no los tienen ahora a su alcance o para que personas de género diverso o que no pueden optar a tratamientos de la infertilidad (Perritt y Eugene, 2022) formen la familia que desean.

Gracias a los movimientos que surgen por todo el planeta, estamos más cerca de reconciliarnos con las infamias del pasado. Su labor puede y debe sentar las bases de nuestras perspectivas de futuro. Los donantes de la comunidad internacional han escogido a algunas de las comunidades más rezagadas para que se beneficien de las inversiones en iniciativas relacionadas con la partería, la igualdad de género y la educación sexual integral (véase la página 108). A medida que la medicina y la investigación ganan en inclusividad, el saber humano da un salto de calidad. Ahora tenemos mucha más información sobre las expresiones de género diverso, las diferencias que presentan las normas de género a escala nacional y de un país a otro, y la complejidad y diversidad de los caracteres sexuales. Somos mucho más conscientes de que las mujeres de color, las indígenas y las que viven en el Sur Global se han visto excluidas de gran parte de

los progresos que hemos presenciado en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos.

Mediante el análisis de los obstáculos para acceder a la atención de la salud que denuncian las mujeres que los encaran (página 28), este informe constata que podemos mejorar sin lugar a dudas y que aunque los grupos de mujeres que más se topaban con impedimentos para recibir asistencia sanitaria son también las que menos han avanzado, *sí* que han conseguido algunos progresos. Asimismo, los

incrementos más marcados en lo referente al acceso a la atención de la salud en algunos países se registraron en los grupos étnicos que antes afirmaban enfrentarse a los peores obstáculos. Estas señales nos infunden esperanzas de que agilizar el ritmo de mejora no es una quimera. Si bien se necesita una base empírica mucho más extensa para idear programas y políticas que lleguen a toda la población (véase el capítulo 3), nunca antes habíamos tenido una idea tan clara del concepto de inequidad ni, en consecuencia, tantas posibilidades de lograr que realmente haya justicia.

Los bilum son bolsos de tela oriundos de Papua Nueva Guinea. La gente los utiliza para cargar con los bebés —en el idioma tok pisin, bilum significa “útero”— y para llevar artículos al mercado, así como en las pompas fúnebres de los miembros destacados de la comunidad. Así pues, para muchos habitantes de Papua Nueva Guinea, los bilum están presentes desde que nacen hasta que mueren. Este patrón, el diseño de piel de cerdo, simboliza la lucha de las mujeres para que se las vea, se las escuche y se las respete.

© UNFPA Papua New Guinea/PidginProductions

Descolonizar las normas sexuales y de género

En julio de 2023, el Secretario General de las Naciones Unidas presentó un informe que centraba la atención en el papel del colonialismo en la perpetuación de la violencia y la discriminación que sufren las poblaciones de género diverso (ACNUDH, 2023a). Este informe, fruto del trabajo del Experto Independiente de las Naciones Unidas sobre la protección contra la violencia y discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género, se inspiró en cientos de reuniones, visitas e intercambios con agentes estatales y no estatales de todo el mundo. La suma de datos probatorios mostró que la aplicación de estrategias concretas para controlar a la población de las colonias —por parte de varias potencias coloniales— trajo consigo la estigmatización, la criminalización y la patologización de la atracción entre personas del mismo sexo, las identidades trans y otras formas de expresión de género diverso.

La diversidad en tiempos precoloniales

Desde los babaylan filipinos —defensores espirituales de las comunidades indígenas— a los ogbanje de Nigeria, la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género ha estado presente en los registros históricos de toda la humanidad. En muchas sociedades, las personas con identidades de género diverso han gozado de aprecio y respeto; por ejemplo, “personas dos espíritus” en América del Norte, *bonju* en Europa, *muxes* en México, *hijra* en la India y Bangladesh, *takatāpui* en Nueva Zelanda y *sistergirls* entre los pueblos aborígenes

e isleños del estrecho de Torres (Australia).

Efectivamente, el significado social que se atribuye a las características sexuales es tan heterogéneo como las culturas que pueblan en planeta. Aunque se han hallado signos de estructuras sociales patriarcales y heteronormativas en muchas sociedades precoloniales, en otras abundan las pruebas de que las variaciones de género estaban normalizadas. Y lo que es más: algunas comunidades reservaban funciones —asesoría, mandos militares, composición de la corte real, curación, defensa de las prácticas tradicionales, etc.— a personas con rasgos sexuales y de género diversos.

Estrategias coloniales de control

Aunque las normas del binarismo de género no son un invento de los proyectos coloniales más recientes, estos sí impusieron por sistema esta dualidad a través de leyes y prácticas que afectaron a personas que durante siglos vivieron bajo el control colonial. Entre otras estrategias, recurrieron a la conversión religiosa, la penalización de la disidencia sexual y de género y el establecimiento de jerarquías sociales muy rígidas.

Los códigos morales que las potencias coloniales hicieron valer se justificaron con argumentos tanto religiosos como laicos. A modo de ejemplos, cabe destacar el “pecado nefando” que juzgaban los tribunales de la Inquisición en España y Portugal, las

leyes francesas que condenaban los “actos lascivos o contra natura” e iban dirigidas a inculcar los valores cristianos a los pueblos colonizados, y la legislación de la administración colonial británica que castigaba el “ultraje a la moral pública” entre dos hombres. Otras leyes abordaban la “sodomía”, los “actos impúdicos”, el “acceso carnal contra natura” y delitos como el “exhibicionismo” y la “incitación al libertinaje”. También existían leyes contra la mendicidad que no coartaban directamente los comportamientos divergentes en cuanto al sexo o el género, pero que afectaban de manera desproporcionada a quienes se encontraban en condiciones de pobreza, las minorías sexuales y de género, y las personas con discapacidad.

Es importante señalar que en las sociedades de las potencias coloniales se aplicaban leyes muy parecidas o idénticas. En Europa se vivieron momentos de “alarma sexual” o “pánico moral” durante los cuales, por ejemplo, los gobiernos, las autoridades sanitarias y los principales medios de comunicación clasificaron como desviados a los grupos que no seguían las prácticas sexuales imperantes “correctas”. El cumplimiento de esta legislación en las colonias iba muy ligado a la impresión de que, a ojos de los encargados de la formulación de políticas (que a menudo se apoyaban en los informes de los exploradores), las relaciones entre personas del mismo sexo estaban muy extendidas

en los territorios colonizados (Human Rights Watch, 2008).

Aunque la legislación era ante todo un medio de coerción, también sentó las bases de los sistemas complejos de socialización que englobaban el orden público, la medicina, la literatura y la educación. Por ejemplo, se consideraba que la sexualidad de las personas negras era “algo desenfrenado e insaciable que, por consiguiente, debía regularse” (Westman, 2023). En efecto, que una persona prosperara en entornos coloniales dependía enormemente de su capacidad para interiorizar las costumbres blancas, patriarcales y heteronormativas.

Repercusiones duraderas

Las leyes y normas coloniales han generado un efecto que se extiende mucho más allá de los territorios colonizados en aquel entonces o ahora. En 1908, Tailandia —que jamás fue una colonia europea— tomó prestado el léxico del código penal de la India para prohibir los actos “contrarios a la naturaleza humana”. En algunos casos, las dinámicas coloniales han influido en procesos de reforma política y legislativa incluso tras el fin del colonialismo. Por ejemplo, el Camerún y el Senegal —que pertenecieron a Francia— tipificaron como delito las relaciones entre personas del mismo sexo tras obtener su independencia en 1960.

Hoy en día, quedan 64 países donde los actos consentidos entre personas del mismo sexo son delito (suelen hacer mención expresa a las relaciones sexuales entre hombres); las relaciones sexuales entre

mujeres se castigan en 41 países; y las personas trans son objeto de persecuciones o criminalización expresa en 20 países donde la legislación prohíbe el “travestismo”, la “suplantación de identidad” y la “ocultación”. Aunque muchos de los marcos jurídicos que atentan contra el colectivo LGBTQIA+ surgieron a partir de las leyes y costumbres sociales del colonialismo, hoy en día es habitual que la reivindicación de los derechos humanos de las personas LGBTQIA+ se interprete como un vestigio colonial o parte de la agenda del mundo occidental (ACNUDH, 2023a).

Un paso fundamental de cara a hacer realidad los derechos de toda la humanidad en todo su abanico de diversidad consiste en rechazar la noción de que el Norte o el Oeste Global son modelos de progreso inexorable al mismo tiempo que el Este y el Sur Global se perciben como regiones atrasadas. En todo caso, la continuidad de los marcos jurídicos y las normas sociales de la época colonial (herencia del Norte y del Oeste Global) es precisamente lo que todavía reprime los derechos humanos acordados internacionalmente del colectivo LGBTQIA+, sobre todo de quienes viven en el Este o el Sur Global.

Otras vías de investigación

El informe del Experto Independiente que hemos resumido anteriormente excluye por fuerza la incidencia de las leyes y normas coloniales en los aspectos de la salud sexual y reproductiva que van más allá de la diversidad sexual y de género. Sin embargo, sus conclusiones hacen necesario plantearse preguntas de gran relevancia respecto a la huella del

colonialismo en la igualdad de género, así como en la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Por ejemplo, existen pruebas de que el aborto se practicaba en muchas comunidades precoloniales, hasta que las leyes de la época colonial lo prohibieron (ACNUDH, 2021b; Malvern y Macleod, 2018). De hecho, las potencias coloniales europeas han sido calificadas como “el principal origen” de las leyes restrictivas del aborto, las cuales se encontraban en vigor en prácticamente todos los países del mundo a finales del siglo XIX (Berer, 2017). Del mismo modo, las leyes sobre obscenidad, vicio e indecencia —muchas de las cuales fueron herencia de la dominación colonial europea— se utilizaron en multitud de lugares para prohibir la información sobre planificación familiar, desde principios hasta mediados del siglo XX (Stepan y Kellogg, 1974). Estas y otras consecuencias del colonialismo en la salud y los derechos reproductivos de las mujeres requieren un estudio más profundo, especialmente dada la persistencia de las vulneraciones en materia de salud y derechos reproductivos en todo el mundo.

Este texto es una contribución de Víctor Madrigal-Borloz, quien ejerció como Experto Independiente de las Naciones Unidas sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, entre 2018 y 2023.

CADA PASO CUENTA

CAPÍTULO 3: Cada paso cuenta



La CIPD de 1994, junto con el Programa de Acción resultante, no solo representó un momento de gran consenso en torno a la importancia de la salud sexual y reproductiva universal y de los derechos reproductivos (Brown *et al.*, 2019; Sen *et al.*, 2019, Corrêa *et al.*, 2015) sino que también constituyó un poderoso llamamiento para mejorar la calidad y la transparencia de los datos; una contribución a las normas mundiales que rara vez ha recibido reconocimiento. De hecho, el Programa de Acción dedicó un capítulo entero —el capítulo XII (UNFPA, 1994)— a la necesidad de disponer de “datos válidos, fiables, oportunos, pertinentes desde el punto de vista cultural y comparables en el plano internacional”, especialmente “información desglosada por sexos y etnias”. Asimismo, solicitó que se investigara cuáles eran los puntos de vista de los grupos de población en situación de desventaja y de quienes pertenecen a contextos culturales diferentes.

Este llamamiento a la recopilación de datos tuvo lugar en un momento en el que apenas se disponía de información sobre la salud sexual y reproductiva de los hombres y las mujeres ni sobre cómo hacer efectivos sus derechos. Por ejemplo, en la década de 1990, la amplia mayoría de los países apenas disponía de datos sobre la mortalidad materna; de hecho, en la mayoría de los casos, no disponían de *ningún* dato al respecto (OMS *et al.*, 2001). Cuando se celebró la CIPD, las estimaciones más recientes de la OMS sobre la mortalidad materna (que ya se habían recopilado hacía más de un decenio) eran poco precisas, ya que muchos de los datos nacionales presentaban deficiencias: las muestras no eran representativas y la labor de registro carecía de exhaustividad (OMS, 1991). A pesar de que a nivel mundial no existía una estimación consensuada respecto a la mortalidad materna de 1990, el Programa de Acción de la CIPD hizo un llamamiento para reducir la mortalidad materna en un 75% acumulativo entre 1990 y 2015, y estableció el compromiso de reducir las disparidades en la mortalidad materna “dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos” (UNFPA, 1994).

Estos objetivos dieron lugar a un proceso de seguimiento que se caracterizó por la colaboración sistemática entre ministros de población y salud, demógrafos, estadísticos, epidemiólogos y expertos en derechos humanos, así como por el establecimiento de indicadores medibles de salud y derechos y la posterior recopilación de datos rigurosos con los que se dio seguimiento a los avances hacia la consecución de los objetivos del Programa de Acción (Snow *et al.*, 2015; Naciones Unidas, 2014; UNFPA, 1998). Desde 1994, la calidad y la cantidad de los datos sobre mortalidad materna han mejorado de forma drástica, como también lo han hecho los métodos estadísticos empleados para estimarlos. Tanto es así, que en 2014, la falta de datos había pasado de ser la norma a ser la excepción, incluso a pesar de que se había elevado el listón a la hora de considerar un dato como fiable.

Pasados 30 años desde la celebración de la CIPD, el mundo vuelve a encontrarse ante un punto de inflexión que requiere un objetivo similar, un objetivo que reconoce, una vez más, la existencia de necesidades insatisfechas que son desmesuradas e inaceptables, aunque carezcamos de datos para delimitar con precisión la escala del problema. Este objetivo de gran envergadura consiste en garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas a quienes los avances en materia de salud, la ampliación de las infraestructuras sanitarias y la mismísima revolución de los datos han dejado atrás e incluso apartadas.

Este capítulo analiza más detenidamente el problema de la mortalidad materna, pues siguen existiendo numerosas preguntas sin respuesta acerca de los niveles y las tendencias a escala mundial, regional, nacional y subnacional, a pesar de los constantes avances en capacidad estadística y disponibilidad de datos. No obstante, las tasas y razones de mortalidad materna son solo un punto de partida; al margen de este problema, sigue habiendo multitud de preguntas sin respuesta sobre la salud y los derechos de determinadas mujeres y niñas, quienes apenas han podido beneficiarse de los avances que ya disfrutaban otras compañeras más privilegiadas.

Un nuevo punto de inflexión

Una parte de la historia que resulta evidente desde hace tiempo son las enormes desigualdades en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos que, en muchos casos, se están agudizando cada vez más. Cada vez hay más pruebas de que algunas personas se ven empujadas a los márgenes de la sociedad y de los sistemas de salud, entre otras, por ejemplo, quienes sufren discriminación en los sistemas de salud, quienes se enfrentan a barreras lingüísticas en los entornos clínicos, quienes sufren estigmatización por su estado serológico con respecto al VIH o quienes no reciben servicios porque carecen de privilegios de ciudadanía.

Los datos disponibles indican claramente que la magnitud del sufrimiento y el número de muertes de estas personas es mucho mayor de lo que hasta ahora se había pensado (Khalil *et al.*, 2023; Geller *et al.*, 2018; Gon *et al.*, 2018). A pesar de ello, sus muertes —y las morbilidades y atentados contra la dignidad de estas personas— son, en gran medida, invisibles (Creanga *et al.*, 2014). ¿Por qué? Porque las muertes y los daños siguen sin contabilizarse debido a la deficiencia de los sistemas de datos, la baja frecuencia de las encuestas y la falta de alcance y comparabilidad de los estudios. Además, en los casos en los que sí se contabilizan sus muertes y morbilidades, las desigualdades subyacentes suelen permanecer ocultas, ya que los datos apenas se desglosan en función de los factores específicos que motivan su exclusión. En consecuencia, el número desproporcionado de daños y muertes que sufren se desdibuja en la inmensidad de las medias estadísticas.

Por esta razón, al realizar un filtrado, podemos observar enormes desigualdades no solo a nivel internacional, sino también nacional. Una de las explicaciones más extendidas en el ámbito de la salud pública es la hipótesis de la equidad inversa, la cual sostiene que son las poblaciones más ricas y con menores niveles de necesidad las que se acogen con mayor prontitud a las nuevas intervenciones de salud

"Crying Women" (Mujeres que lloran), de Bayombe Endani, República Democrática del Congo, 2010. Obra artística por cortesía de The Advocacy Project, que ayuda a las comunidades marginadas a utilizar el bordado como herramienta terapéutica y para la promoción.

(Victora *et al.*, 2018). Por consiguiente, los avances sanitarios pueden dar lugar a un aumento inicial de la desigualdad general, que disminuye cuando los avances resultan accesibles a las personas con mayores necesidades. A pesar de ello, algunas mediciones apuntan a un aumento de las desigualdades tanto a nivel nacional como internacional.

Por ejemplo, en 1990, la probabilidad media de que una niña de 15 años muriera durante el embarazo o el parto, en el 10% de los países con mayor riesgo, era de 1 entre 12, mientras que, en el 10% de los países con menor riesgo, la probabilidad era de 1 entre casi 7.000. (véase la nota técnica). Llegados a 2020, la probabilidad en los países con mayor riesgo era de 1 entre 34, mientras que en los países con menor riesgo se había reducido hasta 1 entre casi 23.000. Es decir, el múltiplo de variación en los países con mayor riesgo fue de 2,8, en contraste con el 3,3 de los países con menor riesgo, lo cual pone de manifiesto un aumento de la desigualdad. En otras palabras: si atendemos a los extremos mundiales, los avances fueron mayores allí donde la mortalidad materna era más baja y más limitados donde era más alta.

Estas desigualdades entre países suelen atribuirse a la disparidad de recursos, pero dicha teoría se desmorona al observar las desigualdades que existen dentro de los propios países. Las discrepancias intranacionales ponen de manifiesto que las desigualdades mundiales en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos que observamos hoy en día se deben, en gran medida, a las formas persistentes de discriminación y exclusión, y no solo a la escasez de recursos (Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, s. f.).

Esto es así tanto en los países donde la mortalidad materna continúa siendo terriblemente elevada (Patel *et al.*, 2018; Acharya y Patra, 2017; véase la nota técnica de la página 155) como en los países de ingreso alto, donde la mortalidad materna es radicalmente inferior. Tomemos como ejemplo los Estados Unidos y el Reino Unido, 2 de los 19 países en los que, según las

estimaciones, la razón de mortalidad materna de 2020 superó a la de 1990. En ambos países, la incidencia de la mortalidad materna de las mujeres negras multiplica la de las mujeres blancas. Las últimas estimaciones de las Naciones Unidas —que difieren ligeramente de las estimaciones nacionales de cada país— indican que, en 2020, los Estados Unidos registraron una razón de mortalidad materna de 21 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (OMS *et al.*, 2023). Ahora bien, según las estadísticas nacionales oficiales de Estados Unidos, en 2021, las mujeres negras presentaron una razón de mortalidad más de dos veces superior a la media nacional (Hoyert, 2023). Del mismo modo, el riesgo de mortalidad materna de las mujeres hispanas del país era superior a la media nacional (Hoyert, 2023).

A pesar de todo, las tendencias registradas en los Estados Unidos forman parte de un incremento generalizado de la mortalidad materna, lo cual significa que se ha incrementado entre la mayoría de los grupos de mujeres del país, a saber: las de clase socioeconómica alta, mediana y baja; las mujeres de todos los grupos de edad; y las mujeres de todas las razas (Hoyert, 2023; Singh, 2021) (véase la nota técnica de la página 154). Por el contrario, en el Reino Unido —donde según las estimaciones de las Naciones Unidas se produjeron 9,8 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2020 (OMS *et al.*, 2023)— los investigadores han demostrado que el aumento de la razón de mortalidad materna obedece, en gran medida, al aumento de las tasas de mortalidad de determinadas minorías étnicas y clases socioeconómicas. Concretamente, las mujeres negras y las más desfavorecidas desde el punto de vista socioeconómico son las que registraron los niveles más altos de mortalidad materna y los mayores aumentos (Knight *et al.*, 2022).

Sería muy fácil desestimar estas conclusiones considerándolas como resultados aislados de dos únicos países, sin embargo, son dos de las pocas naciones del mundo que, al menos, disponen de sistemas de datos para detectar tales diferencias (Small *et al.*, 2017), es decir, que son dos de los pocos

lugares del planeta donde estas disparidades resultan visibles. De hecho, los Estados Unidos ya realizaban actividades para detectar las desventajas raciales asociadas a la mortalidad materna cuando se estaban llevando a cabo las primeras tabulaciones de la OMS; en aquel momento, era el único país que contaba con algún tipo de desglose racial o étnico (OMS, 1991). El Reino Unido, por su parte cuenta con un magnífico sistema de vigilancia de la mortalidad materna desde 1952 (el más antiguo del mundo), pero no fue hasta 1995 cuando empezó a distinguir también la etnia (Small *et al.*, 2017).

En 2023, el UNFPA publicó un informe en el que se analizaron, por primera vez, los indicadores de salud materna de mujeres y niñas afrodescendientes y de otras etnias, dentro del reducido número de países de las Américas donde los datos lo permitían. Según sus conclusiones, solo 4 de los 35 países distinguían la raza o la etnia de las mujeres fallecidas durante el parto, y únicamente 11 recopilaban otros datos sobre

salud materna desglosados por raza (UNFPA *et al.*, 2023). El Canadá, por ejemplo, es uno de los pocos países, junto con los Estados Unidos y el Reino Unido, cuya razón de mortalidad materna de 2020 empeoró con respecto a los resultados de 1990; concretamente, un 11 por cada 100.000 nacidos vivos frente a un 6,9 (OMS *et al.*, 2023). Sin embargo, su sistema de vigilancia materna no recopila datos relacionados con la raza, a pesar de que las pruebas demuestran la existencia de barreras raciales a la hora de acceder a la atención de la salud materna y disfrutar de sus servicios. Por tanto, es imposible saber si los aumentos de la mortalidad materna que ha registrado el país a lo largo del tiempo han sido generalizados o si se han concentrado en determinados subgrupos de población (Dayo *et al.*, 2022).

En aquellos casos en los que existen datos, estos apuntan directamente a las desigualdades persistentes que sufren los grupos marginados, no solo las personas negras y afrodescendientes, sino también



los pueblos indígenas (Paradies, 2016). En 2018, una publicación conjunta del UNFPA, UNICEF y ONU-Mujeres analizó los escasos datos disponibles sobre la salud materna de las mujeres y niñas indígenas: de los 80 países analizados, 16 disponían de datos; dentro de estos 16 países de ingreso bajo y mediano (Belice, Costa Rica, Etiopía, Gambia, Guyana, Indonesia, Kenya, México, Namibia, Nepal, Pakistán, República Democrática Popular Lao, Senegal, Sierra Leona, Suriname y Viet Nam), las mujeres pertenecientes a grupos étnicos indígenas presentaban una probabilidad mucho menor de recibir atención prenatal y asistencia cualificada en

el parto, así como una mayor probabilidad de dar a luz durante la adolescencia y una probabilidad mucho mayor de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto (UNFPA *et al.*, 2018). Los estudios relativos a otros países —que analizan el caso de las mujeres indígenas de Australia (Australian Indigenous HealthInfoNet, s. f.), la India (Gobierno de la India, Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, 2016), Guatemala (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2015), Panamá y Rusia (Anderson *et al.*, 2016)— revelan las mismas disparidades.

Resolver los factores de confusión

Los datos sobre las desigualdades raciales en los resultados de salud suelen ir acompañados de preguntas sobre los posibles factores de confusión: ¿Es posible que estas disparidades dependan del nivel educativo? ¿De las diferencias de ingresos? ¿Y qué hay de los factores laborales o la predisposición genética a los problemas de salud? Las investigaciones disponibles sobre las mujeres indígenas y afrodescendientes indican que, si bien estas características influyen en los resultados de salud, no explican todas las disparidades observadas, lo que significa que algunas o muchas de estas disparidades están, en efecto, relacionadas con la etnia (Instituto Australiano de Salud y Bienestar, 2023). Por poner solo un ejemplo, según un reciente análisis del UNFPA, las muertes maternas “persisten sin importar los niveles de ingresos y educación, ya que incluso entre las mujeres afroamericanas con educación universitaria, la tasa de mortalidad es 1,6 veces más alta que la de las mujeres blancas con un nivel educativo inferior a la escuela secundaria” (UNFPA *et al.*, 2023). De hecho, cada vez son más las investigaciones que analizan la relación entre la exposición crónica a la injusticia sistémica y el deterioro acelerado de la salud física —que a menudo se denomina *weathering* [desgaste], en inglés—, lo cual constituye la base de muchas de las disparidades raciales en materia de salud materna (Geronimus, 2023; Forde *et al.*, 2019). El análisis de este informe (página 28) también respalda dicho argumento: si bien existen factores socioeconómicos de peso que agravan las disparidades declaradas por los encuestados respecto al acceso a la atención de la salud, también existen diferencias étnicas considerables en la proporción de mujeres con dificultades serias para acceder a dichos servicios cuando están enfermas, incluso teniendo en cuenta la riqueza, los ingresos y si viven en una zona urbana o rural.

También se observan grandes desigualdades cuando se tiene en cuenta a las personas con discapacidad. Las mujeres con discapacidad presentan hasta diez veces más probabilidades de sufrir violencia de género, incluida la violencia sexual. Y, a pesar de que las personas jóvenes con discapacidad son tan proclives a mantener una vida sexual activa como cualquier otra persona de su edad sin discapacidad, este grupo de población se enfrenta a grandes barreras a la hora de acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva, entre otras, la falta de servicios adaptados y actitudes discriminatorias por parte del personal sanitario (UNFPA, 2018). Aun así, la recopilación de datos sobre las necesidades de esta comunidad también se ve obstaculizada por el estigma que acompaña a la discapacidad y por la falta de definiciones consensuadas a la hora de reconocer a estas personas y medir sus necesidades.

Estas cuestiones son especialmente problemáticas, ya que se calcula que unos 1.000 millones de personas —el 15% de la población mundial— llegarán a desarrollar una discapacidad a lo largo de su vida. Por fortuna, se están produciendo avances considerables: en 2021, el UNFPA constató que el porcentaje de países que adoptaban preguntas censales estandarizadas del Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad —un grupo de ámbito internacional— había aumentado “del 33% en 2018 al 73% en 2020” (UNFPA, 2021b).

Las minorías sexuales y de género también se enfrentan a profundas desigualdades de salud, no solo en lo que respecta al acceso a la atención y la calidad de esta, sino también a los resultados en materia de salud física y mental (Tabaac *et al.*, 2020; Matsick *et al.*, 2020; Caceres *et al.*, 2019; Gibson *et al.*, 2018; Müller, 2016), si bien los datos son aún escasos. Se aprecian indicios positivos de que la recopilación de datos sobre las minorías sexuales y de género está aumentando, no obstante, los datos disponibles suelen ser fruto de labores esporádicas y no de sistemas nacionales de datos regulares y normalizados, como censos o

encuestas sociales a gran escala (Comisión Europea, Dirección General de Justicia y Consumidores, 2017). Además, no es solo la estigmatización la que dificulta la recogida de datos, sino también la criminalización tanto de la actividad sexual entre personas del mismo sexo como de la identidad y la expresión de género de las personas trans en decenas de países de todo el mundo (Human Dignity Trust, s. f.). Por último, también existen factores de exclusión agravantes, como la edad, que dan lugar a una marginación extrema. Por ejemplo, los últimos estudios señalan que las leyes y actitudes sociales hostiles —como los tabúes en torno a la sexualidad de los adolescentes— dan lugar a que los servicios y la información en materia de salud sexual y reproductiva (especialmente los que ofrecen las organizaciones LGBTQIA+) estén prácticamente vedados a los adolescentes que pertenecen a minorías sexuales y de género en África Meridional (Müller *et al.*, 2018).



RELATO

Las mujeres con discapacidad en Turkmenistán reivindican sus derechos

Hace años, en la consulta de un ginecólogo en Ashgabat (Turkmenistán), a Alia (nombre ficticio) y a su marido les dijeron que no era “aconsejable” que tuvieran un hijo porque ambos eran ciegos. “¿Cómo van a poder ustedes cuidar de un niño? ¿Cómo van a criarlo y protegerlo?”, recuerda que les preguntaron.

“Consideraron que no íbamos a ser capaces de hacer frente a la situación y nos propusieron abortar”, relata Alia al UNFPA. “Pero me negué. Mi madre también es ciega y crio a siete hijos”.

Por desgracia, la historia de Alia les resulta familiar a 1 de cada 5 mujeres con discapacidad en todo el mundo. A pesar de los acuerdos internacionales que garantizan a todas las personas la libertad de tomar decisiones reproductivas sin ningún tipo de discriminación ni coacción, a menudo las mujeres con discapacidad se enfrentan a una realidad diferente, en la que los prejuicios llevan a los profesionales de la salud, sus parejas y la opinión pública a cuestionar su capacidad para tomar decisiones sobre salud sexual y reproductiva.

Según algunos estudios, las mujeres y las niñas con discapacidad suelen ser víctimas de discriminación en la toma de decisiones reproductivas, tienen problemas para utilizar los servicios de salud por cuestiones de accesibilidad y están excluidas de la educación sexual integral, especialmente en entornos de educación especial. En algunos casos, la discriminación puede incluso desencadenar esterilizaciones forzadas.

Como a Alia, a muchas mujeres se las ha considerado incapaces de afrontar el embarazo y la maternidad.

Una investigación realizada por el UNFPA en 2021 reveló que una gran cantidad de personas con discapacidad en Turkmenistán carecían de acceso a servicios e información sobre salud sexual y reproductiva. A fin de satisfacer sus necesidades, el UNFPA y la Sociedad de Personas Ciegas y Sordas de Turkmenistán crearon una serie de videos sobre salud sexual y reproductiva con interpretación en lengua de signos. Estos

videos, que están disponibles en línea y en memorias removibles, tratan temas como la pubertad, la planificación familiar o la maternidad segura. También se está desarrollando una aplicación móvil.

Las mujeres señalaron que, gracias a estos recursos, supieron que podían acceder gratuitamente a anticonceptivos y servicios de atención del embarazo. Además, agradecieron que los materiales incluyeran información de contacto de distintas clínicas y proveedores de servicios. Estas y otras medidas están haciendo del país un lugar más inclusivo y justo para las mujeres con discapacidad embarazadas.

Con todo, Alia afirma que aún queda mucho por hacer: “Es necesario mejorar los conocimientos del personal médico para que nos acepten y traten como a las demás”.

Mientras tanto, Alia ha asumido la maternidad con una deficiencia visual, como ya hizo su madre. “Sabía que podía hacerlo”, asegura.

Adoptar un enfoque basado en la igualdad

Uno de los grandes avances de los últimos 30 años ha sido el consenso en torno a la idea de que los factores como el género, la raza, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual y la migración no son ventajas o penalizaciones que se puedan contabilizar con una simple puntuación, sino factores dinámicos integrados en una red compleja de ventajas y desventajas.

Ya solo en los últimos 15 años se ha producido un giro en cuanto a la concepción que tienen los países sobre cómo las barreras estructurales e interseccionales impiden a ciertas personas disfrutar de buena salud y ejercer sus derechos. Por ejemplo, mientras que las antiguas investigaciones solían centrarse únicamente en los comportamientos individuales que afectan negativamente a la salud —como retrasar la búsqueda de atención sanitaria para tratar una enfermedad—, hoy en día los investigadores son mucho más proclives a reconocer, por un lado, que estos comportamientos vienen determinados por sistemas, instituciones y normas más amplias y, por otro, que existen multitud de factores interseccionales que agravan las dificultades de los individuos.

En 2009, por ejemplo, se publicó un estudio revolucionario que comparaba la búsqueda de atención sanitaria en la India, por parte de mujeres en situación de pobreza y mujeres con recursos, así como de hombres pobres y hombres con recursos. Dicho estudio puso de manifiesto que las metodologías tradicionales solían concluir erróneamente que los hombres y las mujeres en situación de pobreza presentaban la misma situación de desventaja, mientras que las metodologías específicamente diseñadas para detectar el efecto combinado de los factores de desventaja interseccionales revelaban que los hombres pobres se encontraban, en realidad, en una situación más favorable que la de cualquier mujer, con independencia de que esta careciera o dispusiera

de recursos. En resumidas cuentas, tanto el género como la clase social habían influido en los resultados de salud, pero, al menos, en este caso, los hombres eran capaces de aprovechar su ventaja de género hasta el punto de que incluso los hombres pobres se encontraban en mejor situación que las mujeres con recursos (Sen y Iyer, 2012; Sen *et al.*, 2009).

La interacción entre las ventajas y las desventajas hace que sea realmente difícil diseñar respuestas eficaces; por otro lado, aplicar un enfoque único a la formulación de políticas, sencillamente, no funciona. Durante los últimos 30 años, se han logrado avances extraordinarios, pero, en parte, se deben a que las políticas e intervenciones han aumentado el nivel de bienestar de las personas a las que resultaba más fácil atender, es decir, aquellas con desventajas de menor complejidad y que se encontraban en mejor posición para beneficiarse de los servicios. No obstante, atender a las personas que continúan en situación de necesidad y que presentan vulnerabilidades interseccionales será, sin duda, más difícil y requerirá de intervenciones más meditadas, ya que mantener la celeridad con la que se diseñan los enfoques actuales no solo pone en riesgo la eficacia de las intervenciones, sino que también da lugar a daños y despilfarros. Por ejemplo, la información divulgada en idiomas que los destinatarios no entienden, las campañas que no tienen en cuenta las particularidades culturales o religiosas de los usuarios potenciales y las clínicas que resultan inaccesibles a las personas con discapacidad dan lugar al malgasto de las inversiones, generan una exclusión continua y desgastan la confianza entre el personal sanitario y las poblaciones a las que deben prestar sus servicios.

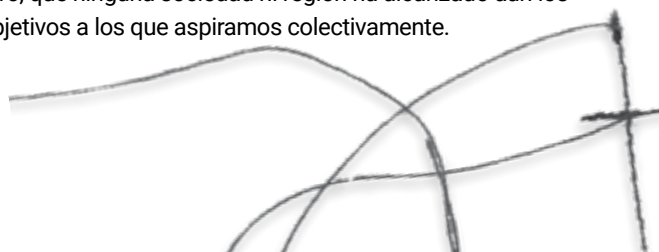
A pesar de ello, estos resultados no deben ser motivo de desaliento. Aunque nos haga reflexionar sobre hechos incómodos relacionados con los privilegios y los prejuicios, esta nueva forma de concebir el mundo que nos rodea es digna de alabanza. Este enfoque nos permite ver, con mayor claridad, hacia dónde debemos dirigir los recursos y nuestra labor, para poder alcanzar los objetivos mundiales.

Desigualdades intracomunitarias e intercomunitarias: los casos de la India y Nigeria

Desde que se realizan mediciones, la India y Nigeria han sido los dos países con el mayor número absoluto de muertes maternas. Tanto en 1990 como en 2020, ambos países acumulaban conjuntamente más de un tercio de toda la mortalidad materna a nivel mundial. La India emprendió el camino con un número muy superior de muertes, pues acumulaba el 26% del total de muertes maternas en 1990, en contraste con Nigeria, que había registrado un 10%. Sin embargo, para 2020, la posición de estos dos países se había invertido: Nigeria acumulaba el 29% del total de muertes maternas estimadas a nivel mundial, mientras que las muertes en la India habían disminuido considerablemente, hasta situarse en el 8% del total de muertes maternas de todo el mundo (OMS, s. f.a).

Aunque el ritmo de crecimiento de la población influye en estas tendencias (la población de Nigeria se duplicó con creces entre 1990 y 2020, mientras que la de la India se multiplicó por 1,6), el motivo principal es que la razón de mortalidad materna de la India ha disminuido de forma drástica, mientras que en Nigeria el descenso ha sido menor. El éxito de la India suele atribuirse a la mejora del acceso a servicios de salud materna asequibles y de calidad (Exemplars in Global Health, 2023; Singh, 2018), así como a las labores realizadas para combatir el impacto de la discriminación de género en los resultados de salud. Por ejemplo, un estudio puso de manifiesto que las políticas diseñadas para impulsar la igualdad de género —como incrementar el número de médicas, potenciar el apoyo institucional y el respeto hacia las enfermeras, y promover los colectivos de empoderamiento de las mujeres— habían contribuido tanto a mejorar los resultados de salud de las mujeres como a incrementar su acceso a la atención de la salud (Hay *et al.*, 2019). Asimismo, otro estudio señaló que el incremento de los centros de salud comunitarios y de atención primaria, así como de los dispensarios públicos y de los hospitales, estaba relacionado con el aumento de la participación de las mujeres en la política (Heymann *et al.*, 2019). Además, la ejecución de otros programas eficaces permitió promover una atención más respetuosa antes, durante y después del parto, así como proporcionar atención prenatal gratuita.

No obstante, este estudio de caso —sobre el aumento de las desigualdades de salud materna entre los dos países— se torna considerablemente más complejo cuando se analizan las desigualdades dentro de ambos países. En ambos lugares, hay ciertos grupos de mujeres que reciben la atención necesaria, mientras que otros no. En Nigeria, por ejemplo, existen diferencias muy acentuadas respecto a la mortalidad materna en función de la localidad: las tasas de mortalidad son considerablemente más altas entre las mujeres de los barrios marginales y las zonas rurales, asimismo, las tasas del norte superan a las del sur (Babajide *et al.*, 2021; Gulumbe *et al.*, 2018; Anastasi *et al.*, 2017). Cuando se examinan otras vulnerabilidades conexas —como el matrimonio infantil y la asistencia cualificada en el parto— en función de la etnia, la zona y el nivel de ingresos, salen a la luz aún más desigualdades (ONU-Mujeres, 2018). La India también sigue registrando desigualdades alarmantes en cuanto al riesgo de mortalidad materna. Los últimos estudios sobre los 640 distritos del país ponen de manifiesto que, si bien casi un tercio de los distritos ha alcanzado la meta de los ODS de reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, aún hay 114 distritos que continúan registrando 210 o más muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Goli *et al.*, 2022). La cifra más alta —1.671 por cada 100.000 nacidos vivos— se registró en el distrito de Tirap, perteneciente al estado de Arunachal Pradesh, una zona rural con un alto porcentaje de población indígena. Aunque resulta difícil desglosar estas cifras por grupo socioeconómico, etnia, casta o religión, es evidente que estos factores influyen en los resultados de salud. Por ejemplo, a pesar de que todas las mujeres de la India tienen derecho a recibir atención gratuita de la salud materna (Beckingham *et al.*, 2022), aquellas que pertenecen a las castas más desfavorecidas o a grupos indígenas reciben menos atención prenatal, posnatal y obstétrica, o directamente no reciben ninguno de estos servicios (Raghavendra, 2020; Yadav y Jena, 2020; Saroha *et al.*, 2008). Dos de las principales conclusiones de estos estudios de caso son, por un lado, que todas las desigualdades —tanto en el plano nacional como internacional— requieren atención urgente y, por otro, que ninguna sociedad ni región ha alcanzado aún los objetivos a los que aspiramos colectivamente.



Debemos avanzar más rápido

Según las últimas estimaciones de 2023 —las cuales se basan en los mejores datos y prácticas disponibles—, la razón de mortalidad materna registrada a nivel mundial en 2020 apenas había cambiado con respecto a los cinco años anteriores y se encontraba alarmantemente lejos del objetivo fijado en 1994 (UNFPA, 1994). Las voces críticas podrían argumentar que, dados los resultados, el objetivo fijado en 1994 era sencillamente inalcanzable; sin embargo, los datos actuales extraídos de un grupo de países indican que lograr una razón de mortalidad materna de 1 o 2 muertes por cada 100.000 nacidos vivos es, en efecto, una meta factible (OMS *et al.*, 2023). ¿Cómo incide esto en el estado actual de la mortalidad materna? Por desgracia, actualmente es imposible conocer los avances respecto a la reducción de la mortalidad materna a medida que se producen, no solo por la escasez de datos, sino también porque las actualizaciones oficiales no se llevan a cabo hasta pasados varios años. Como resultado, existe una incertidumbre considerable respecto al estado actual del progreso, especialmente a raíz de la pandemia mundial de COVID-19. Las estimaciones más recientes recogen datos que abarcan únicamente el primer año de la pandemia, una época en la que los expertos tuvieron dificultades para comprender qué proporción del total de muertes por COVID-19 eran también muertes obstétricas indirectas (OMS *et al.*, 2023). Por tanto, aún se desconoce la magnitud de los efectos de la pandemia en los resultados de salud materna.

Sin embargo, sí hay indicios de que la razón de mortalidad materna ha aumentado de forma preocupante en algunas partes de Europa, América del Norte y América Latina y el Caribe. Estos aumentos son tan pronunciados y generalizados que han contrarrestado los descensos logrados en otros lugares, lo cual ha provocado un estancamiento de la razón de mortalidad materna mundial desde 2016. Dada la falta de datos más recientes, no está claro si las muertes maternas aumentarán aún más como consecuencia de la pandemia o si los aumentos que se produjeron recientemente ya han remitido (OMS *et al.*, 2023).

A pesar de estas señales contradictorias, los avances conseguidos son esperanzadores. En primer lugar, el número total de muertes maternas anuales ha descendido considerablemente desde 1994, lo cual resulta alentador si se tiene en cuenta que la población mundial ha crecido de manera exponencial, pasando de 5.700 millones en 1994 a 8.100 millones en 2024 (DAES, 2022a). En segundo lugar, los datos también son, en sí mismos, un signo de progreso. Es decir, cada vez que se introduce una mejora nueva en la recopilación y el análisis de datos las soluciones aparecen por sí solas, en ocasiones, en lugares insospechados.

Por ejemplo, algunas estimaciones indican que aproximadamente un tercio de la reducción total de la mortalidad materna se debe al descenso de la fecundidad, ya que el aumento del uso de anticonceptivos se traduce en un menor número de embarazos y un intervalo más seguro entre ellos (Snow *et al.*, 2015). Otros estudios apuntan a que el hecho de cubrir la necesidad insatisfecha de anticonceptivos evita más de la mitad de las muertes maternas, gracias a que reduce los embarazos a edades avanzadas y tempranas —en las que el riesgo es mayor—, a que prolonga el intervalo de tiempo entre los nacimientos y a que disminuye la probabilidad de que se produzcan abortos en condiciones de riesgo (Utomo *et al.*, 2021; Chola *et al.*, 2015; Ahmed *et al.*, 2012). Mientras tanto, la prevalencia de embarazos no intencionales y la necesidad insatisfecha de anticonceptivos delatan la existencia de incontables desigualdades que responden a diversos factores, como la edad, el estatus socioeconómico, la raza y la etnia (Anik *et al.*, 2022; Sully *et al.*, 2020; Kim *et al.*, 2016), lo cual indica directamente a los países de todo el mundo cuáles son las comunidades a las que es preciso atender.

Los datos recopilados a lo largo de decenios también ponen de relieve el peso de los abortos en condiciones de riesgo en lo que respecta a la mortalidad materna. Esta correlación ya se conocía en 1987, cuando la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos puso de relieve los resultados de un estudio realizado en Etiopía, el cual indicaba que más de

Cuantificar la discriminación

Con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la comunidad internacional ha tratado de determinar la proporción de personas que afirmaron haber sufrido discriminación o acoso en los 12 meses anteriores mediante el análisis de las formas de discriminación que se prohíben en virtud de la legislación internacional de derechos humanos. Tales datos ponen de manifiesto que casi 1 de cada 6 personas ha sido objeto de discriminación durante los últimos 12 meses. En determinados lugares, la estadística se eleva a 1 de cada 3 personas. Por lo general, la prevalencia mundial de la discriminación es más alta para la población femenina y, en ciertos contextos sociales, las mujeres denuncian hasta tres veces más incidentes de este tipo que los hombres. Asimismo, las personas con discapacidad se enfrentan a la discriminación con casi el doble de frecuencia que las personas sin discapacidad; en circunstancias particulares, la relación llega a ser de 6:1.

Formas de discriminación

La discriminación racial*, que tiene su origen en factores como la etnia, el color o el idioma, es el tipo de discriminación o acoso que se notifica más a menudo. A lo largo del año pasado, el 6% de la población mundial como mediana denunció actos de discriminación por este motivo. En situaciones límite, la proporción alcanza casi el 24%.

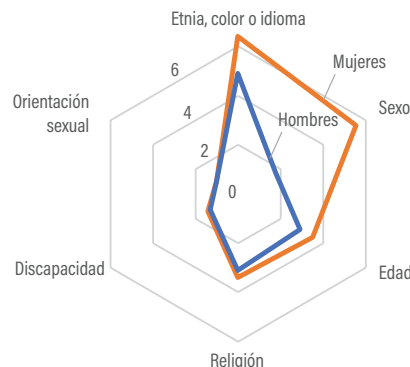
La discriminación interseccional agrava las dificultades que afrontan los grupos vulnerables —entre los que destacan las mujeres y las personas con discapacidad—, que declaran sufrir discriminaciones más graves basadas en sus orígenes étnicos, el color de la piel y las filiaciones lingüísticas. En algunos países, las cifras de mujeres discriminadas llegan a cuadruplicar a las de los hombres y las personas con discapacidad tienen seis veces más probabilidades de sufrir discriminación que las personas sin discapacidad.

La discriminación por motivos de edad y sexo afecta a, en promedio, el 4% de la población mundial. En regiones concretas, la discriminación por motivos de sexo repercute en cerca del 19% de la población, con disparidades notables entre hombres y mujeres. Por cada hombre víctima de la discriminación por motivos de sexo, cuatro mujeres se ven en esa situación. En ciertos contextos nacionales, la razón llega a ser de 1 hombre por cada 20 mujeres.

*Este uso del término “raza” se ajusta plenamente a los tratados internacionales de derechos humanos. No implica la aceptación de teorías que tratan de probar la existencia de razas humanas distintas.

GRÁFICO 4

Proporción de personas que sufren discriminación, correspondientes al período 2015-2023, por motivos específicos (porcentaje)



Fuente: ONU-Derechos Humanos, 2024.

Las mayores discrepancias entre países corresponden a la discriminación por motivos de edad, que se sitúa ligeramente por encima del 34% en algunos lugares. Los escasos datos probatorios apuntan a que las poblaciones más jóvenes son, desproporcionadamente, las que más afirman experimentar edadismo.

Progresos y margen de mejora

Desde 2023, la cantidad de países que cuantifican la discriminación ha aumentado en un 25%, lo cual supone un logro digno de mención. No obstante, todavía hay mucho margen de mejora: las naciones que recogen y difunden por sistema las opiniones de las personas marginadas como fruto de la discriminación no llegan a la mitad del total. Además, las prácticas contemporáneas de recopilación de información carecen del nivel de detalle indispensable para llevar a cabo un análisis pormenorizado y desglosado de la discriminación.

A fin de resolver este problema, el Grupo de Praia se afana en desarrollar estadísticas sobre gobernanza —que engloban las que se centran en la igualdad y la no discriminación— y en fomentar que los datos se trabajen con una metodología basada en los derechos humanos.

Texto elaborado por ONU-Derechos Humanos.

la mitad de las muertes maternas en Addis Abeba se debían a infecciones derivadas de abortos en condiciones de riesgo (Cohen, 1987). Hoy en día, esta correlación ya está ampliamente reconocida: el aborto en condiciones de riesgo sigue siendo una de las principales causas de mortalidad materna, y se calcula que provoca 1 de cada 13 muertes maternas en todo el mundo (Say *et al.*, 2014). Por otro lado, cada vez son más las pruebas de que las restricciones legales no reducen la incidencia del aborto, mientras que el acceso legal al aborto seguro sí que reduce la mortalidad materna (Bearak *et al.*, 2020; Latt *et al.*, 2019; Haddad y Nour, 2009). Los datos demuestran,

además, que restringir el acceso al aborto agrava las desigualdades existentes en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos (Fuentes, 2023; Harned y Fuentes, 2023). Estos datos han ganado cada vez más peso y podrían ser una de las razones por las que, en los últimos 30 años, más de 60 países han liberalizado sus leyes sobre el aborto. A pesar de ello, en la actualidad, alrededor de una cuarta parte de las mujeres en edad reproductiva viven en lugares donde el aborto está totalmente prohibido, o bien solo se permite para salvar la vida de la mujer o bajo circunstancias muy concretas, como es el caso de los embarazos resultantes de una violación (Centro de Derechos Reproductivos, s. f.).

La Carta de Datos Inclusivos

En 2018, el UNFPA se unió a una red mundial de gobiernos, empresas, filántropos y organizaciones no gubernamentales para presentar la Carta de Datos Inclusivos, un compromiso para mejorar la calidad, la cantidad, la financiación y la disponibilidad de datos inclusivos y desglosados. Dicha carta se rige por cinco principios (Carta de Datos Inclusivos y Alianza Mundial para los Datos sobre el Desarrollo Sostenible, 2018):

Los datos deben incluir a todos los grupos de población. Solo podremos alcanzar el objetivo de “no dejar a nadie atrás” si empoderamos a los más rezagados. Para ello, debemos escuchar sus opiniones y garantizar que los datos y los análisis den visibilidad a sus vivencias.

Siempre que sea posible, se desglosarán todos los datos para describir con precisión a todos los grupos de población. Los datos deben desglosarse por sexo, edad, ubicación geográfica y condición de discapacidad y, cuando sea posible, por ingreso, raza, etnia, situación migratoria y otras características pertinentes.

Se deben extraer datos de todas las fuentes disponibles. Es necesario disponer de acceso a datos oportunos y de alta calidad que procedan de fuentes oficiales y no oficiales, entre las que deberían incluirse fuentes nuevas de datos, siempre que cumplan las normas estadísticas aceptadas a nivel internacional.

Las personas encargadas de la recopilación de datos y la elaboración de estadísticas deben rendir cuentas. Se debe buscar el equilibrio entre los principios de transparencia, confidencialidad y privacidad para evitar el uso abusivo o indebido de los datos personales, en consonancia con la legislación nacional y los Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales (División de Estadística de las Naciones Unidas, 2014).

Se debe mejorar la capacidad humana y técnica de recopilar, analizar y utilizar datos desglosados, entre otras formas, a través financiación suficiente y sostenible. Para recopilar y analizar datos desglosados se necesitan competencias concretas y apoyo.

Los censos africanos tratan de contabilizar a todas las personas

Tras iniciar su carrera como maestro de escuela en la República Unida de Tanzania, Jonas Lubago fue a su banco local para abrir una cuenta y se la denegaron. El único motivo fue su ceguera. El banco tenía una política que exigía a cualquier persona ciega o con deficiencia visual ir acompañada un apoderado designado para firmar incluso las transacciones más básicas. Lubago considera que esta situación no era ni práctica ni justa.

Ser maestro de escuela fue la segunda opción de Lubago. Entró en la universidad con la intención de estudiar Derecho, pero su asesor académico le disuadió porque ninguna de las lecturas obligatorias estaba disponible en braille. “Me dijo que no lo conseguiría”, recuerda Lubago.

Esto ocurrió hace dos decenios. Si bien es cierto que la situación ha mejorado a lo largo de los años, las personas con discapacidad en la República Unida de Tanzania siguen haciendo frente a toda una serie de obstáculos en su día a día o a la hora de acceder a servicios públicos, como la atención sanitaria o la educación. Es posible que una clínica se encuentre a la vuelta de la esquina de la casa de una persona usuaria de

silla de ruedas, pero si solo se puede acceder a ella por las escaleras, si las salas de consulta son demasiado pequeñas para poder cerrar la puerta y tener intimidad o si los lavabos no están debidamente equipados, se trata de un servicio fuera de su alcance. “Y eso es discriminación”, afirma Lubago, actualmente secretario general de la Federación de Organizaciones de Personas con Discapacidad de la República Unida de Tanzania.

En 2012, el país empezó a incluir a las personas con discapacidad en su censo. Aun así, el sistema no tuvo en cuenta una amplia gama de categorías de discapacidad ni consideró su gravedad. De acuerdo con el estadístico jefe y coordinador nacional del censo Seif Kuchengo: “La comunidad de personas con discapacidad y el Gobierno pedían datos mejores”.

La información que se recopila a través del censo es de vital importancia. Como Estado parte en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la República Unida de Tanzania se comprometió a asegurar y promover “el pleno ejercicio de todos los

derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad”. Sin embargo, las instituciones necesitan datos para que los servicios no solo estén disponibles, sino que también sean accesibles.

Kuchengo señala que los funcionarios buscaron desde el principio la participación de representantes de la comunidad de personas con discapacidad en el diseño del último censo, tanto en la planificación como en la capacitación de los agentes censales. Lubago, que dejó su trabajo como maestro, se sumó a la labor de las oficinas gubernamentales para que el censo adoptara un conjunto más amplio y diverso de preguntas sobre discapacidad homologadas internacionalmente. En total, participaron unas 400 personas con discapacidad o deficiencia, se incluyeron cerca de 17 categorías diferentes de discapacidad o deficiencia, y se incorporó la posibilidad de especificar niveles de gravedad.

Según Kuchengo, los resultados preliminares del censo nacional de 2022 muestran que alrededor del

11% de la población tiene al menos un tipo de discapacidad o deficiencia física o del desarrollo. Se trata de una cifra dos puntos porcentuales superior a la de 2012, pero el aumento se debe al enfoque más exhaustivo del censo a la hora de contabilizar a las personas con discapacidad. Lubago espera que los nuevos datos del censo muestren lo vasta e importante que es la comunidad de personas con discapacidad y que, como resultado, estas personas participen en la toma de decisiones en los planos local y nacional.

Además de generar mejores datos sobre las personas con discapacidad, el censo de 2022 también incorporó un recuento innovador y más completo de los nómadas. Dado que estas comunidades se desplazan constantemente en busca de alimentos, el Gobierno tuvo que ponerse en contacto con ellas con mucha antelación para asegurarse de que iban a permanecer en un mismo lugar durante la realización del censo. Esto supuso velar por que las familias tuvieran comida suficiente para los dos días en que se llevó a cabo el recuento nacional.

La República Unida de Tanzania no es el único país que está generando mejores datos sobre las personas con discapacidad. El censo de 2018 de Malawi, por ejemplo, también incluyó el albinismo entre sus parámetros de discapacidad. Las personas con albinismo sufren múltiples formas de discriminación y a menudo están expuestas al riesgo de violencia o muerte. Desde 2006, la Experta Independiente de las Naciones Unidas sobre el disfrute de los



Anastazia Gerald, una mujer de 23 años con discapacidad que vive en Kahama, en Shinyanga (República Unida de Tanzania) y que ha recibido formación como adalid de sus derechos a través del programa “My Choice My Rights”, financiado por el Gobierno de Finlandia. El programa va dirigido a acelerar los progresos de cara a que se cumplan los derechos de las mujeres y las niñas —y en especial los de aquellas con discapacidad— y busca contribuir a la erradicación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil. Fotografía © UNFPA Tanzania/Ayubu Lulesu

derechos humanos de las personas con albinismo ha recibido cerca de 800 informes de 28 países sobre ataques rituales y acusaciones de brujería contra personas que padecen esta falta de melanina en el cabello, la piel o los ojos que se hereda genéticamente (ACNUDH, s. f.).

“Muchas personas tienen problemas para pasear por sus comunidades o incluso para ir a la escuela porque temen sufrir ataques”, comenta Isaac Chirwa, director adjunto del Departamento de Estadísticas

Demográficas y Sociales de Malawi. Chirwa explica que, antes del censo de 2018, había pocos datos acerca del recuento de personas con albinismo o su lugar de residencia, y sin esta información, a los encargados de formular políticas les resultaba difícil adoptar medidas para que las personas pudieran vivir con seguridad y gozar de sus derechos.

Los datos, un derecho humano

Los datos no son solo para los gobiernos, las políticas o los presupuestos. Son para todos nosotros, seamos de donde seamos; para respaldar nuestros esfuerzos por comprender, participar, elegir y reivindicar nuestros derechos. Sin embargo, podríamos decir que existe una lotería de datos, pues la disponibilidad de estos depende de dónde vivamos. Asimismo, aunque algunos factores como el género, la riqueza o ingresos,

la geografía y la edad se tienen en cuenta habitualmente en las encuestas y los análisis, el desglose por etnia, raza, lengua, religión o pertenencia a un pueblo indígena sigue siendo muy poco frecuente. Por otro lado, los datos desglosados que muestran el acceso a los servicios en función del estado serológico con respecto al VIH, la situación migratoria o la identidad LGBTQIA+ son aún más escasos.



En el pasado, apenas se estudiaba la discapacidad, sin embargo, la disponibilidad de datos al respecto está aumentando con rapidez. A pesar de ello, siguen existiendo lagunas de datos. Por ejemplo, se suele hacer más hincapié en el seguimiento de las discapacidades visibles que en el de las sensoriales, las cuales, a su vez, reciben más atención que las discapacidades mentales e intelectuales.

Además, hay personas sobre las que las Naciones Unidas y los principales sistemas regionales rara vez recopilan datos, como las personas en riesgo de apatridia, los desplazados internos y la población reclusa. En algunos casos, se advierte explícitamente de su exclusión (por ejemplo, una encuesta de población en la que se indique que no se ha incluido a los desplazados que viven en campamentos o a las personas reclusas en prisiones), pero lo más frecuente es que dicha exclusión no se indique y pase desapercibida.

El acceso a la información pública es un derecho humano firmemente reconocido en el derecho internacional y en muchos sistemas regionales como la Unión Africana, el Consejo de Europa y la Organización de los Estados Americanos (artículo 19, 2012). Se considera un derecho

habilitante que posibilita el cumplimiento de otros derechos humanos; además, es esencial para defender el derecho a la igualdad y a una vida sin discriminación. Mientras que algunas vulneraciones de derechos pueden constatare mediante un único dato —por ejemplo, solo se necesita un caso constatado de tortura para demostrar que se ha vulnerado el derecho a no sufrir tortura—, detectar la discriminación sistémica requiere que se recopilen y utilicen datos representativos y desglosados. Sin estos datos, es imposible determinar si las leyes, las políticas y los programas, por neutrales que parezcan, dan lugar a discriminación.

El hecho de que este capítulo se centre en la escasez de datos sobre mortalidad materna no significa que esta sea la única necesidad u objetivo existentes. Por el contrario, es uno de los muchos —o demasiados— casos en los que la falta de datos perpetúa desigualdades terribles. Por ejemplo, los acuerdos de las Naciones Unidas reconocen, desde la década de 1990, que existe una falta grave de datos sobre violencia de género, así como de medidas acordadas al respecto, lo que da lugar a que su seguimiento resulte imposible. No fue hasta 2013 cuando la OMS publicó, por primera vez,

Los datos son para todos nosotros, seamos de donde seamos; para respaldar nuestros esfuerzos por comprender, participar, elegir y reivindicar nuestros derechos.

¿Por qué no se recopilan datos desglosados?

A lo largo de la historia, muchos países han negado la existencia de determinados grupos de población dentro de sus fronteras, y puede haber razones que justifiquen estas afirmaciones, ya que el estigma y la discriminación suelen obligar a las personas a ocultar su identidad, lo cual dificulta enormemente la recopilación de datos. No obstante, existen otros motivos que explican por qué no se recopilan ni publican datos desglosados, por ejemplo, los problemas relacionados con los costos (Avendano *et al.*, 2018) y la capacidad, pero también la sensibilidad política y los riesgos (Backman *et al.*, 2008).

En efecto, el desglose de datos tiene un precio. Sin ir más lejos, el costo de recoger muestras suficientemente amplias puede ascender rápidamente. Por otro lado, las encuestas que proporcionan datos desglosados sobre multitud de características pueden resultar demasiado amplias o contener elementos poco fiables desde el punto de vista estadístico. No obstante, existen fórmulas para reducir los gastos. Por ejemplo, las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) suelen realizarse para todo un país, pero ya se han llevado a cabo encuestas especiales enfocadas exclusivamente a las comunidades romaníes de una serie de países europeos (como Macedonia del Norte y Serbia). Estas encuestas especiales permiten sacar a la luz graves desigualdades. Por ejemplo, una MICS realizada en el condado de Turkana (Kenya) puso de manifiesto que tan solo alrededor del 26% de las mujeres turkanas daba a luz con la asistencia de personal cualificado, mientras que este porcentaje ascendía hasta el 84% en el caso de las mujeres de otros grupos étnicos (Oficina Nacional de Estadística de Kenya, Instituto de Investigación y Estudios Demográficos y UNICEF, 2016).

Por otro lado, también es cierto que determinados tipos de recopilación de datos pueden dar lugar a abusos y usos indebidos. Por ejemplo, el seguimiento de las comunidades judía y romaní facilitó el genocidio que tuvo lugar en muchos países europeos durante la Segunda Guerra Mundial; en consecuencia, muchos de estos países evitan hoy en día la identificación étnica (Al-Zubaidi, 2022). Otro caso similar es el de Rwanda, donde, a raíz del genocidio que tuvo lugar en el país,

este decidió no indicar la etnia en sus EDS, a pesar de que la marginación persistente de los pueblos indígenas que habitan en los bosques es motivo de preocupación (Ndikubwimana *et al.*, 2023; Collins *et al.*, 2021). Además, en los últimos años se han producido casos de discriminación vinculados a la inclusión de datos relativos a la religión y la etnia en los documentos de identidad. En respuesta a estas preocupaciones, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) publicó una nota orientativa sobre cómo adoptar un enfoque basado en los derechos a la hora de recopilar y analizar datos (ACNUDH, 2018). En ella, recomienda recopilar los datos con la participación activa de los grupos desfavorecidos, desglosar los datos para conocer las diferencias entre los grupos, permitir a los miembros de los grupos autoidentificarse y garantizar tanto la transparencia de los procesos de recogida de datos como la rendición de cuentas por parte de los responsables; asimismo, recomienda que todos los datos sean confidenciales y que se respete la privacidad de los individuos.

Por último, cabe señalar que algunos gobiernos e instituciones evitan el desglose por temor a que los datos generen tensiones políticas y sociales o a que exacerbén las ya existentes. Les preocupa que los opositores políticos o los movimientos contrarios a las autoridades actuales puedan aprovecharse de los datos. Sin embargo, evitar la recopilación de datos no hace que las desigualdades resulten menos evidentes en la vida de las personas marginadas. De hecho, este planteamiento antepone la ventaja política al desarrollo y la inclusión a largo plazo de los grupos desfavorecidos.

En definitiva, no siempre estarán presentes todos los riesgos; además, tanto los riesgos como los costos deben sopesarse detenidamente en función de los posibles beneficios de cada caso. La decisión de no recopilar datos puede ser un reflejo de la falta de voluntad para comprender y atender a las personas más marginadas y excluidas, o bien puede indicar que los dirigentes anteponen la ventaja política a corto plazo al desarrollo y la inclusión a largo plazo. Tal y como afirma la organización internacional Minority Rights Group: “la falta de datos es un dato” (Thomas, 2023).

estimaciones mundiales y regionales sobre la violencia de pareja y la violencia sexual contra las mujeres fuera de la pareja. En aquel momento, 79 países disponían de datos. Esta cifra aumentó hasta los 153 en 2019 (García-Moreno y Amin, 2019).

No obstante, en muchos casos, sigue sin haber ningún dato o los datos disponibles son rudimentarios. El ODS 5.6.1 da seguimiento a la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva. Este indicador —que constituye el primer intento mundial de medir la autonomía corporal y de darle seguimiento— es de enorme importancia; sin embargo, solo un tercio de los países dispone de datos oficiales del ODS. Varios análisis —basados en datos de 69 países del periodo 2007-2022— indican que apenas poco más de la mitad (56%) de las mujeres casadas o en unión libre de entre 15 y 49 años toman sus propias decisiones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos (UNFPA, 2024a). La existencia de este indicador pone de relieve un mayor reconocimiento de que restringir la autonomía de las mujeres acarrea consecuencias para toda la sociedad (Menendez *et al.*, 2023; ONU-Mujeres, 2018). Todavía queda camino por recorrer y los especialistas reivindican la introducción de más medidas que permitan tener una visión más general de las vivencias de las mujeres con respecto a la capacidad de acción en temas reproductivos.

A pesar de todo, se han logrado enormes avances durante los últimos 30 años. El Programa de Acción de la CIPD hizo un llamamiento a los gobiernos e instituciones para “fortalecer los sistemas nacionales de datos” (UNFPA, 1994), pues son fundamentales para generar datos desglosados y de alta calidad que permitan distinguir y localizar a los grupos vulnerables, realizar intervenciones que favorezcan su desarrollo y llevar a cabo un seguimiento anual de los avances registrados en los indicadores correspondientes. Lo cierto es que, desde 1994, se han introducido grandes transformaciones en

los sistemas de datos demográficos, entre las que destaca la digitalización de la información mundial. Sin ir más lejos, los sistemas de datos para censos, encuestas, registro civil y estadísticas vitales, así como los datos sistemáticos del sector de la salud, no solo han permitido acelerar el procesamiento de datos y ampliar el tipo de datos disponibles, sino que también han proporcionado la posibilidad de reducir costos. Por otro lado, la información geoespacial y las imágenes de satélite han permitido establecer los objetivos con mayor precisión, lo cual representa una ventaja de inestimable valor. No obstante, el subdesarrollo y la escasez de financiación dan lugar a que muchos sistemas nacionales de datos continúen siendo deficientes (UNFPA, 2024c). Además, pese a que ya se vislumbran nuevos sistemas de datos en el horizonte y de que continúan introduciéndose innovaciones en los ya existentes, es preciso aplicar protecciones para prevenir los riesgos en materia de derechos humanos que pudieran comportar los futuros avances digitales y tecnológicos del mundo (UNFPA, 2024b).

Treinta años después de su creación, el Programa de Acción de la CIPD continúa siendo una hoja de ruta determinante en aras de un mundo mejor. El camino hacia el progreso no es previsible ni lineal; a pesar de las crisis y las dificultades de los últimos decenios, hay razones para tener esperanza. Podemos crear un mundo donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo. Podemos hacerlo; debemos hacerlo y, entre todos, lo conseguiremos.

¿Qué personas son suficientemente importantes como para ser objeto de mediciones? El caso de las madres adolescentes

A la hora de elaborar políticas y recopilar datos se asume, tácitamente, que las cosas que importan se miden y que las personas incluidas en las mediciones son importantes. Como demuestra este informe, esta asunción no se sostiene.

Un ejemplo claro es la recopilación de datos sobre la fecundidad entre las adolescentes (es decir, la fecundidad de niñas y mujeres jóvenes de 10 a 14 y de 15 a 19 años). La gestación entre las adolescentes es un fenómeno generalizado: se estima que cada año dan a luz medio millón de niñas de entre 10 y 14 años, y 12,8 millones adolescentes de entre 15 y 19 años (DAES, 2022b). En palabras de Carmen Barroso, Copresidenta del Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas, designada por el Secretario General de las Naciones Unidas, la maternidad precoz — sobre todo en el caso de las adolescentes más jóvenes— es “una forma de violencia de género. Obligar a alguien a que pase por un embarazo o a que haga con su cuerpo algo que no desea constituye un acto de violencia”. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte entre las adolescentes, además, afectan a los

resultados sociales y económicos de las mujeres, las niñas y sus familias. Sin embargo, en muchos países, las políticas y los programas necesarios para reducir la gestación precoz se basan en datos incompletos, que en muchas ocasiones no están desglosados por edad y otras características importantes.

La buena noticia es que cada vez se dispone de más datos que permiten comprender el alcance y la complejidad de la gestación entre las adolescentes, a escala mundial. Esta tendencia se aprecia especialmente desde la aprobación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual instó a los países a informar sobre las tasas de natalidad en adolescentes como indicador del avance hacia la consecución de la atención universal de la salud sexual y reproductiva. Con todo, el criterio básico para informar sobre este indicador —el ODS 3.7.2—, y también para estimar las tasas de fecundidad y la fecundidad por edades en *World Population Prospects* de las Naciones Unidas (DAES, 2022b), es que haya datos disponibles y de calidad procedentes de distintas fuentes, pero siguen existiendo lagunas de conocimiento considerables.

La calidad de los datos varía en función del país

El gráfico 5 muestra una evaluación de la disponibilidad de datos sobre la fecundidad entre las adolescentes en todo el mundo, desde 2015, lo cual abarca una amplia diversidad de fuentes cuya integridad y fiabilidad varían. Esta evaluación ha revelado que los niveles más preocupantes de falta de datos —es decir, cuando solo se dispone de datos esporádicos o no se dispone de datos en absoluto— corresponden a 67 países en los que vive el 20% de las niñas de entre 15 y 19 años. Todos ellos se encuentran en África Subsahariana, Asia, el Caribe y Oceanía.

Por el contrario, los mejores datos disponibles corresponden a Europa, América del Norte y determinados países de otras regiones, lo que en total equivale a 78 países, en los que vive el 16% de las niñas y mujeres jóvenes de todo el mundo.

En términos muy generales, la peor calidad y disponibilidad de datos se observa en regiones donde la información disponible indica que existe una alta tasa de fecundidad entre las adolescentes, lo que en algunos países guarda

relación con las altas tasas de matrimonio infantil (Molitoris, 2023). Por el contrario, los datos con mayor calidad y disponibilidad se encuentran, por lo general, en países con una incidencia muy baja de matrimonio infantil y de embarazo en la adolescencia.

La calidad de los datos varía dentro del territorio nacional

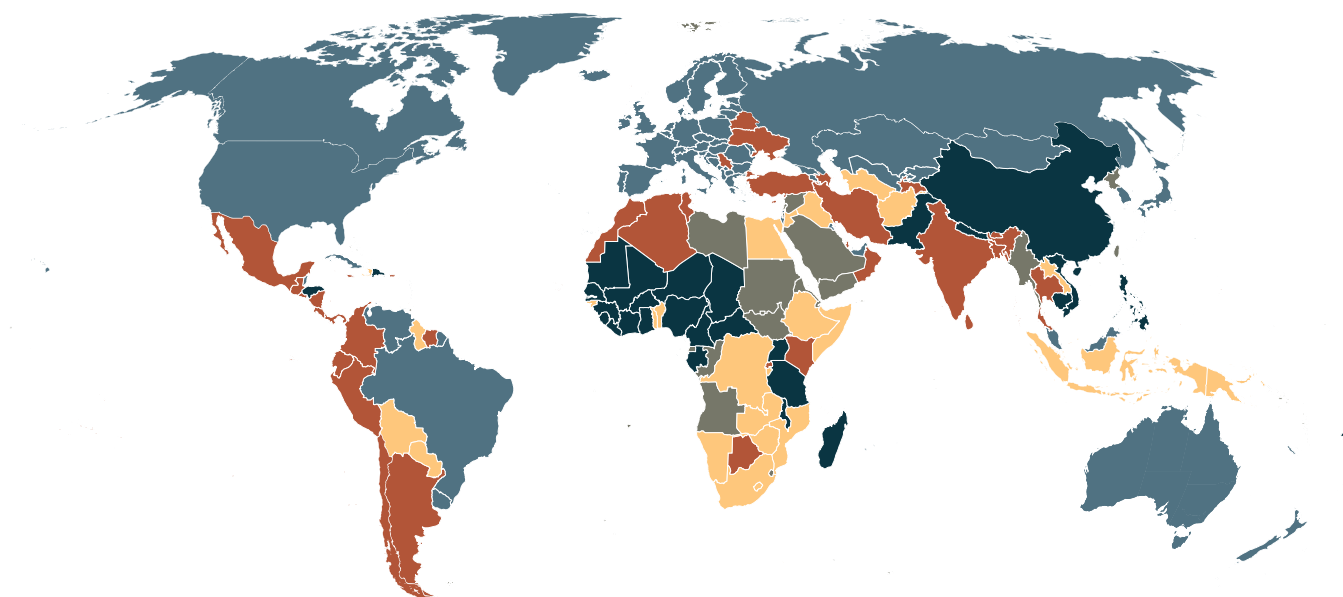
Las disparidades en la calidad de los datos no solo se observan al comparar países, sino que también ocurre dentro del territorio nacional. En el Brasil —un país incluido en la categoría (véase el gráfico 5) con las mejores estimaciones

de nacimientos por edad de la madre—, el registro de nacimientos ha mejorado de forma constante, y ha pasado de registrar en torno al 80% de los nacimientos, en la década de 1990, a más del 96%, en las últimas décadas (UNICEF, 2023; Hunter y Sugiyama, 2018). Sin embargo, el grupo de menor

GRÁFICO 5

Nacimientos por cada 1.000 niñas de entre 15 y 19 años, datos a partir de 2015

- Buenos datos de registro civil
- Encuestas: excelente disponibilidad
- Solo datos (incompletos) de registro civil o una combinación de datos de registro civil y encuestas
- Encuestas: pocos datos o únicamente censos
- No hay datos



Fuente: División de Población del DAES, 2024.

Nota: La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas ha definido cinco categorías respecto a la disponibilidad de datos. Los países del grupo 1 cuentan con las mejores estimaciones de nacimientos por edad de la madre, los cuales se notificaron a través de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales, y su cobertura es completa. Los países del grupo 2 disponen de datos de registro de nacimientos incompletos procedentes de sistemas de registro civil y estadísticas vitales, o bien de una combinación de datos de registro incompletos y de datos obtenidos a partir de encuestas representativas a nivel nacional, como las EDS o las MICS. Los países del grupo 3 cuentan con datos muy deficientes que proceden del sistema de registro civil y estadísticas vitales, y emplean datos procedentes de las encuestas como principal fuente de información. El grupo 4 está formado por países que solo disponen de datos esporádicos procedentes de encuestas o censos. El grupo 5 se compone de países que carecen de datos sobre fecundidad entre las adolescentes desde 2015.

ingreso inscribe alrededor del 88% de los nacimientos, mientras que el de mayor ingreso supera el 98%.

El gráfico 6 muestra que, a pesar de las dificultades, se aprecia una mejora continua en cuanto a la calidad de las estimaciones de la tasa de natalidad en adolescentes.

En Bangladesh —un país con datos de registro civil incompletos— se registraron únicamente el 56% de los nacimientos en 2019 (UNICEF, 2023). Las estimaciones de la tasa de natalidad en adolescentes tienen que obtenerse a partir de otras

fuentes de información, como encuestas representativas a nivel nacional. En el gráfico 7 se muestra una variación considerable en las estimaciones relativas a los partos de madres adolescentes entre 2000 y 2014. No obstante, se aprecia cómo los valores se van armonizando notablemente a lo largo del tiempo.

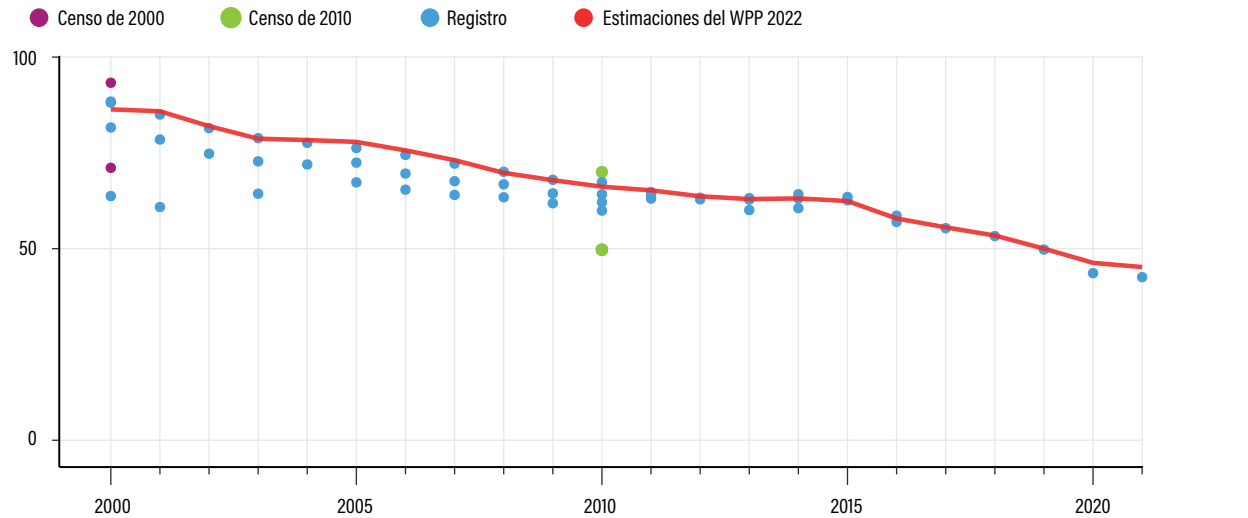
Aún se necesitan datos desglosados y de mayor calidad
La información sobre la etnia o la raza suele escasear incluso en los países que, según su categoría, disponen de datos completos procedentes del registro

civil y las estadísticas vitales. Este tipo de datos no se recopilan por defecto al registrar los nacimientos, de modo que deben complementarse con encuestas por muestreo dirigidas a subgrupos de población concretos.

Un ejemplo de ello es Eslovaquia, donde no se recoge información sobre la etnia de la madre cuando se registra a un niño. Los datos de las encuestas realizadas a la población romaní pusieron de manifiesto que la tasa de fecundidad entre las adolescentes de esta comunidad ha sido sistemáticamente superior a la

GRÁFICO 6

Comparación de las tasas de natalidad en las chicas de entre 15 y 19 años del Brasil, correspondientes al período 2000-2021, según distintas fuentes.



Fuente: División de Población del DAES, 2024

Nota: La línea roja representa la estimación de *World Population Prospects* 2022 respecto a la tasa de natalidad en las adolescentes de entre 15 y 19 años de los últimos 20 años. Los puntos azules representan los partos de madres adolescentes obrantes en el sistema de registro civil y estadísticas vitales, mientras que los puntos rosas y verdes corresponden a las estimaciones de los censos de 2000 y 2010. El hecho de que aparezcan multitud de puntos del mismo color en el mismo año es indicativo de que existe una amplia horquilla de valores procedentes de distintas fuentes, cuya disparidad se va reduciendo a lo largo del tiempo, lo que a su vez pone de manifiesto una mejora general de la calidad de los datos.

del conjunto de la población eslovaca. Si comparamos los datos extraídos de las encuestas realizadas desde 1996 con los datos de registro civil y estadísticas vitales de toda la población eslovaca, se observa que la fecundidad entre las adolescentes romaníes fue, de media, más de siete veces superior a la de la población eslovaca en su conjunto. Las tasas más recientes, correspondientes al período 2016-2018, muestran solo una ligera reducción de las disparidades; es decir, las tasas de natalidad entre las adolescentes romaníes siguen siendo más de seis veces superiores a las de todas las

adolescentes eslovacas (Nestorová Dická, 2021).

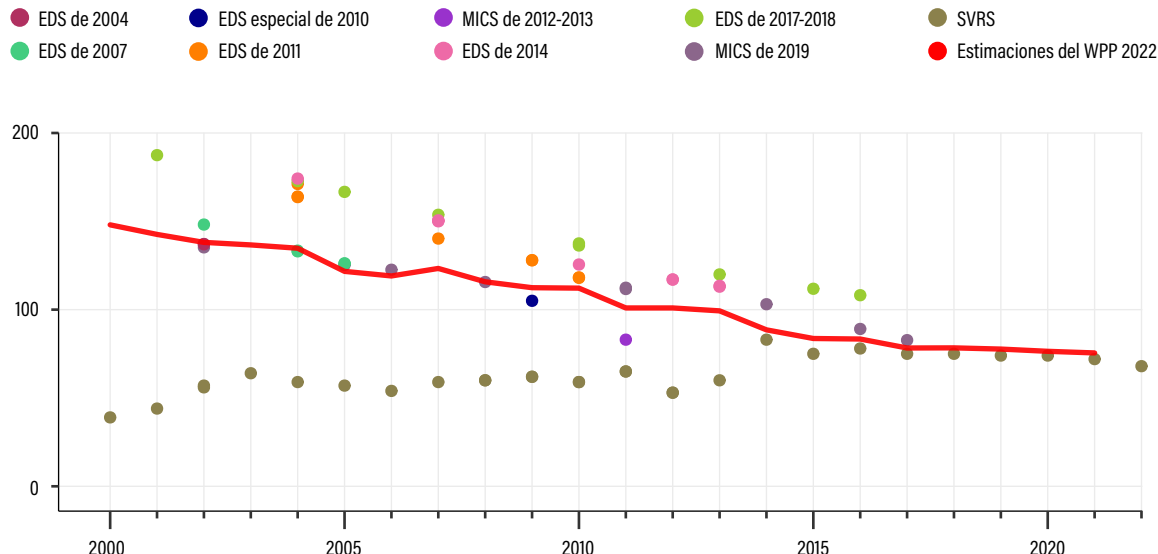
En general, estos resultados muestran que la base de conocimientos empíricos sobre la fecundidad entre las adolescentes ha mejorado mucho a lo largo del último decenio. Sin embargo, también han hecho patente que muchos países y regiones siguen careciendo de los datos coherentes, oportunos y de alta calidad que se necesitan para diseñar políticas y programas de apoyo a las adolescentes, las madres jóvenes, sus hijos y sus familias. También ponen de relieve la importancia de recopilar

información complementaria de interés, en función de contexto nacional, y que no se limite a los aspectos socioeconómicos básicos. Solo así podremos diseñar soluciones útiles y eficaces para proteger la salud y los derechos de todas las niñas.

Texto elaborado por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.

GRÁFICO 7

Comparación de las tasas de natalidad en las chicas de entre 15 y 19 años del Bangladesh, correspondientes al período 2000-2021, según distintas fuentes.



Fuente: División de Población del DAES, 2024

Nota: La línea roja representa las estimaciones de la tasa de natalidad entre las niñas de 15 a 19 años, que han sido extraídas de *World Population Prospects 2022* y de una amplia gama de fuentes, como EDS, MICS y sistemas de registro por muestreo. Los puntos, que representan diferentes fuentes de datos, muestran valores procedentes de un amplio abanico de fuentes. Dichos valores varían de forma considerable, pero su disparidad se reduce a lo largo del tiempo (Kisambira y Schmid, 2021). Es importante señalar que las tasas de natalidad extraídas del *Sample Vital Registration System (SVRS)* [Sistema de Registro Civil por Muestreo] son considerablemente inferiores a las de las fuentes alternativas hasta 2013.

CAPÍTULO 4

LAS MUJERES son

Las mujeres son

las hebras

HEBRAS

Según un proverbio del Chad, la mujer es la hebra que teje y estrecha los lazos familiares en el hogar. Al formar familias pacíficas, las mujeres pueden forjar sociedades pacíficas a su vez.

En un mundo ideal, la promoción de los derechos reproductivos de la mujer y de su acceso equitativo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos respondería, intrínsecamente, a la necesidad de defender los derechos humanos y la justicia social. Sin embargo, los contextos sociopolíticos del mundo real a menudo obligan a presentar argumentos cuantificables sobre cuál sería el rendimiento a corto y largo plazo de las inversiones en este tipo de programas. En efecto, así se entendió en 1994: aunque el Programa de Acción de la CIPD representó un cambio de paradigma —pues se desmarcó de las políticas de control de la población para dar prioridad a los derechos de todas las personas—, continuó siendo imprescindible aportar fundamentos económicos a la hora de justificar las inversiones en pos de estos derechos.

De hecho, los beneficios económicos y sociales vinculados a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos figuran como *primer* objetivo del Programa de Acción: “Entre los objetivos y las metas figuran: el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible; la educación, sobre todo de las niñas; la igualdad entre los sexos; la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna; y el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular de planificación de la familia y de salud sexual” (UNFPA, 1994).

Tanto las investigaciones como los balances que se han llevado a cabo a lo largo de los últimos 30 años han corroborado una y otra vez la afirmación de que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son facilitadores esenciales para lograr la emancipación a gran escala de las mujeres y las niñas como agentes económicos empoderados. Así pues, invertir en programas de salud sexual y reproductiva genera grandes beneficios sociales y económicos a nivel individual, social y nacional.

No obstante, estos no son los únicos argumentos a favor de la inversión. No cabe duda de que los costos asociados a los embarazos no intencionales, la mortalidad y la discapacidad maternas (UNFPA, 2022a), las ITS (Owusu-Edusei *et al.*, 2013) y la desigualdad de género se han investigado en profundidad (Wodon y de la Briere, 2018). Lo que aún no se ha estudiado con suficiente detenimiento es la magnitud del rendimiento económico que los programas de promoción en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos son capaces de generar. Esto se debe a que existen numerosas dificultades a la hora de analizar el *rendimiento* de tales inversiones. Por un lado, el término “salud y derechos sexuales y reproductivos integrales” abarca un amplio abanico de aspectos (Starrs *et al.*, 2018), como servicios de anticoncepción; acceso al aborto seguro allí donde la ley lo permite;

De hecho, los beneficios económicos y sociales vinculados a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos figuran como *primer* objetivo del Programa de Acción.

acceso a la atención posterior al aborto; atención de la salud materna y neonatal; prevención y tratamiento del VIH y otras ITS; educación sexual integral; prevención, asesoramiento y tratamiento de la violencia de género; prevención, detección y tratamiento de los cánceres del sistema reproductor; información, asesoramiento y servicios en materia de hipofertilidad e infertilidad; e información, asesoramiento y servicios de salud sexual y bienestar, entre otros.

Por otro lado, medir el rendimiento de las inversiones comporta una dificultad añadida, y es que invertir en un ámbito puede dar lugar al ahorro de costos en otros programas; por ejemplo, las inversiones en servicios de anticoncepción reducen la necesidad de asistencia relacionada con el aborto, así como de servicios de atención de la salud materna (Sully *et al.*, 2020). Por tanto, sería necesario contar con un cuerpo de investigación excepcionalmente amplio para llegar a discernir por completo el rendimiento de las inversiones en los distintos componentes de salud y derechos sexuales y reproductivos. La situación se complica aún más por la posibilidad de que la relación causaefecto entre los factores sea bidireccional. Por ejemplo, acogerse a programas de salud y derechos sexuales y reproductivos redundaría en el empoderamiento económico de las mujeres, pero dicho empoderamiento también puede hacer que recurran a programas de salud y derechos sexuales y reproductivos en mayor medida.

Asimismo, cabe destacar otras dificultades para medir la cuantía de la inversión total. Hay numerosas intervenciones cuya financiación podría considerarse como una medida de apoyo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, no obstante, los gastos en tales intervenciones no se contabilizan de forma exhaustiva. Hacer un breve repaso de la ayuda oficial para el desarrollo y de las donaciones del sector privado de los últimos tres decenios puede darnos una idea de las tendencias de la inversión. Según los informes de las Naciones Unidas, entre 1990 y 1999 las contribuciones oficiales y privadas destinadas

El diseño de este bolso bilum, originario de Papua Nueva Guinea, se basa en la forma de los ovarios y las trompas de Falopio. © Papua Nueva Guinea

a cuestiones demográficas no superaron los 2.000 millones de dólares anuales; no obstante, aumentaron notablemente tras la puesta en marcha de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la ayuda anual se incrementó de forma constante desde 2000 hasta 2011, cuando alcanzó los 12.300 millones de dólares. Desde 2011, las contribuciones han oscilado entre los 9.000 y los 13.000 millones de dólares anuales, y la ayuda destinada a cuestiones demográficas disminuyó dentro del porcentaje total de ayuda mundial. Cabe destacar que la mayor parte de este gasto se destinó a la salud sexual y reproductiva, mientras que la recopilación de datos demográficos y el análisis de políticas representaron una parte cada vez más pequeña dentro de estos gastos (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2024). Sin embargo, estas cifras no proporcionan una panorámica completa de las inversiones mundiales en materia de salud sexual y reproductiva así como otras esferas, puesto que no incluyen el gasto nacional.

A pesar de ello, se ha conseguido calcular una parte del rendimiento de las inversiones. Concretamente, se han llevado a cabo labores para analizar los costos y beneficios relacionados con las inversiones en determinados componentes de salud y derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, en 2022, el UNFPA, junto con Avenir Health, la Universidad Johns Hopkins y otras entidades, publicó estimaciones sobre el rendimiento de las inversiones destinadas a poner fin a la necesidad insatisfecha de planificación familiar y a las muertes maternas evitables (UNFPA, 2022). Según las estimaciones de la organización, destinar 79.000 millones de dólares más a incrementar la cobertura de 29 intervenciones esenciales en materia de planificación familiar y salud materna antes de 2030 generaría un beneficio económico de 660.000 millones de dólares entre 2022 y 2050. Se estimó que el gasto evitaría 400 millones de embarazos no planeados, 1 millón de muertes maternas, 6 millones de muertes prenatales y 4 millones de muertes de recién nacidos; asimismo, se determinó que traería consigo beneficios económicos generales en forma de años de vida ganados, participación en la fuerza de trabajo, productividad laboral, etc. (UNFPA, 2022).

El Instituto Guttmacher elaboró unas estimaciones similares respecto a los efectos de invertir en servicios de salud sexual y reproductiva, tras analizar más de 100 intervenciones básicas que abarcaban servicios de anticoncepción, atención de la salud materna y neonatal, servicios relacionados con el aborto y tratamiento de las principales ITS curables, en países de ingreso bajo y mediano (Sully *et al.*, 2020). Dichas estimaciones —que tuvieron en cuenta el hecho de que las inversiones en determinados servicios pueden dar lugar a beneficios indirectos en otros resultados de salud— preveían que, prestar estos

servicios costaría 68.800 millones de dólares al año, es decir, 31.200 millones más de lo que se invertiría en ese momento, lo que supondría un aumento de tan solo 4,80 dólares per cápita al año respecto a los gastos de aquel entonces. Como contrapartida, estimó que los embarazos no intencionales se reducirían en un 68%, los abortos en condiciones de riesgo en un 72% y las muertes maternas en un 62%. Además, las muertes de recién nacidos se reducirían un 69% y las nuevas infecciones por VIH entre los bebés de seis semanas o menos disminuirían un 88%.

El Instituto Guttmacher también señaló que el gasto necesario para atender toda la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos sería modesto: en los países de ingreso bajo y mediano, pasar del nivel de uso de anticonceptivos registrado en ese momento a niveles que permitan cubrir toda la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos, implicaría que los costos pasasen de 1,10 a 1,94 dólares per cápita. Los beneficios a corto plazo de las inversiones en servicios de anticoncepción compensarían con creces dichos costos: por cada dólar adicional destinado a servicios de anticoncepción, se reduciría en 3 dólares el costo de la atención neonatal y relacionada con el embarazo. Se calculó que por cada dólar adicional que se destinase a servicios de anticoncepción para adolescentes, siguiendo las inversiones recomendadas en atención neonatal y relacionada con el embarazo, se reduciría el costo de este tipo de atención en 3,70 dólares.

Aunque estas y otras metodologías han diferido de forma considerable —por ejemplo, en sus modelos, el alcance de la estimación, los plazos y supuestos de partida—, coinciden siempre al concluir que aumentar la inversión en salud sexual y reproductiva permite hacer un uso óptimo de los recursos.

Las personas a las que dejan atrás las estimaciones

Las estimaciones demuestran claramente que los países y regiones que más precisan de inversión son aquellos a los que los avances en crecimiento y desarrollo han dejado atrás. El nivel de necesidad insatisfecha, por ejemplo, es más alto en los países de ingreso bajo, donde casi la mitad (46%) de las mujeres que desean evitar el embarazo no utilizan un método moderno. Según el Instituto Guttmacher, África Subsahariana y Asia Meridional suman más de tres cuartas partes del aumento total de inversión que se necesita para proporcionar el paquete completo de servicios de salud reproductiva, que incluye no solo los anticonceptivos, sino también servicios de atención de la salud materna y de prevención de enfermedades, para todas las personas que los necesiten. Muchos de los países que registran los niveles más altos de necesidad insatisfecha se encuentran también entre aquellos con la mayor proporción de mujeres que afirman no poder tomar sus propias decisiones respecto a la anticoncepción, y entre los que presentan las tasas de fecundidad más altas (Sully *et al.*, 2020).

Como cabría esperar —aunque no por ello resulte menos grave—, las estimaciones sobre el rendimiento de las inversiones no son capaces de tener en cuenta los costos y los beneficios de llegar a los más rezagados dentro de los países y las comunidades. Los factores que empujan a las personas y las comunidades a la marginación son tan numerosos, están tan imbricados y las barreras son tan imponentes, que a menudo resulta necesario diseñar los programas de salud sexual y reproductiva a medida y dirigirlos a un tipo de beneficiario concreto. Una revisión sistemática del embarazo en la adolescencia concluyó que, entre otros factores, “pertenecer a un grupo étnico y religioso minoritario también aumentaba el riesgo” de quedarse embarazada durante la adolescencia, y señaló que era “poco probable que las estrategias para reducir el embarazo entre las mujeres menores de 20 años resultasen eficaces” si no se tomaban en consideración los riesgos particulares de cada contexto

(Pradhan *et al.*, 2015). Idealmente, los mensajes y las intervenciones podrían —o incluso deberían— diseñarse en colaboración con estas comunidades, para garantizar su accesibilidad y aceptabilidad.

Tales medidas podrían acarrear gastos adicionales o tal vez permitirían ahorrar costos en las intervenciones; lo cierto es que aún no se dispone de datos para saberlo. Con todo, suele haber reticencias a la hora de invertir los recursos necesarios para llegar a los más rezagados. Dicha reticencia podría atribuirse a la escasez de datos aplicables, pero es probable que también se deba a los prejuicios, la negligencia y la discriminación.

Todo ello ayuda a explicar por qué los estudios realizados indican que la mayor parte de los avances registrados en los últimos 30 años han llegado principalmente a quienes están, y ya estaban, dentro del alcance de los programas de salud sexual y reproductiva a gran escala. Como sostiene la hipótesis de la equidad inversa (página 65), los avances suelen producirse a costa del aumento de las desigualdades que afectan a los grupos más marginados, al menos al principio; no obstante, es probable que continuar focalizándose únicamente en los “objetivos fáciles” agrave aún más estas desigualdades e impida lograr los objetivos primordiales de la agenda de la CIPD. Además, aunque los costos iniciales pudieran ser elevados, el nivel de necesidad que presentan estas personas y comunidades rezagadas es tan elevado, que realizando inversiones eficaces se podría conseguir un rendimiento muy superior al de los programas que se centran en los “objetivos fáciles”.

Este capítulo analiza sobre todo los beneficios económicos a largo plazo, pero también los sociales, que se obtienen al invertir tanto en salud y derechos sexuales y reproductivos como en la capacidad de actuación de las mujeres con respecto a la reproducción. Dado que el rendimiento de la inversión en los distintos componentes de salud y derechos sexuales y reproductivos es demasiado

La sífilis pone de relieve uno de los peligros para la salud y los derechos humanos: el estigma

La sífilis y las demás infecciones de transmisión sexual (ITS) son “enfermedades secretas”, afirma el Dr. Adel Botros —especialista egipcio en dermatología y venereología— al recordar una llamada que recibió hace más de diez años. Un hospital contactó con él para notificarle el caso de un recién nacido con sífilis congénita. El Dr. Botros se apresuró en llegar al hospital y pidió permiso al padre para examinar al bebé sin costo alguno. Lejos de acceder, el padre se marchó y jamás volvió a ver al especialista.

Durante mucho tiempo, el estigma vinculado a las ITS ha servido para dividir a las comunidades y apuntalar las jerarquías incluso cuando se disuade a la población de utilizar los servicios de salud, de modo que las enfermedades se perpetúan. La sífilis es quizás el ejemplo más tristemente célebre: en un intento de culpar de su prevalencia a los extranjeros o los enemigos, diversas comunidades la han llamado “el morbo gálico”, “el mal napolitano”, “la enfermedad polaca”, “la enfermedad alemana”, “la enfermedad española” y “la enfermedad cristiana”, entre otras muchas denominaciones (Tampa *et al.*, 2014).

En la actualidad, la sífilis —una infección bacteriana que las autoridades sanitarias esperaban haber podido erradicar gracias a los antibióticos— va en aumento en todo el planeta. La cifra de casos pasó de 8,8 millones en 1990 a 14 millones en 2019; en ese mismo período, la incidencia se incrementó de 160 a 178 infecciones por cada 100.000 personas (Tao *et al.*, 2023).

Sin embargo, de acuerdo con la información disponible, la región de Oriente Medio y Norte de África se ha desviado de esta tendencia. Por ejemplo, mientras que la tasa de recién nacidos con sífilis congénita se ha triplicado con creces en los Estados Unidos desde 2016, la incidencia de la sífilis congénita ha caído en picado en Marruecos (OMS, s. f. b). En 2022, la Organización Mundial de la Salud anunció que Omán había puesto fin a la transmisión maternoinfantil de la enfermedad (OMS, 2022).

Estos datos ponen en tela de juicio los estereotipos antiquísimos sobre la sífilis en la región de los Estados Árabes. Es una historia de la cual la sociedad contemporánea puede extraer moralejas valiosas sobre las

enfermedades, el género y el poder, afirma Ellen Amster, profesora de Salud Pública en la Universidad McMaster (Canadá).

“La sífilis desempeñó un papel crucial en la eugenesia”, explica. “Se pensaba que era una manifestación de degeneración capaz de arrasar con toda una población”. Para los mandos coloniales occidentales, las personas árabes eran intrínsecamente vulnerables a esta enfermedad. Como demuestra la investigación de la profesora Amster, llegaron incluso a acuñar una expresión —“árabe sífilítico enfermo y degenerado”— con la que demonizaron y degradaron a las personas árabes y musulmanas (Amster, 2016).

“La sífilis estaba vinculada al desempoderamiento por motivos de género, a la vergüenza derivada de la sexualidad, que siempre termina por tener un componente de género”, explica al UNFPA. “Los franceses, con la intención de proteger a las tropas de estas mujeres ‘sífilíticas’ autóctonas (en Marruecos y por todo el imperio), fundaron burdeles cerrados que, en esencia, funcionaban como prisiones de mujeres jóvenes”.

Estas acciones respondían a “la creencia de que la prevalencia de la sífilis llegó al 80% o el 100% a lo largo de la época del protectorado marroquí”, unas conjeturas que (tal y como indica la profesora Amster) se debían a falsos positivos en las pruebas y diagnósticos incorrectos de tuberculosis, malaria y otras enfermedades. “Cuando las mujeres se sometieron a la prueba de forma sistemática, se descubrió que, en realidad, la prevalencia de la sífilis era del 0,5% o menos”.

El mundo de hoy todavía no se ha desprendido de la vergüenza (y las dinámicas de poder) que asociamos a las enfermedades infecciosas. En 2022, al mismo tiempo que las autoridades sanitarias mundiales se afanaban por contener la propagación de la viruela símica (también denominada “viruela de los monos”), también hacían lo posible por refrenar el estigma que la rodeaba. ONUSIDA dio la voz de alarma de que la difusión de información sobre la enfermedad “se ha valido de expresiones e imágenes —sobre todo al representar a personas LGBTI y de África— que consolidan los estereotipos homófobos y racistas y agravan la estigmatización” (ONUSIDA, 2022). No hace falta que una enfermedad se transmita por vía sexual para que genere intolerancia: la pandemia de COVID-19 suscitó brotes xenofóbicos contra la población asiática por todo el mundo (Human Rights Watch, 2020).

A la hora de idear programas que luchen contra las enfermedades



Bousibir era un burdel amurallado de Casablanca que nació a iniciativa de las autoridades coloniales como forma de prevenir la propagación de ITS. Fotografía histórica de dominio público.

infecciosas, hay que tener muy en cuenta los aspectos relacionados con el poder y los prejuicios. Pese a las lecciones del pasado, lo mismo se aplica a la sífilis; según se ha determinado, afecta de manera desproporcionada a los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (OMS, s. f. c). En opinión de los expertos, hay que entablar contactos con las comunidades afectadas por la enfermedad, no estigmatizarlas.

Incluso en la región de los Estados Árabes, que ahora registra unos índices relativamente bajos de sífilis, hay que permanecer alerta tanto

respecto a la enfermedad como a la discriminación. De hecho, como expone desde Egipto el Dr. Botros, es imposible saber la verdadera incidencia de ITS como la sífilis debido a que el miedo y la vergüenza —que en su momento fueron armas arrojadas muy eficaces contra el mundo árabe— todavía perduran.

“A veces descubrimos un caso por casualidad”, cuenta el dermatólogo. “Por otra parte, algunos pacientes solo acuden a consulta como último recurso si no han sido capaces de librarse del problema de otro modo”.

amplio para resumirlo, este capítulo se centra en tres elementos fundamentales: la autonomía reproductiva (que aquí se representa mediante el uso de anticonceptivos por parte de mujeres que no quieren quedarse embarazadas, sin dejar de señalar que se necesitan más medidas), la prevención de la violencia de género y la educación sexual integral, pues es sabido que cada uno de estos elementos aumenta la capacidad de las personas para satisfacer muchos otros aspectos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Por último, este capítulo analiza el rendimiento que se obtiene al invertir en la promoción de la igualdad de género, la cual también constituye un facilitador absolutamente fundamental para ejercer muchos derechos y tomar decisiones. No obstante, a la hora de reflexionar sobre el rendimiento que podría obtenerse al invertir en cada uno de estos componentes, es importante tener en cuenta que las estimaciones de inversión son instrumentos poco afinados que evalúan la repercusión general en grandes poblaciones. Es probable que el costo de los programas dirigidos eficazmente a beneficiarios concretos sea diferente y que generen repercusiones posiblemente mucho mayores en términos de desarrollo del capital humano, en comunidades que hasta la fecha han permanecido fuera del alcance del progreso mundial.

El mundo apenas está empezando a medir la capacidad de acción femenina en temas reproductivos.

El valor a largo plazo de la autonomía reproductiva

El mundo apenas está empezando a medir la capacidad de acción femenina en temas reproductivos, un concepto que reviste una importancia trascendental, pero que aún carece de una definición precisa. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre la autonomía corporal (5.6.1) y los entornos propicios (5.6.2) han supuesto un avance revolucionario, ya que han sacado a la luz la enorme masa de personas cuyos derechos se hacen efectivos de manera insuficiente. Sin embargo, solo 115 países o territorios proporcionan datos sobre el indicador 5.6.2, y únicamente 69 sobre el indicador 5.6.1; además, estos indicadores son solo un punto de partida. Para conocer a fondo la situación relativa a la capacidad de acción femenina en temas reproductivos se necesita recabar mucha más información.

Hoy en día, el uso de anticonceptivos por parte de mujeres que no quieren quedarse embarazadas representa quizás la mejor herramienta (aun con limitaciones) para calcular el rendimiento de las inversiones en autonomía reproductiva. Esto se debe a que el alcance y las repercusiones de los embarazos no intencionales se han documentado extensamente.

Aproximadamente la mitad de los embarazos registrados en los países de ingreso bajo y mediano (112 millones al año) son no intencionales (Bearak *et al.*, 2020). La mayoría (el 77%) se producen entre los 218 millones de mujeres en edad reproductiva de dichos países que desean evitar un embarazo, pero no utilizan un método anticonceptivo moderno (Sully *et al.*, 2020).

Existen desigualdades considerables tanto a nivel internacional como nacional en lo que se refiere al nivel de demanda insatisfecha de anticonceptivos. Así pues, la necesidad insatisfecha no solo es mayor en los países de ingreso bajo, sino que también existen disparidades en función del grupo de edad: si nos fijamos en las mujeres que desean evitar el embarazo, el porcentaje que presenta una necesidad insatisfecha de un método

moderno es mucho mayor entre las adolescentes de entre 15 y 19 años (43%) que entre todas las mujeres en edad reproductiva (24%) de los países de ingreso bajo y mediano (Sully *et al.*, 2020). Las mujeres de los hogares más ricos, que viven en zonas urbanas y tienen un nivel de estudios más alto, también tienden a registrar niveles más bajos de necesidades insatisfechas que sus homólogas. En 2015, alrededor de la mitad de las mujeres en unión libre que deseaban evitar el embarazo y que vivían en países afectados por crisis humanitarias no utilizaban ningún método anticonceptivo —ni moderno ni tradicional—, lo cual representa un porcentaje muy superior a la media mundial (Loaiza y Liang, 2016) (véase la nota técnica de la página 155).

Family Planning Impact Consortium —una colaboración entre el Instituto Guttmacher, el Instituto Africano de Políticas de Desarrollo, la Universidad Harvard, el Instituto de Modelización de Enfermedades y Avenir Health— analizó recientemente los datos disponibles sobre el valor de invertir en planificación familiar para que las mujeres puedan decidir de forma segura cuántos hijos tener, en qué momento y el espaciamiento de los nacimientos (Family Planning Impact Consortium, 2023). Este análisis puso de relieve que tener control sobre estos elementos básicos de la fecundidad permite a las mujeres alcanzar un mayor nivel educativo y les ofrece un abanico de salidas profesionales más amplio del que tendrían de otra manera. Además, la planificación familiar permite a las mujeres avanzar en su carrera profesional. Los beneficios en términos educativos, asimismo, traen consigo toda otra serie de ventajas para las mujeres y las niñas; por ejemplo, aumenta la probabilidad de que accedan a la atención de la salud, de que conozcan sus derechos y de que tengan confianza en sí mismas para exigirlos.

Además, cabe señalar que el aumento del nivel educativo de las mujeres también está asociado al incremento de sus ingresos (Grown *et al.*, 2005). Según se desprende de datos de hasta 96 países, las mujeres que cuentan con, al menos, algunos estudios de educación primaria ganan entre un 14% y un

19% más que las mujeres sin estudios; las mujeres con educación secundaria ganan casi el doble que las mujeres sin estudios; y las mujeres con educación terciaria ganan aproximadamente el triple de lo que ingresan las mujeres sin estudios (Wodon *et al.*, 2018).

La planificación familiar también hace posible que las mujeres que desean ser madres decidan —al menos hasta cierto punto— tanto el espaciamiento de los nacimientos como el número total de hijos que desean tener, lo cual les permite planificar los períodos en que no trabajarán. Quedarse embarazada durante la vida laboral acarrea costos, entre otros, la pérdida de ingresos a consecuencia del abandono temporal de la actividad laboral o de la reducción de las horas de trabajo; esto, a su vez, puede dar lugar a una atrofia de las competencias y también puede desincentivar a los empleadores a la hora de invertir en el desarrollo de estas, lo que, en última instancia, pone en riesgo la trayectoria profesional.

Las expectativas de las mujeres respecto a su capacidad para controlar la gestación también pueden influir en sus decisiones durante los primeros años de la edad reproductiva. Según los datos europeos, una parte considerable de los costos profesionales y salariales derivados de la gestación viene determinada por las trayectorias profesionales que las mujeres eligen, en función de sus expectativas de fecundidad, en el momento de incorporarse a la fuerza de trabajo (Adda *et al.*, 2017). En Alemania, por ejemplo, se calculó que el 19% de la pérdida salarial asociada a la maternidad se producía a consecuencia de las decisiones laborales tomadas al inicio de la carrera profesional (Adda *et al.*, 2017).

La relación entre la anticoncepción y la educación es recíproca: cuanto mayor es el nivel educativo, más aumentan los conocimientos y la autonomía de que disponen las mujeres para acceder a métodos anticonceptivos y utilizarlos (Blackstone *et al.*, 2017). Ciertamente, los servicios de anticoncepción generan un ciclo virtuoso que empodera a las mujeres y les proporciona mayores oportunidades. Satisfacer la demanda de servicios de anticoncepción y, con ello,

crear otras oportunidades para las mujeres, también da lugar a beneficios multigeneracionales; por ejemplo, las mujeres que se incorporan a la fuerza de trabajo son más propensas a aspirar a que sus hijas también lo hagan (UNFPA, 2023). Esto permite que los niños y niñas tengan a su disposición un abanico más amplio de opciones vitales, entre otras, la oportunidad de retrasar el matrimonio para finalizar sus estudios y obtener los beneficios a largo plazo que la educación proporciona en forma de empoderamiento económico, social y personal.

La educación de las niñas no solo genera beneficios a nivel humano, los empleadores cada vez son más conscientes de que respaldar la salud y los derechos sexuales y reproductivos también mejora su cuenta de resultados. Las empresas de Asia, por ejemplo, tienen la posibilidad de utilizar una herramienta sobre el rendimiento de las inversiones —diseñada por el UNFPA—, con la que es posible estimar los beneficios que se obtienen, en términos de productividad, al respaldar la salud reproductiva de los empleados (Oficina regional del UNFPA para Asia y el Pacífico, s. f.).

Los países también participan de estos beneficios, ya que la autonomía reproductiva aumenta la contribución de las mujeres a la economía nacional. Según un estudio de modelización realizado en Kenya, Nigeria y el Senegal, la renta per cápita aumentaría entre un 31% y un 65% entre 2005 y 2030, si se cubrieran todas las necesidades insatisfechas de anticonceptivos modernos de estos países (Bloom *et al.*, 2014). En el caso de Kenya, si se cubrieran dos tercios de las necesidades insatisfechas de anticonceptivos modernos, el país registraría, para 2050, un aumento del producto interno bruto (PIB) per cápita del 51%, debido a los efectos sobre el tamaño relativo de la población en edad de trabajar (véase la nota técnica de la página 155). Numerosos estudios realizados en diversos entornos han demostrado que la capacidad de las mujeres de ejercer el control de su fecundidad se traduce en beneficios económicos tanto para las

personas como las familias y las sociedades (Family Planning Impact Consortium, 2023).

El análisis de Family Planning Impact Consortium también recoge datos sobre el rendimiento mundial de las inversiones en planificación familiar. Por ejemplo, se ha estimado que una inversión de 1 dólar en planificación familiar, con el tiempo, daría lugar a un rendimiento de entre 60 y 100 dólares, en forma de crecimiento económico (Kohler y Behrman, 2018). Asimismo, el Banco Mundial estima que, a escala mundial, la escasez de oportunidades educativas que afecta a las niñas cuesta entre 15 y 30 billones de dólares en productividad y ganancias perdidas a lo largo de sus vidas (Wodon *et al.*, 2018). También se ha calculado que, a escala mundial, el porcentaje de participación femenina en la población activa disminuye entre 10 y 15 puntos porcentuales, o cerca de dos años, con cada hijo nuevo que tienen las mujeres de entre 25 y 39 años (Grepin y Klugman, 2013; Bloom *et al.*, 2009).

Es preciso tener en cuenta que, aunque la mayoría de los estudios sobre los beneficios económicos a largo plazo de ayudar a las mujeres a ejercer el control de su fecundidad se centran en satisfacer la demanda insatisfecha de anticonceptivos, ningún método anticonceptivo es infalible y, a pesar de que las restricciones al aborto persisten en muchos países de todo el mundo, se calcula que unos 6 de cada 10 embarazos no intencionales terminan en aborto cada año (Bearak *et al.*, 2020). Por tanto, es poco probable que desaparezca la demanda de abortos, ya sean seguros o en condiciones de riesgo.

Los abortos en condiciones de riesgo son responsables de un porcentaje considerable de muertes maternas, así como de enfermedades y discapacidades generalizadas. De hecho, se calcula que entre el 5% y el 13% de todas las muertes maternas del mundo, así como de las enfermedades y discapacidades generalizadas, se producen a consecuencia de abortos en condiciones de riesgo (Say *et al.*, 2014). Según una estimación, el costo total de la atención relacionada con el aborto en los

países de ingreso bajo y mediano es de 2.800 millones de dólares anuales; una cifra que incluye 1.000 millones de dólares en abortos (tanto abortos seguros como practicados en condiciones de riesgo) y 1.700 millones en atención posterior al aborto (Sully *et al.*, 2020). Se ha calculado que, si todos los abortos que actualmente se practican en condiciones de riesgo, en los países de ingreso bajo y mediano, se realizaran en condiciones de seguridad y se satisficieran todas las necesidades de servicios anticonceptivos y de atención relacionada con el aborto, el costo total de esta última disminuiría hasta los 600 millones de dólares.

El valor a largo plazo de erradicar la violencia de género

Garantizar la autonomía reproductiva de todas las personas será imposible si no se garantiza la libertad frente a la violencia de género, especialmente la violencia de pareja. A escala mundial, más de 1 de cada 4 mujeres de entre 15 y 49 años que han mantenido una relación de pareja declaran haber sufrido violencia de género física o sexual, a manos de su pareja, en algún momento de sus vidas; asimismo, el 13% ha sido víctima de violencia física o sexual ejercida por su pareja, en algún momento del año anterior (OMS, 2021).

La prevalencia de la violencia de pareja es extremadamente alta en Asia Meridional y África Subsahariana, donde se calcula que entre el 19% y el 20% de las mujeres ha sufrido violencia de pareja en los últimos 12 meses. Según un análisis de datos procedentes de 46 países, las mujeres más desfavorecidas y jóvenes y las mujeres que viven en zonas rurales, tienden a ser especialmente vulnerables a este tipo de violencia (Coll *et al.*, 2020). Las cifras de violencia contra las mujeres también suelen ser más elevadas entre aquellas desplazadas por la fuerza o que viven en entornos afectados por conflictos (Hadush *et al.*, 2023; Horn *et al.*, 2021; Delkhosh *et al.*, 2019). Los efectos desestabilizadores de estas situaciones, junto con la erosión de las redes y

las protecciones sociales, contribuyen a incrementar el riesgo de sufrir violencia de pareja en estos entornos, donde realizar labores de prevención y respuesta también resulta extremadamente difícil.

Desenmarañar los vínculos entre la violencia y falta de autonomía reproductiva es una tarea muy complicada, no solo porque la violencia y la coacción sexuales atentan directamente contra la autonomía corporal, sino también porque la coacción reproductiva es, en sí misma, una forma de violencia. No obstante, existen formas de comprender algunos de los vínculos causales; por ejemplo, a través de estudios sobre la violencia de pareja y el uso de anticonceptivos. Los estudios longitudinales han demostrado que las mujeres que sufren violencia de pareja presentan mucha menos probabilidad de utilizar métodos anticonceptivos, y es muy poco probable que recurran a métodos que dependan de su pareja, como los preservativos (Maxwell *et al.*, 2015). Asimismo, se ha determinado que existe una relación entre la violencia de pareja y el aumento de la incidencia de embarazos no deseados (OMS, 2013). La violencia es, por tanto uno de los factores impulsores de los costos personales y sociales derivados de la pérdida de autonomía reproductiva que aparecían indicados en la sección anterior.

No obstante, la violencia también acarrea costos económicos considerables en forma de resultados de salud reproductiva adversos, como ITS (Bacchus *et al.*, 2018; OMS, 2013) o servicios insuficientes de atención prenatal y atención cualificada durante el parto (Musa *et al.*, 2019). Los costos pueden llegar a ser intergeneracionales, ya que las mujeres que sufren violencia durante el embarazo tienen más probabilidades de sufrir abortos espontáneos, muertes prenatales y de dar a luz a bebés de poco peso (Silverman *et al.*, 2007; Boy y Salihu, 2004). La violencia de pareja y otras formas de violencia de género también provocan traumas psíquicos y estrés, así como lesiones físicas leves o graves e incluso la muerte (OMS, 2013). También las mujeres que sufren violencia

sexual fuera de la pareja corren mayor riesgo de abusar del alcohol y las drogas, así como de sufrir trastornos mentales. Los sistemas de salud, además, se ven obligados a sufragar costos directos considerables relacionados con el tratamiento de las supervivientes de la violencia.

La fuerza de trabajo, la productividad y los salarios también se ven afectados. La disminución de la autonomía de las mujeres a causa de la violencia de género pone en riesgo su capacidad para tomar decisiones propias, cursar estudios y participar de forma plena en la fuerza de trabajo. La violencia da lugar a la pérdida de oportunidades laborales por miedo al acoso o la violencia; limita las decisiones profesionales, ya que las mujeres pueden tratar de obtener puestos de trabajo que perciban como más seguros o más aceptables por parte del agresor; reduce la productividad a causa del malestar psíquico y las consecuencias en la salud física; y obliga a las mujeres a ausentarse del trabajo, para poder lidiar con las secuelas provocadas por los episodios de violencia de género (Vyas, 2013). En 2016, se publicó un informe que proponía una fórmula para ayudar a los empleadores a calcular el impacto de la violencia de género en los gastos operacionales, incluidos los días perdidos, el movimiento de personal y los gastos de contratación (Walker y Duvvury, 2016).

¿Cuál es el importe total del gasto? Pues bien, las cifras varían, pero todos los resultados son elevados: el Fondo Monetario Internacional estimó que, en África Subsahariana, cada vez que el porcentaje de mujeres que sufre violencia de género aumenta un punto porcentual, la actividad económica se reduce hasta un 8%; este descenso se atribuye principalmente a la caída del número de mujeres ocupadas (Ouedraogo y Stenzel, 2021). Otras investigaciones realizadas en 2022 estimaron que el costo total de la violencia de pareja ascendía al 5% del PIB mundial y a casi el 15% del PIB en África Subsahariana

(Yount *et al.* 2022). Además, un análisis de datos procedentes de 13 países reveló que la violencia contra las mujeres costaba a las economías nacionales entre el 0,35% y el 6,6% de su PIB (Ibrahim *et al.*, 2018). La erradicación de la violencia de género no solo permitiría eliminar estos costos, sino que generaría beneficios inmediatos y a largo plazo para la productividad de las personas y su capacidad de generar ingresos; además, sus efectos se transmitirían de generación en generación.

También se obtienen beneficios económicos inmediatos al ayudar a las mujeres a escapar de relaciones violentas. Un pequeño estudio sobre mujeres realizado en los Estados Unidos puso de manifiesto que los servicios de asistencia jurídica y civil dirigidos a las supervivientes de violencia de pareja generaron una media de 5.500 dólares de ganancias netas en ingresos, antes de que pasara un año desde que se prestó la asistencia, lo que supone un rendimiento de 2,41 dólares en ingresos personales por cada dólar invertido en asistencia jurídica (Teufel *et al.*, 2021). Por otro lado, las mujeres que recibieron estos servicios también presentaron menos probabilidades de caer en la pobreza un año después. Invertir en la prevención de la violencia podría dar lugar a un rendimiento similar.

Los beneficios, además, perduran entre distintos grupos de población y generaciones. Existen pruebas sólidas que demuestran que las intervenciones de prevención de la violencia de género mejoran la salud de la población general (Ferrari *et al.*, 2022; Musa *et al.*, 2019; Bacchus *et al.*, 2018). Aunque algunos programas resultan más caros que otros, se ha comprobado que muchos de ellos son costoeficaces, y su eficacia se mide en función de los costos del programa por año de vida ajustado por discapacidad que ha sido evitado gracias a dichas intervenciones (Ferrari *et al.*, 2022).

Argumentos económicos a favor de la inclusión

Llegar a las personas más marginadas puede resultar más difícil y costoso, por motivos tan diversos como las circunstancias locales y las normas discriminatorias. Al mismo tiempo, aplicar “enfoques únicos” a grupos con características diferentes puede dar lugar al malgasto de los recursos; por esta razón, adaptar los enfoques a la lengua, la religión, la cultura y los factores contextuales de las mujeres y las niñas —como los conflictos y el nivel de infraestructuras— permite evitar el derroche de recursos y hacer un uso más adecuado de estos. Aumentar la necesidad de atención de la salud sexual y reproductiva, con el fin de garantizar la autonomía corporal y reducir la marginación, puede traducirse en un mayor rendimiento de la inversión, así como impulsar con más fuerza el desarrollo. La adaptación también permite reducir los costos a largo plazo que ocasiona la fragmentación social derivada del agravamiento de las desigualdades, ya que los servicios benefician a algunas personas, pero se encuentran con barreras que les impiden llegar a otras.

Normalizar la exclusión también acarrea enormes costos cuya totalidad es imposible de contabilizar, puesto que la propia exclusión da lugar a que algunas personas resulten invisibles; no obstante, las ganancias económicas que se obtienen al eliminar las leyes, políticas y normas excluyentes nos dan una pista bastante reveladora respecto a dichos costos. Así lo ha manifestado un informe reciente sobre la despenalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el cual ha constatado que genera beneficios tanto microeconómicos como macroeconómicos (HIV Policy Lab *et al.*, 2023). En el plano más individual, se concluyó que la derogación de las leyes homófobas elimina los costos laborales y productivos de las detenciones, los enjuiciamientos y retenciones, así como los traumas físicos y psíquicos que conllevan. En un plano más general, hay al menos un estudio cuyas conclusiones señalan que la homofobia acarrea un costo mundial de 126.000 millones de dólares al año; en cambio, se estimó que la mejora del entorno jurídico de las personas LGBTQIA+ comportaba un aumento de 2.000 dólares en el PIB per cápita (Badgett *et al.*, 2019).

Es conveniente reflexionar sobre la importancia de adaptarse al contexto particular de las personas en situación de necesidad.

Es decir, diseñar intervenciones a medida es fundamental para llegar a los grupos de población marginados, quienes sufren la violencia de género de forma diferente debido a factores interseccionales como la etnia, la identidad de

género, la orientación sexual, la discapacidad y la situación económica. Así pues, adaptar las labores de prevención dirigidas a combatir las causas fundamentales de la violencia de género en estas comunidades aumenta la probabilidad de lograr un impacto generalizado y duradero (Capasso *et al.*).

Aunque suele darse por sentado que las intervenciones a medida son costosas, hay algunos indicios de que

responder a las necesidades de las personas con diversas vulnerabilidades interseccionales aumenta la eficacia y, por ende, contribuye al uso óptimo de los recursos. Por ejemplo, algunos promotores comunitarios advierten de que las intervenciones dirigidas a reducir la violencia de género pueden llegar a traducirse en asignaciones masivas de recursos al control policial y el encarcelamiento, sin combatir los estigmas y desigualdades que realmente colocan a las mujeres en una posición de vulnerabilidad frente a la violencia. Según afirman los expertos, puede dar lugar, incluso, a “consecuencias no deseadas como la criminalización de las mujeres, lo cual no solo conlleva detenciones, sino también la intervención del sistema de bienestar infantil” (Goodmark, 2022). Este fenómeno, que en inglés también se conoce como “abuse-to-prison pipeline” (conducto directo del maltrato a la cárcel), hace referencia al hecho que una mujer puede llegar a ser detenida si denuncia un caso de violencia ante una autoridad que la niega, si huye de un maltratador o si es víctima de la trata. Para lograr un uso óptimo de los recursos en este tipo de contextos, podría ser más adecuado invertir en servicios comunitarios, apoyo a las supervivientes e intervenciones educativas.

Además, es importante señalar que, si bien los estudios detectaron factores de riesgo que agravaban la vulnerabilidad a la violencia de pareja, una gran parte de las supervivientes no presentaba estos factores de riesgo y, de hecho, “no se determinó que ningún grupo de mujeres estuviera seguro” (Coll *et al.*, 2021). Además, se cree que las tasas de violencia de género que sufren los hombres y los niños son muy superiores a las registradas (Wörman *et al.*, 2021). Por lo tanto, aunque deben realizarse intervenciones destinadas a reducir la violencia de pareja, estos enfoques a medida no serán suficientes por sí solos: también deben aprobarse leyes, políticas y normas sociales dirigidas a toda la población, para promover la igualdad de género; esto, a su vez, ayudará a reducir la violencia y generará efectos positivos tanto para el bienestar de la comunidad como para la salud mental y física de todas las personas.

Los beneficios a largo plazo de la educación sexual integral

Tal y como ocurre cuando se habla de erradicar la violencia de género, el acceso a la educación sexual integral es un requisito indispensable para garantizar la autonomía reproductiva de todas las personas (Starrs *et al.*, 2018), así como para poder acceder a los beneficios sociales y económicos que proporciona.

La educación sexual integral dota a las personas de los conocimientos y habilidades que necesitan para tomar decisiones informadas, saludables y responsables en relación con su salud sexual y reproductiva a lo largo de la vida. Abarca diversos temas, como la anticoncepción, las ITS, el consentimiento y la comunicación sana dentro de la pareja, lo cual genera beneficios que favorecen la salud individual y pública, el empoderamiento económico, y el bienestar físico y psicológico. Las jóvenes que cuentan con capacidad para protegerse contra las enfermedades, evitar embarazos no intencionales y prevenir la violencia (o reconocerla y huir de ella) están mejor preparadas tanto para continuar su educación como para participar y ascender en la fuerza de trabajo formal.

Aunque no se han evaluado por completo los costos relativos a sus efectos, se ha demostrado que la educación sexual integral contribuye a retrasar la edad de la primera relación sexual, a incrementar el uso de métodos anticonceptivos (Kirby, 2008) y a reducir las tasas de embarazo en la adolescencia (Aguirre y Carrión-Yaguana, 2023; Kohler *et al.*, 2008). Los programas que enlazan la educación sexual integral con servicios de salud sexual y reproductiva accesibles y adaptados a los jóvenes han demostrado ser especialmente eficaces a la hora de reducir los embarazos no intencionales (Mbizvo *et al.*, 2023). El rendimiento de las inversiones asociado a estos resultados ya se ha detallado en la sección anterior sobre la autonomía

reproductiva (véase “El valor a largo plazo de la autonomía reproductiva” en la página 94).

Incorporar las normas de derechos humanos e igualdad de género acordadas internacionalmente a los programas de educación sexual integral ha demostrado su eficacia a corto plazo a la hora de ampliar los conocimientos, mejorar las actitudes y aumentar la comunicación con los padres sobre el sexo y las relaciones. También genera efectos positivos a más largo plazo en aspectos como la comunicación con la pareja, los conocimientos sobre salud sexual y la concienciación sobre los servicios (UNESCO, 2016; Constantine *et al.*, 2015; Rohrbach *et al.*, 2015). Además, según concluyen los análisis de los datos disponibles, “los programas que se centran en las cuestiones de género son notablemente más eficaces que aquellos que ‘las ignoran’, cuando se trata de lograr resultados de salud, como la reducción de las tasas de embarazos no intencionales o de ITS” (UNFPA, 2018a).

Los aspectos culturales y sociales de la educación sexual integral son tan cruciales como los relacionados con la salud, aunque en ocasiones se tachan de innecesarios o ideológicos (Naciones Unidas, 2023a). A pesar de este tipo de percepciones, la educación sexual integral, cuando se imparte conforme a las normas internacionales (UNFPA, 2018a), es apropiada a la edad y al contexto, además de pertinente desde el punto de vista cultural. De hecho, adaptar los planes de estudio integrales sobre sexualidad a las necesidades locales es un elemento clave para lograr que los programas sean eficaces, como también lo es garantizar que sean aceptables para los padres, las familias y las comunidades locales

(incluidas las organizaciones confesionales). Este aspecto puede ser especialmente importante cuando se trata de comunidades marginadas, ya que la educación o los planes de estudio que no respondan a las necesidades de la comunidad probablemente fracasarán a la hora de mitigar daños y generar resultados de salud positivos. Por ejemplo, algunos países incluyen mensajes sobre los riesgos relacionados con los *sugar daddies* —un término que hace referencia a hombres mayores que se ofrecen a pagar las tasas de matriculación de las jóvenes o a proporcionarles regalos a cambio de mantener relaciones sexuales—, debido a la prevalencia de esta forma de explotación; otros, sin embargo, ponen más énfasis en normalizar la menstruación, como respuesta a los tabúes que imperan en torno a ella (UNFPA, 2018a).

El pañuelo de las sufragistas tiene bordadas 66 firmas, todas de mujeres encarceladas por haber participado en las manifestaciones que la organización Women's Social and Political Union Suffragette convocó en marzo de 1912 en Londres. Imagen por cortesía de la Sociedad Arqueológica de Sussex.

educación sexual integral como medio para ayudar a combatir y paliar el aumento de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19 (Rollston *et al.*, 2020), lo cual pone de manifiesto el gran potencial que posee como herramienta para influir en las normas y los comportamientos.

Lamentablemente, aún no se han materializado todos los efectos que la educación sexual integral basada en los derechos es capaz de ofrecer. Esto se debe, por un lado, a que los educadores suelen recortar aspectos del plan de estudios que les incomoda impartir (UNFPA, 2018a) y, por otro, a que no suele incidirse lo suficiente en las normas sociales y de género. Por ejemplo, según un estudio de los programas nacionales de educación sexual de 13 países de África, las materias con el contenido más deficiente eran las relacionadas con el género y las normas sociales (UNESCO, 2016).

Los estudios longitudinales sobre el rendimiento a largo plazo de las inversiones son difíciles de llevar a cabo, entre otras razones, por la falta de continuidad en la aplicación de los programas. No obstante, también se puede afirmar que el rendimiento de las inversiones aumenta considerablemente cuando la educación sexual integral se imparte a gran escala y se mantiene a lo largo del tiempo; así lo demuestra el caso de varios países: al analizar los programas escolares de educación sexual en seis países, se constató que los costos de los programas se situaban entre los 7 y los 33 dólares por estudiante beneficiario, en los países cuyos programas ya estaban totalmente implantados a gran escala (Estonia, Nigeria y

Los datos disponibles sobre los efectos de la educación sexual integral, al margen de los resultados sanitarios —por ejemplo, en lo que respecta a las actitudes y aptitudes de los adolescentes en relación con la sexualidad, la incidencia de la violencia de género y de pareja, y la prevalencia de normas de género equitativas y de relaciones fuertes y saludables—, son más limitados (UNFPA, 2018^a). Aun así, cada vez son más las voces que coinciden en que los programas de educación sexual explícitamente dirigidos a empoderar a las niñas y a otros jóvenes marginados, para que se perciban a sí mismos como miembros en condiciones de igualdad dentro sus relaciones, resultan especialmente eficaces a la hora de prepararlos para que protejan su salud y participen activamente en la sociedad (Haberland y Rogow, 2015). De hecho, los investigadores propusieron la

los Países Bajos), mientras en los países donde los programas aún se encontraban en fase piloto (Kenya e Indonesia, respectivamente), dichos costos se situaban entre los 50 y los 160 dólares por estudiante beneficiario (Kivela *et al.*, 2013). Según otro estudio de costos realizado en Indonesia, cuando transcurren tres años desde la puesta en marcha de un programa escolar de educación sexual integral, sus costos se reducen en un 90% (El Halabi y Annerstedt, 2021). Además, la mayor parte de los costos de los programas —es decir, los salarios de los docentes—, ya están incluidos en los gastos de educación; por tanto, si no se tienen en cuenta, los desembolsos en programación de la educación sexual solo representan en torno al 25% de los costos totales de los programas implantados a gran escala, como ya se ha indicado en las estimaciones anteriores (Kivela *et al.*, 2013).

Según los expertos, es probable que el ahorro de costos y el rendimiento de las inversiones aumenten aún más al incorporar la impartición de la educación sexual integral a los programas de formación docente, ya que esto contribuye a normalizar el tema y permite que los planes de estudio se impartan de forma efectiva a un cuerpo docente cada vez mayor. Esta inversión reduce, además, los costos relacionados con la formación en el empleo de los docentes (UNFPA, 2018a).

Por último, es probable que los costos y rendimientos de impartir educación sexual integral a los estudiantes no escolarizados sean muy diferentes a los de impartirla en las escuelas. Los estudiantes no escolarizados suelen ser los más vulnerables a la desinformación, la coacción y la explotación, pero también representan el grupo al que más complicado resulta llegar. Tras tomar conocimiento de que en 2018 había unos 263 millones de jóvenes sin escolarizar, el UNFPA y sus asociados decidieron elaborar orientaciones con base empírica para proporcionar educación sexual

integral extraescolar, en las que se ofrecen recomendaciones para diseñar planes de estudio adecuados a la edad, así como adaptados a las necesidades de grupos específicos de personas (UNFPA, 2020), entre otros, los jóvenes con discapacidad; los que viven en entornos humanitarios; las lesbianas, gais, bisexuales o jóvenes de género no binario o no conforme; jóvenes que viven con el VIH; que consumen drogas; o que venden servicios sexuales.

Poner en marcha programas para estudiantes no escolarizados comporta numerosas dificultades, como problemas relacionados con la movilidad de los jóvenes, así como la falta de recursos disponibles para diseñar los programas a medida de las necesidades de estos grupos tan diversos (Australian Aid y UNFPA, 2023; Ministerio de Salud y Servicios Médicos de Fiji *et al.*, 2023). Este tipo de programas no solo requieren inversiones monetarias, sino que también es necesario contar con las personas adecuadas para diseñarlos y llevarlos a cabo. Aunque se dispone de pocos datos sobre su capacidad de repercusión, los programas de educación sexual integral dirigidos a jóvenes no escolarizados son capaces de generar un rendimiento sustancial, debido al tamaño de esta población y las grandes vulnerabilidades a las que se enfrentan (Anderson y Pörtner, 2014). Estos programas también poseen potencial para ahorrar costos con el tiempo, especialmente si se toman en consideración los elevados riesgos para la salud sexual y reproductiva (Anderson y Pörtner, 2014), y la salud en general, asociados a un menor nivel educativo.

Se puede afirmar que es necesario continuar investigando sobre la capacidad de repercusión y de ahorro de costos a largo plazo que ofrecen los programas de educación sexual integral escolares y extraescolares, así como sobre los programas dirigidos a las comunidades marginadas.

RELATO

El liderazgo local es clave para llegar a las niñas más necesitadas

Maïmouna Déné conoce de sobra las creencias y presunciones que atentan contra la igualdad de las mujeres y las niñas en su comunidad en Burkina Faso. Las tasas de alfabetización y participación en el mercado laboral son más bajas para las mujeres que para los hombres, y, desgraciadamente, la violencia de género y las prácticas nocivas son el pan de cada día. Pero Déné, de 43 años, también conoce otra forma de discriminación que se suma a la de género. En sus propias palabras, se trata de la “ignorancia, las cargas sociales y los mitos” que afectan a las personas con albinismo.

En todo el mundo, las personas con albinismo tienen que hacer frente al estigma, la exclusión y la violencia, y en los peores casos pueden ser objeto de trata, mutilaciones y asesinato. Muchas personas con albinismo sufren problemas de visión que no se tienen en cuenta en los entornos escolares o laborales, lo que genera altas tasas de abandono escolar y pobreza. Las repercusiones en las niñas con albinismo son especialmente graves: en Burkina Faso, 1 de cada 3 niñas

con albinismo no terminan la escuela primaria (Ero *et al.*, 2021).

El Proyecto de Empoderamiento de la Mujer y Dividendo Demográfico del Sahel (SWEDD, por sus siglas en inglés) está invirtiendo cientos de millones de dólares en iniciativas de igualdad de género en toda África Occidental y Central. Pero para aprovechar al máximo sus efectos, el programa colabora estrechamente con líderes locales como Déné, que son capaces de reconocer las necesidades específicas de las mujeres y las niñas y determinar la mejor manera de atenderlas.

Como presidenta de la Asociación de Mujeres Albinas de Burkina Faso, se convirtió en embajadora de la campaña “Juntas somos más fuertes”, una iniciativa de SWEDD que lleva a cabo actividades de divulgación en las comunidades en el plano local. Gracias a esta labor, Déné ha podido garantizar la inclusión social de mujeres y niñas jóvenes con albinismo en las escuelas, y también mediante el acceso a oportunidades económicas y atención sanitaria, incluidos

servicios de información y salud sexual y reproductiva. Su asociación ha firmado acuerdos con el Ministerio de Sanidad, hospitales, ONG y otros grupos de la sociedad civil, y ofrece capacitación económica como apoyo a los jóvenes con albinismo y sus familias. Desde su creación en 2008, alrededor de 450 mujeres con albinismo y padres y madres de personas con albinismo han recibido esta capacitación; 280 de ellos han aprendido a fabricar jabón para conseguir independencia económica y contribuir al sustento de sus familias.

Como líder comunitaria, Déné ofrece apoyo y orientación a las personas que más lo necesitan. Con su labor pretende ayudar no solo a las personas que viven con albinismo en la actualidad, sino también a la próxima generación: “El albinismo es genético; por tanto, también estoy luchando por mis hijos”, asegura.

En Côte d'Ivoire, Syrah Sy Savané también es muy consciente de las necesidades de su comunidad. Pero le preocupa un grupo muy distinto de niñas vulnerables: las que corren

peligro de secuestro, matrimonio forzado y mutilación genital femenina. Savané, de 50 años, ha sido testigo de las consecuencias perjudiciales de estas prácticas en su propia familia: “A mí me crio mi abuela paterna en Duékoué, un pueblo del noroeste de Côte d’Ivoire. Todas mis tías fueron víctimas de matrimonios precoces y forzados. Cuando se casaban yo iba a vivir con ellas para hacerles compañía, y veía lo infelices que eran. También perdí a una prima después de que la sometieran a una mutilación genital femenina”.

Savané tuvo la suerte de contar con un aliado, su padre, firme opositor a la mutilación genital femenina. “Mis tías querían que a mí también me la practicasen, pero mi padre, que era maestro, siempre se negó”.

Su experiencia la llevó a ser trabajadora social —antes de ocupar un puesto en el Ministerio de la Mujer, la Familia y la Infancia— y como experta en protección de la infancia fue testigo de cómo obligaban a las niñas a abandonar la escuela para casarlas. Era evidente que el problema no se reducía únicamente en atender a las niñas. “No debíamos centrarnos en las alumnas, sino en sus padres, que eran quienes querían casar



Maïmouna Déné hace todo lo posible por que las niñas con albinismo en su comunidad tengan la educación, las aptitudes y la capacidad de decisión que necesitan. Imagen por cortesía de Maïmouna Déné.

a sus hijas, así como los líderes comunitarios y los guías religiosos”.

En la actualidad, Savané lleva todas estas experiencias a la práctica en su labor con SWEDD. Según cuenta, fueron los técnicos que trabajaban en las comunidades sobre las que intentaban incidir quienes redactaron los planes del proyecto.

Esto ha sido un factor clave para satisfacer las necesidades específicas de las niñas y sus familias. Intervenciones como la creación de espacios seguros o clubes de maridos, entre otros, han marcado un antes y un después y, según Savané, “han infundido esperanza en las jóvenes que creían que no tenían derechos”.

Los dividendos de un mundo basado en la igualdad de género

Todos estos elementos de la salud sexual y reproductiva —es decir, promover los derechos de las personas y su capacidad para decidir si desean tener hijos y cuándo, erradicar la violencia de género e impartir educación sexual integral conforme a las normas internacionales— están firmemente fundamentados en las prioridades en materia de derechos humanos, especialmente, en el imperativo de lograr la igualdad de género. La igualdad de género y la salud sexual y reproductiva están estrechamente relacionadas y se refuerzan mutuamente. Cabe esperar que los avances conjuntos en ambos frentes —la igualdad de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos— aumenten al máximo los beneficios sociales y económicos de todas las sociedades en su conjunto.

Posiblemente, el ejemplo más claro sea el importantísimo papel que desempeñan tanto la salud y los derechos sexuales y reproductivos como la igualdad de género dentro del dividendo demográfico. Cuando las mujeres utilizan métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no planeados, se produce un descenso en la fecundidad que, a la larga, reduce la proporción de niños dependientes dentro de la población, en relación con el tamaño de la población en edad de trabajar. Este cambio demográfico puede llegar a traducirse en lo que comúnmente se denomina “dividendo demográfico”: el aumento de las tasas de productividad y crecimiento económico. El concepto de dividendo demográfico surgió a raíz del crecimiento económico observado tras el descenso de la fecundidad, en los países de Asia Oriental, entre los años 1960 y 1990 (Bloom *et al.*, 2003).

No obstante, el dividendo demográfico no se produce automáticamente tras el descenso de la fecundidad. En Asia, el crecimiento económico que tuvo lugar durante la transición demográfica se atribuyó, en parte, a la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo (Bloom *et al.*, 2009). Algunos datos y análisis de políticas han permitido concluir que el dividendo demográfico no volverá a producirse si el descenso de la fecundidad no se acompaña con alguna medida en aras de la igualdad de género (Marone, 2016). De hecho, un tercio del crecimiento económico registrado en Asia durante los años del dividendo demográfico se ha atribuido al aumento del empoderamiento de las mujeres y de su participación en la fuerza laboral, coincidiendo con la rápida transición de la fecundidad (Cardona *et al.* 2020).

Conscientes de ello, las Naciones Unidas y el Grupo del Banco Mundial pusieron en marcha el Proyecto de Empoderamiento de las Mujeres y Dividendo Demográfico del Sahel (SWEDD, por sus siglas en inglés), una iniciativa regional destinada a reducir la desigualdad de género y aumentar simultáneamente el acceso a los servicios de salud reproductiva, con el fin de obtener los beneficios de un dividendo demográfico en los países participantes —donde viven algunas de las mujeres y niñas más rezagadas a nivel mundial, si se tienen en cuenta indicadores como la razón de mortalidad materna, la prevalencia del matrimonio infantil y la tasa de natalidad en adolescentes—.

El Proyecto SWEED se estructura en torno a tres componentes: intervenciones transformadoras en materia de género que promueven la autonomía social y económica de las niñas y las mujeres; programas para reforzar la atención de la salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, así como los servicios de nutrición, lo cual incluye el aumento del número de trabajadores sanitarios cualificados en el plano comunitario; y el fomento de los compromisos regionales y nacionales en materia de igualdad



Atender a las personas más rezagadas a nivel mundial

El Proyecto SWEED se centra en las niñas más rezagadas con relación al progreso mundial; asimismo, trata de llegar a los distritos y comunidades que registran algunas de las mayores tasas mundiales de mutilación genital femenina, matrimonio infantil, necesidad insatisfecha de anticonceptivos, niveles educativos más bajos y pobreza, además de otros factores, como falta de acceso a los medios de comunicación de masas o al teléfono (Camber, 2020). Uno de los elementos más importantes dentro de este proyecto es la “educación en competencias para la vida” (un término adaptado al contexto cultural que hace referencia a la educación sexual integral), la cual se imparte a través de espacios seguros situados tanto en las escuelas como dentro de las comunidades. La ubicación y los componentes de los espacios seguros se seleccionan siguiendo unos criterios de vulnerabilidad, lo que permite garantizar que se atienda a las adolescentes y mujeres jóvenes más desfavorecidas, especialmente a aquellas que no están escolarizadas. Los planes de estudio tienen por objeto mejorar los conocimientos y las aptitudes de las niñas, sobre todo en lo que respecta a la salud reproductiva, el género y los derechos humanos, así como su capacidad financiera y empoderamiento económico, lo cual representa un reconocimiento de la profunda conexión que existe entre la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el desarrollo del capital humano. Es importante destacar que los planes de estudio de la educación en competencias para la vida se elaboran mediante un proceso participativo diseñado para tener en cuenta las realidades socioculturales de cada país, y que son impartidos por mentores de la comunidad, lo que permite garantizar que la aplicación responda a las necesidades locales.

En el caso de Senami Mariette Atolou, mentora de un espacio seguro en Benin, la capacidad de adaptar la programación a las necesidades locales fue un aspecto decisivo para que su labor tuviera éxito. Atolou pasó por un embarazo en la adolescencia, tras lo cual sufrió un abandono; ahora, a sus 46 años, puede compartir sus conocimientos y experiencias vitales con niñas que se enfrentan a problemáticas similares: “El trato que mantengo con las personas jóvenes, con las chicas, me permite orientarlas”, afirma.

Tal y como sugiere el nombre del Proyecto SWEDD, las inversiones están diseñadas para conseguir un dividendo demográfico, es decir, resultados económicos y de desarrollo a escala generacional. Esta iniciativa polivalente —que incluye no solo la educación práctica para la vida, sino también la formación de parteras, la lucha contra la violencia de género y la mejora del acceso a los servicios de anticoncepción y a las oportunidades económicas— tiene por objeto generar un efecto dominó positivo que favorezca una transformación generalizada dentro de las sociedades de los países del Sahel. Medir el rendimiento de las inversiones —que rondaría los 850 millones de dólares— requerirá tiempo, inevitablemente; no obstante, ya se han recopilado datos de referencia de todos los países, lo cual permitirá realizar un seguimiento coherente y exhaustivo de los resultados.

De hecho, los primeros resultados son prometedores: en diciembre de 2023, el componente del programa destinado a empoderar a las mujeres y las niñas registró una tasa de retención escolar del 95% entre las adolescentes de las escuelas secundarias que se beneficiaron de las intervenciones, frente al 75% de la base de referencia. Por otro lado, el 96% de las adolescentes y mujeres de los clubes de formación sobre educación en competencias para la vida demostraron poseer buenos conocimientos sobre los perjuicios del matrimonio infantil y el embarazo precoz, así como sobre los beneficios del espaciamiento de los nacimientos, en contraste con el 74% de la base de referencia. Además, se han remitido 21.087 casos de violencia de género y prácticas nocivas a los servicios sanitarios, sociales, jurídicos y de seguridad, frente a los 5.415 de la base de referencia. La cifra de nuevas usuarias de anticonceptivos modernos ascendió a unas 903.000, respecto a las 24.000 del punto de partida; y se calcula que se evitaron 8.790 muertes maternas, 2.422.000 embarazos no intencionales y 830.000 abortos en condiciones de riesgo (UNFPA, 2024d; UNFPA, s. f. a.).

También se han logrado otros avances que permiten augurar la llegada de más cambios en el futuro, como las campañas de sensibilización de gran alcance o la creación de una red de observatorios nacionales para dar seguimiento a la aplicación de las políticas públicas encaminadas a impulsar el dividendo demográfico.

de género, la ejecución de proyectos y la capacidad de formular políticas. Desde su inicio en 2015, el proyecto se ha puesto en marcha en nueve países (Benin, Burkina Faso, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, Guinea, Malí, Mauritania y Níger) y se ha aprobado su ampliación en otros tres (Gambia, Senegal y Togo).

La clave de estas labores ha sido la participación y la colaboración conjunta e integrada de la sociedad civil, las organizaciones de mujeres y otras partes interesadas. Por ejemplo, a lo largo del programa se ha conseguido implicar a más de 20.000 líderes comunitarios y religiosos en la promoción de la educación de las niñas y de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes, así como en la lucha contra de la violencia de género (UNFPA, 2024d). La implicación de líderes comunitarios y religiosos es una señal de inversión a nivel local y también un claro indicador de que el programa está influyendo positivamente en las normas sociales y de género a nivel comunitario. La participación coordinada de las partes interesadas en todos los planos también permite compartir lecciones entre países, oportunidades de cooperación productiva Sur-Sur y posibilidades de ampliación de las intervenciones.

Este tipo de programas son capaces de repercutir muy positivamente en los países, e incluso en la economía nacional. Se ha estimado que eliminar la brecha de género mundial y promover la igualdad de las mujeres en los sectores público, privado y social —aun en el caso de que no se realizaran más inversiones en programas de salud y derechos sexuales y reproductivos— permitiría duplicar la contribución de las mujeres al crecimiento del PIB mundial y aumentar en 12 billones de dólares el PIB mundial en un plazo de 10 años (Instituto Global McKinsey, 2015).

Como demuestran los primeros logros del Proyecto SWEDD, actuar de forma integral para empoderar a mujeres y niñas, mediante intervenciones que se refuercen entre sí, da lugar a un ciclo virtuoso y duradero de desarrollo humano, lo que permitirá que el dividendo demográfico se haga realidad para aquellos que aún no han alcanzado la curva del progreso, y reforzará el potencial, los derechos y el bienestar de todas las niñas. Estos primeros resultados son solo el principio: la repercusión total solo resultará visible cuando las mujeres y niñas de hoy completen sus estudios, emprendan sus carreras profesionales y planifiquen la familia que desean tener.

En definitiva, los argumentos económicos a favor de invertir en programas que promuevan la autonomía reproductiva y los demás aspectos de la salud sexual y reproductiva son sólidos, y el rendimiento es aún mayor cuando va acompañado de avances en materia de igualdad de género, de hecho, se podría decir incluso que aumenta de forma sinérgica. El mundo puede y debe seguir esforzándose para afianzar aún más los argumentos económicos a favor de la inversión en programas que benefician a las personas más marginadas y a quienes se ha dejado más atrás. Debemos seguir elaborando datos y análisis para conocer en profundidad el amplio espectro de beneficios que se obtienen al orientar la inversión hacia quienes más la necesitan. No obstante, la base de datos empíricos de la que disponemos, unida al sentido común y al sentido de lo que es justo, bastan para saber que los argumentos son irrefutables. Ahora, debemos actuar.



Tejer un FUTURO COLECTIVO



“Si has venido aquí para ayudarme, estás perdiendo el tiempo, pero si has venido porque tu liberación está unida a la mía, entonces, trabajemos juntos”. Estas fueron las palabras de Lilla Watson, una activista indígena australiana, durante la Conferencia del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer que se celebró en Nairobi, en 1985.

Hoy, quizá más que nunca, esta noción está cobrando fuerza. Los defensores de derechos, las organizaciones por la justicia y los líderes están adoptando una visión del mundo en la que el fortalecimiento de los derechos y del bienestar de cada individuo refuerza también los derechos y el bienestar colectivo, y viceversa (véase el cronograma de las páginas 34 a 39). Cada vez resulta más evidente que la acción colectiva es la única vía para hacer frente a muchos de los grandes problemas del planeta, desde el cambio climático hasta el aumento de la diversidad demográfica y la revolución digital. Las diligencias colectivas que apuntalan los derechos individuales también cobran una importancia crucial en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva. Tal y como se detalla en el capítulo, la humanidad no estará en condiciones de enfrentarse a los retos que nos esperan a menos que adoptemos un enfoque basado en los derechos humanos, los datos científicos y los hechos históricos.

“Si has venido aquí para ayudarme, estás perdiendo el tiempo, pero si has venido porque tu liberación está unida a la mía, entonces, trabajemos juntos”.

– LILLA WATSON

Tres decenios de avances: un comienzo prometedor

La historia nos enseña que la solidaridad consigue sus metas. Aunque la fuerza de la acción colectiva —de particulares, activistas, la sociedad civil, las instituciones y los Estados Miembros— queda fuera de toda duda, merece la pena reflexionar sobre el dinamismo y las perspectivas de futuro de estas actuaciones que han marcado el rumbo de los últimos 30 años.

Desde la CIPD, la población femenina tiene mucha más capacidad para utilizar anticonceptivos modernos: entre 1990 y 2022, la proporción de mujeres casadas o en una unión libre que recurren a estos métodos pasó del 11,5% al 33,5%. En los países de ingreso mediano, la proporción aumentó desde el 52,9% al 61% (DAES, 2022c). Durante el período 1990-1994 y 2015-2019, la tasa de embarazos no intencionales ha retrocedido en un 19% (Bearak *et al.*, 2018), toda una conquista en favor del poder de decisión de las mujeres sobre su cuerpo y su futuro. De igual forma, la razón de mortalidad materna se redujo en más de un tercio a nivel global entre 2000 y 2020 (OMS *et al.*, 2023). Los adelantos médicos y la mejora de los sistemas de salud desempeñaron un papel protagonista en estos éxitos. Las tecnologías anticonceptivas ponen a nuestra disposición una amplia gama de métodos seguros y fiables. El repunte de las cifras de supervivencia materna también obedece a la presencia de profesionales sanitarios cualificados, medicamentos básicos y servicios de salud reproductiva de calidad.

No es ninguna coincidencia que estos progresos se registraran tras el consenso que marcó un punto de inflexión en la CIPD de El Cairo. El acuerdo que subyace a la Conferencia —que la salud y los derechos sexuales y reproductivos no pueden divorciarse del desarrollo sostenible en un sentido general y, por consiguiente, del bienestar de toda la humanidad— se ha trasladado a muchas de las iniciativas nacionales, regionales e internacionales que se han puesto en marcha desde 1994.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son un ejemplo significativo: estos propósitos fruto de un pacto mundial se promovieron entre 2000 y 2015 y redundaron en mejoras notables de la salud y el bienestar de la población. La aportación de la solidaridad y las inversiones globales a la consecución de dichos resultados ha sido un tema muy discutido, pero un estudio reciente ha determinado que, en África, “la reducción de la mortalidad materna y de menores de 5 años ha recibido un impulso destacable [...] De los avances que se produjeron durante la campaña de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el 81% y el 68% correspondieron a la campaña internacional de los ODM encaminada a frenar la mortalidad materna y de menores de 5 años” (Cha, 2017). Los científicos

abogan por que se preste más atención a estas consecuencias positivas, ya que “el pesimismo imperante en lo relativo a los países de África Subsahariana —la región con los mejores resultados— puede restar importancia a esta hazaña”.

Lo mismo podría decirse de la situación actual. El año pasado, 2023, coincidió con el ecuador de las iniciativas mundiales que persiguen los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que se inspiran en los ODM. Los avances de cara a la consecución de los ODS se han visto entorpecidos en extremo por la pandemia de COVID-19 y las duras secuelas

natalidad adolescente a escala mundial experimentó una caída más fuerte: de 47,2 nacimientos por cada 1.000 chicas en 2015 a 41,3 en 2023 (DAES, 2023). Estas mejoras —que se cosecharon aun en el contexto de las alteraciones insólitas derivadas de la pandemia— demuestran que los ODS son factibles si nos atenemos a los datos probatorios y no cedemos al pesimismo que hace sombra a los avances con demasiada facilidad.

La necesidad de acelerar el ritmo de progreso es indiscutible. Los buenos resultados se han estancado en muchos frentes, entre los que destaca sobre todo la falta de mejoras en las tasas de mortalidad materna entre 2016 y 2020 (OMS *et al.*, 2023). La tasa de embarazos en la adolescencia se mantiene en un punto elevado en todos los países en desarrollo; casi 1 de cada 3 mujeres de entre 20 y 24 años dio a luz durante la adolescencia (UNFPA, 2024). La tasa mundial de abortos apenas ha variado desde hace decenios y únicamente se han constatado algunas mermas en los países donde el aborto es legal en general (aquí la tasa pasó del 46 por cada 1.000 mujeres entre 1990 y 1994 al 26 entre 2015 y 2019) (Bearak *et al.*, 2018). Además, por primera vez, disponemos de datos sobre tendencias de la capacidad de las mujeres para ejercer su autonomía corporal (según cuantifica el indicador 5.6.1 de los ODS) en 32 países. El análisis posterior de los datos indica una tendencia positiva en 19 países y una negativa en 13 (UNFPA, s. f.).

de los conflictos, el cambio climático, la pérdida de biodiversidad y la contaminación. Pese a estos problemas, se han observado algunos signos positivos en relación con las metas vinculadas a la agenda de la CIPD, entre otros aspectos. Por ejemplo, la proporción de mujeres en las cámaras bajas u órganos unicamerales de las asambleas legislativas nacionales aumentó en 4,2 puntos porcentuales entre 2015 y 2023. La proporción de mujeres que habían cubierto sus necesidades en materia de métodos modernos de planificación familiar se incrementó ligeramente (pasó del 76,5% al 77,6%) aunque la población del planeta iba en aumento. En términos proporcionales, la mayor subida tuvo lugar en África Subsahariana, la zona más necesitada en este sentido. La tasa de

Por otra parte, hay que reconocer que perdemos terreno en algunos ámbitos. Los índices de violencia de género se dispararon en muchos países durante los confinamientos motivados por la COVID-19 y las nuevas tecnologías permiten que los malos tratos den el salto a los entornos virtuales (Universidad de Melbourne y UNFPA, 2023). Además, el eje central de la CIPD —el consenso en torno a la salud reproductiva y la igualdad de género— se debilita en algunos países y las personas más vulnerables son a menudo las damnificadas por este retroceso. Un país veta la asistencia sanitaria a la población migrante (MTI-Hungary Today, 2019); en otro se espera que la implantación de leyes restrictivas sobre el aborto

empeore las desigualdades sanitarias a las que se enfrentan quienes padecen enfermedades crónicas, sobre todo si pertenecen a minorías raciales (Hassan *et al.*, 2023). En un tercer país, los militares han tomado el poder y las mujeres se han visto prácticamente confinadas en su hogar y sin posibilidad de acceder a una educación o un empleo (Naciones Unidas, 2023b). En otras partes del mundo, las leyes discriminatorias vigentes se han ampliado y exigen la pena capital para las personas LGBTQIA+ (Naciones Unidas, 2023c).

Sin embargo, no podemos permitir que estos escollos reviertan la trayectoria del progreso que ya hemos evidenciado. Como se indica en el presente informe, el mundo ha llegado a una encrucijada donde la acumulación de datos probatorios nos guía hacia soluciones inclusivas aunque los nubarrones de incertidumbre, polarización y desinformación aparezcan en el horizonte.

Un vistazo al mundo que nos espera

Los cambios de los últimos 30 años han dado un vuelco a cómo funciona el planeta, los sistemas de salud, las instituciones políticas y las normas sociales y nuestras expectativas con respecto a los cuerpos, las familias y el futuro. Solo cabe esperar que la transformación gane velocidad en las próximas décadas. A finales de 2023, el UNFPA reunió a un consorcio de especialistas del ámbito de los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva, la demografía, la violencia de género, la tecnología y el cambio climático con la intención de adelantarse a los problemas y oportunidades de mayor envergadura que se ciernen sobre la humanidad. Muchas de las previsiones resultan inquietantes y justifican permanecer alerta, pero no el pesimismo.

Está previsto que la catástrofe climática en ciernes agrave sobremanera las disparidades a nivel global. Las poblaciones de ingreso bajo que menos han



contribuido al cambio climático son también las que tienen más probabilidades de sufrir ciclones, sequías, inundaciones, olas de calor y demás consecuencias ligadas al clima. Asimismo, contamos con que el cambio climático provocará un aumento de las migraciones en el plano nacional e internacional, que —como el informe ha subrayado— es una causa importante de la marginación que cobra cada vez más peso y que perjudica muy seriamente la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Es probable que el estrés que acarrea las circunstancias de crisis y la interrupción de los servicios golpee con más contundencia a los grupos ya marginados y resulte en, por ejemplo, un aumento de la incidencia de la violencia de género y de prácticas nocivas tales como el matrimonio infantil. Entre los factores que podrían hacer peligrar la salud reproductiva encontramos una mayor dificultad para concebir, el incremento de las probabilidades de sufrir un aborto espontáneo y los riesgos para la salud materna y neonatal (UNFPA, 2024e).

Según las predicciones, las tendencias demográficas van a reconfigurar drásticamente el mundo tal y como lo conocemos: la población envejecerá con creces en numerosos países mientras otros alcanzarán cotas extraordinarias de población juvenil —un desfase que probablemente se vuelva más acusado a lo largo del tiempo—. Aunque no resulta fácil adivinar las tendencias migratorias, las discrepancias entre las tasas de crecimiento demográfico —así como el desarrollo económico desigual y otros factores— podrían dar más fuerza a las pautas actuales de las migraciones a escala mundial y a las inquietudes relacionadas con la salud y los derechos de la población migrante. La ansiedad motivada por los cambios demográficos —como la impresión de que existe el riesgo de que la población disminuya y la fecundidad quede bajo mínimos en algunas zonas— provoca que algunos encargados de formular políticas se opongan a los valores de la CIPD (UNFPA, 2024f).

Los numerosos logros que hemos alcanzado en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos bien podrían quedar en entredicho mientras la humanidad se enfrenta a estas y otras megatendencias. En previsión de estos cambios, los países han de ratificar los principios fundamentales de la CIPD a fin de velar por que los derechos y servicios que el Programa de Acción garantiza estén al alcance de toda la población, sin olvidar a las personas migrantes y refugiadas.

Por otra parte, los gobiernos y las sociedades tienen la posibilidad de aprovechar las nuevas tecnologías para plantar cara a las dificultades que surjan. Este tipo de adelantos pueden llegar más lejos en, por ejemplo, lo que se refiere a eliminar la necesidad insatisfecha de anticonceptivos y dar respuesta al avance del problema de la infecundidad. También se deben reforzar los sistemas de salud, para lo cual se abren oportunidades en forma de registros virtuales de historias clínicas y documentos personales, así como en la ampliación del acceso a herramientas digitales enfocadas al sector sanitario (UNFPA, 2024). Dichas herramientas encierran un gran potencial, pero solo se materializará si la brecha digital —la diferencia entre los usuarios de las tecnologías de la información y quienes no pueden emplearlas— se suprime o se reduce sustancialmente. Además, hay que tener en cuenta las desventajas de la revolución digital, como el auge de las campañas de desinformación. Los recursos y datos digitales pueden emplearse para atacar a grupos vulnerables por motivos de etnia, sexualidad o género. Además, la violencia de género facilitada por la tecnología menoscaba de forma considerable la salud, la seguridad y el bienestar político y económico de las mujeres y las niñas, así como los de toda la sociedad (UNFPA, 2024b).

Por último, como se recalca en el capítulo 3 del informe, fomentar el Programa de Acción de la CIPD y remediar las dificultades de nueva aparición requiere contar con sistemas de datos que faciliten información sobre las circunstancias sociales y demográficas a la vez que ayudan a los encargados

de la formulación de políticas a adelantarse a la repercusión de las megatendencias. Los sistemas globales de datos se han fortalecido desde 1994, pero los ecosistemas de datos de muchos países carecen todavía de recursos suficientes. Si no hay información fiable, no lograremos resolver ninguno de los problemas del mundo. Paralelamente, tenemos que afrontar el hecho de que la evolución acelerada de la tecnología de datos viene acompañada de un mayor riesgo de que se vulnere la privacidad de datos y se dé un uso indebido a la información. Como es lógico, estos sistemas deben generar y analizar datos desglosados para que estemos en posición de subsanar las desigualdades que hemos detectado (UNFPA, 2024c). Este informe ya ha puesto de relieve que la voluntad y la capacidad de las autoridades en lo tocante a

recopilar y analizar los datos desempeñarán un papel trascendental en la supresión de las diferencias que frustran la plena consecución de las agendas de la CIPD y los ODS.

La humanidad tiene ante sí un amplio abanico de opciones de futuro, tanto positivas como negativas. Desde luego, a la vez que crece la magnitud de los problemas mundiales, las posibles consecuencias también se vuelven más imprevisibles. En estos tiempos inciertos, hay una verdad ineludible: el destino de todas las personas está entrelazado. Frente a las disputas más espinosas y las preocupaciones existenciales, la única vía de progreso reside en la colaboración, la solidaridad, los valores comunes, la reducción de las desigualdades y la garantía de que la esperanza y la dignidad son universales.

La salud sexual de los adultos mayores sale a la luz

Algunas mujeres llegaron solas. Otras iban acompañadas de amigas. Algunas rondaban los 70 años. Todas acudieron al café de “The Age of Love” (la edad del amor), una reunión que se celebró en un centro comunitario de Northampton (Inglaterra) un sábado por la tarde en agosto de 2023.

En el interior, los organizadores ponían música animada mientras las mujeres esperaban a que diera comienzo el evento. Las cortinas se corrieron para preservar la intimidad. Algunas mujeres charlaban con amigas y otras permanecían sentadas en silencio.

“Al principio, todas estaban un poco nerviosas porque, durante las tres horas siguientes, las conversaciones iban a girar en torno al sexo y la salud”, comenta Audrey Tang, psicóloga, educadora y coorganizadora del evento. “Pero enseguida empezaron a abrirse y a divertirse”, añade Tang.

Según relata Sharron Hinchliff, profesora de Psicología en la Universidad de Sheffield y artífice de los encuentros “Age of Love” en 2019, la reunión formaba parte de una serie de actividades que brindaban a los adultos mayores la oportunidad de adquirir conocimientos sobre salud sexual en un entorno “cordial y confidencial”, así como de obtener respuestas a preguntas relacionadas con sus cuerpos y su sexualidad en esta etapa vital.

Hinchliff asegura que estos encuentros ayudan a subsanar la falta de información a la que a menudo se enfrentan los adultos mayores cuando quieren aprender sobre cuestiones como la menopausia, la disfunción eréctil o los efectos de la enfermedad y los medicamentos en la libido.

“Los adultos mayores siguen diciéndonos que no les resulta fácil encontrar información fiable”, comenta Hinchliff. De acuerdo con la psicóloga, parte del problema es que se da por sentado que los adultos mayores no son sexualmente activos y, por tanto, no necesitan información.

“Pero sabemos que muchos adultos mayores sí son sexualmente activos”, añade. Y a otros tantos les gustaría serlo, pero no lo son. Un estudio realizado en el Reino Unido en 2019 determinó que aproximadamente 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 6 mujeres de entre 55 y 74 años tienen un problema de salud o toman algún medicamento que afecta a su vida sexual (Erens *et al.*, 2019). Según el Healthy Lifespan Institute de la Universidad de Sheffield, esta situación es aún más grave para un 50% de las personas de 65 años o más que viven con al menos dos enfermedades crónicas.

Hinchliff afirma que los adultos mayores en el Reino Unido tienen

una gran “necesidad insatisfecha” de información y servicios, y es probable que esta necesidad siga aumentando porque cada vez vivimos más años. La esperanza de vida en el país está en torno a los 80 años, y en la actualidad aproximadamente 1 de cada 4 personas tiene 60 años o más (DAES, 2022a).

Los adultos mayores cuentan a Hinchliff que los médicos suelen desatender o ignorar sus necesidades y preocupaciones en materia de salud sexual debido a su edad. “Los casos van desde no comunicarles cuándo es seguro volver a tener relaciones sexuales después de una histerectomía hasta decirles que las relaciones sexuales dolorosas ‘se deben a la edad’, sin ofrecerles ningún tipo de ayuda o consejo”, apunta Hinchliff.

Los datos empíricos y científicos demuestran que los derechos sexuales de los adultos mayores rara vez se respetan. Ante esta situación, Hinchliff, junto con Stephanie EjegiMemeh —investigadora asociada de la Universidad de Sheffield— y Gilli Cliff —responsable de aprendizaje de Age-Friendly Sheffield—, redactaron la primera Carta de derechos sexuales de los adultos mayores del Reino Unido, que tiene por objetivo “garantizar que, conforme envejecen, las personas sean tratadas con dignidad y respeto, y sin discriminación, en lo que respecta a su sexualidad”.

La negación de los derechos sexuales de las personas mayores puede adoptar muchas formas, desde impedirles entablar relaciones íntimas en las residencias hasta excluirlas de las campañas de salud y educación sexual, como las destinadas a la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

En 2019, Age UK reveló que entre 2014 y 2018 los nuevos diagnósticos de infecciones de transmisión sexual se redujeron en más de un 7% entre los hombres de 20 a 24 años y, sin embargo, aumentaron casi un 14% entre los hombres de 45 a 64 años y un 23% entre los hombres y mujeres de 65 años o más durante ese mismo periodo (Age UK, 2019). Para Hinchliff, esta tendencia refleja las desigualdades relacionadas con la edad en los servicios y la información sobre salud sexual en el Reino Unido.

Hinchliff también apunta que los adultos mayores son menos propensos que los jóvenes a denunciar agresiones sexuales por miedo a que no les crean, porque no encajan en el “canon de la víctima de violación”. Y es posible que retrasen o eviten la búsqueda de ayuda para asuntos relacionados con el sexo porque, lamentablemente, son conscientes de la opinión predominante de que las personas mayores no mantienen relaciones sexuales o no deben mantenerlas.

Según la psicóloga, todos estos desafíos se agravan en el caso de las personas mayores que son gais, lesbianas o transgénero, pertenecen a minorías raciales o étnicas, proceden de entornos más conservadores o provienen de hogares más pobres.

La Carta de los derechos sexuales pretende ayudar a los profesionales de

la salud, los trabajadores sociales, los grupos comunitarios, el voluntariado y los encargados de formular políticas a comprender mejor las necesidades de las personas mayores y saber responder a ellas de una forma más eficaz. Su objetivo es “apuntalar” todas las iniciativas encaminadas a hacer de Sheffield un lugar magnífico en el que envejecer.

“La idea de redactar la Carta nació de la frustración”, explica Hinchliff, puesto que muchos problemas pueden resolverse fácilmente si se plantean preguntas sencillas a los pacientes, por ejemplo, sobre cómo puede estar afectando una medicación determinada a su vida sexual. Las consideraciones de la Carta se están plasmando ahora en acciones concretas: Hinchliff y sus colegas de la Universidad de Sheffield han desarrollado AgeSexandYou.com, un sitio web con información básica sobre salud sexual y sexualidad para mujeres y hombres mayores.

En 2018, la Organización Mundial de la Salud incorporó a AgeFriendly Sheffield —una alianza de organizaciones e individuos— a la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. Como miembro de esta red, Age-Friendly Sheffield trata de establecer entornos físicos y sociales adaptados a las personas mayores. Los encuentros en cafés de “The Age of Love” pertenecen a esta iniciativa. Los primeros eventos estaban dirigidos a las mujeres, pero en diciembre de 2023 se celebró “Breaking the Silence” (Romper el silencio), un evento dirigido a los hombres, que se centraba en su salud mental y bienestar, incluido el bienestar sexual. “Los hombres también quieren hablar de estos temas”, asegura Hinchliff, “pero no solemos darles la oportunidad de hacerlo o no encuentran los entornos adecuados”.



En el encuentro “Age of Love”, los adultos mayores de Northampton (Reino Unido) tienen la ocasión de informarse sobre salud sexual en un entorno seguro y de discreción. © Sharron Hinchliff

El camino por recorrer

Este informe tiene claro que no existe una única solución para todos los casos. No obstante, sí se han creado enfoques a partir de una nutrida base empírica y del consenso internacional que impulsan e impulsarán nuestros objetivos comunes. Consisten en redoblar los esfuerzos acordados a fin de cubrir las necesidades de las personas más rezagadas, procurar que la toma de decisiones y las funciones de liderazgo sean inclusivas, fomentar tanto la universalidad como el carácter integral de la atención de la salud y ampliar el acceso de toda la población a información rigurosa, imparcial y de calidad sobre salud reproductiva.

Adaptación

Las necesidades y opiniones de las personas sometidas a las fuerzas de la marginación han de integrarse activamente en la atención de la salud sexual y reproductiva y las iniciativas que velan por sus derechos reproductivos. Como la OMS admitió en 2009, “aunque la pobreza y el género influyen enormemente en la salud y el desarrollo socioeconómico, los profesionales sanitarios no siempre tienen la preparación suficiente como para abordar estos temas en su trabajo” (OMS, 2009). Las investigaciones que se resumen en el informe hacen hincapié en que la pobreza y el género son solo dos de los múltiples factores que se solapan y contribuyen a que la gente no tenga acceso a los servicios de atención de la salud reproductiva, no los utilice y no ejerza sus derechos reproductivos. Subsanan esas lagunas pasa por analizar cuestiones como la inclusión, la adaptación y la selección de destinatarios.

Uno de los motivos de preocupación es que, en un nivel superficial, puede parecer que las adaptaciones para grupos concretos van en contra de las gestiones dirigidas a implantar modelos integrados de asistencia en los cuales la atención de la salud sexual y reproductiva y la información conexa se facilitan por medio de puntos ya establecidos de prestación de servicios. Por ejemplo, se ha demostrado que incorporar los servicios de salud sexual y reproductiva

a los servicios de atención al VIH mejora el acceso, la calidad de los cuidados y la productividad del personal sanitario a la vez que reduce el estigma (Ford *et al.*, 2021). Sin embargo, la adaptación y la integración no tienen por qué ser conceptos antónimos cuando, de hecho, pueden complementarse mutuamente. Se ha recomendado que, por ejemplo, los programas de gestión de necesidades asistenciales complejas empleen los datos y las herramientas de los sistemas de salud vigentes (lo que incluye el análisis de las historias clínicas y los sistemas de clasificación de pacientes) al mismo tiempo que ponen énfasis en las circunstancias particulares que inciden en la utilización de los servicios y su eficacia —factores como la precariedad de la vivienda, el transporte y las condiciones sociales— (Williams y Fendrick, 2022). Así pues, no es necesario que los enfoques adaptados sustituyan a los sistemas de salud integrados.

Los enfoques adaptados y selectivos pueden asumir formas muy diversas, pero el secreto de la iniciativa es que los integrantes de la comunidad afectada participen de verdad. Dichas comunidades pueden determinar que se necesitan procedimientos sencillos (como servicios de traducción o actividades de divulgación para destinatarios concretos) o tal vez requieran actuaciones más complejas y costosas, como programas independientes que se conciben o se ejecuten específicamente para ellas. Es posible que tales programas despierten especial reticencia: algunas voces críticas sostienen que, en realidad, intensifican el estigma y la exclusión porque consideran a determinadas poblaciones “los otros”. Sin embargo, las pruebas indican que puede ocurrir lo contrario y que, al adaptar el diseño de los programas, se ceda a las personas el espacio que garantiza su dignidad y seguridad y que plasma sus necesidades particulares, que tal vez no coincidan con las del resto.

El VIH, que afecta de manera desproporcionada a comunidades estigmatizadas —trabajadores sexuales, hombres gais o que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas trans, consumidores de drogas inyectables y reclusos en prisiones y otros

centros de internamiento—, es quizás el ejemplo más claro. En 2021, dichos grupos y sus parejas sexuales representaban el 70% de las nuevas infecciones por el VIH. Ninguna de estas poblaciones disfruta de acceso equitativo a servicios eficaces, seguros y de calidad relacionados con el VIH. Asimismo, la consiguiente vinculación de estos grupos con la transmisión del virus fomenta que sus derechos se vulneren más todavía de numerosas formas (discriminación, violencia, criminalización, etc.) (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2022). Un estudio que examina los programas de prevención y tratamiento del VIH en Asia que han cosechado buenos resultados destacó la importancia de entablar un verdadero diálogo con las poblaciones clave sobre los servicios, las investigaciones y la programación. A modo de ejemplo, menciona el centro de salud comunitario Tangerine, un proyecto en Tailandia cuyo diseño y gestión corre a cargo de personas trans (Yang *et al.*, 2020). Se ha constatado que la disponibilidad de este tipo de servicios comunitarios motiva que los grupos destinatarios recurran mucho más a los programas de diagnóstico y tratamiento del VIH (Nugroh *et al.*, 2017). Según un metanálisis de los programas relacionados con el VIH pensados para trabajadoras sexuales de África, por ejemplo, la clave para reducir la transmisión del virus radica en celebrar consultas con las comunidades y atender sus necesidades particulares en materia de prevención del VIH (Atuhaire *et al.*, 2021).

La inclusión de las comunidades, la participación de las personas más rezagadas y la presencia de toda la población en la mesa de diálogo son objetivos nobles, pero los obstáculos son auténticos y brillan por su presencia. Uno de los principales impedimentos es la cuestión de los recursos financieros, una cantinela que seguramente se repita más a menudo en contextos con fondos limitados. Pero puede darse el caso de que los costos no sean el mayor inconveniente: en efecto, el capítulo 4 de este documento señala el tremendo potencial económico al que se podría dar rienda suelta si toda la humanidad gozara de acceso a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En su lugar,

quizás las actitudes, suposiciones y divisiones que contribuyen a la marginación pongan más trabas al progreso. La lista de obstáculos es extensa: desde la animadversión hacia el colectivo LGBTQIA+ hasta la escasa (o incluso nula) comunicación con las minorías étnicas, pasando por prescindir de implantar siquiera medidas sencillas que mejoraran la accesibilidad de los servicios para las personas con discapacidad. Aunque es probable que sortear estos ejemplos implicara un gasto, podría afirmarse que la barrera más difícil de superar es promover los cambios normativos y estructurales necesarios para incluir como es debido y desde el primer momento a las personas marginadas.

Mientras tanto, no prestar atención a las necesidades de estos grupos y no adaptarse a ellas puede traducirse en costos mayúsculos no solo en términos del deterioro de los resultados de salud de los grupos marginados, sino también de desembolsos que efectúan los sistemas sanitarios. Antes, por ejemplo, muchas mujeres indígenas de la zona septentrional del Canadá preferían dar a luz en casa con ayuda de una matrona o de otra cuidadora. Las autoridades sanitarias, preocupadas por el grado de seguridad de las prácticas de partería, pusieron coto a esta costumbre. En consecuencia, cuando las mujeres y adolescentes de la zona septentrional llegaban a las 36 semanas de gestación, a menudo tenían que ser trasladadas en ambulancia aérea a establecimientos sanitarios urbanos con servicios especializados, lo que entrañaba cuantiosos gastos. Hoy en día, los servicios de partería están en proceso de restituirse en esta región del país como forma de garantizar que se presta una atención obstétrica de calidad y puntera sin dejar de respetar las preferencias en el parto que marca la tradición. Las mujeres que dan a luz bajo el cuidado de una partera en los centros de maternidad de Nunavut, por ejemplo, afirman sufrir menos estrés, estar más implicadas en la toma de decisiones y recibir un mejor apoyo psicosocial que las madres que se pusieron de parto en centros urbanos (Mikhail *et al.*, 2021). Por muy buenas que sean las intenciones de las intervenciones (y aunque estén dotadas de muchos recursos), es imposible

que arrojen resultados óptimos si las personas y comunidades afectadas no forman parte de ellas.

Inclusividad

La participación inclusiva de las comunidades afectadas es un elemento primordial de la adaptación, como ya han enfatizado varios ejemplos. No obstante, la inclusividad tiene una importancia vital más allá de las labores de selección de comunidades y poblaciones destinatarias; por diversos motivos, debe tenerse en cuenta en cuanto que enfoque más amplio para abordar la salud sexual y reproductiva.

De entre esos motivos, el más destacado es que, a ojos de los encargados de formular políticas y de quienes idean los programas, puede parecer que una comunidad es una entidad monolítica, aunque diste mucho de ser cierto. En todas las regiones y países del mundo, los resultados de salud de las poblaciones indígenas son inferiores, por ejemplo (Akter *et al.*, 2018). Sin embargo, se trata de grupos sumamente diversos con grandes diferencias tanto en el plano nacional como en el internacional. Suelen hacer frente a formas transversales de marginalización, como la residencia en lugares remotos, la pobreza, la dificultad para comunicarse en los idiomas del país, la falta de formación académica y la discriminación que frecuentemente guarda relación con traumas históricos. Pese a los puntos en común, no hay dos comunidades indígenas iguales y lo que las diferencia cobra relevancia cuando se trata de la utilización y la aceptación de los servicios de salud.

Por ejemplo, las discrepancias socioeconómicas dentro de un mismo grupo indígena pueden repercutir en los resultados de salud. Un estudio descubrió que, en comparación con las mujeres indígenas sin estudios, las que tenían un mayor nivel de formación eran 11 veces más propensas a recurrir a los servicios de salud materna y 23 veces más propensas a acudir a los servicios de atención prenatal durante el embarazo (Islam, 2017). Del mismo modo, junto con la exposición a los medios de comunicación y la relación personal con el personal sanitario, el nivel de

ingresos era un factor decisivo en cuanto al acceso de las mujeres indígenas a los servicios de salud materna (Akter *et al.*, 2018).

Las necesidades de las comunidades indígenas en materia de salud sexual y reproductiva —un tema delicado y muy arraigado en las normas culturales— difieren notablemente. La cultura puede ejercer una gran influencia en las preferencias respecto a los partos domésticos en compañía de la pareja o de otros parientes. La predilección por ciertas posturas para dar a luz también puede deberse a la cultura. En el Perú, por ejemplo, algunas mujeres quechua optan por los partos verticales con una cuerda que se cuelga del techo, una práctica que se sale de los cánones de la profesión médica en el país (Gabrysch *et al.*, 2009). Además, la pertenencia a una comunidad indígena es solo un ejemplo del papel fundamental del diseño inclusivo y la participación comunitaria en la preparación de intervenciones sistémicas de salud sexual y reproductiva. Las necesidades de otros grupos pueden diferir según la situación migratoria, la casta, la discapacidad, la edad y otras características.

El liderazgo de las comunidades tiene aún más fuerza que la participación. Los programas, mecanismos de financiación y demás actuaciones que se orientan a respaldar el liderazgo de las comunidades ganan terreno, puesto que el respaldo a este enfoque ha llegado a su apogeo. Durante las últimas semanas de 2023, por ejemplo, ONUSIDA reivindicó que se potenciara el liderazgo comunitario en la recopilación de datos desglosados y en la prestación de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH. La declaración hizo especial hincapié en la necesidad de llegar a las personas trans con las labores de recopilación de datos y con servicios relacionados con el VIH que se adapten a las necesidades que hayan expresado las comunidades trans. También destacó por ser la primera vez que un organismo dirigido por Estados miembros adoptó por consenso una decisión que aludía a las personas trans y se comprometía con ellas (ONUSIDA, 2023). De esta manera se reafirmaba la necesidad de interactuar con

una comunidad que todavía se cuenta entre las más marginadas y estigmatizadas del mundo y destinar financiación a su causa.

El poder de la representación en la toma de decisiones se ha analizado concienzudamente en estudios sobre las cuotas de mujeres en puestos directivos, un recurso que ha demostrado conllevar efectos positivos para la igualdad de género en un sentido general (O'Brien y Rickne, 2016). El capítulo 3 recoge un ejemplo que ilustra en detalle el valor de la representación de cara a los resultados de salud: incrementar la cifra de doctoras y promover que las enfermeras y parteras reciban más apoyo y respeto se ha vinculado a una mejora del acceso a la asistencia sanitaria y de los resultados de salud de la población femenina (véase la página 72). A su vez, la representación también puede tener una importancia capital para la salud sexual y reproductiva, un ámbito en el que la estigmatización suele dificultar el acceso a los cuidados (Bohren *et al.*, 2022).

Más concretamente, la inclusión en la toma de decisiones significa que los desequilibrios de poder —que pueden pasar desapercibidos hasta para las autoridades— se corrigen. En muchas ocasiones, los esfuerzos por reconocer y paliar las desigualdades y potenciar la inclusión se topan con argumentos en contra que insisten en que así se discrimina a quienes disfrutan de ventajas institucionales e históricas (Pierce, 2013). Plantear la inclusión en términos antagónicos resulta contraproducente no solo para las personas desfavorecidas, sino normalmente también para la sociedad en su conjunto. A fin de cuentas, la igualdad de género beneficia a los hombres y los niños además de a las mujeres y las niñas en parámetros que van desde la estabilidad financiera (Ozili, 2024) a la

El assuit es una técnica compleja y ancestral de bordado con hilo metálico que forma parte del acervo tradicional de las mujeres de la región septentrional de Egipto. La agrupación Tally Assuit Women's Collective (TAWC) es un conjunto de artesanas de varias generaciones que se dedican a garantizar la supervivencia de este arte. TAWC participa con asiduidad en el mercado de artesanía International Folk Art Market. © Tally Assuit Women's Collective

Las mujeres ngäbe lideran una revolución en igualdad de género y salud

“Son tres horas a pie”, dice Eneida, de 25 años, mientras describe con naturalidad la ardua caminata por la montaña que ha completado a finales de su noveno mes de embarazo para llegar al centro de espera para embarazadas (o “casa materna”).

Eneida vive en la Comarca Ngäbe Buglé, una región remota habitada por los pueblos indígenas ngäbe y buglé situada en lo alto de las montañas del oeste de Panamá. La comarca solo dispone de unas pocas carreteras asfaltadas, que están llenas de socavones. Algunos de sus habitantes se desplazan a caballo. La mayoría lo hace a pie. Por esta razón, muchas mujeres embarazadas dan a luz en casa. No es casualidad que la comarca tenga la tasa de mortalidad materna más alta del país.

Eneida optó por pasar los últimos días de su embarazo en la Casa Materna de San Félix, un centro de espera para embarazadas que les proporciona alimentación, atención sanitaria y transporte hasta los servicios de parto seguro. “Me gusta. Es un sitio muy agradable”, comenta.

Esta casa materna es solo uno de los numerosos servicios de salud sexual y reproductiva que se han instalado en la comarca gracias a la labor organizada de la Asociación de Mujeres Ngäbe, un

grupo que se creó hace 30 años con un objetivo muy distinto. Por aquel entonces, en la década de 1990, las mujeres de la comunidad tenían otra ambición: un mercado donde vender sus artesanías.

“Empezamos a reunirnos y a definir nuestros problemas y nuestras necesidades”, comenta Gertrudis Sire, presidenta de la Asociación de Mujeres Ngäbe. Pronto quedó claro que algunos de los mayores obstáculos para salir de la pobreza no eran económicos, sino reproductivos. “Las mujeres de la comunidad se plantearon que tenían muchos hijos y que eso suponía un problema”, recuerda Sire. La presidenta de la asociación explica que cada vez que una mujer no podía alimentar a sus hijos, utilizaba la palabra clave “julio”, un reflejo de lo rutinaria que era esta situación. “Tengo mucho julio en mi casa”, decían. “Julio” era una forma de referirse a la hambruna que padecía la comunidad. Llegaron a la conclusión de que una forma de paliar el problema era tener menos hijos.

Salieron a la luz otras necesidades en materia de salud sexual y reproductiva. “Nos dimos cuenta de que las mujeres morían en sus casas al dar a luz. Ni siquiera había un medio de transporte previsto porque en la región no había ningún hospital maternoinfantil”. La asociación se puso en contacto con el

Ministerio de Salud y el UNFPA, y juntos establecieron una red de trabajadores sanitarios para que prestaran asistencia y llevaran a cabo una labor de sensibilización sobre salud materna, anticoncepción y nutrición infantil. “Cuando empezamos a hablar de estos temas, nos dimos cuenta de que eran verdaderamente importantes para las mujeres”, confiesa Sire.

La CIPD de 1994 reconoció de manera significativa la relación de refuerzo mutuo entre la igualdad de género, la salud sexual y reproductiva y el empoderamiento económico. Pero la experiencia de la Asociación de Mujeres Ngäbe demuestra que esta toma de conciencia también se estaba produciendo en los rincones más remotos del mundo, conforme las mujeres empezaban a tomar las riendas de la planificación de sus familias y a invertir en un futuro mejor para ellas y sus comunidades. Desde lo alto de su comunidad en plena selva tropical, la Asociación de Mujeres Ngäbe activó, de forma independiente, un círculo virtuoso de autonomía reproductiva, mejora de la salud y reducción de la pobreza.

Eira Carrera, intérprete cultural en el Hospital Materno Infantil José Domingo de Obaldía, empezó su carrera como promotora de salud en la comarca. “Eso fue en el 96 o el 98”, recuerda. “Los promotores tratábamos temas como la

salud sexual y reproductiva, que engloba infecciones de transmisión sexual, citologías vaginales, todo lo relacionado con la salud sexual y reproductiva, planificación familiar, violencia doméstica e incluso paternidad responsable”.

Los mensajes tenían mejor acogida entre las mujeres que entre los hombres. Mientras que, por lo general, las mujeres se interesaban por los beneficios de la planificación familiar —“puesto que para ellas era una necesidad”, matiza Carrera—, los hombres se mostraban menos receptivos. “Los hombres despreciaban este recurso”.

En los tres decenios que han transcurrido ha habido avances. A la pregunta de si las mujeres ngäbe dirían que toman sus propias decisiones en materia de anticoncepción, Carrera responde: “De cada 10 mujeres, aproximadamente 8 podrían decir que sí”. Pero aún queda mucho por hacer. El problema del machismo se ve agravado por la discriminación étnica persistente a la que se enfrenta la comunidad ngäbe. Hasta hace poco, los miembros de esta comunidad debían sentarse en la parte trasera del autobús cuando viajaban fuera de la comarca. Incluso en la actualidad, apenas tienen oportunidades laborales, y muchos hombres ngäbe sobreviven trabajando como mano de obra migrante en las plantaciones.

Para las mujeres, esta conjunción de marginación étnica y desigualdad de género sigue siendo mortal. “La mayoría de las muertes maternas se deben concretamente a que el marido no ha podido llevar a su mujer a recibir atención”, explica Humberto Rodríguez, enfermero responsable del distrito de Nole Duima, al describir las muertes de mujeres cuyos maridos estaban de viaje cuando ellas se pusieron de parto. “Si el

marido no está en casa en ese momento, ella no puede tomar ninguna decisión”.

Carrera añade que, por lo general, el sistema de salud desautorizaba a las mujeres ngäbe. “Los médicos estudiaban el expediente y atendían a la mujer. Si la mujer no estaba de acuerdo con el tratamiento, se lo imponían a la fuerza o la abandonaban a su suerte, vulnerando sus derechos. La situación actual es completamente distinta”. Carrera actúa ahora como intérprete entre el personal sanitario que habla español y los pacientes que hablan ngäbe. También imparte capacitación al personal del hospital para que su atención sea adecuada desde el punto de vista cultural. Según Carrera, cuando las mujeres reciben un trato digno e informado suelen dar su consentimiento al tratamiento. “Pero si no acepta, se respeta su decisión”.

Carrera también pretende que las mujeres entiendan la autonomía corporal en el contexto de sus relaciones. “Hablo con las madres, les digo que no están obligadas a mantener relaciones

sexuales con sus maridos en contra de su voluntad, que eso es abuso sexual”, explica Carrera. “Aún queda mucho trabajo en ese sentido”.

Sin embargo, Sire subraya que estas cuestiones no son patrimonio exclusivo de la comunidad ngäbe. “Es un problema generalizado”, afirma. “Siempre existirá el machismo, y la discriminación nunca desaparecerá, porque está en todas partes. Pero las personas como nosotras, las de la asociación, ya tenemos una formación. Llevamos una armadura”.

Eneida, la mujer que espera el nacimiento de su tercer hijo, también lleva esa armadura. Pero no se muestra a la defensiva, sino receptiva y sonriente. Su armadura es su confianza. A la pregunta de si ella y su novio quieren tener más hijos, responde que no está segura. Pero cuando se le pregunta si su pareja apoyaría sus decisiones en materia de planificación familiar, no lo duda: “Sí. Claro. Me apoyaría. Por supuesto”, afirma Eneida. “En todo lo que yo decida”.



Eira Carrera procura que a las mujeres ngäbe se las escuche y respete en el contexto del sistema sanitario. También las informa sobre sus derechos. © UNFPA/Rebecca Zerzan

mejora del estado de salud y de la satisfacción personal (Wells *et al.*, 2024). La Comisión sobre sociedades pacíficas por medio de la equidad en la salud y la igualdad de género de *The Lancet* observa que “las mejoras en cuanto a equidad sanitaria e igualdad de género refuerzan el capital humano, la inclusividad de las economías, el capital social y la gobernanza” (Lancet Commission on Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality, 2023). Además, cabe esperar que las medidas para lograr la equidad por medio de la inclusión beneficien a la sociedad en general.

Integral y universal

Partiendo de decenios de investigaciones y acuerdos, los ODS reclaman que los servicios de salud sexual y reproductiva adquieran una naturaleza integral y universal. Son conceptos con los que ya estamos familiarizados, pero la novedad (o la idea más reciente) está en que cunde cada vez más el optimismo de que se materialicen con facilidad.

En su nota orientativa sobre salud reproductiva, la OMS explicó la integridad en profundidad. Para la organización, un paquete integral de asistencia a la salud reproductiva aglutina toda una variedad de servicios de anticoncepción; cuidados prenatales, durante el parto y posnatales; servicios de aborto seguro y de tratamiento de las complicaciones derivadas de abortos en condiciones de riesgo; prevención y tratamiento del VIH y otras ITS; y servicios de lucha contra la violencia de género. La promoción de la salud desempeña además un cometido vital, sobre todo al facilitar información y asesoramiento sobre bienestar y salud sexual a toda la población y al proporcionar una educación sexual integral a la juventud (OMS, 2023).

La cobertura sanitaria universal también se ha estructurado debidamente en el marco de la comunidad internacional. La meta 3.8 de los ODS propone la instauración de la “cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los

riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (DAES, 2023).

Con todo, la integridad y la universalidad han sido propósitos escurridizos y las deficiencias reiteradas de cobertura han afectado sobre todo a las personas marginadas. Sin embargo, cuando la integralidad o la universalidad se ha hecho realidad (o casi), los avances en materia de equidad saltan a la vista. Por ejemplo, en un informe del Consejo de Derechos Humanos se indica que la asistencia sanitaria universal probablemente haya funcionado como atenuante de las desigualdades raciales en determinados países (Consejo de Derechos Humanos, 2020). (De hecho, una de las metas capitales de la cobertura sanitaria universal es lograr la equidad en el acceso).

Más importante todavía, muchos países han registrado avances dignos de mención, lo que reitera que verdaderamente estamos ante una meta fácil de alcanzar. En el Perú, por ejemplo, se documentó un aumento espectacular de la cobertura de salud reproductiva que se prolongó durante una década y se remontaba a 2007, cuando el país lanzó una iniciativa presupuestaria basada en los resultados por la cual se destinaron fondos a los servicios de salud materna y neonatal y de nutrición infantil (Huicho *et al.*, 2018). El programa dependía ante todo de los gastos nacionales (la asistencia para el desarrollo fue un elemento muy secundario del apoyo financiero) y los resultados dieron cuenta de que la tasa de mortalidad neonatal y de menores de 5 años se había recortado con creces.

Hay posibilidades de avanzar incluso si los países no están en condiciones de adherirse a un paquete completo de intervenciones de salud sexual y reproductiva con carácter integral y universal a la vez. El Gobierno de Zambia, por ejemplo, introdujo en 2020 un plan de cobertura sanitaria universal que abarcaba servicios y suministros relacionados

con la anticoncepción. Se trata de un plan universal que todavía no engloba todos los servicios de salud reproductiva (PAI, 2020).

Cabe destacar que el concepto de universalidad tiene que aplicarse a todos los seres humanos. Quizás parezca una obviedad, pero la mayoría de los países se empeña en equiparar la cobertura sanitaria universal con el objetivo de prestar atención de la salud a toda la ciudadanía. Esta distinción deja fuera a algunos de los grupos que más lo necesitan: las personas migrantes indocumentadas, los trabajadores temporales migrantes, los apátridas y la población refugiada, entre otros. En palabras de un estudio sobre esta situación paradójica, los expertos mundiales del campo de la sanidad “han proclamado que ‘todos los caminos llevan a la cobertura sanitaria universal’, pero las personas migrantes indocumentadas no transitan por ellos” (Onarheim *et al.*, 2018). Si se tiene en cuenta la posibilidad de que se produzca un desplazamiento transfronterizo masivo en los próximos años, podría dar lugar a que la población sin acceso a la asistencia sanitaria no deje de crecer. Además de propiciar que se ejerza el derecho humano fundamental a la salud, ampliar la asistencia sanitaria para que cubra a todas las personas dentro de un país también resulta beneficioso para la economía y la salud pública. Un estudio comparó

La decoración con lana que cubre este árbol de KwaZulu-Natal (Sudáfrica) promueve una mayor conciencia sobre las comunidades afectadas por el VIH/sida.
© Paula Thomson/Woza Moya

dos países de ingreso alto (Noruega y los Estados Unidos) que no proporcionan cobertura sanitaria a las personas migrantes indocumentadas con un país de ingreso mediano que sí lo hace (Tailandia). La conclusión a la que llegó fue que Tailandia seguía un planteamiento sanitario menos problemático y tenía más probabilidades de alcanzar la meta de los ODS que tiene que ver con la cobertura sanitaria universal (Onarheim *et al.*, 2018). Otra investigación apunta a que incluir a la población migrante indocumentada en los seguros médicos podría reducir el gasto en atención de la salud debido a que la salud de la población mejoraría en general (Gostin, 2019).

Está claro que los costos son un aspecto decisivo para todos los países. Hoy en día, los países en desarrollo hacen frente a un nivel inaudito de deuda internacional como consecuencia de factores tales como “la pandemia, una situación agravada por la inflación, el aumento de los tipos de interés, tensiones que afectan al comercio y poca capacidad fiscal” (DAES, 2023). La cuantía de los pagos de intereses ya ha empezado a repercutir en el gasto sanitario de 48 países en desarrollo que suman 3.300 millones de habitantes. En promedio, un país de ingreso bajo dedica ahora 1,4 veces más dinero a cargos netos por intereses adeudados que a la sanidad nacional. En cambio, los países de ingreso alto gastan casi 4 veces más en sanidad que en este tipo de cargos (PNUD, 2023). No obstante, han empezado a surgir nuevas formas de financiación de la sanidad con mucho potencial —por ejemplo, bonos soberanos vinculados a la consecución de resultados concretos de salud— que podrían poner la cobertura sanitaria de calidad al alcance de toda la población. El consenso (reforzado durante la pandemia) sobre la concepción de la cobertura sanitaria universal como imperativo moral y de salud pública no es menos importante. Como declaró en diciembre de 2020 Kristalina Georgieva, directora gerente del Fondo Monetario Internacional, “lo que está claro es que no vamos a dar marcha atrás. Si queremos superar la crisis y marcar las líneas generales de la recuperación, tenemos que avanzar con un propósito renovado y una nueva concepción

de la solidaridad de cara a toda la humanidad” (Georgieva, 2020).

Difusión de información rigurosa sobre salud reproductiva

Facilitar información y dotar de conocimientos a la población a fin de empoderar a las personas para que tomen las riendas de su salud tiene la misma importancia crucial que proporcionar asistencia sanitaria integral y universal. Esta máxima se aplica sobre todo en el caso de los grupos marginados, como la juventud, y adquirirá más relevancia conforme las tecnologías avancen, el perfil demográfico de los países cambie y los sistemas de salud evolucionen.

Uno de los principales recursos de difusión de información sobre salud reproductiva es la educación sexual integral (su eficacia y las ventajas que aporta se exponen en el capítulo 4). Además de generar rendimientos sociales y personales de las inversiones en cuanto a salud, educación y productividad, la educación sexual integral también potencia la capacidad de actuación y las competencias de los jóvenes marginados. Por ejemplo, las investigaciones sugieren que impartir una educación sexual integral de calidad, basada en los derechos y adaptada a la edad promueve que la juventud adquiera una mayor conciencia de su poder, autonomía e igualdad, ya que “tiene la intención expresa de empoderar a la gente joven —sobre todo a las chicas y demás grupos marginados— para que se perciban como miembros en condiciones de igualdad dentro de sus relaciones (y también a los demás), se vean capaces de proteger su salud y se consideren personas competentes para tomar parte activa en la sociedad” (Haberland y Rogow, 2015). Dicho de otro modo, si la educación sexual integral resulta eficaz, facilita que los y las jóvenes hagan una reflexión crítica sobre las desigualdades —entre ellas, la desigualdad de género—, algo que trae consigo decisiones y comportamientos más equitativos. A pesar de todo, el apoyo a la educación sexual integral ha decaído en los últimos años (Naciones Unidas, 2023a).

Por otra parte, la educación sexual integral no es el único método para que más personas tengan acceso a información rigurosa y de calidad sobre salud reproductiva. Otra posibilidad exige que los datos desfasados, tendenciosos, inexactos o simplificados en exceso desaparezcan no solo de los libros de texto, sino también de los planes de estudios de las facultades de ciencias médicas, los sistemas de salud y las políticas de salud reproductiva. Como recalcamos en el capítulo 2, la información errónea, las medias verdades y la simplificación excesiva han perjudicado a los grupos marginados a lo largo de la historia y no han dejado de hacerlo en nuestros días.

El único resultado posible de no dotar a la población —adolescentes, profesionales sanitarios, encargados de la formulación de políticas y el resto de personas— de información fiable y objetiva es una sociedad incapacitada para resolver los problemas del futuro. Los sistemas mundiales de salud reciben de buen grado las intervenciones de autoasistencia al considerar que son un recurso cada vez más importante “para cualquier país y circunstancia económica, ya que abren una vía fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal, mejoran la salud, nos mantienen a salvo y resultan útiles para las personas vulnerables” (OMS, s. f. d). La trascendencia de las intervenciones de autoasistencia va a más en el caso de la salud sexual y reproductiva, un ámbito en el que las trabas a los servicios no se limitan al acceso a los establecimientos sanitarios, sino que también abarcan el estigma y las normas patriarcales. Sin embargo, para que las personas más rezagadas puedan sacar provecho de la autoasistencia, tienen que disponer de información rigurosa sobre salud (UNFPA, 2018a).

Mejorar los conocimientos sobre salud reproductiva también conlleva realizar inversiones en la preparación de intervenciones e información sanitarias inclusivas. Los estudios médicos todavía

tratan a los hombres (y sobre todo a los de países de ingreso alto) como el patrón de referencia de los pacientes y los participantes en ensayos clínicos. Por ejemplo, la financiación destinada a investigación y desarrollo en materia de problemas de salud materna se redujo en un 15% entre 2018 y 2021, algo que los científicos achacan a que un número desproporcionado de estos problemas se concentra en países de ingreso mediano y bajo (Policy Cures Research, 2023). Se calcula que las mujeres tienen una salud precaria durante un 25% de tiempo más que los hombres, pero todavía no están lo suficientemente representadas (o se hace equivocadamente) en la medicina. Según un artículo reciente, “para conocer mejor los fundamentos de la biología femenina, hay que inventar herramientas de investigación radicalmente nuevas (por ejemplo, modelos animales, modelos informáticos, avatares de las pacientes y modelos maternizados) que clasifiquen mejor los síntomas y las manifestaciones de las enfermedades en las mujeres en lugar de tildarlos de ‘atípicos’” (Foro Económico Mundial, 2024). Las inversiones que procuren subsanar las disparidades entre hombres y mujeres en cuanto a la salud “podrían inyectar en la economía al menos 1 billón de dólares al año de aquí a 2040”.

También se necesitarán soluciones capaces de zanjar los dilemas éticos que planteen los adelantos de la medicina reproductiva y las herramientas digitales que ofrecen un gran potencial a la vez que plantean riesgos para la seguridad y la privacidad. La capacidad humana de asumir estos desafíos sufre un gran varapalo si no hay un consenso sobre la realidad del desarrollo, la reproducción, la anatomía, la sexualidad y la diversidad de nuestra especie. Todas las personas tienen derecho a que la información sobre salud sexual y reproductiva que poseen esté actualizada, sea rigurosa, tengan en cuenta las cuestiones culturales y se adapte a su edad. Esta afirmación no debería suscitar polémicas ni tener ningún cariz político.

Celebrar los logros y tener la determinación de ir más allá

Los datos probatorios que han salido a la luz demuestran que hemos progresado mucho desde 1994, pero hay que ir más allá. Hemos constatado una y otra vez que los proyectos para mejorar los malos resultados de salud y poner fin a las muertes maternas evitables sencillamente no bastan para superar los obstáculos fruto de la desigualdad, la discriminación, los sesgos y el estigma. Con todo, esto quizás sea lo que nos brinda la mejor ocasión para lograr los objetivos que compartimos (y que se articulan en la CIPD y la Agenda 2030): garantizar los derechos y las libertades de toda la humanidad.

Los últimos años han estado plagados de turbulencias históricas que desencadenaron reivindicaciones de justicia, sirvieron de inspiración a nuevas reflexiones sobre las inequidades sistémicas y movilizaron a activistas de todo el planeta. No cabe duda de que, si tomamos una cierta distancia con el pasado más reciente, ampliamos nuestras miras y nos remontamos a los últimos 30 años, encontraremos muchos más motivos para albergar esperanzas que para hundirnos en la desesperación.

Como se explica a lo largo del informe, la falta de datos (y en particular, datos desglosados) es un bache descomunal, pero nunca antes habíamos contado con información y métodos de análisis de tanta calidad. Tenemos que apoyarnos en estas mejoras para avanzar. Las marcas que ya se han batido —por ejemplo, los indicadores 5.6.1 y 5.6.2 de los ODS, que se cuentan entre los índices pioneros a escala mundial de la autonomía corporal y los entornos jurídicos propicios— son únicamente los primeros pasos de cara a poder cuantificar y entender la situación en lo que atañe a la capacidad de acción de las mujeres en temas reproductivos.

Hay que reformar los sistemas con la intención de erradicar todas las formas de discriminación que han logrado filtrarse en ellos y volverse invisibles.

Posiblemente sea un proceso que suscite debates y malestar, pero ya está en marcha: los movimientos “Ni una menos” y #MeToo han sacado a relucir los desequilibrios en las relaciones de poder en función del género, mientras que “Rhodes Must Fall” y “Black Lives Matter” han puesto el foco en las desigualdades raciales.

Se necesita voluntad política para destinar más recursos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los grupos marginados. Por lo visto, eso son palabras mayores en un mundo donde la polarización y la politización avanzan por momentos; sin embargo, hemos visto algunas señales halagüeñas de que los encargados de la formulación de políticas están dispuestos a hacer frente a estos problemas con valentía. En los exámenes nacionales voluntarios de 2023 (un proceso por el cual los Estados Miembros indican si lo desean sus prioridades y actividades sobre el terreno en materia de desarrollo sostenible como parte de la Agenda 2030), los 39 Estados Miembros que tomaron parte hicieron referencia a los grupos con factores que contribuyen a la marginación, como el género, la discapacidad, la residencia en zonas rurales o remotas y la pertenencia a minorías étnicas. Algo menos de la mitad (el 49%) atendió las necesidades de las personas LGBTQIA+ (UNFPA, 2024g). Aunque estos exámenes no siempre reflejan fielmente los cambios que se producen sobre el terreno, sí son un paso esencial para la transparencia en las prioridades y posturas normativas de los gobiernos (Fukuda-Parr *et al.*, 2018). Por consiguiente, si se llevaran a cabo labores de promoción y seguimiento bien planteadas, se allanaría mucho el camino para colocar la salud sexual y reproductiva de las personas marginadas en un lugar preferente de la agenda de desarrollo.

Por otro lado, no debemos hacer caso omiso de la cuestión del poder. A lo largo y ancho del planeta, las políticas, actitudes y normas perpetúan las desigualdades a todos los niveles, pero las cosas pueden cambiar y no tendremos que esperar para verlo. De hecho, este año marca un acontecimiento histórico para la democracia: más de 2.000 millones

de personas de más de 50 países están convocados a las urnas (Foro Económico Mundial, 2023). Votar en las elecciones es importante porque, como recalcamos en el informe, la representación también lo es. Por eso se llegó a un acuerdo mundial con respecto a la meta 5.5.1 de los ODS, que valora la proporción de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales y los gobiernos locales. Asimismo, votar puede dar un altavoz a otras personas marginadas y vulnerables.

Si bien las elecciones y las campañas de promoción pública son medios imprescindibles para acabar con la marginación, también hemos de reconocer que son una quimera en demasiados países. En estos casos, los organismos que marcan las normas internacionales —como las Naciones Unidas— tienen que hacerse oír y recalcar que los Estados Miembros han contraído la obligación de adoptar las metas de los ODS y los numerosos instrumentos de derechos humanos que los respaldan, que se formularon además con la complicidad de sus gobiernos.

Por último, la voz de las personas marginadas llega cada vez más lejos. En lugar de inquietarnos, podemos escuchar sus peticiones con espíritu de colaboración y amplitud de miras. La impaciencia es comprensible en vista de todo lo que nos queda por alcanzar y puede incluso resultar positiva. Que hayamos aprendido cuáles son las dinámicas que todavía dejan apartadas a las personas y que seamos capaces de plantarles cara es un signo de progreso. Nuestras expectativas en relación con la salud, los derechos y la justicia ya no son las mismas que hace tres decenios; este hecho también supone un avance. El mundo ha cambiado y hemos subido el listón. También somos más capaces de obtener resultados.

Llegado el momento, hacer realidad los objetivos más nobles de la humanidad no marcará una gran diferencia si nos empeñamos en utilizar los métodos más rudimentarios para cuantificar los progresos y dejamos que países, comunidades e identidades se disuelvan por completo en un promedio mundial. Tenemos lo necesario para plantear una visión de futuro más depurada que reconozca la dignidad y el valor individual y entienda que al garantizar la universalidad de los derechos se protegen los derechos de todos y cada uno de nosotros. Al fin y al cabo, la humanidad ha creado un tapiz inmenso y exquisito, pero las hebras más frágiles son las que marcan la solidez de todo el tejido.

"The Flaming Womb" (El útero en llamas) es una obra de Pankaja Sethi que centra la atención en la disparidad entre los atributos simbólicos de la feminidad y las condiciones que soportan las mujeres por imposición de la sociedad patriarcal. Se incluyó en la exposición "Fabric of Being" (El tejido de la existencia) que organizó SEA Junction con motivo de la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25 que tuvo lugar en 2019. © Pankaja Sethi

Indicadores

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD: Salud sexual y reproductiva	página 134
Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD: Género, derechos y capital humano	página 140
Indicadores demográficos	página 146
Notas técnicas	página 152

Salud sexual y reproductiva

	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje	Índice de la cobertura de servicio de la cobertura sanitaria universal
						Cualquier método		Método moderno		Todas				
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
Mundo y regiones	2020	2020	2020	2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
Mundo	223	202	255	86	0,17	50	65	46	59	9	11	78	76	68
Regiones más desarrolladas	12	10	14	99	0,15	58	70	52	62	7	8	80	87	84
Regiones menos desarrolladas	244	221	279	81	0,17	49	65	45	59	9	11	77	72	64
Países menos adelantados	377	338	431	65	0,34	33	43	29	38	15	20	61	71	44
Regiones del UNFPA														
África Occidental y Central	750	625	986	61	0,3	21	23	18	20	17	22	47	70	40
África Oriental y Meridional	360	313	441	70	0,83	36	45	33	42	15	20	65	72	46
América Latina y el Caribe	88	79	99	95	0,19	59	75	56	71	8	9	83	75	76
Asia y el Pacífico	113	101	128	87	0,07	54	71	50	65	6	8	82	74	68
Estados Árabes	145	110	194	83	0,04	34	53	29	45	10	15	66	65	61
Europa Oriental y Asia Central	21	19	25	98	0,15	46	64	36	49	8	11	67	84	74
Países, territorios y otras zonas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
Afganistán	620	406	1050	62	0,03	21	29	19	26	17	23	50	56	41
Albania	8	4	16	100	0,02	33	45	6	6	12	16	12	79	64
Alemania	4	4	5	96	–	55	68	54	67	7	9	88	87	88
Angola	222	148	330	50	0,44	17	18	16	17	26	35	37	62	37
Antigua y Barbuda	21	11	36	99	–	42	63	40	61	10	13	77	–	76
Arabia Saudita	16	11	22	95	0,04	21	33	18	27	15	24	49	–	74
Argelia	78	41	164	99	0,05	35	60	30	52	7	11	72	–	74
Argentina	45	38	53	99	0,09	59	71	57	68	10	11	83	92	79
Armenia	27	19	42	100	0,19	39	60	22	33	8	12	46	87	68
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australia	3	2	4	96	–	59	67	57	64	8	10	85	–	87
Austria	5	4	8	98	–	66	73	64	71	5	7	89	–	85
Azerbaiyán	41	22	69	100	0,05	37	58	16	24	9	13	35	–	66
Bahamas	77	51	128	99	0,15	46	66	44	65	10	12	79	–	77
Bahrein	16	13	19	100	–	29	63	20	44	5	12	59	73	76
Bangladesh	123	89	174	59	0,01	52	64	45	56	9	11	74	–	52
Barbados	39	22	61	98	0,21	51	63	47	60	12	14	75	44	77
Belarús	1	1	2	100	0,11	54	63	47	53	11	11	72	83	79
Bélgica	5	4	6	–	0,04	59	67	58	67	6	8	91	–	86
Belice	130	105	161	95	0,35	46	58	43	54	14	17	72	43	68
Benin	523	397	768	78	0,11	18	20	15	16	24	30	36	91	38
Bhután	60	40	82	99	0,08	40	62	39	60	8	12	81	83	60
Bolivia (Estado Plurinacional de)	161	103	272	81	0,16	49	68	37	51	11	15	61	94	65
Bosnia y Herzegovina	6	4	8	100	–	39	51	20	22	9	13	42	70	66
Botswana	186	151	230	100	1,92	59	70	58	70	8	10	87	64	55
Brasil	72	57	93	98	0,24	67	80	65	78	6	7	90	–	80
Brunei Darussalam	44	30	61	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	78
Bulgaria	7	5	10	95	0,03	66	81	52	60	5	6	73	62	73
Burkina Faso	264	169	394	96	0,08	30	34	29	33	19	23	60	81	40
Burundi	494	353	694	77	0,1	21	34	18	31	16	27	51	65	41
Cabo Verde	42	26	65	97	0,34	45	59	44	58	12	15	77	84	71

Salud sexual y reproductiva

Países, territorios y otras zonas	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años				Necesidad insatisfecha de satisfacción familiar, mujeres de 15 a 49 años		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje	Índice de la cobertura de servicio de la cobertura sanitaria universal	
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Cualquier método		Método moderno		Todas		Casadas o en unión libre	2024	2022	2021
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre				
Camboya	218	156	326	99	0,08	43	65	33	49	7	10	65	98	58	
Camerún	438	332	605	69	0,36	24	24	20	19	16	21	51	–	44	
Canadá	11	9	15	98	–	73	82	71	80	3	4	92	–	91	
Chad	1063	772	1586	47	0,22	8	9	7	8	19	25	27	59	29	
Chequia	3	2	5	100	0,02	62	85	55	76	4	4	84	79	84	
Chile	15	13	17	100	0,25	65	78	60	72	6	8	85	–	82	
China	23	19	27	100	–	71	85	69	83	4	3	92	–	81	
Chipre	68	47	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	81	
Colombia	75	65	86	99	0,16	65	82	61	77	5	6	87	96	80	
Comoras	217	131	367	82	0	21	29	17	24	19	29	44	–	48	
Congo	282	194	429	91	2,89	43	46	31	30	14	18	54	55	41	
Costa Rica	22	18	26	99	0,14	57	74	56	72	9	10	84	84	81	
Côte d'Ivoire	480	318	730	84	0,31	27	26	23	23	21	26	49	64	43	
Croacia	5	3	7	100	0,02	50	71	36	47	5	8	65	98	80	
Cuba	39	35	44	100	0,18	69	72	68	71	8	9	88	–	83	
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Dinamarca	5	4	6	95	0,01	64	77	61	73	5	6	88	87	82	
Djibouti	234	105	530	87	–	17	32	17	31	14	25	54	–	44	
Dominica	–	–	–	100	–	46	64	44	62	10	13	78	–	49	
Ecuador	66	52	86	99	0,11	59	80	54	73	7	6	82	92	77	
Egipto	17	13	22	97	0,05	45	62	43	60	9	12	81	–	70	
El Salvador	43	31	61	100	0,13	53	74	50	69	8	10	82	92	78	
Emiratos Árabes Unidos (los)	9	5	17	99	–	38	53	31	42	12	16	62	–	82	
Eritrea	322	207	508	34	0,06	9	15	9	14	15	28	35	–	45	
Eslovaquia	5	3	6	98	0,02	55	79	47	67	5	6	79	86	82	
Eslovenia	5	3	7	100	–	52	79	44	67	4	5	79	–	84	
España	3	3	4	100	–	62	64	60	62	7	12	87	–	85	
Estado de Palestina ¹	20	15	26	100	–	40	62	30	47	7	10	64	68	–	
Estados Unidos de América (los)	21	16	27	99	–	61	76	54	67	5	5	81	–	86	
Estonia	5	3	9	100	0,1	58	71	50	60	5	7	78	98	79	
Eswatini	240	147	417	88	4,1	53	69	52	68	9	12	84	98	56	
Etiopía	267	189	427	50	0,08	31	42	30	41	15	20	67	73	35	
Federación de Rusia	14	9	20	100	–	49	68	42	58	7	9	75	70	79	
Fiji	38	28	55	100	0,33	35	51	30	44	12	16	65	–	58	
Filipinas	78	67	96	84	0,21	36	58	27	44	10	15	60	80	58	
Finlandia	8	6	13	100	–	79	82	74	77	3	4	91	98	86	
Francia	8	6	10	98	0,09	66	78	64	76	4	4	91	–	85	
Gabón	227	141	383	89	0,83	39	39	31	29	18	23	55	58	49	
Gambia	458	333	620	84	0,6	15	21	14	20	16	24	46	–	46	
Georgia	28	22	33	100	0,14	33	48	24	35	13	18	53	94	68	
Ghana	263	180	376	79	0,53	27	36	24	32	19	26	52	66	48	
Granada	21	12	34	100	–	47	65	44	61	10	12	77	–	70	
Grecia	8	5	12	100	0,08	53	75	39	52	5	7	68	72	77	
Guadalupe	–	–	–	–	–	40	59	37	53	10	15	73	–	–	

Salud sexual y reproductiva

Países, territorios y otras zonas	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje	Índice de la cobertura de servicio de la cobertura sanitaria universal
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Cualquier método		Método moderno		Todas				
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
Países, territorios y otras zonas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
Guam	–	–	–	–	–	37	66	32	56	7	10	74	–	–
Guatemala	96	85	106	70	0,07	43	65	37	55	9	12	72	–	59
Guayana Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	553	404	808	55	0,43	15	15	14	14	18	23	43	79	40
Guinea Ecuatorial	212	122	374	68	2,94	19	19	16	16	22	31	39	–	46
Guinea-Bissau	725	475	1135	54	0,59	32	24	31	24	16	19	63	80	37
Guyana	112	83	144	98	0,62	30	39	29	38	20	28	57	87	76
Haití	350	239	550	42	0,58	29	40	27	37	23	33	52	65	54
Honduras	72	58	91	94	0,05	51	73	47	67	8	10	80	80	64
Hong Kong (RAE de China)	–	–	–	–	–	49	71	46	68	8	9	81	–	–
Hungría	15	11	21	100	–	50	70	45	63	7	9	80	93	79
India	103	93	110	89	0,05	51	68	45	60	6	9	78	74	63
Indonesia	173	121	271	95	0,09	44	63	42	60	8	11	82	77	55
Irán (República Islámica del)	22	14	32	99	0,03	58	82	47	66	3	4	77	63	74
Iraq	76	50	121	96	0,01	38	57	27	41	8	12	59	59	59
Irlanda	5	4	7	100	–	65	70	63	66	6	9	89	–	83
Islandia	3	1	4	97	0,04	–	–	–	–	–	–	–	–	89
Islas Salomón	122	75	197	86	–	24	33	20	27	13	18	54	–	47
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	100	–	37	39	36	38	19	23	64	–	–
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	–	–	–	–	–	45	75	42	70	8	8	79	–	–
Israel	3	2	4	–	–	41	73	32	56	5	8	69	–	85
Italia	5	4	6	100	0,04	60	67	49	52	6	9	75	–	84
Jamaica	99	80	122	100	0,5	44	73	42	70	9	9	79	76	74
Japón	4	3	6	100	–	47	53	41	42	12	17	69	85	83
Jordania	41	26	62	100	0	31	55	23	40	8	14	58	56	65
Kazajistán	13	10	18	100	–	43	54	40	51	10	14	76	65	80
Kenya	530	382	750	70	0,46	49	65	47	63	11	14	78	48	53
Kirguistán	50	37	70	100	0,11	29	43	28	40	12	17	68	73	69
Kiribati	76	33	146	92	–	24	32	20	27	17	23	49	–	48
Kuwait	7	5	11	100	–	36	60	30	50	8	13	68	–	78
Lesotho	566	385	876	87	3,03	52	67	51	67	9	13	84	–	53
Letonia	18	14	25	100	0,19	59	72	52	62	6	8	81	70	75
Líbano	21	18	24	98	–	33	62	25	47	7	12	63	–	73
Liberia	652	499	900	84	0,24	28	28	27	27	25	31	51	–	45
Libia	72	31	165	100	–	25	41	17	27	15	25	41	–	62
Lituania	9	5	14	100	0,06	48	72	40	58	6	8	74	87	75
Luxemburgo	6	4	12	100	0,06	–	–	–	–	–	–	–	–	83
Macao (RAE de China)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia del Norte	3	1	6	100	0,03	44	54	21	21	9	13	40	–	74
Madagascar	392	311	517	46	0,3	42	53	38	47	13	14	69	–	35
Malasia	21	18	29	100	0,09	36	58	26	42	9	14	59	83	76
Malawi	381	269	543	96	0,81	50	67	49	66	12	14	79	79	48
Maldivas	57	40	83	100	0,01	18	24	14	19	22	29	36	93	61
Malí	440	335	581	67	0,28	19	21	19	21	21	24	47	–	41

Salud sexual y reproductiva

	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje	Índice de la cobertura de servicio de la cobertura sanitaria universal
						Cualquier método		Método moderno		Todas				
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
Países, territorios y otras zonas	2020	2020	2020	2004–2022	2022	2024		2024		2024		2024	2022	2021
Malta	3	2	5	100	0,09	61	79	50	63	4	5	76	–	85
Marruecos	72	51	96	87	0,02	43	71	37	62	7	10	75	–	69
Martinica	–	–	–	–	–	41	61	38	56	10	14	74	–	–
Mauricio	84	62	115	100	–	44	67	30	46	7	9	59	75	66
Mauritania	464	337	655	70	0,12	10	14	9	13	22	32	30	65	40
México	59	46	74	97	0,16	55	74	53	71	9	10	82	86	75
Micronesia (Estados Federados de)	74	32	169	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48
Mongolia	39	28	55	99	0,01	42	58	38	53	12	15	71	–	65
Montenegro	6	3	11	99	0,02	23	27	16	17	15	21	43	52	72
Mozambique	127	99	157	73	3,2	29	33	28	31	18	21	60	–	44
Myanmar	179	125	292	60	0,21	35	59	34	58	8	13	80	91	52
Namibia	215	154	335	88	2,39	53	62	53	61	10	14	84	88	63
Nepal	174	125	276	77	0,02	42	55	37	49	15	21	65	48	54
Nicaragua	78	54	109	94	0,08	59	82	57	79	6	6	88	75	70
Níger	441	305	655	44	0,06	12	15	12	14	16	20	41	–	35
Nigeria	1047	793	1565	51	–	18	21	14	16	15	19	43	–	38
Noruega	2	1	3	99	–	66	85	61	79	3	3	89	100	87
Nueva Caledonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelandia	7	5	9	97	0,01	65	81	61	75	5	5	88	95	85
Omán	17	12	25	100	0,03	22	37	16	26	14	25	43	70	70
Países Bajos (Reino de los)	4	3	6	–	–	63	72	61	70	5	7	89	100	85
Pakistán	154	109	226	68	–	27	40	20	31	11	17	54	69	45
Panamá	50	46	54	95	0,32	49	61	46	57	14	17	74	72	78
Papua Nueva Guinea	192	126	293	56	0,65	28	39	24	33	17	24	52	–	30
Paraguay	71	60	82	92	–	60	73	56	68	8	8	83	76	72
Perú	69	59	80	95	0,17	51	77	40	58	5	6	71	85	71
Polinesia Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	2	1	3	100	–	54	74	44	59	6	7	73	89	82
Portugal	12	8	18	99	0,06	59	74	51	63	5	7	79	95	88
Puerto Rico	34	25	54	–	–	51	82	47	74	7	5	81	–	–
Qatar	8	5	11	100	0,04	33	50	28	42	10	15	65	71	76
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	10	8	12	–	–	72	76	65	69	4	6	86	96	88
República Árabe Siria	30	19	47	96	0	34	63	26	47	7	12	63	81	64
República Centroafricana	835	407	1519	40	1,57	22	24	17	19	21	25	40	77	32
República de Corea	8	7	9	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	89
República de Moldova	12	9	17	100	0,34	49	59	40	47	12	15	65	–	71
República Democrática del Congo	547	377	907	85	0,13	27	31	17	17	20	25	36	–	42
República Democrática Popular Lao	126	92	185	64	0,14	39	62	35	55	9	13	72	96	52
República Dominicana	107	87	133	99	0,37	55	68	53	66	10	13	82	–	77
República Popular Democrática de Corea	107	46	249	100	–	61	75	58	72	8	8	85	83	68
República Unida de Tanzania	238	174	381	64	0,54	38	47	34	42	15	19	64	–	43
Reunión	–	–	–	–	–	52	72	50	71	8	9	84	–	–
Rumanía	10	7	14	93	0,03	54	71	46	59	6	8	76	98	78

Salud sexual y reproductiva

Países, territorios y otras zonas	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos*	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior*	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior*	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1,000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje	Índice de la cobertura de servicio de la cobertura sanitaria universal
	2020	2020	2020	2004–2022	2022	Cualquier método		Método moderno		Todas		2024	2022	2021
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
Rwanda	259	184	383	94	0,24	40	67	37	61	9	12	76	82	49
Sáhara Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	100	–	49	61	46	57	12	14	76	–	79
Samoa	59	26	137	89	–	14	22	13	20	28	42	32	22	55
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	77
San Martín (parte holandesa)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	62	40	92	99	–	51	67	49	64	10	12	80	81	69
Santa Lucía	73	44	127	100	–	49	61	46	58	12	14	76	33	77
Santo Tomé y Príncipe	146	74	253	97	0,06	38	51	36	48	20	24	61	46	59
Senegal	261	197	376	75	0,09	22	31	21	30	14	21	58	75	50
Serbia	10	8	14	100	0,02	49	59	29	29	7	11	51	99	72
Seychelles	3	3	4	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	75
Sierra Leona	443	344	587	87	0,44	28	27	28	26	19	24	58	65	41
Singapur	7	5	11	100	–	40	69	36	61	6	10	78	46	89
Somalia	621	283	1184	32	–	8	10	2	2	17	26	9	–	27
Sri Lanka	29	24	38	100	0,01	45	68	37	56	5	7	74	86	67
Sudáfrica	127	99	154	97	3,15	52	59	51	59	11	14	82	95	71
Sudán	270	174	420	78	0,09	12	17	11	16	17	27	37	57	44
Sudán del Sur	1223	746	2009	40	0,79	7	9	6	8	21	29	23	16	34
Suecia	5	3	6	–	–	59	71	56	68	6	8	87	100	85
Suiza	7	5	11	–	–	73	73	68	68	4	7	89	94	86
Suriname	96	70	128	98	0,76	35	49	35	48	14	21	70	–	63
Tailandia	29	24	34	99	0,13	49	77	48	75	4	6	90	–	82
Tayikistán	17	9	31	95	0,1	25	34	23	31	16	21	57	–	67
Timor-Leste	204	147	283	57	0,07	20	34	18	31	13	22	55	–	52
Togo	399	253	576	69	0,28	25	28	23	26	22	30	49	–	44
Tonga	126	55	289	98	–	20	34	17	29	14	25	50	–	57
Trinidad y Tabago	27	19	36	100	–	41	50	37	46	14	19	66	27	75
Túnez	37	24	49	100	–	33	60	29	51	8	12	70	–	67
Türkiye	17	13	23	97	–	48	72	33	50	6	9	62	78	76
Turkmenistán	5	3	9	100	–	36	54	33	50	8	12	77	94	75
Tuvalu	–	–	–	100	–	20	27	18	24	20	28	46	–	52
Ucrania	17	13	22	100	–	54	68	45	56	6	9	75	95	76
Uganda	284	191	471	74	1,21	38	51	34	45	15	20	64	–	49
Uruguay	19	15	23	100	0,24	59	79	57	77	6	7	87	97	82
Uzbekistán	30	23	40	99	–	49	70	46	66	6	8	84	92	75
Vanuatu	94	43	211	89	–	38	49	33	42	15	19	62	–	47
Venezuela (República Bolivariana de)	259	191	381	99	–	56	76	53	72	8	9	83	–	75
Viet Nam	46	33	60	96	0,06	58	79	48	66	4	5	78	54	68
Yemen	183	120	271	45	0,03	29	46	21	34	14	22	51	65	42
Zambia	135	100	201	80	1,86	38	54	37	52	15	17	70	91	56
Zimbabwe	357	255	456	86	1,12	51	70	50	69	8	9	86	73	55

NOTAS

- No se dispone de datos.
- ^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.
- ¹ El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió a Palestina "la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas [...]".

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

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

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

Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados: número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes/año no infectados (indicador 3.3.1 de los ODS).

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

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

Necesidad insatisfecha de planificación familiar: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que desean impedir o retrasar la maternidad, pero no emplean un método anticonceptivo.

Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos: porcentaje de demanda total de planificación familiar entre mujeres de 15 a 49 años de edad satisfecho mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos (indicador 3.7.1 de los ODS).

Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva: la medida en que los países cuentan con leyes y reglamentos a escala nacional que garantizan a hombres y mujeres de 15 años en adelante un acceso pleno y en pie de igualdad a servicios de salud sexual y reproductiva y a información y educación en la materia (indicador 5.6.2 de los ODS).

Índice de la cobertura de servicio de la cobertura sanitaria universal: promedio de la cobertura de los servicios esenciales obtenido a partir de intervenciones de rastreo que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos, entre la población general y la más desfavorecida (indicador 3.8.1 de los ODS).

FUENTES DE DATOS MÁS IMPORTANTES

Razón de mortalidad materna: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas), 2023.

Partos atendidos por personal de salud cualificado: Base de datos mundial conjunta sobre asistencia cualificada durante el parto, UNICEF y OMS, 2023. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la base de datos mundial conjunta.

Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados: Estimaciones sobre el VIH, ONUSIDA, 2023.

Tasa de uso de anticonceptivos: División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Tasa de uso de anticonceptivos, métodos modernos: División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar: División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos: División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva: UNFPA, 2022.

Índice de la cobertura de servicio de la cobertura sanitaria universal: OMS, 2023.

Género, derechos y capital humano

	Tasa de natalidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje	Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Toma de decisiones de las mujeres sobre la atención de su salud, en porcentaje	Toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, en porcentaje	Toma de decisiones sobre las relaciones sexuales, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria
Mundo y regiones	2024	2023	2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2020	2020	2020	2020
Mundo	41	19	–	13	56	75	89	76	85	1,00	67	1,01
Regiones más desarrolladas	10	4	–	–	82	97	95	87	99	1,00	95	1,01
Regiones menos desarrolladas	45	22	–	–	56	75	89	75	83	1,00	63	1,01
Países menos adelantados	90	38	–	22	47	68	88	69	–	–	44	0,90
Regiones del UNFPA												
África Occidental y Central	101	33	18	15	26	44	80	55	61	0,97	41	0,87
África Oriental y Meridional	92	30	–	24	48	76	88	67	–	–	–	–
América Latina y el Caribe	51	21	–	8	72	86	91	90	94	1,02	79	1,03
Asia y el Pacífico	24	18	–	13	63	79	91	81	87	1,02	66	1,06
Estados Árabes	42	17	54	15	58	92	91	67	82	0,95	60	0,92
Europa Oriental y Asia Central	18	10	–	9	70	89	91	81	98	1	84	0,99
Países, territorios y otras zonas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Afganistán	62	29	–	35	–	–	–	–	–	–	45	0,56
Albania	12	12	–	6	62	92	83	77	96	0,94	85	0,96
Alemania	6	–	–	–	–	–	–	–	99	1,01	89	0,98
Angola	163	30	–	25	39	75	74	62	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	33	–	–	–	–	–	–	–	100	–	95	0,99
Arabia Saudita	8	–	–	–	–	–	–	–	99	1	99	1
Argelia	11	4	–	–	–	–	–	–	97	0,99	83	1,11
Argentina	28	16	–	5	–	–	–	–	99	–	96	1,1
Armenia	13	5	–	5	62	96	83	75	100	0,99	97	1,06
Aruba	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australia	7	–	–	3	–	–	–	–	98	1,01	94	1,05
Austria	4	–	–	4	–	–	–	–	98	1	89	1
Azerbaiyán	37	11	–	5	–	–	–	–	87	0,99	80	0,96
Bahamas	26	–	–	–	–	–	–	–	86	0,99	63	1,01
Bahrein	9	–	–	–	87	93	92	79	97	1	98	0,98
Bangladesh	68	51	–	23	64	77	94	86	82	1,15	79	0,91
Barbados	48	29	–	–	–	–	–	–	99	1	93	1,01
Belarús	12	5	–	6	–	–	–	–	94	0,97	88	1,01
Bélgica	4	0	–	5	–	–	–	–	99	1	99	1
Belice	51	34	–	8	–	–	–	–	94	0,99	71	1,11
Benin	84	28	9	15	32	52	66	58	55	0,91	31	0,78
Bhután	10	26	–	9	–	–	–	–	85	1,15	67	1,15
Bolivia (Estado Plurinacional de)	71	20	–	18	–	–	–	–	89	1,01	80	1,01
Bosnia y Herzegovina	10	4	–	3	–	–	–	–	94	0,97	79	1,03
Botswana	50	–	–	17	–	–	–	–	86	1,08	57	0,98
Brasil	43	26	–	7	–	–	–	–	96	1,01	89	1,05
Brunei Darussalam	9	–	–	–	–	–	–	–	99	1,01	68	1,06
Bulgaria	39	–	–	6	–	–	–	–	90	1	82	0,95
Burkina Faso	93	51	56	11	20	32	91	62	46	1,14	27	1,16
Burundi	58	19	–	22	40	72	88	60	59	1,06	42	1,17
Cabo Verde	40	8	–	11	–	–	–	–	83	0,99	74	1,07
Camboya	48	18	–	9	80	92	93	91	95	1,09	57	1,12

Género, derechos y capital humano

	Tasa de natalidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje	Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Toma de decisiones de las mujeres sobre la atención de su salud, en porcentaje	Toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, en porcentaje	Toma de decisiones sobre las relaciones sexuales, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Tasa neta de matriculación de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria
Países, territorios y otras zonas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Camerún	105	30	1	22	35	55	74	67	53	0,93	35	0,86
Canadá	5	–	–	3	–	–	–	–	100	–	87	0,98
Chad	138	61	34	16	27	47	81	63	41	0,72	25	0,57
Chequia	7	–	–	4	–	–	–	–	98	1	95	1,01
Chile	16	–	–	6	–	–	–	–	99	0,99	98	0,99
China	6	3	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	6	–	–	3	–	–	–	–	100	–	96	1
Colombia	47	23	–	12	–	–	–	–	96	1,01	87	1,03
Comoras	74	21	–	8	21	47	71	47	87	1,02	52	1,07
Congo	111	27	–	–	27	41	87	71	70	0,94	58	0,92
Costa Rica	26	17	–	7	–	–	–	–	95	1,01	92	1,03
Côte d'Ivoire	96	26	37	16	25	43	82	67	43	1,01	45	0,92
Croacia	7	–	–	4	–	–	–	–	99	–	92	1,05
Cuba	47	29	–	5	–	–	–	–	92	1	83	1,05
Curaçao	18	–	–	–	–	–	–	–	99	–	88	1,02
Dinamarca	1	1	–	3	–	–	–	–	99	1	93	1,01
Djibouti	21	7	90	–	–	–	–	–	49	0,86	36	0,91
Dominica	50	–	–	–	–	–	–	–	81	0,95	77	0,92
Ecuador	52	22	–	8	87	100	92	95	99	1,02	80	1,02
Egipto	50	16	87	15	–	–	–	–	95	1	72	0,95
El Salvador	50	20	–	6	–	–	–	–	–	–	57	1,07
Emiratos Árabes Unidos (los)	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	73	1,36
Eritrea	76	41	83	–	–	–	–	–	59	0,86	45	0,86
Eslovaquia	26	–	–	6	–	–	–	–	97	1	91	1
Eslovenia	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1	97	1,01
España	5	–	–	3	–	–	–	–	97	1,01	95	1,02
Estado de Palestina ¹	43	13	–	19	–	–	–	–	95	1,02	76	1,16
Estados Unidos de América (los)	14	–	–	6	–	–	–	–	99	1,01	95	1,03
Estonia	6	–	–	4	–	–	–	–	98	1	94	1,01
Eswatini	87	2	–	18	49	72	89	74	–	–	–	–
Etiopía	72	40	65	27	38	82	90	46	50	0,99	33	0,96
Federación de Rusia	13	6	–	–	–	–	–	–	100	1	57	0,95
Fiji	31	4	–	23	62	86	84	77	89	0,81	73	1,13
Filipinas	47	9	–	6	82	95	91	92	89	1,05	82	1,1
Finlandia	3	0	–	8	–	–	–	–	98	1	96	1,01
Francia	6	–	–	5	–	–	–	–	100	1	96	1,01
Gabón	100	13	–	22	48	60	90	86	64	1,03	53	1,05
Gambia	65	23	73	10	19	49	87	45	80	1,18	55	1,25
Georgia	22	14	–	3	82	95	98	88	99	–	99	1,01
Ghana	63	16	2	10	52	82	90	72	91	0,99	66	0,94
Granada	30	–	–	8	–	–	–	–	91	1,07	86	0,96
Grecia	7	–	–	5	–	–	–	–	98	1	94	1,02
Guadalupe	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	65	30	–	7	65	77	91	89	63	0,95	35	1,04

Género, derechos y capital humano

	Tasa de natalidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje	Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Toma de decisiones de las mujeres sobre la atención de su salud, en porcentaje	Toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, en porcentaje	Toma de decisiones sobre las relaciones sexuales, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria
Países, territorios y otras zonas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Guayana Francesa	58	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	128	47	95	21	15	41	76	40	47	0,78	27	0,67
Guinea Ecuatorial	176	30	–	29	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea-Bissau	84	26	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	65	32	–	11	71	92	90	83	83	1,04	62	1,09
Haití	55	15	–	12	57	76	93	79	–	–	–	–
Honduras	97	34	–	7	70	84	88	94	53	1,1	39	1,18
Hong Kong (RAE de China)	1	–	–	3	–	–	–	–	99	0,97	94	0,99
Hungría	19	–	–	6	–	–	–	–	95	1	87	1,01
India	11	23	–	18	66	82	92	83	85	1,01	57	1,01
Indonesia	36	16	–	9	–	–	–	–	95	1,07	82	0,95
Irán (República Islámica del)	24	17	–	18	–	–	–	–	95	0,97	81	0,98
Iraq	70	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlanda	4	–	–	3	–	–	–	–	100	–	99	1,02
Islandia	3	–	–	3	–	–	–	–	99	1	85	1,01
Islas Salomón	78	21	–	28	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Turcas y Caicos	18	23	–	–	–	–	–	–	87	0,86	85	0,76
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	7	–	–	6	–	–	–	–	97	1	95	1,02
Italia	3	–	–	4	–	–	–	–	99	1	95	1
Jamaica	36	8	–	7	–	–	–	–	82	1,04	77	0,98
Japón	2	–	–	4	–	–	–	–	100	–	98	1,02
Jordania	17	10	–	14	58	92	91	67	74	0,98	62	1,05
Kazajstán	20	7	–	6	–	–	–	–	98	1	70	1,08
Kenya	44	13	15	23	65	87	92	77	–	–	–	–
Kirguistán	30	13	–	13	77	94	95	85	94	0,98	73	1,04
Kiribati	51	18	–	25	–	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	49	16	–	17	61	90	93	71	83	1,08	63	1,11
Letonia	9	–	–	6	–	–	–	–	99	1,01	94	1,02
Líbano	17	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	131	25	32	27	59	79	84	82	60	1,02	61	1,03
Libia	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	6	0	–	5	–	–	–	–	100	–	99	1,02
Luxemburgo	3	–	–	4	–	–	–	–	96	1	85	1,05
Macao (RAE de China)	0	–	–	–	–	–	–	–	90	0,97	82	1,06
Macedonia del Norte	14	8	–	4	88	98	99	90	–	–	–	–
Madagascar	143	39	–	–	72	87	93	88	65	1,02	31	1
Malasia	6	–	–	–	–	–	–	–	89	1,03	67	1,1
Malawi	136	38	–	17	45	68	91	69	76	0,99	30	0,62
Maldivas	5	2	13	6	54	89	84	70	96	1,06	55	1,14
Malí	145	54	89	18	5	20	66	26	45	0,86	24	0,74
Malta	10	–	–	4	–	–	–	–	98	0,99	90	1,02
Marruecos	22	14	–	11	–	–	–	–	96	0,97	77	0,99

Género, derechos y capital humano

	Tasa de natalidad adolescente, por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje	Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Toma de decisiones de las mujeres sobre la atención de su salud, en porcentaje	Toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, en porcentaje	Toma de decisiones sobre las relaciones sexuales, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria
Países, territorios y otras zonas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Martinica	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauricio	20	–	–	–	–	–	–	–	95	1,01	77	1,1
Mauritania	90	37	64	–	25	63	79	44	67	1,04	38	1,04
México	44	21	–	10	–	–	–	–	92	1,03	69	1,11
Micronesia (Estados Federados de)	33	–	–	21	–	–	–	–	83	1,03	62	1,08
Mongolia	21	12	–	12	63	85	84	80	96	1,02	88	1,07
Montenegro	9	6	–	4	–	–	–	–	98	0,98	87	1,02
Mozambique	158	53	–	16	49	77	85	67	59	0,93	42	0,88
Myanmar	36	16	–	11	67	85	98	81	88	1,07	63	1,17
Namibia	64	7	–	16	71	91	83	93	100	1	88	0,95
Nepal	71	35	–	11	63	72	91	91	96	0,94	81	1,03
Nicaragua	79	35	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Níger	150	76	2	13	7	21	77	35	25	0,96	10	0,85
Nigeria	75	30	15	13	29	46	81	56	–	–	–	–
Noruega	1	0	–	4	–	–	–	–	100	1	95	1,01
Nueva Caledonia	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	11	–	–	4	–	–	–	–	98	1	95	1,01
Omán	6	4	–	–	–	–	–	–	86	1,01	76	0,99
Países Bajos (Reino de los)	2	–	–	5	–	–	–	–	100	1	95	1,02
Pakistán	41	18	–	16	31	52	85	55	72	0,82	51	0,84
Panamá	62	26	–	8	79	94	89	95	88	1,02	57	1,08
Papua Nueva Guinea	68	27	–	31	57	86	84	76	69	0,93	43	0,83
Paraguay	72	22	–	6	–	–	–	–	82	1,01	73	1,06
Perú	34	14	–	11	–	–	–	–	98	1	84	0,99
Polinesia Francesa	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	6	–	–	3	–	–	–	–	97	1	96	1,01
Portugal	6	–	–	4	–	–	–	–	100	1	100	1
Puerto Rico	13	–	–	–	–	–	–	–	94	1,04	86	0,98
Qatar	5	4	–	–	–	–	–	–	98	1	90	0,99
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	8	0	–	4	–	–	–	–	97	1	95	1,02
República Árabe Siria	54	13	–	–	–	–	–	–	48	1,08	27	1,17
República Centroafricana	184	61	22	21	–	–	–	–	43	0,68	17	0,6
República de Corea	0	–	–	8	–	–	–	–	100	1	96	0,99
República de Moldova	27	12	–	9	73	96	96	79	100	–	85	1,04
República Democrática del Congo	109	29	–	36	31	47	85	74	–	–	–	–
República Democrática Popular Lao	83	33	–	8	–	–	–	–	66	1,01	46	0,93
República Dominicana	77	32	–	10	77	88	92	93	89	1,01	68	1,09
República Popular Democrática de Corea	1	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzania	112	29	8	24	50	74	85	68	49	1,07	16	0,86
Reunión	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rumanía	34	7	–	7	–	–	–	–	89	0,99	77	1,02
Rwanda	31	6	–	24	61	83	95	76	91	1,06	56	1,06
Sáhara Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Género, derechos y capital humano

	Tasa de natalidad adolescente, por cada 1,000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje	Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Toma de decisiones de las mujeres sobre la atención de su salud, en porcentaje	Toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, en porcentaje	Toma de decisiones sobre las relaciones sexuales, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria
Países, territorios y otras zonas	2000–2023	2006–2023	2004–2022	2018	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2007–2022	2017–2023	2017–2023	2017–2023	2017–2023
Saint Kitts y Nevis	74	–	–	–	–	–	–	–	–	–	95	–
Samoa	55	7	–	18	–	–	–	–	100	1	77	1,15
San Marino	1	–	–	–	–	–	–	–	94	0,99	40	0,81
San Martín (parte holandesa)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	37	–	–	–	–	–	–	–	98	–	97	1,02
Santa Lucía	24	24	–	–	–	–	–	–	87	1,09	76	1,02
Santo Tomé y Príncipe	86	28	–	18	46	69	78	79	–	–	–	–
Senegal	67	31	25	12	6	27	81	18	38	1,18	19	1,2
Serbia	13	6	–	4	96	100	98	98	95	1	84	1,05
Seychelles	46	–	–	–	–	–	–	–	96	1,03	87	1,14
Sierra Leona	102	30	83	20	28	44	78	68	82	1,05	58	1,01
Singapur	3	0	–	2	–	–	–	–	100	1	99	1
Somalia	116	45	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	17	10	–	4	–	–	–	–	97	1,01	86	1,08
Sudáfrica	71	4	–	13	61	94	85	72	92	1,01	91	1,11
Sudán	87	34	87	17	–	–	–	–	70	0,96	51	1,07
Sudán del Sur	158	52	–	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Suecia	2	–	–	6	–	–	–	–	100	1	97	1
Suiza	1	–	–	2	–	–	–	–	100	1	92	0,99
Suriname	46	36	–	8	–	–	–	–	–	–	–	–
Tailandia	24	17	–	9	–	–	–	–	98	1,01	98	1,1
Tayikistán	42	9	–	14	27	47	79	54	–	–	–	–
Timor-Leste	42	15	–	28	36	93	92	40	87	1,09	74	1,1
Togo	79	25	3	13	30	47	84	75	82	0,95	46	0,77
Tonga	30	10	–	17	–	–	–	–	99	1,08	82	1,19
Trinidad y Tabago	36	4	–	8	–	–	–	–	–	–	67	0,99
Túnez	4	2	–	10	–	–	–	–	–	–	–	–
Türkiye	12	15	–	12	–	–	–	–	100	1	92	1
Turkmenistán	22	6	–	–	59	85	90	70	99	1,01	83	1
Tuvalu	44	2	–	20	–	–	–	–	93	1,06	56	1,25
Ucrania	13	9	–	9	81	98	95	86	89	1,01	78	1,07
Uganda	111	34	0	26	58	74	88	86	51	0,98	25	0,83
Uruguay	27	25	–	4	–	–	–	–	97	1,02	90	1,06
Uzbekistán	36	3	–	–	70	89	90	85	100	1	73	1,01
Vanuatu	81	21	–	29	–	–	–	–	95	0,95	75	1,06
Venezuela (República Bolivariana de)	76	–	–	9	–	–	–	–	83	1,03	72	1,12
Viet Nam	29	15	–	10	–	–	–	–	98	1,02	95	0,93
Yemen	77	30	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Zambia	135	29	–	28	47	81	87	64	–	–	–	–
Zimbabwe	87	34	–	18	60	87	93	72	77	–	37	–

NOTAS

– No se dispone de 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 [...]".

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de natalidad adolescente: número de partos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años (indicador 3.7.2 de los ODS).

Matrimonio antes de cumplir los 18 años: porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio o empezaron a vivir en unión libre antes de cumplir los 18 años (indicador 5.3.1 de los ODS).

Prevalencia de la mutilación genital femenina en mujeres de 15 a 49 años: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años sometidas a la mutilación genital femenina (indicador 5.3.2 de los ODS).

Violencia de pareja en los últimos 12 meses: porcentaje de mujeres y niñas de 15 a 49 años que han sufrido violencia física o sexual a manos de su pareja en los últimos 12 meses (indicador 5.2.1 de los ODS).

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones en las tres esferas siguientes: su atención de la salud, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales con la pareja (indicador 5.6.1 de los ODS).

Toma de decisiones de las mujeres sobre la atención de su salud: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones sobre su atención de la salud (indicador 5.6.1 de los ODS).

Toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones sobre el uso de anticonceptivos (indicador 5.6.1 de los ODS).

Toma de decisiones sobre las relaciones sexuales: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones sobre las relaciones sexuales con la pareja (indicador 5.6.1 de los ODS).

Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria: número total de estudiantes del grupo de edad oficial para concurrir al primer ciclo de la enseñanza secundaria matriculados en cualquier nivel de enseñanza, expresado como porcentaje de la población correspondiente.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria: proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria.

Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria: número total de estudiantes del grupo de edad oficial para concurrir al segundo ciclo de la enseñanza secundaria matriculados en cualquier nivel de enseñanza, expresado como porcentaje de la población correspondiente.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria: proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria.

FUENTES DE DATOS MÁS IMPORTANTES

Tasa de natalidad adolescente: División de Población de las Naciones Unidas, 2024. Los totales regionales se han extraído de *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Matrimonio antes de cumplir los 18 años: UNICEF, 2024. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de UNICEF.

Prevalencia de la mutilación genital femenina en mujeres de 15 a 49 años: UNICEF, 2024. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de UNICEF.

Violencia de pareja en los últimos 12 meses: Grupo Interinstitucional de Estimaciones y Datos sobre la Violencia contra la Mujer (OMS, ONU-Mujeres, UNICEF, División de Estadística de las Naciones Unidas, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y UNFPA), 2021.

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos: UNFPA, 2024.

Toma de decisiones de las mujeres sobre la atención de su salud: UNFPA, 2024.

Toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos: UNFPA, 2024.

Toma de decisiones sobre las relaciones sexuales: UNFPA, 2024.

Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2024.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2024.

Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2024.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2024.

Indicadores demográficos

	POBLACIÓN	CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tiempo de duplicación anual de la población, en años	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 19 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Tasa de fecundidad total, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años (2024)	
Mundo y regiones	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Hombres	Mujeres
Mundo	8 119	77	25	16	24	65	10	2,3	71	76
Regiones más desarrolladas	1 277	–	16	11	17	64	21	1,5	78	83
Regiones menos desarrolladas	6 842	66	26	17	25	65	8	2,4	70	75
Países menos adelantados	1 178	31	38	22	31	58	4	3,8	64	69
Regiones del UNFPA										
África Occidental y Central	516	28	42	23	33	55	3	4,8	57	59
África Oriental y Meridional	688	28	40	23	32	56	3	4,1	62	67
América Latina y el Caribe	666	94	23	16	24	68	10	1,8	73	79
Asia y el Pacífico	4 204	108	22	16	23	68	10	1,9	72	77
Estados Árabes	476	39	32	20	28	63	5	3	70	75
Europa Oriental y Asia Central	250	71	23	15	21	66	11	2,1	72	79
Países, territorios y otras zonas	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Hombres	Mujeres
Afganistán	43,4	26	43	24	34	55	2	4,3	62	68
Albania	2,8	–	16	12	18	66	18	1,4	78	82
Alemania	83,3	–	14	9	14	63	23	1,5	80	85
Angola	37,8	23	45	24	32	53	3	5	61	66
Antigua y Barbuda	0,1	127	18	13	20	71	12	1,6	77	82
Arabia Saudita	37,5	50	25	16	23	71	3	2,3	77	80
Argelia	46,3	49	30	17	24	63	7	2,7	76	79
Argentina	46,1	113	22	16	23	65	12	1,9	75	81
Armenia	2,8	–	20	13	19	65	14	1,6	71	80
Aruba ¹	0,1	–	15	13	19	67	18	1,2	74	80
Australia ²	26,7	71	18	12	18	65	18	1,6	82	86
Austria	9	–	14	10	15	65	21	1,5	81	85
Azerbaiyán ³	10,5	–	22	16	22	70	8	1,6	71	77
Bahamas	0,4	111	18	14	23	72	10	1,4	71	78
Bahrein	1,5	79	20	13	18	76	4	1,8	80	82
Bangladesh	174,7	70	25	18	27	68	6	1,9	72	77
Barbados	0,3	–	16	12	19	66	17	1,6	76	80
Belarús	9,5	–	16	12	17	65	18	1,5	70	80
Bélgica	11,7	–	16	12	17	63	20	1,6	81	85
Belice	0,4	50	27	18	28	68	5	2	72	78
Benin	14,1	26	42	23	31	55	3	4,7	60	63
Bhután	0,8	111	21	17	26	73	7	1,4	71	75
Bolivia (Estado Plurinacional de)	12,6	49	30	20	29	65	5	2,5	66	72
Bosnia y Herzegovina	3,2	–	15	10	16	66	19	1,3	76	80
Botswana	2,7	43	32	20	28	64	4	2,7	64	69
Brasil	217,6	127	20	14	21	70	11	1,6	73	79
Brunei Darussalam	0,5	97	21	15	22	72	7	1,7	73	77
Bulgaria	6,6	–	14	10	15	64	22	1,6	73	79
Burkina Faso	23,8	28	43	24	34	55	3	4,5	59	63
Burundi	13,6	26	44	26	34	53	3	4,8	61	65
Cabo Verde	0,6	72	25	18	26	69	6	1,9	73	81

Indicadores demográficos

Países, territorios y otras zonas	POBLACIÓN	CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tiempo de duplicación anual de la población, en años	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 19 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Tasa de fecundidad total, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años (2024)	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Hombres	Mujeres
Camboya	17,1	68	28	19	27	65	6	2,3	69	74
Camerún	29,4	27	42	23	32	56	3	4,2	61	64
Canadá	39,1	84	15	11	17	65	20	1,5	81	85
Chad	18,8	23	47	24	33	51	2	6	52	56
Chequia	10,5	–	16	11	16	64	21	1,7	77	83
Chile	19,7	–	18	12	19	68	14	1,5	79	84
China ⁴	1 425,20	–	16	12	18	69	15	1,2	76	82
Chipre ⁷	1,3	107	16	10	16	69	16	1,3	80	84
Colombia	52,3	–	21	14	22	69	10	1,7	75	81
Comoras	0,9	39	37	21	30	58	4	3,8	63	68
Congo	6,2	31	40	24	32	57	3	4	62	65
Costa Rica	5,2	107	19	14	21	69	12	1,5	78	83
Côte d'Ivoire	29,6	28	41	24	33	57	2	4,2	59	62
Croacia	4	–	14	10	15	63	23	1,4	77	82
Cuba	11,2	–	15	11	17	68	16	1,5	76	81
Curaçao ¹	0,2	–	17	12	20	67	16	1,6	73	81
Dinamarca ⁸	5,9	–	16	11	17	63	21	1,7	80	84
Djibouti	1,2	50	30	19	29	66	5	2,7	62	67
Dominica	0,1	–	19	14	22	71	10	1,6	71	78
Ecuador	18,4	68	25	17	26	67	8	2	76	81
Egipto	114,5	44	32	20	28	63	5	2,8	70	75
El Salvador	6,4	–	25	17	27	67	9	1,8	69	78
Emiratos Árabes Unidos (los)	9,6	90	15	9	14	83	2	1,4	79	83
Eritrea	3,8	37	38	25	35	58	4	3,6	67	71
Eslovaquia	5,7	–	16	10	16	67	18	1,6	75	82
Eslovenia	2,1	–	15	10	15	63	22	1,6	80	85
España ²¹	47,5	–	13	10	16	66	21	1,3	82	87
Estado de Palestina ²²	5,5	30	38	22	32	58	4	3,3	74	78
Estados Unidos de América (los) ²⁶	341,8	132	17	13	19	65	18	1,7	77	82
Estonia	1,3	–	16	11	16	63	21	1,7	75	83
Eswatini	1,2	67	34	22	31	62	4	2,7	58	65
Etiopía	129,7	28	39	23	32	58	3	3,9	64	70
Federación de Rusia	144	–	17	12	17	66	17	1,5	70	79
Fiji	0,9	97	28	18	26	66	6	2,4	67	71
Filipinas	119,1	47	30	19	28	65	6	2,7	70	74
Finlandia ⁹	5,5	–	15	11	17	61	24	1,4	80	85
Francia ¹⁰	64,9	–	17	12	18	61	22	1,8	81	86
Gabón	2,5	36	36	21	29	60	4	3,3	65	70
Gambia	2,8	29	42	24	34	55	2	4,4	63	66
Georgia ¹²	3,7	–	21	13	19	64	15	2	69	79
Ghana	34,8	36	36	22	31	60	4	3,4	63	68
Granada	0,1	129	24	15	22	66	11	2	73	79
Grecia	10,3	–	13	10	16	63	24	1,4	80	85
Guadalupe ¹¹	0,4	–	18	13	20	61	21	2	80	87

Indicadores demográficos

Países, territorios y otras zonas	POBLACIÓN	CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tiempo de duplicación anual de la población, en años	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 19 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Tasa de fecundidad total, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años (2024)	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Hombres	Mujeres
Guam ¹³	0,2	105	26	17	25	62	13	2,5	75	82
Guatemala	18,4	46	31	21	31	64	5	2,3	71	77
Guayana Francesa ¹¹	0,3	29	32	18	27	62	6	3,4	75	81
Guinea	14,5	29	41	23	33	56	3	4,1	59	62
Guinea Ecuatorial	1,8	30	38	22	29	59	3	4	61	64
Guinea-Bissau	2,2	32	39	24	33	58	3	3,8	60	64
Guyana	0,8	101	28	18	27	65	7	2,3	66	73
Haití	11,9	58	31	20	29	64	5	2,7	62	68
Honduras	10,8	45	29	19	29	66	5	2,3	71	76
Hong Kong (RAE de China) ⁵	7,5	–	12	8	12	66	22	0,8	83	89
Hungría	10	–	14	10	16	65	20	1,6	74	80
India	1 441,70	77	24	17	26	68	7	2	71	74
Indonesia	279,8	87	25	17	25	68	7	2,1	69	73
Irán (República Islámica del)	89,8	101	23	15	21	69	8	1,7	75	80
Iraq	46,5	32	37	22	32	60	3	3,3	70	74
Irlanda	5,1	111	19	14	20	65	16	1,8	81	85
Islandia	0,4	111	18	13	19	66	16	1,7	82	85
Islas Salomón	0,8	32	39	22	31	58	4	3,8	69	73
Islas Turcas y Caicos	0	87	17	11	16	73	11	1,6	73	79
Islas Vírgenes de los Estados Unidos ¹³	0,1	–	19	13	18	60	21	2,1	71	82
Israel	9,3	47	28	17	24	60	12	2,9	82	85
Italia	58,7	–	12	9	14	63	25	1,3	82	86
Jamaica	2,8	–	19	15	23	73	8	1,3	70	75
Japón	122,6	–	11	9	13	58	30	1,3	82	88
Jordania	11,4	–	31	20	29	65	4	2,7	75	79
Kazajstán	19,8	60	29	17	23	62	8	3	68	76
Kenya	56,2	35	37	23	33	60	3	3,2	62	67
Kirguistán	6,8	46	34	20	27	61	5	2,9	68	76
Kiribati	0,1	42	36	21	29	60	4	3,2	66	70
Kuwait	4,3	78	19	14	19	75	6	2	79	83
Lesotho	2,4	64	34	21	30	62	4	2,9	52	58
Letonia	1,8	–	15	11	15	62	23	1,6	72	80
Líbano	5,2	–	27	20	27	62	11	2	78	82
Liberia	5,5	32	40	24	34	57	3	3,9	61	64
Libia	7	65	27	19	28	68	5	2,3	70	77
Lituania	2,7	–	15	10	15	63	22	1,6	73	81
Luxemburgo	0,7	69	16	11	16	69	16	1,4	81	85
Macao (RAE de China) ⁶	0,7	55	15	8	13	71	14	1,2	83	88
Macedonia del Norte	2,1	–	16	11	17	69	16	1,4	76	80
Madagascar	31,1	29	38	22	32	58	3	3,7	65	70
Malasia ¹⁴	34,7	67	22	15	23	70	8	1,8	74	79
Malawi	21,5	27	42	25	35	56	3	3,7	62	69
Maldivas	0,5	–	22	13	19	73	5	1,7	81	82
Malí	24	23	47	25	34	51	2	5,7	60	62

Indicadores demográficos

Países, territorios y otras zonas	POBLACIÓN	CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tiempo de duplicación anual de la población, en años	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 19 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Tasa de fecundidad total, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años (2024)	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Hombres	Mujeres
Malta	0,5	–	13	8	13	67	20	1,2	82	86
Marruecos	38,2	72	26	17	25	66	8	2,2	73	78
Martinica	0,4	–	15	12	18	60	24	1,9	81	86
Mauricio ¹⁵	1,3	–	16	12	20	70	14	1,4	73	79
Mauritania	5	26	41	24	33	56	3	4,2	65	69
México	129,4	97	24	17	25	68	9	1,8	72	79
Micronesia (Estados Federados de)	0,1	74	30	20	30	64	7	2,6	68	76
Mongolia	3,5	53	32	18	25	63	5	2,7	69	78
Montenegro	0,6	–	18	12	18	65	17	1,7	75	81
Mozambique	34,9	25	43	24	33	54	3	4,4	60	65
Myanmar	55	100	24	16	24	69	7	2,1	65	71
Namibia	2,6	41	36	21	30	60	4	3,2	60	68
Nepal	31,2	64	28	19	29	66	6	2	69	73
Nicaragua	7,1	52	29	19	28	65	6	2,2	72	78
Níger	28,2	18	49	24	33	49	2	6,6	63	65
Nigeria	229,2	29	42	23	33	55	3	5	54	55
Noruega ¹⁸	5,5	95	16	12	18	65	19	1,5	82	85
Nueva Caledonia ¹¹	0,3	70	22	15	22	67	12	2	78	85
Nueva Zelanda ¹⁷	5,3	89	18	13	19	65	17	1,7	82	85
Omán	4,7	48	27	15	21	70	3	2,5	78	81
Países Bajos (Reino de los) ¹⁶	17,7	–	15	11	17	64	21	1,6	81	84
Pakistán	245,2	36	36	22	32	60	4	3,3	65	70
Panamá	4,5	53	26	17	24	65	9	2,3	76	82
Papua Nueva Guinea	10,5	39	34	21	30	63	3	3,1	64	69
Paraguay	6,9	57	28	18	26	65	7	2,4	71	77
Perú	34,7	73	25	17	25	66	9	2,1	75	79
Polinesia Francesa ¹¹	0,3	88	20	15	22	69	11	1,7	82	86
Polonia	40,2	–	15	10	16	66	19	1,5	75	82
Portugal	10,2	–	13	10	15	63	24	1,4	80	85
Puerto Rico ¹³	3,3	–	13	10	17	63	24	1,3	76	84
Qatar	2,7	93	15	10	13	83	2	1,8	81	83
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte ²⁴	68	–	17	12	18	63	20	1,6	81	84
República Árabe Siria	24,3	15	28	23	35	67	5	2,6	69	76
República Centroafricana	5,9	23	48	26	37	50	3	5,7	54	58
República de Corea	51,7	–	11	9	14	70	19	0,9	81	87
República de Moldova ¹⁹	3,3	–	19	12	18	67	13	1,8	67	76
República Democrática del Congo	105,6	21	46	23	32	51	3	6	59	63
República Democrática Popular Lao	7,7	52	30	19	28	65	5	2,4	67	72
República Dominicana	11,4	79	27	17	26	66	8	2,2	71	78
República Popular Democrática de Corea	26,2	–	19	12	19	69	13	1,8	71	76
República Unida de Tanzania ²⁵	69,4	24	43	23	33	54	3	4,5	66	70
Reunión ¹¹	1	92	22	15	23	64	14	2,2	80	86
Rumanía	19,6	–	16	11	16	65	19	1,7	74	81

Indicadores demográficos

Países, territorios y otras zonas	POBLACIÓN	CAMBIO POBLACIONAL	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tiempo de duplicación anual de la población, en años	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 19 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Tasa de fecundidad total, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años (2024)	
	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	2024	Hombres	Mujeres
Rwanda	14,4	31	38	23	32	59	3	3,6	65	70
Sáhara Occidental	0,6	38	24	15	22	70	6	2,2	70	74
Saint Kitts y Nevis	0	–	19	13	20	70	11	1,5	69	76
Samoa	0,2	48	37	22	30	57	5	3,8	70	76
San Marino	0,03	–	12	10	16	67	21	1,2	82	85
San Martín (parte holandesa) ¹	0	–	10	12	24	77	13	1,6	73	79
San Vicente y las Granadinas	0,1	–	21	15	22	67	11	1,8	71	77
Santa Lucía	0,2	–	17	13	20	73	10	1,4	71	78
Santo Tomé y Príncipe	0,2	36	38	24	34	58	4	3,6	66	72
Senegal	18,2	27	41	23	33	56	3	4,2	67	73
Serbia ²⁰	7,1	–	15	10	15	65	21	1,5	74	80
Seychelles	0,1	128	23	14	21	68	9	2,3	72	80
Sierra Leona	9	33	38	23	33	59	3	3,7	60	63
Singapur	6,1	112	12	8	13	71	17	1,1	82	87
Somalia	18,7	23	47	24	33	51	3	6	56	60
Sri Lanka	21,9	–	22	16	23	66	12	1,9	73	81
Sudáfrica	61	64	28	18	25	66	6	2,3	64	70
Sudán	49,4	27	40	22	31	56	4	4,3	64	69
Sudán del Sur	11,3	41	42	28	38	55	3	4,1	56	59
Suecia	10,7	121	17	12	18	62	21	1,7	82	85
Suiza	8,9	113	15	10	15	65	20	1,5	83	86
Suriname	0,6	79	26	17	26	66	8	2,3	70	76
Tailandia	71,9	–	15	11	17	68	17	1,3	76	84
Tayikistán	10,3	38	36	21	29	60	4	3,1	69	74
Timor-Leste	1,4	50	34	22	33	61	5	2,9	68	71
Togo	9,3	31	39	23	32	57	3	4,1	61	63
Tonga	0,1	83	34	22	31	60	6	3,1	69	74
Trinidad y Tabago	1,5	–	18	13	19	69	12	1,6	72	78
Túnez	12,6	84	24	15	22	66	10	2	74	80
Türkiye	86,3	137	23	15	22	68	9	1,9	76	82
Turkmenistán	6,6	57	31	18	26	64	6	2,6	66	73
Tuvalu	0	95	32	19	27	61	7	3,1	61	70
Ucrania ²³	37,9	25	15	12	15	65	20	1,3	70	80
Uganda	49,9	26	44	25	35	54	2	4,2	62	66
Uruguay	3,4	–	18	14	21	66	16	1,5	75	82
Uzbekistán	35,7	50	30	17	24	64	6	2,7	69	75
Vanuatu	0,3	30	39	22	31	58	4	3,6	69	73
Venezuela (República Bolivariana de)	29,4	37	26	19	28	65	9	2,1	69	77
Viet Nam	99,5	111	22	14	21	68	10	1,9	70	80
Yemen	35,2	31	39	23	32	59	3	3,6	63	70
Zambia	21,1	26	42	24	34	56	2	4,1	61	66
Zimbabwe	17	33	40	24	34	57	3	3,3	59	65

NOTAS

- No se dispone de datos.
- ¹ A efectos estadísticos, los datos de los Países Bajos no incluyen esta zona.
- ² Incluye la Isla Christmas, las Islas Cocos (Keeling) y la Isla Norfolk.
- ³ Incluye Nagorno Karabaj.
- ⁴ A efectos estadísticos, los datos correspondientes a China no incluyen Hong Kong ni Macao, Regiones Administrativas Especiales (RAE) de China, ni la provincia de Taiwán de China.
- ⁵ El 1 de julio de 1997, Hong Kong se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China. A efectos estadísticos, los datos de China no incluyen esta zona.
- ⁶ El 20 de diciembre de 1999, Macao se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China. A efectos estadísticos, los datos de China no incluyen esta zona.
- ⁷ Abarca todo el país.
- ⁸ A efectos estadísticos, los datos correspondientes a Dinamarca no incluyen las Islas Feroe ni Groenlandia.
- ⁹ Incluye las Islas Åland.
- ¹⁰ A efectos estadísticos, los datos correspondientes a Francia no incluyen la Guayana Francesa, Polinesia Francesa, Guadalupe, Martinica, Mayotte, Nueva Caledonia, la Reunión, San Pedro y Miquelón, San Bartolomé, San Martín (parte francesa) ni las Islas Wallis y Futuna.
- ¹¹ A efectos estadísticos, los datos de Francia no incluyen esta zona.
- ¹² Incluye Abjasia y Osetia del Sur.
- ¹³ A efectos estadísticos, los datos de los Estados Unidos de América no incluyen esta zona.
- ¹⁴ Incluye Sabah y Sarawak.
- ¹⁵ Incluye Agalega, Rodrigues y San Brandon.
- ¹⁶ A efectos estadísticos, los datos correspondientes a los Países Bajos no incluyen Aruba, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Curaçao ni San Martín (parte holandesa).
- ¹⁷ A efectos estadísticos, los datos correspondientes a Nueva Zelandia no incluyen las Islas Cook, Niue ni Tokelau.
- ¹⁸ Incluye las Islas Svalbard y Jan Mayen.
- ¹⁹ Incluye Transnistria.
- ²⁰ Incluye Kosovo.
- ²¹ Incluye las islas Canarias, Ceuta y Melilla.
- ²² Incluye Jerusalén Oriental.
- ²³ Abarca el territorio nacional en el momento del censo de 2001.
- ²⁴ Alude al Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte. A efectos estadísticos, los datos correspondientes al Reino Unido no incluyen Anguila, las Bermudas, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán, las Islas del Canal, las Islas Malvinas (Falkland Islands), Gibraltar, la Isla de Man, Montserrat, Santa Elena ni las Islas Turcas y Caicos.
- ²⁵ Incluye Zanzíbar.
- ²⁶ A efectos estadísticos, los datos correspondientes a los Estados Unidos de América no incluyen Samoa Americana, Guam, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico ni las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Población total: magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Tiempo de duplicación anual de la población, en años: la cantidad de años que tendrían que transcurrir para que la población total se duplicara si la tasa de crecimiento anual de la población se mantuviera invariable. La fórmula para calcularla es $\ln(2)/r$; aquí, "r" representa la tasa de crecimiento demográfico anual. El tiempo de duplicación solo se calcula en el caso de poblaciones en rápida expansión cuya tasa de crecimiento supera el 0,5%.

Población de 0 a 14 años, en porcentaje: proporción de la población de 0 a 14 años.

Población de 10 a 19 años, en porcentaje: proporción de la población de 10 a 19 años.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje: proporción de la población de 10 a 24 años.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje: proporción de la población de 15 a 64 años.

Población de 65 años en adelante, en porcentaje: proporción de la población de 65 en adelante.

Tasa global de fecundidad: número de nacimientos por mujer en caso de que viva hasta el final de su edad fértil y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo etario, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Esperanza de vida al nacer: número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalecientes en una muestra representativa de la población.

FUENTES DE DATOS MÁS IMPORTANTES

Población total: *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Tiempo de duplicación anual de la población, en años: *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Población de 0 a 14 años, en porcentaje: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Población de 10 a 19 años, en porcentaje: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Población de 65 años en adelante, en porcentaje: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Tasa global de fecundidad: *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Esperanza de vida al nacer: *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022.

Notes techniques

La edición de 2024 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, la información que figura en estos cuadros tal vez difiera de la generada por determinadas autoridades nacionales. Los datos que se recogen en los cuadros no son comparables con los de informes anteriores del *Estado de la Población Mundial* debido a las actualizaciones de las clasificaciones regionales, las actualizaciones metodológicas y las revisiones de los datos de las series temporales.

Los cuadros estadísticos se basan en encuestas de hogares representativas en el ámbito nacional, como las encuestas demográficas y de salud (EDS) y las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés), estimaciones de organizaciones de las Naciones Unidas y estimaciones interinstitucionales. También incluyen las estimaciones de población más recientes y proyecciones de *World Population Prospects 2022* y *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2022* (División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). Los datos van acompañados de definiciones, fuentes y notas. Por lo general, los cuadros estadísticos que se incluyen en el *Estado de la Población Mundial 2024* recogen la información disponible hasta marzo de 2024.

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

Salud sexual y reproductiva

Razón de mortalidad materna. Fuente: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas), 2023. Este indicador presenta la cifra de muertes maternas durante un período concreto por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo. El Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna y otros organismos e instituciones académicas revisan con frecuencia las estimaciones y las metodologías, siempre que sea necesario, como parte del proceso continuo de mejora de los datos sobre mortalidad materna. Las estimaciones no deben compararse con otras estimaciones interinstitucionales previas.

Partos atendidos por personal de salud cualificado. Fuente: Base de datos mundial conjunta sobre asistencia cualificada durante el parto, UNICEF y OMS, 2023. Indica el porcentaje de partos atendidos por personal de salud 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.

Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados. Fuente: Estimaciones sobre el VIH, ONUSIDA, 2023. número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes/año no infectados (indicador 3.3.1 de los ODS).

Tasa de uso de anticonceptivos, cualquier método y cualquier método moderno. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2022. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. Estos datos indican la proporción del total de mujeres en edad fértil y de mujeres casadas (así como las mujeres que viven en unión libre) que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo o de anticonceptivo moderno. Entre los métodos anticonceptivos modernos se incluyen los siguientes: esterilización en las mujeres y en los hombres, el dispositivo intrauterino (DIU), el implante, inyectables, píldoras anticonceptivas orales, preservativos masculinos y femeninos, métodos de barrera vaginal (incluidos el diafragma, el capuchón cervical y la espuma, la crema y la esponja espermicidas), el método de la amenorrea de la lactancia (MELA), los anticonceptivos de emergencia y otros métodos modernos no comunicados independientemente (por ejemplo, el parche anticonceptivo o el anillo vaginal).

Necesidad insatisfecha de planificación familiar (cualquier método).

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2022. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. No se considera que las mujeres que recurren a métodos anticonceptivos tradicionales tengan una necesidad insatisfecha de planificación familiar. Se asume que todas las mujeres o todas aquellas casadas o en uniones libres son sexualmente activas y corren el riesgo de quedarse embarazadas. La suposición de que la exposición a este riesgo es universal para todas las mujeres o todas aquellas casadas o en uniones libres puede traducirse en unas estimaciones inferiores a los riesgos reales de la población expuesta. Tal vez sea posible que, al aumentar el uso de anticonceptivos, también aumente la necesidad insatisfecha de planificación familiar, sobre todo cuando los niveles de uso de anticonceptivos son bajos. Por lo tanto, es necesario interpretar ambos indicadores de manera conjunta.

Porcentaje de demanda satisfecha, cualquier método moderno.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2022. El uso de anticonceptivos modernos dividido 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.

Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje.

Fuente: UNFPA, 2022. La medida en que los países cuentan con leyes y reglamentos a escala nacional que garantizan a hombres y mujeres de 15 años en adelante un acceso pleno y en pie de igualdad a servicios de salud sexual y reproductiva y a información y educación en la materia (indicador 5.6.2 de los ODS).

Índice de la cobertura de servicio de la cobertura sanitaria universal.

Fuente: OMS, 2023. promedio de la cobertura de los servicios esenciales obtenido a partir de intervenciones de rastreo que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos, entre la población general y la más desfavorecida (indicador 3.8.1 de los ODS).

Género, derechos y capital humano

Tasa de natalidad adolescente. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2024. Los totales regionales se han extraído de *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022. La tasa de natalidad adolescente representa el riesgo de tener hijos entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años. A los fines del registro civil, las tasas están sujetas a limitaciones que dependen del grado de exhaustividad de los registros de alumbramientos, la forma en que se registren los niños nacidos vivos pero muertos antes de registrarlos o dentro de las primeras 24 horas de vida, la calidad de la información proporcionada con respecto a la edad de la madre y la inclusión de nacimientos en períodos anteriores. Es posible que estas limitaciones afecten a las estimaciones de la población, al representar erróneamente las edades y la cobertura. En lo que respecta a datos de encuestas y censos, tanto el numerador como el denominador corresponden a la misma población. Las principales limitaciones atañen a información errónea sobre edades, omisiones de partos, información errónea sobre la fecha de nacimiento de los niños y niñas, y variabilidad en las técnicas de muestreo, cuando se trata de encuestas.

Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje. Fuente: UNICEF, 2024. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio o empezaron a vivir en unión libre antes de cumplir los 18 años (indicador 5.3.1 de los ODS).

Prevalencia de la mutilación genital femenina en mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje. Fuente: UNICEF, 2024. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años sometidas a la mutilación genital femenina (indicador 5.3.2 de los ODS).

Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje. Fuente: Grupo Interinstitucional de Estimaciones y Datos sobre la Violencia contra la Mujer (OMS, ONU-Mujeres, UNICEF, División de Estadística de las Naciones Unidas, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y UNFPA), 2021. Porcentaje de mujeres y niñas de 15 a 49 años que han sufrido violencia física o sexual a manos de su pareja en los últimos 12 meses (indicador 5.2.1 de los ODS).

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje. Fuente: UNFPA, 2024. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones en las tres esferas siguientes: su atención de la salud, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales con la pareja (indicador 5.6.1 de los ODS).

Toma de decisiones de las mujeres sobre la atención de su salud, en porcentaje. Fuente: UNFPA, 2024. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones sobre su atención de la salud (indicador 5.6.1 de los ODS).

Toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos, en porcentaje. Fuente: UNFPA, 2024. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones sobre el uso de anticonceptivos (indicador 5.6.1 de los ODS).

Toma de decisiones sobre las relaciones sexuales, en porcentaje. Fuente: UNFPA, 2024. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones sobre las relaciones sexuales con la pareja (indicador 5.6.1 de los ODS).

Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje. Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2024. Número total de estudiantes del grupo de edad oficial para concurrir al primer ciclo de la enseñanza secundaria matriculados en cualquier nivel de enseñanza, expresado como porcentaje de la población correspondiente.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria. Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2024. Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria.

Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje. Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2024. Número total de estudiantes del grupo de edad oficial para concurrir al segundo ciclo de la enseñanza secundaria matriculados en cualquier nivel de enseñanza, expresado como porcentaje de la población correspondiente.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria. Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2024. Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria.

Indicadores demográficos

Población

Población total, en millones. Fuente: *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022. Magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Cambio poblacional

Tiempo de duplicación anual de la población, en años. Fuente: *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022. La cantidad de años que tendrían que transcurrir para que la población total se duplicara si la tasa de crecimiento anual de la población se mantuviera invariable. La fórmula para calcularla es $\ln(2)/r$; aquí, "r" representa la tasa de crecimiento demográfico anual. El tiempo de duplicación solo se calcula en el caso de poblaciones en rápida expansión cuya tasa de crecimiento supera el 0,5%.

Composición de la población

Población de 0 a 14 años, en porcentaje. Fuente: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2022. Proporción de la población de 0 a 14 años.

Población de 10 a 19 años, en porcentaje. Fuente: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2022. Proporción de la población de 10 a 19 años.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje. Fuente: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2022. Proporción de la población de 10 a 24 años.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje. Fuente: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2022. Proporción de la población de 15 a 64 años.

Población de 65 años en adelante, en porcentaje. Fuente: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2022. Proporción de la población de 65 años en adelante.

Fecundidad

Tasa global de fecundidad, por mujer. Fuente: *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022. número de nacimientos por mujer en caso de que viva hasta el final de su edad fértil y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo etario, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Esperanza de vida

Esperanza de vida al nacer, en años. Fuente: *World Population Prospects 2022*. División de Población de las Naciones Unidas, 2022. Número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalecientes en una muestra representativa de la población.

Clasificación por regiones

Los totales regionales del UNFPA que se presentan al principio de los cuadros estadísticos se han calculado a partir de los datos procedentes de los países y las zonas con arreglo a la siguiente clasificación.

Región de los Estados Árabes

Argelia, Djibouti, Egipto, Estado de Palestina, Iraq, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez y Yemen.

Región de Asia y el Pacífico

Afganistán, Bangladesh, Bhután, Camboya, China, Fiji, Filipinas, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Maldivas, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistán, Palau, Papua Nueva Guinea, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Samoa, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y Viet Nam.

Región de Europa Oriental y Asia Central

Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Macedonia del Norte, República de Moldova, Serbia, Tayikistán, Turquía, Turkmenistán, Ucrania y Uzbekistán.

Región de América Latina y el Caribe

Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Región de África 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, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

Región de África Occidental y Central

Benin, Burkina Faso, Cabo Verde, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República del Congo, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona y Togo.

La expresión “**regiones más desarrolladas**” —que engloba las regiones de la División de Población de las Naciones Unidas para Europa, América del Norte, Australia y Nueva Zelanda, y el Japón— solo tiene una finalidad estadística y no implica juicio alguno sobre la etapa de desarrollo alcanzada por cualquier país o región.

La expresión **regiones menos desarrolladas** —que engloba todas las regiones de la División de Población de las Naciones Unidas para África, Asia (salvo el Japón), América Latina y el Caribe, Melanesia, Micronesia y Polinesia— solo tiene una finalidad estadística y no implica juicio alguno sobre la etapa de desarrollo alcanzada por cualquier país o región.

Los **países menos adelantados**, según la definición de la Asamblea General de las Naciones Unidas en sus resoluciones (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 y 68/18), los conformaban 46 países (en enero de 2022): 33 en África, 8 en Asia, 4 en Oceanía y 1 en América Latina y el Caribe. A saber, Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Chad, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Islas Salomón, Kiribati, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática de Timor-Leste, República Democrática

Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Togo, Tuvalu, Uganda, Yemen y Zambia. Estos países también se incluyen en las regiones menos desarrolladas. En la dirección <https://www.un.org/es/conferences/least-developed-countries> puede consultarse información adicional.

Notas sobre el apartado “Punto de mira: problemas para acceder a la atención de la salud notificados por las partes interesadas a lo largo del tiempo y por situación socioeconómica y etnia” (págs. 28 a 31).

Respecto a la equiparación de grupos étnicos de las encuestas: para realizar este análisis se equipararon los grupos étnicos de las dos encuestas de cada país y se conciliaron ligeras diferencias ortográficas o se incorporaron los grupos étnicos individuales de una encuesta a los grupos étnicos aglutinadores utilizados en la otra encuesta (con base en la información expuesta en los apéndices metodológicos de los informes de cada país). Aquellos casos en los que la equiparación no resultó posible, los grupos sin equivalente se incorporaron a la categoría preexistente “otros”.

Respecto a las variables socioeconómicas: el análisis incluye el quintil de riqueza, el nivel de escolarización y si se trata de un lugar de residencia urbano o rural. Los quintiles de riqueza dividen a la población de cada país y encuesta en cinco grupos, con base en la información recopilada a través del cuestionario de hogares acerca del nivel de riqueza. La escolarización indica si una mujer carece de estudios o si tiene estudios primarios, secundarios o superiores.

Metodología: Se utilizaron modelos de regresión logística binaria para estimar el porcentaje de mujeres que declararon tener problemas graves a la hora de acceder a la atención de la salud, así como para estudiar las diferencias particulares de cada país en función del origen étnico y la situación socioeconómica. Los modelos de regresión tienen en cuenta la complejidad del diseño de las EDS y las ponderaciones de las encuestas para producir estimaciones válidas del error típico. Se incluyó una interacción entre el año y la etnia en aquellos modelos cuyas pruebas indicaron que dicha interacción permitía un mejor ajuste; es decir, que las etnias presentaban tasas de cambio diferentes a lo largo del tiempo. En el resto de los casos no hubo interacción, lo que significa que las etnias compartían la misma tasa de cambio a lo largo del tiempo, pero diferentes puntos de partida. El análisis detectó diferencias étnicas en todos los países, incluso tras haber tenido en cuenta la situación socioeconómica (en Armenia y el Gabón, el tamaño de las muestras era muy reducido, de modo que las diferencias observadas podrían deberse a la probabilidad estadística). Se utilizaron modelos multinivel para estudiar patrones de niveles más altos en todos los países incluidos en el análisis. El análisis puso de manifiesto que, por lo general, las personas más marginadas fueron las que menos mejoras de acceso registraron, mientras que las menos marginadas fueron quienes se beneficiaron de las mayores mejoras. En los modelos, el nivel 1 representaba a las mujeres a nivel individual; el nivel 2, a grupos étnicos concretos de cada país; y el nivel 3 correspondía a 25 países. A fin de ser más sensibles a la estratificación socioeconómica de cada país, los modelos multinivel emplean una variable de índice respecto a la situación socioeconómica, en lugar de las variables categóricas utilizadas en las regresiones logísticas binarias específicas de cada país. En la variable de índice, el valor 1 corresponde al perfil socioeconómico (una combinación de riqueza, educación y lugar de residencia) con la menor probabilidad prevista de cada país, mientras que el valor 40 se asigna al perfil con la mayor probabilidad prevista. Todos los perfiles dentro de esta escala adquieren el valor que les corresponde, entre 1 y 40, en función de la clasificación

de su probabilidad prevista en las regresiones específicas de cada país. Cuando el análisis se refiere a la proporción de mujeres en todos los países, dichas estimaciones se obtuvieron ponderando las estimaciones de cada país en función del tamaño de la población.

Nota sobre los mayores y menores riesgos de mortalidad materna al comparar 1990 con 2020 (pág. 66)

A la hora de analizar las tendencias de la mortalidad materna de 1990 a 2020, a lo largo del capítulo 3, los autores realizaron sus propios cálculos basándose en los datos publicados junto con las estadísticas oficiales más recientes sobre mortalidad materna que figuran en la publicación de la OMS *et al.* (2023a). La publicación en sí se centra en las tendencias de 2000 a 2020, pero los conjuntos de datos que la acompañan incluyen estimaciones a partir de 1985, lo que significa que las estimaciones relativas al período de 1990 a 2020, mencionadas en el capítulo 3, comparan las estimaciones obtenidas utilizando la misma metodología y los mismos datos de entrada. A la hora de comparar el 10% de los países con mayor y menor riesgo de que las mujeres acaben muriendo debido al embarazo o el parto en 1990 y 2020, las medias no se ponderaron por el tamaño de la población.

Nota sobre las tendencias de la mortalidad materna de los Estados Unidos (p. 66)

Aunque existen desigualdades raciales y étnicas pronunciadas en cuanto a las tasas de mortalidad materna de los Estados Unidos, las cifras de mortalidad materna de dicho país han ido aumentando entre la mayoría de los grupos de mujeres. Existe cierto debate sobre hasta qué punto este aumento podría deberse a los cambios de las definiciones y los mecanismos de seguimiento; no obstante, no es posible dar una respuesta a estas preguntas sin disponer de sistemas de datos mejorados, como estudios sistémicos y normalizados de todas las muertes en cada uno de los estados. En cualquier caso, las investigaciones indican que la falta de acceso universal a la atención de la salud es un factor de peso (Braveman, 2023). Más concretamente, gran parte de las muertes maternas del país se producen entre las seis semanas y el año posteriores al parto, y muchas de ellas están relacionadas con problemas de salud mental (Trost *et al.*, 2017). A diferencia de muchos países de ingreso alto, los Estados Unidos no garantizan la licencia parental retribuida ni las visitas a domicilio de profesionales sanitarios durante el periodo de posparto (Tikkanen *et al.*, 2020).

Nota sobre la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en países afectados por crisis humanitarias (pág. 95)

Los autores realizaron esta estimación con base en tabulaciones de los datos del cuadro 2.5 de la fuente, que proporciona datos sobre el porcentaje de mujeres con necesidades satisfechas e insatisfechas de anticonceptivos en países afectados por crisis humanitarias en 2015. Se sumaron los porcentajes de necesidades satisfechas e insatisfechas para calcular el porcentaje total de mujeres que desean evitar el embarazo en cada país. La proporción de mujeres que desean evitar el embarazo y no utilizan ningún método anticonceptivo se calculó dividiendo el porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas por el porcentaje total de mujeres con necesidades. La media no ponderada de las estimaciones por países es del 51%.

Nota sobre las estimaciones de la renta per cápita a partir de un estudio en Kenya, Nigeria y el Senegal (pág. 96)

Los autores calcularon las estimaciones de la renta per cápita a partir del cuadro 1 de la fuente original, el cual estima el producto interno bruto (PIB) per cápita en distintos marcos hipotéticos. Según la tabla, el PIB alcanzaría los 3.480 dólares internacionales si se cubrieran dos tercios de las necesidades insatisfechas de anticonceptivos modernos (marco hipotético “moderado”) y los 2.310 dólares internacionales en el marco hipotético de referencia.

Referencias

- Anon, 1994. "Conference Reports. International Women's Health Conference for Cairo '94." *Development in Practice* 4(3): 218–221.
- Acharya, Sanghmitra S. and Golak B. Patra, 2017. "Access to Maternal and Child Health Care: Understanding Discrimination in Selected Slum in Delhi." In *Marginalization in Globalizing Delhi: Issues of Land, Livelihoods and Health*. New Delhi: Springer.
- Adda, Jérôme and others, 2017. "The Career Costs of Children." *Journal of Political Economy* 125(2): 293–337.
- Adnani, Qorinah Estiningtyas Sakilah and others, 2023. "A Historical Narrative of the Development of Midwifery Education in Indonesia." *Women and Birth* 36(1): e175–e178.
- Age UK, 2019. "As STIs in Older People Continue to Rise Age UK Calls to End the Stigma About Sex and Intimacy in Later Life." Website: ageuk.org.uk/latest-press/articles/2019/october/as-stis-in-older-people-continue-to-rise-age-uk-calls-to-end-the-stigma-about-sex-and-intimacy-in-later-life, accessed 13 February 2024.
- Aguirre, Kamila and Vanessa D. Carrión-Yaguana, 2023. "Empowering Youth: The Impact of Comprehensive Sex Education on Teenage Pregnancy in Ecuador." WIDER Working Paper, 2023/107. Helsinki: United Nations University World Institute for Development Economics Research.
- Ahluwalia, Sanjam, 2008. *Reproductive Restraints: Birth Control in India, 1877–1947*. Urbana: University of Illinois Press.
- Ahmed, Saifuddin and others, 2012. "Maternal Deaths Averted by Contraceptive Use: An Analysis of 172 Countries." *The Lancet* 380(9837): 111–125.
- Aikins, Ama de-Graft and Kwadwo Koram, 2017. "Health and Healthcare in Ghana, 1957–2017." In *The Economy of Ghana Sixty Years After Independence*. Oxford: Oxford University Press.
- Akter, Shahinor and others, 2018. "Indigenous Women's Access to Maternal Healthcare Services in Lower- and Middle-Income Countries: A Systematic Integrative Review." *International Journal of Public Health* 64(3): 343–353.
- Allard, Jenna and others, 2022. "Indian Female Migrants Face Greater Barriers to Post-Covid Recovery Than Males: Evidence from a Panel Study." *eClinicalMedicine* 53: 101631.
- Al-Zubaidi, Yamam, 2022. "Racial and Ethnic Statistics in Sweden: Has the Socialization Process Started Yet?" *Scandinavian Studies in Law* 68: 426–449.
- Amouzou, Agbessi and others, 2020. "Closing the Inequality Gaps in Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health Coverage: Slow and Fast Progressors." *BMJ Global Health* 5: e002230.
- Amster, Ellen, 2016. "The Syphilitic Arab?: A Search for Civilization in Disease Etiology, Native Prostitution, and French Colonial Medicine." In *French Mediterraneans: Transnational and Imperial Histories*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Anastasi, Erin and others, 2017. "Unmasking Inequalities: Sub-National Maternal and Child Mortality Data from Two Urban Slums in Lagos, Nigeria Tells the Story." *PLoS One* 12(5): e0177190.
- Anderson, Ian and others, 2016. "Indigenous and Tribal Peoples' Health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): A Population Study." *The Lancet* 388(10040): 131–157.
- Anderson, Mark and Claus C. Pörtner, 2014. "High School Dropouts and Sexually Transmitted Infections." *Southern Economic Journal* 81(1): 113–134.
- Anik, Asibul Islam and others, 2022. "Association Between Socioeconomic Factors and Unmet Need for Modern Contraception Among the Young Married Women: A Comparative Study Across the Low- and Lower-Middle-Income Countries of Asia and Sub-Saharan Africa." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000731.
- Arain, Mariam and others, 2013. "Maturation of the Adolescent Brain." *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 9: 449–461.
- Article 19, 2012. "International Standards: Right to Information." Website: [article19.org/resources/international-standards-right-information/](https://www.article19.org/resources/international-standards-right-information/), accessed 6 February 2024.
- Asia Floor Wage Alliance and others, 2023. *Dindigul Agreement. Year 1 Progress Report*. Website: asia.floorwage.org/dindigul-agreement-report-2023/, accessed 12 February 2024.
- Atuhaire, Lydia and others, 2021. "Effect of Community-Based Interventions Targeting Female Sex Workers Along the HIV Care Cascade in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Systematic Reviews* 10: 137.
- Australian Aid and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Mid Programme Review on Effectiveness of Comprehensive Sexuality Education/ Family Life Education in Kiribati."
- Australian Indigenous HealthInfoNet, n.d. "Women." Website: healthinfonet.ecu.edu.au/population-groups/women/reviews/our-review, accessed 5 February 2024.
- Australian Institute of Health and Welfare, 2023. *Aboriginal and Torres Strait Islander Health Performance Framework: Summary Report*. Canberra: AIHW. Website: indigenoushpf.gov.au/report-overview/overview/summary-report, accessed 5 February 2024.
- Avendano, Rolando and others, 2018. "Data and Diagnostics to Leave No One Behind." In *Development Cooperation Report 2018. Joining Forces to Leave No One Behind*. Paris: OECD.
- Babajide, Opeyemi Oluwatosin and others, 2021. "Subnational Estimates of Maternal Mortality in Nigeria: Analysis of Female Siblings' Survivorship Histories." Research Square [preprint]. Website: doi.org/10.21203/rs.3.rs-1190088/v1, accessed 6 February 2024.

- Bacchus, Loraine J. and others, 2018. "Recent Intimate Partner Violence Against Women and Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies." *BMJ Open* 8(7): e019995.
- Backman, Gunilla and others, 2008. "Health Systems and the Right to Health: An Assessment of 194 Countries." *The Lancet* 372(9655): 2047–2085.
- Badgett MVL and others, 2019. "The relationship between LGBT inclusion and economic development: Macro-level evidence." *World Development*. 120:1–14.
- Bahous, Sima, 2023. "Speech: The Women's Rights Crisis: Listen To, Invest In, Include, and Support Afghan Women." Website: unwomen.org/en/news-stories/speech/2023/09/speech-the-womens-rights-crisis-listen-to-invest-in-include-and-support-afghan-women, accessed 1 February 2024.
- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990–2019." *The Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Bearak, Jonathan and others, 2018. "Global, Regional, and Subregional Trends in Unintended Pregnancy and its Outcomes From 1990 to 2014: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *The Lancet Global Health* 6(4): e380–e389.
- Beckingham, Andy and others, 2022. "Implementing Professional Midwife-Led Maternity Care in India for Healthy Pregnant Women: A Community Case Study." *Frontiers in Public Health* 10: 875595.
- Berer, Marge, 2017. "Abortion Law and Policy Around the World: In Search of Decriminalization." *Health and Human Rights* 19(1): 13–27.
- Berro Pizzarossa, Lucía, 2018. "Here to Stay: The Evolution of Sexual and Reproductive Health and Rights in International Human Rights Law." *Laws* 7(3): 29.
- Betti, Lia, 2021. "Shaping Birth: Variation in the Birth Canal and the Importance of Inclusive Obstetric Care." *Philosophical Transactions of the Royal Society B, Biological Sciences* 376(1827): 20200024.
- Blackstone, Sarah R. and others, 2017. "Factors Influencing Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *International Quarterly of Community Health Education* 37(2): 79–91.
- Blanchet, Nathan J. and others, 2012. "The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation." *Ghana Medical Journal* 46(2): 76–84.
- Bloom, David E. and others, 2014. "A Demographic Dividend for Sub-Saharan Africa: Source, Magnitude, and Realization." IZA Discussion Paper No. 7855. Bonn: Institute for the Study of Labor.
- Bloom, David E. and others, 2009. "Fertility, Female Labor Force Participation, and the Demographic Dividend." *Journal of Economic Growth* 14(2): 79–101.
- Bloom, David and others, 2003. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica: RAND.
- Bohren, Meghan A. and others, 2022. "Strategies to Reduce Stigma and Discrimination in Sexual and Reproductive Healthcare Settings: A Mixed Methods Systematic Review." *PLOS Global Public Health* 2(6): e0000582.
- Boniol, Mathieu and others, 2019. "Gender Equity in the Health Workforce: Analysis of 104 Countries." Health Workforce Working Paper 1. Geneva: World Health Organization.
- Bourbonnais, Nicole, 2016. *Birth Control in the Decolonizing Caribbean: Reproductive Politics and Practices on Four Islands, 1930–1970*. New York: Cambridge University Press.
- Boy, Angie and Hamisu M. Saliu, 2004. "Intimate Partner Violence and Birth Outcomes: A Systematic Review." *International Journal of Fertility and Women's Medicine* 49: 159–164.
- Boydell, Victoria and others, 2023. "Hostilities Faced by People on the Frontlines of Sexual and Reproductive Health and Rights: A Scoping Review." *BMJ Global Health* 8(11): e012652.
- Braveman, Paula, 2023. "Preventing Maternal Mortality." *Medical Care* 61(5): 255–257.
- Briggs, Laura, 2003. *Reproducing Empire: Race, Sex, Science, and U.S. Imperialism in Puerto Rico*. Berkeley: University of California Press.
- Brown, Rebecca and others, 2019. "The Sexual and Reproductive Health and Rights Journey: From Cairo to the Present." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676543.
- Caceres, Billy A. and others, 2019. "A Scoping Review of Sexual Minority Women's Health in Latin America and the Caribbean." *International Journal of Nursing Studies* 94: 85–97.
- Camber Collective, 2020. "SWEDD Analyses situationnelles." Unpublished.
- Capasso, Ariadna and others, 2022. "Lessons from the Field: Recommendations for Gender-Based Violence Prevention and Treatment for Displaced Women in Conflict-Affected Ukraine." *The Lancet Regional Health – Europe* 17: 100408.
- Cardona, Carolina and others, 2020. "Generating and Capitalizing on the Demographic Dividend Potential in Sub-Saharan Africa: A Conceptual Framework from a Systematic Literature Review." *Gates Open Research* 4: 145.
- Carlson, Lauren J. and Natalie D. Shaw, 2019. "Development of Ovulatory Menstrual Cycles in Adolescent Girls." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 32(3): 249–253.
- Carpenter, Morgan, 2018. "Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases." *Health and Human Rights* 20(2): 205–214.
- Carpenter, Zöe, 2019. "This Was the Decade of Feminist Uprisings in Latin America." *The Nation*.
- Carter, Shannon K., 2010. "Beyond Control: Body and Self in Women's Childbearing Narratives." *Sociology of Health & Illness* 32(7): 993–1009.
- Center for Reproductive Rights, n.d. "The World's Abortion Laws." Website: reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/, accessed 2 February 2024.
- Cha, Seungman, 2017. "The Impact of the Worldwide Millennium Development Goals Campaign on Maternal and Under-Five Child Mortality Reduction: 'Where Did the Worldwide Campaign Work Most Effectively?'" *Global Health Action* 19(1). DOI: 10.1080/16549716.2017.1267961.

- Chola, Lumbwe and others, 2015. "Scaling Up Family Planning to Reduce Maternal and Child Mortality: The Potential Costs and Benefits of Modern Contraceptive Use in South Africa." *PLoS ONE* 10(6): e0130077.
- Cohen, Susan A., 1987. "The Safe Motherhood Conference." *International Family Planning Perspectives* 13(2): 68–70.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2021. "Identifying the Women Most Vulnerable to Intimate Partner Violence: A Decision Tree Analysis from 48 Low- and Middle-Income Countries." *eClinicalMedicine* 42: 101214.
- Coll, Carolina V. N. and others, 2020. "Intimate Partner Violence in 46 Low-Income and Middle-Income Countries: An Appraisal of the Most Vulnerable Groups of Women Using National Health Surveys." *BMJ Global Health* 5: e002208.
- Collins, Bennett and others, 2021. "Becoming 'Historically Marginalized Peoples': Examining Two Perceptions of Boundary Shifting and Re-Categorization in Post-Genocide Rwanda." *Ethnic and Racial Studies* 44(4): 576–594.
- Commission for Gender Equality, 2020. "Investigation Report on the Forced Sterilisation of Women Living with HIV/AIDS in South Africa." Complaint Ref No: 414/03/2015/KZN.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 2015. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 11, 20–23, 26–27). United Nations Document CEDAW/C/SVK/CO/5-6.
- Committee on the Elimination of Racial Discrimination, 2017. "Concluding Observations: Slovakia" CERD/C/SVK/CO/11-12.
- Connelly, Matthew, 2008. *Fatal Misconception: The Struggle to Control World Population*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Constantine, Norman A. and others, 2015. "Short-Term Effects of a Rights-Based Sexuality Education Curriculum for High-School Students: A Cluster-Randomized Trial." *BMC Public Health* 15: 293.
- Cook, Rebecca J. and others, 2003. *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Wotton-under-Edge: Clarendon Press.
- Corrêa, Sonia, and others, 2015. "Feminist Mobilizing for Global Commitments to the Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls." In *Women and Girls Rising: Progress and Resistance Around the World*. New York: Routledge.
- Creanga, Andreea A. and others, 2014. "Racial and Ethnic Disparities in Severe Maternal Morbidity: A Multistate Analysis, 2008–2010." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 210(5): 435.e1–435.e8.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Partería tradicional y su incorporación en las Estadísticas Vitales de Colombia*. Website: dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/06022023-NotaEstadistica-ParteraTradi-EVColombia.pdf, accessed 12 February 2024.
- Dayo, Elizabeth and others, 2022. "Health in Colour: Black Women, Racism, and Maternal Health." *The Lancet Regional Health – Americas* 17:100408.
- Deacon, Harriet, 1998. "Midwives and Medical Men in the Cape Colony Before 1860." *Journal of African History* 39(2): 271–292.
- De Barros, Juanita, 2014. *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics After Slavery*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Decker, Michele R. and others, 2015. "Gender-Based Violence Against Adolescent and Young Adult Women in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Adolescent Health* 56(2): 188–196.
- DeLee, Joseph B., 1915. "Progress Toward Ideal Obstetrics." *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 6: 114–138.
- Delkhosh, Marjan and others, 2019. "Prevalence of Intimate Partner Violence and Reproductive Health Outcomes Among Afghan Refugee Women in Iran." *Health Care for Women International* 40(2): 213–237.
- Downe, Soo and others, 2023. "Theories for Interventions to Reduce Physical and Verbal Abuse: A Mixed Methods Review of the Health and Social Care Literature to Inform Future Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(4): e0001594.
- El Chamaa, Mohamad, 2023. "Anti-LGBTQ Backlash Grows Across Middle East, Echoing U.S. Culture Wars." *Washington Post*.
- El Halabi, Soha and Kristi Sidney Annerstedt, 2021. *Cost Analysis of a Comprehensive Sexuality Education Intervention in Indonesia – SETARA Program*. Jakarta: Rutgers WPF Indonesia.
- ENSMI (Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil), 2015. "ENSMI 2014-2015, Informe de Indicadores Básicos, Guatemala."
- Erens, Bob and others, 2019. "Health Status, Sexual Activity and Satisfaction Among Older People in Britain: A Mixed Methods Study." *PLoS One* 14(3): e021385.
- Ero, Ikponwosa and others, 2021. *People with Albinism Worldwide. A Human Rights Perspective*. Website: ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Albinism/Albinism_Worldwide_Report2021_EN.pdf, accessed 13 February 2024.
- ERRC (European Roma Rights Centre), 2020. *Cause of Action. A Series by the European Roma Rights Centre. Reproductive Rights of Romani Women in Bulgaria*. Website: errc.org/uploads/upload_en/file/5229_file1_reproductive-rights-of-romani-women-in-bulgaria.pdf, accessed 4 February 2024.
- European Commission, Directorate-General for Justice and Consumers, 2017. *Analysis and Comparative Review of Equality Data Collection Practices in the European Union. Data Collection in Relation to LGBTI People*. Luxembourg: Publications Office.
- European Court of Human Rights, 2023. "Judgment Concerning Switzerland." Strasbourg: ECHR. Website: echr.coe.int/w/judgment-concerning-switzerland, accessed 15 March 2024.
- Evens, Emily and others, 2019. "Experiences of Gender-Based Violence Among Female Sex Workers, Men Who Have Sex With Men, and Transgender Women in Latin America and the Caribbean: A Qualitative Study to Inform HIV Programming." *BMC International Health and Human Rights* 19: 9.
- Exemplars in Global Health, 2023. "A Story with a Beautiful Ending: India's Path to Promoting Respectful Maternal Care." *Exemplars News*. Website: exemplars.health/stories/india-path-to-promoting-respectful-maternal-care, accessed 6 February 2024.

- Family Planning Impact Consortium, 2023. *The Case for Investment in Family Planning for Women's Empowerment and Economic Development: An Introduction to the Family Planning Impact Consortium*. New York: Guttmacher Institute.
- Fathalla, Mahmoud, 2012. *On Safe Motherhood at 25 Years. Looking Back, Moving Forward*. Dorchester: Hands On For Mothers and Babies. Website: birmingham.ac.uk/Documents/heroes/on-safe-motherhood-fathalla.pdf, accessed 1 February 2024.
- Ferrari, Giulia and others, 2022. "Prevention of Violence Against Women and Girls: A Cost-Effectiveness Study Across 6 Low- and Middle-Income Countries." *PLOS Medicine* 19(3): e1003827.
- Fijian Ministry of Health and Medical Services and others, 2023. *Community-Based Sexual and Reproductive Health Officers Programme: A Successful Strategy to Advance SRHR for Women and Young People with Disabilities in the Pacific Region*. Washington, DC: Women Enabled International.
- Ford, Jessie V. and others, 2022. "The World Association for Sexual Health's Declaration on Sexual Pleasure: A Technical Guide." *International Journal of Sexual Health* 33(4): 612–614.
- Ford, Nathan and others, 2021. "Integrating Sexual and Reproductive Health Services Within HIV Services: WHO Guidance." *Frontiers in Global Women's Health* 2: 735281.
- Forde, Allana T. and others, 2019. "The Weathering Hypothesis as an Explanation for Racial Disparities in Health: A Systematic Review." *Annals of Epidemiology* 33: 1–18.e3.
- Forman, Michele R. and others, 2013. "Life-Course Origins of the Ages and Menarche and Menopause." *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 4: 1–21.
- Fòs Feminista, 2023. *The Global Impact of the Dobbs Decision on Abortion Laws, Policies, Legislation, Narratives, and Movements: Findings from Colombia, India, Kenya, and Nigeria*. New York: Fòs Feminista.
- Fuentes, Liza, 2023. "Inequity in US Abortion Rights and Access: The End of Roe is Deepening Existing Divides." New York: Guttmacher Institute.
- Fukuda-Parr, Sakiko and others, 2018. "Voluntary National Review Reports – What Do They Report?" Committee for Development Policy. Website: sustainabledevelopment.un.org/content/documents/20549CDPbp201846.pdf, accessed 8 February 2024.
- Gabrysch, Sabine and others, 2009. "Cultural Adaptation of Birthing Services in Rural Ayacucho, Peru." *Bulletin of the World Health Organization* 87(9): 724–729.
- García-Moreno, Claudia and Avni Amin, 2019. "Violence Against Women: Where Are We 25 years After ICPD and Where Do We Need to Go?" *Reproductive Health Matters* 27(1): 1–3.
- Geller, Stacie E. and others, 2018. "A Global View of Severe Maternal Morbidity: Moving Beyond Maternal Mortality." *Reproductive Health* 15(Suppl 1): 98.
- George, Asha S. and others, 2020. "Structural Determinants of Gender Inequality: Why They Matter for Adolescent Girls' Sexual and Reproductive Health." *BMJ* 368: l6985.
- Georgieva, Kristalina, 2020. "Investing in Policies for People Will Help Shape a Better Economy for the Postcrisis World." Washington, DC: International Monetary Fund.
- Geronimus, Arline T., 2023. *Weathering: The Extraordinary Stress of Ordinary Life in an Unjust Society*. New York: Little, Brown Spark.
- Ghebreyesus, Tedros Adhanom and others, 2020. "Wake-up Call: 10 Years Remaining to Address Inequalities on Right to Health for All." *BMJ*.
- Gibson, Britton A. and others, 2018. "Gender Identity, Healthcare Access, and Risk Reduction Among Malaysia's Mak Nyah Community." In *Rethinking MSM, Trans* and other Categories in HIV Prevention*. Abingdon: Routledge.
- Ginsburg, Faye D. and Rayna Rapp, 1995. "Conceiving the New World Order." In *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Goli, Srinivas and others, 2022. "Estimates and Correlates of District-Level Maternal Mortality Ratio in India." *PLOS Global Public Health* 2(7): e0000441.
- Gon, Giorgia and others, 2018. "The Frequency of Maternal Morbidity: A Systematic Review of Systematic Reviews." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 141: 20–38.
- Goodmark, Leigh, 2022. "Assessing the Impact of the Violence Against Women Act." *Annual Review of Criminology* 5: 115–131.
- Gostin, Lawrence, 2019. "Is Affording Undocumented Immigrants Health Coverage a Radical Proposal?" *JAMA* 322(15): 1438–1439.
- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare, 2016. "National Family Health Survey (NFHS-4), 2015–16." Website: rchiips.org/nfhs/pdf/nfhs4/india.pdf, accessed 5 February 2024.
- Graham, Laurie M. and others, 2021. "Disparities in Potential Years of Life Lost Due to Intimate Partner Violence: Data from 16 States for 2006–2015." *PLOS ONE* 16(2): e0246477.
- Grepin, Karen A. and Jeni Klugman, 2013. *Investing in Women's Reproductive Health: Closing the Deadly Gap Between What We Know and What We Do*. Washington: World Bank. Website: documents1.worldbank.org/curated/en/217631468333060680/pdf/781140WP0Box370per0Full0Report-pdf0.pdf, accessed 15 February 2024.
- Grown, Caren and others, 2005. *Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women*. UN Millennium Project Taskforce on Education and Gender Equality. Website: undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Taking%20Action-%20Achieving%20Gender%20Equality%20and%20Empowering%20Women.pdf, accessed 7 February 2024.
- Gulumbu, Usman and others, 2018. "Maternal Mortality Ratio in Selected Rural Communities in Kebbi State, Northwest Nigeria." *BMC Pregnancy and Childbirth* 18(1): 1–6.
- Gupta, Manjul and others, 2023. "Fake News Believability: The Effects of Political Beliefs and Espoused Cultural Values." *Information & Management* 60(2): 103745.
- Guttmacher Institute, 2017. "Many Abortion Restrictions Have No Rigorous Scientific Basis." New York: Guttmacher Institute. Website: [guttmacher.org/news-release/2017/many-abortion-restrictions-have-no-rigorous-scientific-basis](https://www.guttmacher.org/news-release/2017/many-abortion-restrictions-have-no-rigorous-scientific-basis), accessed 1 February 2024.

- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1): S15–21.
- Haddad, Lisa B. and Nawal N. Nour, 2009. "Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality." *Reviews in Obstetrics & Gynecology* 2(2): 122–126.
- Hadush, Filmawit and others, 2023. "Factors Contributing to the High Prevalence of Intimate Partner Violence Among South Sudanese Refugee Women in Ethiopia." *BMC Public Health* 23(1): 1418.
- Harbath, Katie, 2023. "Different Approaches to Counting Elections." *Anchor Change*. Website: anchorchange.substack.com/p/different-approaches-to-counting, accessed 1 February 2024.
- Harned, Elizabeth B. and Liza Fuentes, 2023. "Abortion Out of Reach: The Exacerbation of Wealth Disparities After Dobbs v. Jackson Women's Health Organization." New York: Guttmacher Institute.
- Hartmann, Betsy, 1995. *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control*. Boston: South End Press.
- Hassan, Asha and others, 2023. "Dobbs and Disabilities: Implications of Abortion Restrictions for People with Chronic Health Conditions." *Health Services Research* 58(1): 197–201.
- Hay, Katherine and others, 2019. "Disrupting Gender Norms in Health Systems: Making the Case for Change." *The Lancet* 393(10190): 2535–2549.
- Herten-Crabb, Asha and Sara E. Davies, 2020. "Why WHO Needs a Feminist Economic Agenda." *The Lancet* 396(10229): 1018–1020.
- Heymann, Jody and others, 2019. "Improving Health with Programmatic, Legal, and Policy Approaches to Reduce Gender Inequality and Change Restrictive Gender Norms." *The Lancet* 393(10190): 2522–2534.
- HIV Policy Lab and others, 2023. *Progress and the Peril: HIV and the Global Decriminalization of Same-Sex Sex*. Website: hivpolicylab.org/documents/reports/2023GlobalReport/2023%20Policy%20Lab%20Report%20on%20Decriminalization.pdf, accessed 1 February 2024.
- Hobby, Elaine, 1999. "Introduction." In *The Midwives Book. Or the Whole Art of Midwifry Discovered*, Jane Sharp (author), Elaine Hobby, ed. New York: Oxford University Press.
- Hogarth, Rana A., 2017. *Medicalizing Blackness: Making Racial Difference in the Atlantic World, 1780-1840*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Hoffman, Kelly M. and others, 2016. "Racial Bias in Pain Assessment and Treatment Recommendations, and False Beliefs about Biological Differences Between Blacks and Whites." *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 113(6): 4296–4301.
- Horn, Rebecca and others, 2021. "Mapping Complex Systems: Responses to Intimate Partner Violence Against Women in Refugee Camps." *Frontiers in Human Dynamics* 3. DOI: 10.3389/fhumd.2021.613792.
- Hoyert, Donna L., 2023. "Maternal Mortality Rates in the United States, 2021." National Center for Health Statistics, *Health E-Stats*. Website: stacks.cdc.gov/view/cdc/124678, accessed 4 February 2024.
- HRW (Human Rights Watch), 2020. "Covid-19 Fueling Anti-Asian Racism and Xenophobia Worldwide." *News*. Website: www.hrw.org/news/2020/05/12/covid-19-fueling-anti-asian-racism-and-xenophobia-worldwide, accessed 15 March 2024.
- Huicho, Luis and others, 2018. "Enabling Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health Interventions: Time Trends and Driving Factors of Health Expenditure in the Successful Story of Peru." *PLoS One* 13(10): e0206455.
- Human Dignity Trust, n.d. "Map of Countries that Criminalise LGBT People." Website: humandignitytrust.org/lgbt-the-law/map-of-criminalisation/, accessed 5 February 2024.
- Human Rights Committee, 2016. "Concluding Observations: Slovakia" (paragraphs 16–19). United Nations Document CCPR/C/SVK/CO/4.
- Human Rights Council, 2020. "COVID-19, Systemic Racism and Global Protests: Report of the Working Group of Experts on People of African Descent." A/HRC/45/44.
- Hunter, Wendy and Natasha Borges Sugiyama, 2018. "Making the Newest Citizens: Achieving Universal Birth Registration in Contemporary Brazil." *The Journal of Development Studies* 54(3): 397–412.
- Hyde, Janet Shibley and others, 2019. "The Future of Sex and Gender in Psychology: Five Challenges to the Gender Binary." *American Psychologist* 74(2): 171–193.
- Ibrahim, Zainab and others, 2018. *Counting the Cost: The Price Society Pays for Violence Against Women*. Geneva: Care International. Website: care-international.org/files/files/Counting_the_costofViolence.pdf, accessed 16 February 2024.
- IFES (International Foundation for Electoral Systems), n.d. "ElectionGuide. Democracy Assistance and Election News." Website: electionguide.org/, accessed 1 February 2024.
- Inclusive Data Charter and Global Partnership for Sustainable Development Data, 2018. "Everybody Counts. A Commitment to Ensure that No One is Left Behind in the Pursuit and Measurement of Social and Economic Progress." Website: data4sdgs.org/sites/default/files/2018-08/IDC_onepager_Final.pdf, accessed 6 February 2024.
- Indira, Fazilatun Nessa and others, 2023. "Towards a World with No Child Marriage: Four Countries Pledge Action." *The Lancet* 401(10378): 712–713.
- International Confederation of Midwives and others, 2016. *Midwives' Voices. Midwives' Realities*. Geneva: World Health Organization. Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/250376/9789241510547-eng.pdf, accessed 3 February 2024.
- Islam, Rakibul M., 2017. "Utilization of Maternal Health Care Services Among Indigenous Women in Bangladesh: A Study on the Mru Tribe." *Women & Health* 57: 108–118.
- Jackson, Andrea V. and others, 2017. "Racial and Ethnic Differences in Contraception Use and Obstetric Outcomes: A Review." *Seminars in Perinatology* 41(5): 273–277.
- Jeffcoate, 1975. *Principles of Gynaecology*. Liverpool: Butterworths.
- Jewkes, Rachel and others, 2015. "I Don't Know What Harm I Did': Perspectives of Traditional Practitioners on the Nature, Sources and Roles of Violence in Rural South African Maternity Care." *Social Science & Medicine* 143: 27–34.
- Johnson, Charles and others, 1999. *Africans in America: America's Journey through Slavery*. New York: Harcourt.

- Jones, Tiffany, 2018. "Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature." *SAGE Open* 8(2). DOI: 10.1177/2158244017745577.
- Kalra, Naira and others, 2021. "Training Healthcare Providers to Respond to Intimate Partner Violence Against Women." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5(5): CD012423.
- Kanem, Natalia, 2023. "Reproductive Rights Backsliding Around the World. This Needs to End." *Context News*. Website: www.context.news/socioeconomic-inclusion/opinion/abortion-rights-are-backsliding-worldwide-this-needs-to-end, accessed 1 February 2024.
- Kapilashrami, Anuj and Ekatha A. John, 2023. "Pandemic, Precarity and Health of Migrants in South Asia: Mapping Multiple Dimensions of Precarity and Pathways to States of Health and Well-being." *Journal of Migration and Health* 7: 100180.
- Karakuş, Akan and others, 2015. "An Important Ethical and Medicolegal Issue; Projecting the Need for Medical Education About Patient Rights Among the Hospital Staff." *Journal of Experimental & Clinical Medicine* 32(2): 59–61.
- Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund. 2016. "Turkana County Multiple Indicator Cluster Survey 2013/14, Final Report." Nairobi: Kenya National Bureau of Statistics, Population Studies and Research Institute and United Nations Children's Fund.
- Khalil, Asma and others, 2023. "A Call to Action: The Global Failure to Effectively Tackle Maternal Mortality Rates." *The Lancet Global Health* 11(8): e1165–e1167.
- Kharas, Homi, and others, eds, 2019. *Leave No One Behind. Time for Specifics on the Sustainable Development Goals*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Kim, Theresa Y. and others, 2016. "Racial/Ethnic Differences in Unintended Pregnancy: Evidence from a National Sample of US Women." *American Journal of Preventive Medicine* 50(4): 427–435.
- Kirby, Douglas B., 2008. "The Impact of Abstinence and Comprehensive Sex and STD/HIV Education Programs on Adolescent Sexual Behavior." *Sexuality Research & Social Policy* 5: 18.
- Kisambira, Stephen and Karoline Schmid, 2021. "Selecting Adolescent Birth Rates (10–14 and 15–19 years) for Monitoring and Reporting on Sustainable Development Goals." Technical Paper No.2022/4. New York: UN DESA, Population Division.
- Kivela, Jari and others, 2013. "Cost Analysis of School-Based Sexuality Education Programs in Six Countries." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 11: 17.
- Klausen, Susanne, 2004. *Race, Maternity, and the Politics of Birth Control in South Africa, 1910–39*. London: Palgrave Macmillan.
- Klugman, Barbara, 1993. "Balancing Means and Ends; Population Policy in South Africa." *Reproductive Health Matters* 1(1): 44–57.
- Knight, Marian and others, eds, on behalf of MBRRACE-UK, 2022. *Saving Lives, Improving Mothers' Care. Core Report: Lessons Learned to Inform Maternity Care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2018–20*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Knudsen, Britta Timm and Casper Andersen, 2019. "Affective Politics and Colonial Heritage, Rhodes Must Fall at UCT and Oxford." *International Journal of Heritage Studies* 25(3): 239–258.
- Kohler, Hans-Peter and Jere R. Behrman, 2018. "Benefits and Costs of the Population and Demography Targets for the Post-2015 Development Agenda." In *Prioritizing Development: A Cost Benefit Analysis of the United Nations' Sustainable Development Goals*, Bjorn Lomborg, ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kohler, Pamela K. and others, 2008. "Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy." *Journal of Adolescent Health* 42(4): 344–351.
- Lancet Commission on Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality, 2023. "Peaceful Societies Through Health Equity and Gender Equality."
- Latt, Su Mon and others, 2019. "Abortion Laws Reform May Reduce Maternal Mortality: An Ecological Study in 162 Countries." *BMC Women's Health* 19: 1.
- Leavitt, J. Walzer, 1988. "Joseph B. DeLee and the Practice of Preventive Obstetrics." *American Journal of Public Health* 78(10): 1353–1361.
- Lewkonja, Ray, 2011. "Patient Rights and Medical Education: Clinical Principles." *Medical Teacher* 33(5): 392–396.
- Litoff, Judy Barrett, 1982. "The Midwife Throughout History." *Journal of Nurse-Midwifery* 27(6): 3–11.
- Loaiza, Edilberto and Mengjia Liang, 2016. *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*, Gretchen Luchsinger, ed. New York: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf, accessed 7 February 2024.
- Longman, Jéré, 2024. "An Olympic Dream Falter Among Track's Shifting Rules." *New York Times*.
- Makumbi, Fredrick E. and others, 2023. "Socio-economic and Education Related Inequities in Use of Modern Contraceptive in Seven Sub-regions in Uganda." *BMC Health Services Research* 23: 201.
- Malvern, Chiweshe and Catriona Macleod, 2018. "Cultural De-Colonization versus Liberal Approaches to Abortion in Africa: The Politics of Representation and Voice." *African Journal of Reproductive Health/La Revue Africaine de La Santé Reproductive* 22(2): 49–59.
- Marone, Heloisa, 2016. *Demographic Dividends, Gender Equality, and Economic Growth: The Case of Cabo Verde*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Martucci, Jessica, 2017. "Childbirth and Breastfeeding in 20th-Century America." In *Oxford Research Encyclopedia of American History*.
- Matsick, Jes L. and others, 2020. "Treat Sexual Stigma to Heal Health Disparities: Improving Sexual Minorities' Health Outcomes." *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences* 7(2): 205–213.
- Maxwell, Lauren and others, 2015. "Estimating the Effect of Intimate Partner Violence on Women's Use of Contraception: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLoS ONE* 10(2): e0118234.
- Mbizvo, Michael T. and others, 2023. "Comprehensive Sexuality Education Linked to Sexual and Reproductive Health Services Reduces Early and Unintended Pregnancies Among In-School Adolescent Girls in Zambia." *BMC Public Health* 23: 348.

MBRRACE-UK (Mothers and Babies: Reducing the Risk Through Audits and Confidential Enquiries Across the UK), 2020. "Saving Lives, Improving Mothers' Care 2020: Lay Summary." Website: npeu.ox.ac.uk/assets/downloads/mbrance-uk/reports/maternal-report-2020/MBRRACE-UK_Maternal_Report_2020_-_Lay_Summary_v10.pdf, accessed 4 February 2024.

McGovern, Terry and others, 2022. *Sexual and Reproductive Justice as the Vehicle to Deliver the Nairobi Summit Commitments*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: nairobisummiticpd.org/publication/sexual-and-reproductive-justice, accessed 1 February 2024.

McKinsey Global Institute, 2015. *The Power of Parity: How Advancing Women's Equality Can Add \$12 Trillion to Global Growth*. New York: McKinsey Global Institute.

Menendez, Clara and others, 2023. "Stalled Global Progress on Preventable Maternal Deaths Needs Renewed Focus and Action." *BMJ* 381: p1473.

Meyer, Meredith and Susan A. Gelman, 2016. "Gender Essentialism in Children and Parents: Implications for the Development of Gender Stereotyping and Gender-Typed Preferences." *Sex Roles* 75: 409.

Mikhail, Hannah and others, 2021. "Reproductive Health Interventions for Inuit Youth in the North: A Scoping Review." *Reproductive Health* 18(1): 65.

Molitoris and others, 2023. "Early Childbearing and Child Marriage: An Update." *Studies in Family Planning* 53(3): 503–521.

MTI-Hungary Today, 2019. "Foreign Minister: Hungary Rejects UN Declaration on Granting Illegal Migrants Equal Access to Health Care." Website: hungarytoday.hu/hungary-rejects-un-migrants-health-care, accessed 2 October 2023.

Müller, Alex and others, 2018. "The No-Go Zone: A Qualitative Study of Access to Sexual and Reproductive Health Services for Sexual and Gender Minority Adolescents in Southern Africa." *Reproductive Health* 15: 12.

Müller, Alexandra, 2016. "Health for All? Sexual Orientation, Gender Identity, and the Implementation of the Right to Access to Health Care in South Africa." *Health and Human Rights* 18(2): 195–208.

Muro, Estella and Oloikhuae Egbohare, 2023. "Artificial Intelligence, Technology and Health: Examining the Impacts of Inequity in Access, Racism and Structural Discrimination." Washington, DC: O'Neill Institute.

Murphy-Lawless, Jo, 1998. *Reading Birth and Death: A History of Obstetric Thinking*. Cork: Cork University Press.

Musa, Abdulbasit and others, 2019. "The Associations Between Intimate Partner Violence and Maternal Health Care Service Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMC Women's Health* 19: 36.

Ndikubwimana, Baptiste and others, 2023. "Debating the Identity and Indigeneity of the Batwa in Post-Genocide Rwanda: A Review of the Challenges and Prospects from a Human Rights Perspective." *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples* 19(2): 303–313.

Nestorová Dická, Janetta, 2021. "Demographic Changes in Slovak Roma Communities in the New Millennium." *Sustainability* 13(7): 3735.

Nia, Gissou, 2023. "Gender Apartheid is a Horror. Now the United Nations Can Make it a Crime Against Humanity." *Atlantic Council*. Website: atlanticcouncil.org/blogs/new-atlanticist/gender-apartheid-is-a-horror-now-the-united-nations-can-make-it-a-crime-against-humanity/, accessed 1 February 2024.

Nove, Andrea and others, 2021. "Potential Impact of Midwives in Preventing and Reducing Maternal and Neonatal Mortality and Stillbirths: A Lives Saved Tool Modelling Study." *The Lancet Global Health* 9(1): E24–E32.

Nugroh, Adi and others, 2017. "Behavioral Interventions to Reduce HIV Risk Behavior for MSM and Transwomen in Southeast Asia: A Systematic Review." *AIDS Care* 29(1): 98–104.

Nyård, Håvard Moksleiv, 2018. "Inequality and Conflict – Some Good News." *World Bank*. blogs.worldbank.org/dev4peace/inequality-and-conflict-some-good-news, accessed 1 February 2024.

O'Brien, Diana Z. and Johanna Rickne, 2016. "Gender Quotas and Women's Political Leadership." *American Political Science Review* 110(1): 112–126.

OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), 2023. "Global Humanitarian Overview 2024." Website: humanitarianaction.info/document/global-humanitarian-overview-2024/article/cost-inaction, accessed 15 March 2024.

OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs), n.d. "Protection – Gender-Based Violence 2023." Geneva and New York: OCHA. Website: fts.unocha.org/global-sectors/13/summary/2023, accessed 15 March 2024.

Odeyemi, Isaac A. O. and John Nixon, 2013. "Assessing Equity in Health Care Through the National Health Insurance Schemes of Nigeria and Ghana: A Review-Based Comparative Analysis." *International Journal for Equity in Health* 12: 9.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023. "Systemic Racism and Use of Force in Policing and Justice." Website: www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2023/10/systemic-racism-and-use-force-policing-and-justice, accessed 2 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2023a. "A/78/227: Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity – Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity, Victor Madrigal-Borloz."

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2022. "A/HRC/50/27: Report on the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health of persons, communities and populations affected by discrimination and violence based on sexual orientation and gender identity in relation to the Sustainable Development Goals."

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021. "Seminal UN Report Offers an Agenda to Dismantle Systemic Racism." Website: www.ohchr.org/en/stories/2021/06/seminal-un-report-offers-agenda-dismantle-systemic-racism, accessed 2 February 2024.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021a. "A/HRC/47/28. 65: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Tlaleng Mofokeng."

- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2021b. "Abortion is Essential Healthcare and Women's Health Must be Prioritized Over Politics." Website: www.ohchr.org/en/statements/2021/09/abortion-essential-healthcare-and-womens-health-must-be-prioritized-over, accessed 5 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "COVID-19: States Should Not Abuse Emergency Measures to Suppress Human Rights – UN Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2020/03/covid-19-states-should-not-abuse-emergency-measures-suppress-human-rights-un, accessed 2 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019. "Time for World's Leaders to Honour 25-Year-Old Promises and Renew Their Commitments on Women's Rights, Say Human Rights Experts." Website: www.ohchr.org/en/press-releases/2019/11/time-world-leaders-honour-25-year-old-promises-and-renew-their-commitments, accessed 3 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2019a. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences on a human rights-based approach to mistreatment and violence against women in reproductive health services with a focus on childbirth and obstetric violence. A/74/137. Website: digitallibrary.un.org/record/3823698
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "A Human Rights Based Approach to Data – Leaving No One Behind in the 2030 Agenda for Sustainable Development: Guidance Note to Data Collection and Disaggregation." Website: www.ohchr.org/en/documents/tools-and-resources/human-rights-based-approach-data-leaving-no-one-behind-2030-agenda, accessed 6 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends. Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and Practice." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 1 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva: OHCHR. Website: www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights, accessed 3 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "Fact Sheet: Homophobic and Transphobic Violence." Website: www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/LGBT/FactSheets/unfe-27-UN_Fact_Sheets_Homophobic_English.pdf, accessed 1 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.a. "Intersex People. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/intersex-people, accessed 4 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.b. "About LGBTI People and Human Rights. OHCHR and the Human Rights of LGBTI People." Website: www.ohchr.org/en/sexual-orientation-and-gender-identity/about-lgbti-people-and-human-rights, accessed 4 February 2024.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d.c. "Albinism in Africa. Independent Expert on Albinism." Website: www.ohchr.org/en/special-procedures/ie-albinism/albinism-africa, accessed 13 February 2024.
- Onarheim, Kristine H. and others, 2018. "Towards Universal Health Coverage: Including Undocumented Migrants." *BMJ Global Health* 3: e001031.
- Organization of African Unity, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights*. Addis Ababa: OAU.
- Osmundsen, Mathias and others, 2021. "How Partisan Polarization Drives the Spread of Fake News." *Brookings*. Website: brookings.edu/articles/how-partisan-polarization-drives-the-spread-of-fake-news/, accessed 1 February 2024.
- Ouedraogo, Rasmané and David Stenzel, 2021. "The Heavy Economic Toll of Gender-based Violence: Evidence from Sub-Saharan Africa." *IMF WP/21/277*. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Owens, Deidre Cooper, 2017. *Medical Bondage: Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. Athens: University of Georgia Press.
- Owusu-Edusei, Kwame and others, 2013. "The Estimated Direct Medical Cost of Selected Sexually Transmitted Infections in the United States, 2008." *Sexually Transmitted Diseases* 40(3): 197–201.
- Ozili, Peterson K., 2024. "Effect of Gender Equality on Financial Stability and Financial Inclusion." *Social Responsibility Journal* 20(2): 205–223.
- PAI, 2020. "Insight into Country-Level Sexual and Reproductive Health Advocacy in Zambia's Universal Health Coverage Financing Reforms." Website: pai.org/resources/leading-charge/, accessed 8 February 2024.
- Paradies, Yin, 2016. "Colonisation, Racism and Indigenous Health." *Journal of Population Research* 33: 83–96.
- Patel, Parisa and others, 2018. "The Perceptions, Health-Seeking Behaviours and Access of Scheduled Caste Women to Maternal Health Services in Bihar, India." *Reproductive Health Matters* 26(54): 114–125.
- Perritt, Jamila and Natalia Eugene, 2022. "Inequity and Injustice: Recognizing Infertility as a Reproductive Justice Issue." *F&S Reports* 3(2 Suppl): 2–4.
- Phillips, James F. and others, 2020. "Four Decades of Community-Based Primary Health Care Development in Ghana." In *Achieving Health for All: Primary Health Care in Action*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Pierce, Jennifer L., 2013. "White Racism, Social Class, and the Backlash Against Affirmative Action." *Sociology Compass* 7(11): 914–926.
- Policy Cures Research, 2023. "Sexual and Reproductive Health Research and Development: Beyond Spillovers." Australia: Policy Cures Research.
- Pradhan, Rina and others, 2015. "Factors Associated with Pregnancy Among Adolescents in Low-Income and Lower Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Epidemiology & Community Health* 69(9): 918–924.

- Raben, Liselotte A. D. and Maria E. T. C. van den Muijsenbergh, 2018. "Inequity in Contraceptive Care Between Refugees and Other Migrant Women?: A Retrospective Study in Dutch General Practice." *Family Practice* 35(4): 468–474.
- Raghavendra, R. H., 2020. "Literacy and Health Status of Scheduled Castes in India." *Contemporary Voice of Dalit* 12(1): 97–110.
- Ravindran, T.K. Sundari and others, 2020. "Making Pharmaceutical Research and Regulation Work for Women." *BMJ* 371: m3808.
- Reid, Graeme and Minky Worden, 2023. "Caster Semenya Won Her Case, But Not the Right to Compete." *Human Rights Watch*. Website: [hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compete](https://www.hrw.org/news/2023/07/18/caster-semenya-won-her-case-not-right-compete), accessed 4 February 2024.
- Roberts, Dorothy E., 1991. "Punishing Drug Addicts Who Have Babies: Women of Color, Equality, and the Right of Privacy." *Harvard Law Review* 104(7): 1419–1482.
- Rohrbach, Louise A. and others, 2015. "A Rights-Based Sexuality Education Curriculum for Adolescents: 1-Year Outcomes From a Cluster-Randomized Trial." *Journal of Adolescent Health* 57(4): 399–406.
- Rollston, Rebekah and others, 2020. "Comprehensive Sexuality Education to Address Gender-Based Violence." *The Lancet* 396: 148–150.
- Ross, Loretta J., 2017. "Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism." *Souls* 19(3): 286–314.
- Ross, Loretta J. and Rickie Solinger, 2017. *Reproductive Justice: An Introduction*. Berkeley: University of California Press.
- Rostami-Moez, Masoumeh and others, 2021. "The Effect of Teaching Patients' Rights to Midwifery Students on Their Compliance with Patients' Rights at Fatemeh Hospital, Hamadan, Iran." *Journal of Medical Education* 20(3): e116707.
- Samanta, Arabinda, 2016. "Physicians, Forceps and Childbirth: Technological Intervention in Reproductive Health in Colonial Bengal." In *Medicine and Colonialism*, Poonam Bala, ed. New York: Taylor and Francis.
- Saroha, Ekta and others, 2008. "Caste and Maternal Health Care Service Use Among Rural Hindu Women in Maitha, Uttar Pradesh, India." *Journal of Midwifery & Women's Health* 53(5): e41–e47.
- Say, Lale and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *The Lancet Global Health* 2(6): e323–333.
- Schaaf, Marta and others, 2023. "A Critical Interpretive Synthesis of Power and Mistreatment of Women in Maternity Care." *PLOS Global Public Health* 3(1): e0000616.
- Semenya, Caster, 2023. "Running in a Body That's My Own." *New York Times*.
- Sen, Gita and Aditi Iyer, 2012. "Who Gains, Who Loses and How: Leveraging Gender and Class Intersections to Secure Health Entitlements." *Social Science & Medicine* 74(11): 1802–1811.
- Sen, Gita and others, 2019. "Moving the ICPD Agenda Forward: Challenging the Backlash." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 319–322.
- Sen, Gita, and others, 2009. "A Methodology to Analyse the Intersections of Social Inequalities in Health." *Journal of Human Development and Capabilities* 10(3): 397–415.
- Shalev, Carmel, 1998. "Rights to Sexual and Reproductive Health – the ICPD and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women." Website: [un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm](https://www.un.org/womenwatch/daw/csw/shalev.htm), accessed 3 February 2024.
- Shields, Kristine and Anne Drapkin Lyerly, 2013. "Exclusion of Pregnant Women from Industry-Sponsored Clinical Trials." *Obstetrics & Gynecology* 122(5): 1077–1081.
- Shiva, Vandana, 1996. "Science, Nature and Gender." In *Women, Knowledge, and Reality. Explorations in Feminist Philosophy*, 2nd edn. New York: Routledge.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Stillbirth Among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114: 1246–1252.
- Singh, Gopal K., 2021. "Trends and Social Inequalities in Maternal Mortality in the United States, 1969–2018." *International Journal of MCH and AIDS* 10(1): 29–42.
- Singh, Poonam Khetrapal, 2018. "India Has Achieved Groundbreaking Success in Reducing Maternal Mortality." World Health Organization.
- Sloane, Julie, 2018. "Research Finds Tipping Point for Large-Scale Social Change." Website: asc.upenn.edu/news-events/news/research-finds-tipping-point-large-scale-social-change, accessed 1 February 2024.
- Small, Maria J. and others, 2017. "Global Disparities in Maternal Morbidity and Mortality." *Seminars in Perinatology* 41(5): 318–322.
- Snow, Rachel C. and others, 2015. "Sexual and Reproductive Health: Progress and Outstanding Needs." *Global Public Health* 10(2): 149–173.
- Solinger, Rickie and Mie Nakachi, eds, 2016. *Reproductive States: Global Perspectives on the Invention and Implementation of Population Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Sprecher, Tiffany D. Vann and Ruth Mazo Karras, 2011. "The Midwife and the Church: Ecclesiastical Regulation of Midwives in Brie, 1499–1504." *Bulletin of the History of Medicine* 85(2): 171–192.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission." *Lancet* 391(10140): 2642–2692.
- Stepan, Jan and Edmund H. Kellogg, 1974. "The World's Laws on Contraceptives." *American Journal of Comparative Law* 22(4): 615–651.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute.
- Tabaac, Ariella R. and others, 2020. "Sexual Orientation-Related Disparities in Healthcare Access in Three Cohorts of U.S. Adults." *Preventive Medicine* 132: 105999.
- Tampa, Mircea and others, 2014. "Brief History of Syphilis." *Journal of Medicine and Life* 7(1): 4–10.
- Tao, Yu-Ting and others, 2023. "Global, Regional, and National Trends of Syphilis from 1990 to 2019: The 2019 Global Burden of Disease Study." *BMC Public Health* 23: 754.

- Teufel, James and others, 2021. "Income and Poverty Status Among Women Experiencing Intimate Partner Violence: A Positive Social Return on Investment from Civil Legal Aid Services." *Law & Society Review* 55(3): 405–428.
- Thomas, B. Gail, 2016. "A History of Midwifery in the Western World." Website: memoriesofnursing.uk/wp-content/uploads/History-of-midwifery-BGT.pdf, accessed 3 February 2024.
- Thomas, Claire, 2023. "No Data IS Data: What Existing but Untapped Disaggregated Data Tells Us About Inequalities in Vaccination Rates in the Global South." Minority Rights Group.
- Thomas, Lynn M., 2003. *Politics of the Womb: Women, Reproduction, and the State in Kenya*. Berkeley: University of California Press.
- Tikkanen, Roosa and others, 2020. "Maternal Mortality and Maternity Care in the United States Compared to 10 Other Developed Countries." New York and Washington D. C.: The Commonwealth Fund.
- Trans Legislation Tracker, n.d. "2023 Anti-Trans Legislation." Website: translegislation.com/bills/2023, accessed 5 February 2024.
- Trost, Susanna and others, 2017. "Pregnancy-Related Deaths: Data from Maternal Mortality Review Committees in 36 US States, 2017–2019." Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Reproductive Health.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2023. "UNAIDS Board Calls on Member States to Resource and Tailor HIV Response that Integrates Diverse Needs of Transgender People." Website: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2023/december/20231219_pcb-decision-2025-targets, accessed 8 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2022. "UNAIDS Warns that Stigmatizing Language on Monkeypox Jeopardises Public Health." Press release. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2022/may/20220522_PR.Monkeypox, accessed 15 March 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2021. "HIV and Stigma and Discrimination." Human Rights Fact Sheet Series. Website: unaids.org/sites/default/files/media_asset/07-hiv-human-rights-factsheet-stigma-discrimination_en.pdf, accessed 5 February 2024.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), n.d. "Trend of New HIV Infections, 1990–2022." *AIDSinfo database*. Website: aidsinfo.unaids.org/, accessed 30 October 2023.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Statistics Division, 2023. *The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. *World Family Planning 2022. Meeting the Changing Needs for Family Planning: Contraceptive Use by Age and Method*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022a. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022b. *World Population Prospects 2022: Methodology of the United Nations Population Estimates and Projections (UN DESA/POP/2022/TR/NO.4)*. New York: UN DESA.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022c. "Family Planning Indicators. Estimates and Projections of Family Planning Indicators, 2022." Website: un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators, accessed 8 February 2024.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2023. *The Human Cost of Inaction: Poverty, Social Protection and Debt Servicing, 2020–2023*. New York: UNDP. Website: undp.org/publications/dfs-human-cost-inaction-poverty-social-protection-and-debt-servicing-2020-2023, accessed 8 February 2024.
- UN ECOSOC, 2024. Flow of financial resources for assisting in the further Implementation of the programme of Action of the International Conference on Population and Development. E/CN.9/2024/4. In Press.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Education for People and Planet: Creating Sustainable Futures for All." *Global Education Monitoring Report 2016*. Paris: UNESCO. Website: unesco.org/gem-report/en/education-people-and-planet, accessed 7 February 2024.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2021. *The Journey Towards Comprehensive Sexuality Education: Global Status Report*. Paris: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379607, accessed 2 February 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024. The Future of Sexual and Reproductive Health and Rights. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024a. *Population Data Portal*. Website: pdp.unfpa.org, accessed 15 March 2024.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024b. A Digital World: Future-Proofing the ICPD. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024c. The Future of Population Data Systems. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024d. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Programme Annual Progress Report 2023. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024e. ICPD and the Climate Crisis. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024f. Demographic Diversity and Sustainable Development. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2024g. A Systematic Assessment of ICPD Positioning Across the 2024 Voluntary National Reviews. In press.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. "Statement of the Executive Director to the Second Regular Session of the Executive Board 2023." Website: unfpa.org/press/statement-executive-director-second-regular-session-executive-board-2023, accessed 1 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2023a. "Remarks by UNFPA Executive Director Dr. Natalia Kanem during the UNGA 2023 Side Event on Sustainable Financing for Family Planning." Website: unfpa.org/press/remarks-unfpa-executive-director-dr-natalia-kanem-during-unga-2023-side-event-sustainable, accessed 1 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2023b. *8 Billion Lives, Infinite Possibilities. State of World Population 2023*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Investing in Three Transformative Results: Realizing Powerful Returns*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2022a. *Seeing the Unseen: The Case for Action in the Neglected Crisis of Unintended Pregnancy. State of World Population 2022*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. *My Body is My Own: Claiming the Right to Autonomy and Self-Determination. State of World Population 2021*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2021a. *Leaving No One Behind and Reaching the Furthest Behind. Strategic Plan 2022–2025*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2021b. *We Matter. We Belong. We Decide. UNFPA Disability Inclusion Strategy 2022–2025*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. *International Technical and Programmatic Guidance on Out-of-School Comprehensive Sexuality Education. An Evidence-Informed Approach for Non-Formal, Out-of-School Programmes*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019a. "Submission of the United Nations Population Fund to the Special Rapporteur on Violence Against Women." Website: www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-human-rights-based-approach-mistreatment-and-obstetric-violence-during, accessed 3 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Young Persons with Disabilities. Global Study on Ending Gender-based Violence and Realizing Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2018a. *International Technical Guidance on Sexuality Education*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2017. *Worlds Apart - Reproductive Health and Rights in an Age of Inequality. State of World Population 2017*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1998. "ICPD+5 Review." Website: unfpa.org/events/icpd5-review, accessed 5 February 2024.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September 1994*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. Trends in Women's Sexual and Reproductive Health and Rights Decision-making. Unpublished analysis.

UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. Sahel Women's Empowerment and Demographic Dividend Monitoring and Evaluation Results Framework. Unpublished report

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2023. *Maternal Health Analysis of Women and Girls of African Descent in the Americas*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2021. *The State of the World's Midwifery*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Indigenous Women's Maternal Health and Maternal Mortality*. New York: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund) Asia and the Pacific, n.d. "ROI-T: Invest in Her." Website: asiapacific.unfpa.org/en/ROI, accessed 7 February 2024.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2023. "UNICEF Data Warehouse: Cross-Sector Indicators. Indicator: Percentage of Children Under Age 5 Whose Births Are Registered." Website: data.unicef.org/resources/data-explorer/unicef_f/?ag=UNICEF&df=GLOBAL_DATAFLOW&ver=1.0&dq=PT_CHLD_Y0T4_REG..&startPeriod=2016&endPeriod=2023, accessed 6 February 2024.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2022. "UNICEF Data: Female Genital Mutilation." Website: data.unicef.org/topic/gender/fgm/, accessed 1 February 2024.

United Nations, 2023. *The Sustainable Development Goals Report. Special Edition*. New York: UN.

United Nations, 2023a. "Disagreeing over References to Comprehensive Sexual Education, Delegates Fail to Adopt Draft Resolution, as Commission on Population and Development Concludes Session." Website: press.un.org/en/2023/pop1109.doc.htm, accessed 1 February 2024.

United Nations, 2023b. "Engagement Key to Reform of Taliban Decrees Restricting Women's Rights." Website: news.un.org/en/story/2023/09/1141477, accessed 8 February 2024.

United Nations, 2023c. "UN Rights Experts Condemn Uganda's 'Egregious' Anti-LGBT Legislation." Website: news.un.org/en/story/2023/03/1135147#, accessed 8 February 2024.

United Nations, 2020. "Rising Inequality Affecting More Than Two-Thirds of the Globe, But It's Not Inevitable: New UN Report." Website: news.un.org/en/story/2020/01/1055681, accessed 1 February 2024.

United Nations, 2018. "Political, Social Polarization Leading to Rise in Global Insecurity, Secretary-General's Report Finds." Website: press.un.org/en/2018/org1681.doc.htm, accessed 1 February 2024.

United Nations, 2015. "Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development." A/RES/70/1.

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." A/69/62.

- United Nations General Assembly, 2022. "Violence and its Impact on the Right to Health. Report by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Tlaleng Mofokeng." A/HRC/50/28.
- United Nations Statistics Division, 2014. "Fundamental Principles of Official Statistics." A/RES/68/261.
- United Nations System Chief Executives Board for Coordination, 2017. *Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development*. New York: UN.
- University of Melbourne and UNFPA (United Nations Population Fund), 2023. *Measuring Technology-Facilitated Gender-Based Violence. A Discussion Paper*. New York: UNFPA.
- UNSDG (United Nations Sustainable Development Group), n.d. "Leave No One Behind. Universal Values. Principle Two: Leave No One Behind." Website: unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/leave-no-one-behind, accessed 5 February 2024.
- UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN Women.
- UN Women and others, 2023. *Progress on the Sustainable Development Goals. The Gender Snapshot 2023*. New York: UN Women.
- Urban Indian Health Institute, 2018. *Missing and Murdered Indigenous Women & Girls. A Snapshot of Data from 71 Urban Cities in the United States*. Seattle: UIHI.
- USAID (United States Agency for International Development), 2022. "Key Populations: Achieving Equitable Access to End AIDS." Website: usaid.gov/global-health/health-areas/hiv-and-aids/technical-areas/key-populations#, accessed 8 February 2024.
- Utomo, Budi and others, 2021. "The Impact of Family Planning on Maternal Mortality in Indonesia: What Future Contribution Can be Expected?" *Population Health Metrics* 19(1): 2.
- Victoria, Cesar Gomes and others, 2018. "The Inverse Equity Hypothesis: Analyses of Institutional Deliveries in 286 National Surveys." *American Journal of Public Health* 108(4): 464–471.
- Vyas, Seema, 2013. *Estimating the Association between Women's Earnings and Partner Violence: Evidence from the 2008–2009 Tanzania National Panel Survey*. Women's Voice, Agency, & Participation Research Series 2013 No. 2. Washington, DC: World Bank.
- Walker, David and Nata Duvvury, 2016. *Costing the Impacts of Gender-Based Violence (GBV) to Business: A Practical Tool*. London: Overseas Development Institute.
- Wells, Lana and others, 2024. "Insights on Engaging Men and Boys in Creating a More Gender Equal Future in Canada." *Violence Against Women* 30(1): 297–322.
- Westman, Claire S. 2023. Submission to "Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Victor Madrigal-Borloz." Unpublished.
- WHO (World Health Organization), 2023. "Technical Brief: Investing in Sexual and Reproductive Health and Rights: Essential Elements of Universal Health Coverage." Website: cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/uhl-technical-brief-srhr.pdf, accessed 8 February 2024.
- WHO (World Health Organization), 2022. "Oman First Country in the Region to Eliminate Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis." *News*. Website: www.emro.who.int/omn/oman-news/oman-firstcountry-in-the-region-to-eliminate-motherto-child-transmission-of-hiv-and-syphilis.html?format=html, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), 2021. *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: Global Regional and National Estimates for Intimate Partner Violence Against Women and Global and Regional Estimates for Non-partner Sexual Violence Against Women. Executive Summary*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2020. *Pulse Survey on Continuity of Essential Services During the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2015. "The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Facility-Based Childbirth." Website: iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf, accessed 4 February 2024.
- WHO (World Health Organization), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women. Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2009. *Integrating Poverty and Gender into Health Programmes: A Sourcebook for Health Professionals*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1991. *Maternal Mortality Ratios and Rates. A Tabulation of Available Information*. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272290/WHO-MCH-MSM-91.6-eng.pdf, accessed 5 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d. "Gender and Health." Website: who.int/health-topics/gender#tab=tab_1, accessed 4 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.a. "Global Health Estimates: Leading Causes of Death." Website: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death, accessed 6 February 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.b. "Congenital Syphilis Reported Rate per 100 000 Live Births, Reported." *The Global Health Observatory*. Website: who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/congenital-syphilis-rate-per-100-000-live-births, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.c. "Syphilis." *Factsheet*. Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis, accessed 15 March 2024.
- WHO (World Health Organization), n.d.d. "Self-Care Interventions for Health." Website: who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1, accessed 8 February 2024.
- WHO (World Health Organisation) and others, 2023. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2020: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and others, 2023a. *Tracking Universal Health Coverage. 2023 Global Monitoring Report*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization) and others, 2001. *Maternal Mortality in 1995: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva: WHO.

Williams, Brent C. and A. Mark Fendrick, 2022. "Tailoring Complex Care to Patients' Needs: Myths, Realities, and Best Next Steps." *American Journal of Managed Care* 28(2): 47–50.

Wodon, Quentin and Benedicte de la Briere, 2018. *Unrealized Potential: The High Cost of Gender Inequality in Earnings*. Washington, DC: World Bank.

Wodon, Quentin, and others, 2018. *Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls. The Cost of Not Educating Girls Notes Series*. Washington, DC: World Bank.

World Bank, n.d. "Women, Business and the Law." Website: wbl.worldbank.org/en/wbl, accessed 1 February 2024.

World Economic Forum, 2024. *Closing the Women's Health Gap: A \$1 Trillion Opportunity to Improve Lives and Economies*. Geneva: World Economic Forum.

World Economic Forum, 2023. "2024 is a Record Year for Elections: Here's What You Need to Know." Website: [weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/](https://www.weforum.org/agenda/2023/12/2024-elections-around-world/), accessed 8 February 2024.

Wörman, Xenia and others, 2021. "Males as Victims of Intimate Partner Violence – Results from a Clinical-Forensic Medical Examination Centre." *International Journal of Legal Medicine* 135, 2107–2115.

Yadav, Arvind K. and Pabitra K. Jena, 2020. "Maternal Health Outcomes of Socially Marginalized Groups in India." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 33(2): 172–188.

Yang, Fan and others, 2020. "Key Populations and Power: People-Centred Social Innovation in Asian HIV Services." *The Lancet HIV* 7(1): e69–e74.

Yount, Kathryn M. and others, 2022. "Global Measurements of Intimate Partner Violence to Monitor Sustainable Development Goal 5." *BMC Public Health* 22: 465.

Zaneva, Mirela and others, 2022. "What Is the Added Value of Incorporating Pleasure in Sexual Health Interventions? A Systematic Review and Meta-analysis." *PLoS ONE* 17(2): e0261034.



Asegurando derechos y opciones para todos

Fondo de Población de las Naciones Unidas
605 Third Avenue
Nueva York, NY 10158
Tel.: +1 (212) 297-5000
www.unfpa.org/es
@UNFPA



Conferencia Internacional
sobre la Población y el Desarrollo

PDF ISBN: 9789213589557
Print ISSN: 2518-671X
Online ISSN: 2519-8998

♻️ Impreso en papel reciclado.