



estado de la población mundial 2022

VISIBILIZAR LO INVISIBLE

La necesidad de actuar para poner
fin a la crisis desatendida
de los embarazos no intencionales

Estado de la Población Mundial 2022

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

REDACTOR JEFE

Ian McFarlane

EQUIPO EDITORIAL

Editora principal: Rebecca Zerzan

Dirección creativa: Katie Madonia

Redactora de los relatos: Janet Jensen

Editora de los relatos: Lisa Ratcliffe

Directoras de la edición digital: Katie Madonia,

Rebecca Zerzan

Asesor de la edición digital: Hanno Ranck

ASESORA SUPERIOR EN INVESTIGACIÓN

Dra. Nuriye Ortayli

ASESORES SUPERIORES

Daniel Baker, Gilda Sedgh

INVESTIGADORES Y REDACTORES

Daniel Baker, Sarah Keogh, Gretchen Luchsinger,

Mindy Roseman, Gilda Sedgh, Julie Solo

ASESORES TÉCNICOS DEL UNFPA

Satvika Chalasani, Witness Chirinda,

Jennie Greaney, Mengjia Liang, Yann Lacayo

ILUSTRACIONES ORIGINALES POR ENCARGO

Fidel Évora

Entre las ilustraciones originales se incluyen imágenes de varios fotógrafos. La lista de materiales de referencia se encuentra en la página 156.

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.

AGRADECIMIENTOS

El UNFPA agradece a las personas siguientes por compartir con nosotros algunos aspectos de su vida de cara a la elaboración de este informe: Yajaira Alberto (El Salvador); Dra. Ayse Akin (Turquía); Anisa T. Arab (Filipinas); Theresa Batitis (Filipinas); Norhaifa Bocarie (Filipinas); Martha Brady (Estados Unidos de América); Rebecca Callahan (Estados Unidos de América); “Dalila” (nombre ficticio) (El Salvador); Sylvia Farmer (Sierra Leona); Dra. Demet Güral (Turquía); Mangenda Kamara (Sierra Leona); Dankay Kanu (Sierra Leona); Gregory Kopf (Estados Unidos de América); Rahmadina Talusan Malang (Filipinas); Logan Nickels (Estados Unidos de América); Lucy November (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte); Rahma Samula (Filipinas); Mamusu Sesay (Sierra Leona); Kevin Shane (Estados Unidos de América); Mukul Sinha (India); Fatmata Sorie (Sierra Leona); Jamanya Square (Sierra Leona); Sittie Nashiban Tabua (Filipinas); Heather Vadhat (Estados Unidos de América).

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, del mismo modo que la Directora Técnica del UNFPA, la Dra. Julitta Onabanjo, la Directora de la Subdivisión de Salud Sexual y Reproductiva del UNFPA, Anneka Knutsson, y miembros de la Oficina de la Directora Ejecutiva, en particular, Pio Smith, Jefe de Personal, y Teresa Buerkle, Sam Choritz y Anne Wittenberg.

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, Agnes Chidanyika, Jacob Enoch Eben, Jens-Hagen Eschenbaecher, Rose Marie Gad, Sonia Gilroy, Lourdes Gordolan, Mario Iraheta, Daisy Leoncio, Nouran Makhoulouf, Rebecca Moudio, Margarita O’Farrill, Priyanka Pruthi, Álvaro Serrano, John Sesay, Walter Sotomayor, Federico Tobar, Roy Wadia.

Los compañeros de la Subdivisión de Población y Desarrollo proporcionaron datos para la sección dedicada a los indicadores del presente informe, as como orientación técnica general.

Los editores agradecen las contribuciones de asociados, como los investigadores del Instituto Alan Guttmacher, en particular Jonathan Bearak y Anna Popinchalk; de los expertos de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, en especial Vladimira Kantorova; de Stephen Kisambira, Joseph Molitoris y Karoline Schmid; de Ann Garbett, investigadora de posgrado en la Universidad de Southampton; y de expertos de Avenir Health, sobre todo Jessica Williamson. La labor del editor principal Richard Kollodge fue fundamental en la redacción del informe.

Diseño y producción de la edición impresa y el sitio web interactivo: Prographics, Inc.

NOTA SOBRE LA TERMINOLOGÍA

Cuando se habla de embarazos no intencionales, las palabras que se eligen son importantes. No es lo mismo un embarazo no intencional que un embarazo no deseado, y no es lo mismo decir “personas embarazadas” que “madres”. No todas las personas que se quedan embarazadas son mujeres y niñas, también los hombres transgénero y las personas no binarias pueden quedarse —y se quedan— embarazados (Clements, 2018). Además, se enfrentan a importantes obstáculos a la hora de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva y anticoncepción que no ejerzan juicios de valor, lo cual aumenta su riesgo de tener un embarazo no intencional. No obstante, los datos que se utilizan en este informe proceden muy mayoritariamente de encuestas y estudios que identifican a las personas participantes como mujeres o niñas; por ello, al extrapolar las conclusiones de estos datos a las personas *genderqueer* se podría incurrir en error o incluso ocultar preocupaciones específicas de minorías sexuales. En consecuencia, este informe hace referencia en general a los riesgos del embarazo a los que hacen frente las mujeres y las niñas, si bien se reconoce que en muchos lugares estos riesgos también atañen a individuos de género no binario. Por otro lado, las definiciones se incluyen a lo largo del texto para hacer hincapié en los matices de términos como “embarazo no intencional”, “embarazo no deseado”, “embarazo no planeado” y “necesidad insatisfecha”, la manera en la que se utilizan habitualmente y las limitaciones de estos términos.





estado de la población mundial 2022

VISIBILIZAR LO INVISIBLE

La necesidad de actuar para poner
fin a la crisis desatendida
de los embarazos no intencionales

ÍNDICE

PRÓLOGO 4
DEFINICIONES 6



CAPÍTULO 1

*La crisis invisible
ante nuestros ojos*

PÁGINA 9

PUNTO DE MIRA: Un marco de factores que contribuyen a los embarazos no intencionales y sus resultados 17

CAPÍTULO 2

*Las pruebas son
claras: los embarazos
no intencionales
guardan relación con
la falta de desarrollo*

PÁGINA 19

PUNTO DE MIRA: El embarazo en la adolescencia y la capacidad de decisión 30

RELATO: Una decisión ilusoria: el embarazo en la adolescencia ... 34

CAPÍTULO 3

*Todas las mujeres
están en situación
de riesgo: la merma
de la capacidad de
actuación desemboca
en embarazos no
intencionales*

PÁGINA 37

RELATO: Violencia, coerción y supresión de la capacidad de decisión. 48

RELATO: Cuando fallan los anticonceptivos. 52

PUNTO DE MIRA: Eficacia, efectos secundarios y beneficios de los anticonceptivos 58

TESTIMONIOS: Preguntas y respuestas 60



CAPÍTULO 4

Los retos en la elección del método anticonceptivo

PÁGINA 67

RELATO: Nuevos anticonceptivos masculinos: ¿Por qué están tardando tanto en llegar al mercado? 70

RELATO: Planificación para el cambio 86

PUNTO DE MIRA: ¿Dónde permiten las leyes y las políticas que las mujeres eviten los embarazos no intencionales? 88

CAPÍTULO 5

La realidad de los costos de los embarazos no intencionales

PÁGINA 91

PUNTO DE MIRA: El cómo y el dónde de las necesidades insatisfechas en materia de anticoncepción: reflexiones de los programas de planificación familiar del UNFPA 102

CAPÍTULO 6

La capacidad de decisión es un aspecto clave para la Agenda 2030


PÁGINA 107

INDICADORES 119

NOTAS TÉCNICAS ... 138

REFERENCIAS 143

PRÓLOGO



Un mundo en el que todos los embarazos sean deseados. Este objetivo es un pilar central de nuestra misión en el UNFPA.

Todo ser humano tiene derecho a la autonomía corporal y tal vez no haya nada más fundamental para el ejercicio de ese derecho que la capacidad de decidir si se quiere tener un embarazo, cuándo y con quién.

El derecho humano básico a decidir libre y responsablemente el número de hijos y con qué frecuencia tenerlos ha sido reconocido en numerosos acuerdos internacionales sobre derechos humanos en los últimos cinco decenios. Durante este mismo periodo, el mundo ha asistido a un gran aumento de la disponibilidad de anticonceptivos modernos y eficaces, uno de los mayores logros en materia de salud pública de la historia reciente.

¿Por qué, entonces, casi la mitad de los embarazos son no intencionales?

En 1994, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) reconoció que el empoderamiento, la igualdad plena y la autonomía de las mujeres eran esenciales para el progreso social y económico. Estos objetivos son en la actualidad uno de los pilares sobre los que se asienta la consecución de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En ella se reconoce explícitamente el papel de la salud sexual y reproductiva y la igualdad de género para abrir las puertas de un futuro más próspero. Contiene asimismo indicadores específicos vinculados a la capacidad de

las mujeres y las adolescentes para tomar decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva.

Por este motivo, la labor del UNFPA se centra en ampliar el acceso a la información y los servicios que las mujeres y las niñas necesitan para ejercer sus derechos y tomar decisiones en materia de reproducción, que sustentan la igualdad de género y les permiten tener un mayor poder sobre sus vidas y desarrollar su pleno potencial.

Somos conscientes de los enormes costos que conllevan los embarazos no intencionales: costos para la salud, la educación y el futuro de los individuos, costos para los sistemas sanitarios en su conjunto, los trabajadores y las sociedades. La pregunta que surge es: ¿por qué no se han tomado medidas adicionales para garantizar la autonomía corporal de todos?

El tema de este informe es complejo, en parte porque es muy común. Casi todo el mundo cuenta con una experiencia que pueda servirle de referencia, por haber tenido un embarazo no intencional o por conocer a alguien que haya estado en esa situación. Para algunos individuos es una crisis personal, otros pensarán que no hay mal que por bien no venga.

Más allá del contexto personal, los embarazos no intencionales tienen raíces sociales y consecuencias globales. Por lo tanto, este no es un informe sobre bebés no deseados, ni de accidentes dichosos. No trata tampoco de la maternidad. Y aunque no es posible mantener

este debate sin mencionar el aborto —dado que más del 60% de los embarazos no intencionales terminan en aborto—, tampoco es un informe sobre este procedimiento. De lo que sí trata este informe es de las circunstancias que existen antes de un embarazo no intencional, cuando la capacidad de decisión de una persona o de una pareja se ve socavada gravemente, y de las muchas repercusiones que le siguen, que afectan a los individuos y a las sociedades a lo largo de varias generaciones.

Vemos, a través de la investigación original de los autores y en los nuevos datos de las organizaciones asociadas, que la vergüenza, el estigma, el miedo, la pobreza, la desigualdad de género y muchos otros factores merman la capacidad de decisión de las mujeres y las niñas, de buscar y obtener anticonceptivos, de negociar el uso del preservativo con la pareja, de alzar su voz y perseguir sus deseos y ambiciones. Por encima de todo, este informe plantea preguntas provocadoras e inquietantes sobre la valoración que merecen al mundo las mujeres y las niñas más allá de sus capacidades reproductivas. Porque reconocer la plena valía de las mujeres y las niñas, y permitirles contribuir plenamente a sus sociedades, significa garantizar que tengan los recursos, la información y el poder necesarios para tomar por sí mismas esta decisión fundamental.

Es imposible establecer con precisión, y mucho menos cuantificar, cuál es el número total de embarazos no intencionales. Sin embargo, cada vez hay más pruebas que apuntan a unos costos de oportunidad enormes: desde las correlaciones entre las tasas de embarazos

no intencionales con los índices más bajos de desarrollo humano, pasando por los miles de millones de dólares en costos sanitarios relacionados, hasta la persistencia de elevadas tasas de abortos en condiciones de riesgo y las muertes maternas conexas. Los abortos en condiciones de riesgo son una de las principales causas de las más de 800 muertes maternas que se producen al día. Este es un precio que el mundo, sencillamente, no puede permitirse.

Cada vez queda menos para el 2030, la fecha límite para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de los propios objetivos transformadores del UNFPA: acabar con las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, poner fin a las muertes maternas evitables y erradicar la violencia de género y las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil. Es el momento de acelerar, no de retroceder, para transformar la vida de las mujeres y las niñas y llegar a las más rezagadas. Evitar los embarazos no intencionales es un primer paso innegociable. Cuando los individuos pueden tomar verdaderas decisiones informadas sobre su salud, su cuerpo y su futuro, están en situación de contribuir a unas sociedades más prósperas y a un mundo más sostenible, equitativo y justo.

Dra. Natalia Kanem

Directora Ejecutiva

Fondo de Población de las Naciones Unidas

DEFINICIONES

Las definiciones relacionadas con el embarazo no intencional y la anticoncepción son generalmente polémicas. Muchos de los términos comúnmente aceptados en una comunidad son incomprensibles en otra. En este informe se examinan algunos de estos términos y sus usos, y se recalcan los casos en que estos pueden ser confusos, engañosos o pueden emplearse de formas distintas.

Aborto

EMBARAZO NO INTENCIONAL (S) -

DESEADOS O NO DESEADOS

EMBARAZO EN UNA MUJER QUE NO TENÍA PLANEADO TENER (MÁS) HIJOS, O EMBARAZO INOPORTUNO, QUE SUCEDE ANTES DE LO DESEADO. ESTA DEFINICIÓN SE APLICA CON INDEPENDENCIA DEL RESULTADO DEL EMBARAZO (ABORTO, ABORTO ESPONTÁNEO O NACIMIENTO NO PLANEADO).

SINÓNIMOS: EMBARAZO NO PLANEADO.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR (S) -

INFORMACIÓN, MEDIOS Y MÉTODOS QUE PERMITEN A LOS INDIVIDUOS DECIDIR SI QUIEREN TENER HIJOS Y CUÁNDO. INCLUYE UNA AMPLIA VARIEDAD DE ANTICONCEPTIVOS Y MÉTODOS NO INVASIVOS, COMO EL MÉTODO DEL CALENDARIO Y LA ABSTINENCIA. TAMBIÉN ABARCA INFORMACIÓN SOBRE CÓMO QUEDARSE EMBARAZADA CUANDO ASÍ SE DESEA O SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD.

NOTA DE USO: EL TÉRMINO "PLANIFICACIÓN FAMILIAR" NO ES INCLUSIVO DE TODAS LAS POBLACIONES NI TIENE REPERCUSIÓN PARA TODAS LAS POBLACIONES. POR EJEMPLO, MUCHOS ADOLESCENTES Y JÓVENES NO SE IDENTIFICAN CON LA IDEA DE PLANIFICAR UNA FAMILIA (PAUL ET AL., 2019).

SINÓNIMOS: ANTICONCEPCIÓN, CONTROL DE LA NATALIDAD.

EMBARAZO NO DESEADO (S) -

1. EMBARAZO QUE UNA MUJER NO DESEA.
2. (ÁMBITO ACADÉMICO) CUANDO SE VALORA EN ESTUDIOS, EMBARAZO EN UNA MUJER QUE, O BIEN NO QUERÍA TENER NINGÚN HIJO, O BIEN NO QUERÍA TENER MÁS HIJOS. LA DEFINICIÓN ACADÉMICA NO CONTEMPLA QUE UNA MUJER PUEDE DECIDIR QUE SÍ DESEA EL EMBARAZO DESPUÉS DE QUE SE PRODUZCA, AUNQUE NO TUVIESE PLANEADO TENER (MÁS) HIJOS.

NOTA DE USO: "EMBARAZO NO DESEADO" NO DEBE USARSE COMO SINÓNIMO DE "EMBARAZO NO INTENCIONAL".

EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (S)

PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DE LOS ASPECTOS COGNITIVOS, EMOCIONALES, FÍSICOS Y SOCIALES DE LA SEXUALIDAD, QUE SE BASA EN EL PLAN DE ESTUDIOS Y QUE TIENE POR OBJETIVO DOTAR A LOS NIÑOS Y LOS JÓVENES DE CONOCIMIENTOS, HABILIDADES, ACTITUDES Y VALORES QUE LOS EMPODEREN PARA DISFRUTAR DE SALUD, BIENESTAR Y DIGNIDAD; MANTENER RELACIONES SOCIALES Y SEXUALES RESPETUOSAS; CONSIDERAR CÓMO INFLUYEN SUS DECISIONES EN SU BIENESTAR Y EL DE LOS DEMÁS; Y COMPRENDER Y ASEGURAR LA PROTECCIÓN DE SUS DERECHOS A LO LARGO DE SU VIDA (UNESCO ET AL., 2018).

SINÓNIMOS: PREPARACIÓN PARA LA VIDA, EDUCACIÓN PARA LA VIDA FAMILIAR, EDUCACIÓN SEXUAL.

EMBARAZO INOPORTUNO (S) -

1. EMBARAZO QUE SE PRODUCE EN UN MOMENTO DE LA VIDA DE UNA MUJER EN QUE NO TENÍA PLANEADO QUEDARSE EMBARAZADA, AUNQUE DESEARA TENER HIJOS EN ALGÚN MOMENTO DEL FUTURO.
2. (ÁMBITO ACADÉMICO) CUANDO SE VALORA EN ESTUDIOS, SE DEFINE HABITUALMENTE COMO UN EMBARAZO QUE SE PRODUCE AL MENOS DOS AÑOS ANTES DE QUE LA MUJER DESEARA TENER UN HIJO.

NOTA DE USO: POR LO GENERAL, ESTOS EMBARAZOS SE CONSIDERAN NO INTENCIONALES.

ANTICONCEPCIÓN (S) -

ACTO DE EVITAR INTENCIONADAMENTE EL EMBARAZO, POR EJEMPLO MEDIANTE EL USO DE DISPOSITIVOS, PRÁCTICAS, MEDICAMENTOS O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (BANSODE ET AL., 2021; JAIN Y MURALIDHAR, 2011). LA ANTICONCEPCIÓN PUEDE CONSIDERARSE MODERNA O TRADICIONAL; LOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS SE DEFINEN COMO AQUELLOS CON "BASE SÓLIDA EN LA BIOLOGÍA REPRODUCTIVA, UN PROTOCOLO PRECISO PARA SU USO CORRECTO Y EFICACIA PROBADA" (FESTIN ET AL., 2016) Y LOS ANTICONCEPTIVOS TRADICIONALES HACEN REFERENCIA A LOS DEMÁS MÉTODOS.

SINÓNIMOS: CONTROL DE LA NATALIDAD, PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

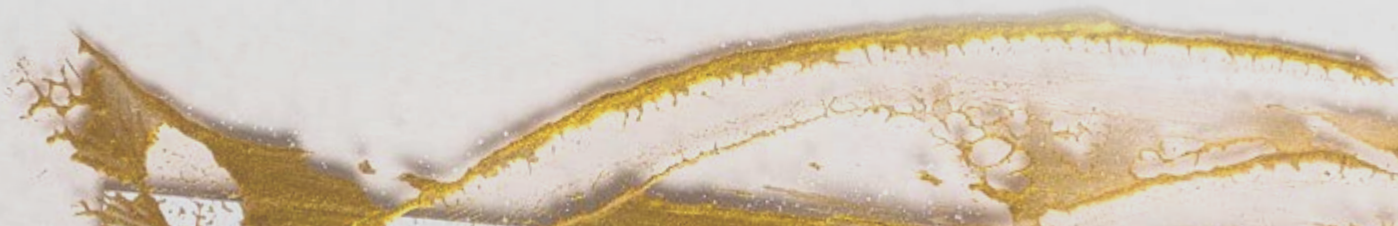
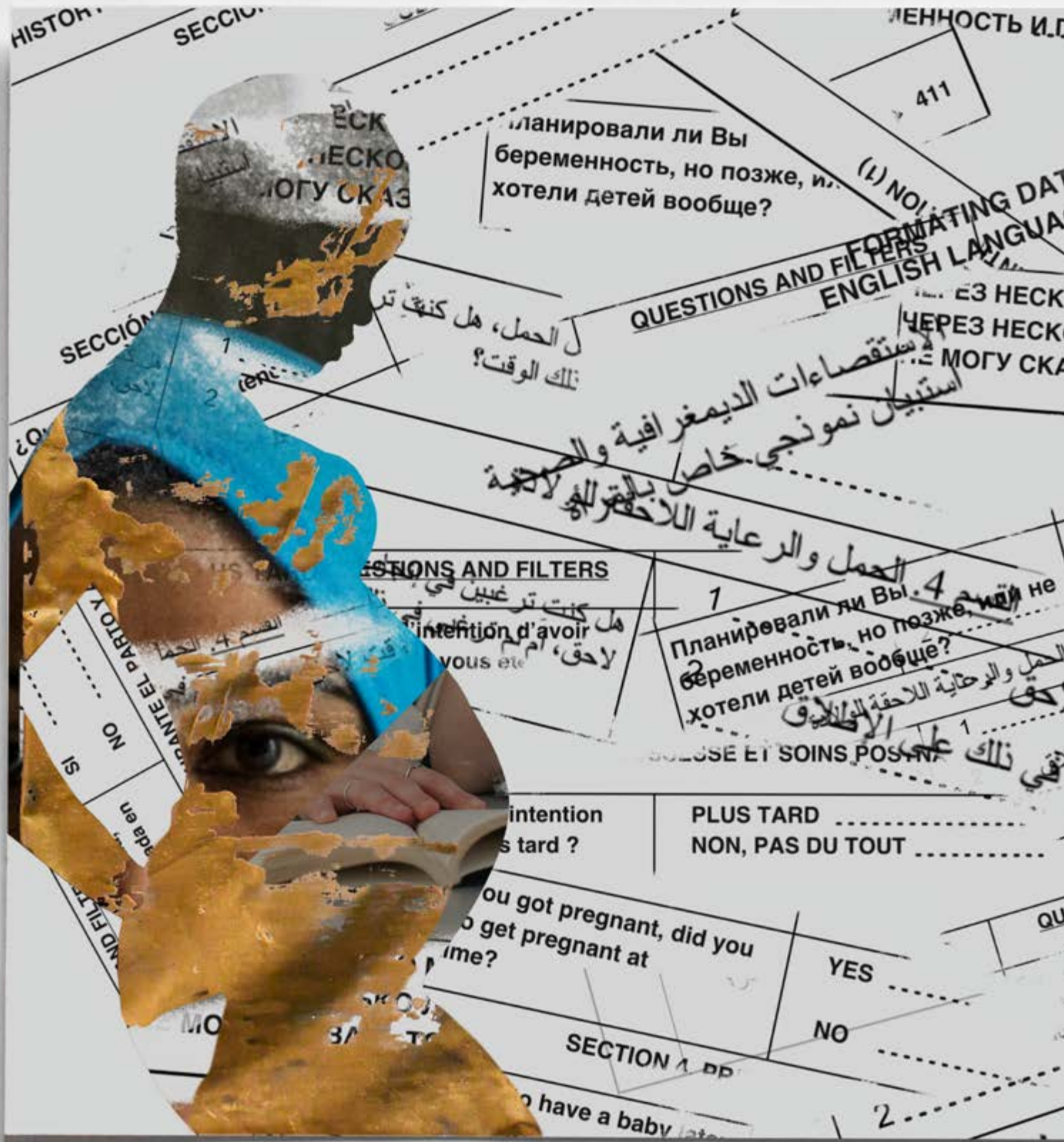
ABORTO (S) -

1. (COLOQUIAL) INTERRUCCIÓN DELIBERADA DE UN EMBARAZO MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO O EL USO DE MEDICAMENTOS.
SINÓNIMOS: ABORTO INDUCIDO, ABORTO VOLUNTARIO, ABORTO TERAPÉUTICO.

2. (MEDICINA) CUALQUIER EXPULSIÓN PREMATURA DE LOS PRODUCTOS DE LA CONCEPCIÓN QUE TIENE COMO RESULTADO LA INTERRUCCIÓN DEL EMBARAZO, LO QUE INCLUYE TANTO EL ABORTO INDUCIDO COMO EL ESPONTÁNEO.

NOTA DE USO: EN EL PRESENTE INFORME SE UTILIZA EL TÉRMINO "ABORTO" PARA HACER REFERENCIA AL ABORTO INDUCIDO.





La crisis invisible ante nuestros ojos

La mitad.

Esa es la proporción de embarazos que las mujeres y las niñas no eligen deliberadamente (Bearak *et al.*, 2020).

Es una proporción sorprendentemente alta. No hay nada más importante para la autonomía corporal que la capacidad de decidir si quedarse o no embarazada. Sin embargo, para demasiadas personas, esta elección reproductiva que puede cambiar su vida no es realmente una elección.

El derecho humano básico de elegir si se quieren tener hijos, así como el número de ellos y con qué frecuencia tenerlos, está plasmado en muchos acuerdos mundiales (UNFPA, 1994; Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989; Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979).

La disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos y eficaces está muy generalizada, si bien no es universal. Entonces, ¿por qué la mitad de los embarazos son no planeados, y muchos de ellos no deseados?

Esta cuestión sirve para recordar cuántas personas, especialmente mujeres y niñas, sufren limitaciones a la hora de ejercer sus derechos básicos. Es un indicio de que la discriminación de género sigue calando en las vidas de las mujeres y las niñas, así como en las de las personas transgénero, no binarias o de género expansivo. Asimismo, indica profundas deficiencias en los derechos y la justicia, la igualdad de género, la dignidad humana y el bienestar social más en general.

El hecho de que haya tantos embarazos no planeados y no deseados hace cuestionarse hasta qué punto se priorizan y valoran los derechos y el potencial de más de la mitad de la humanidad. Son una señal de que el mundo podría fracasar en su intento de lograr objetivos de desarrollo relacionados con la salud, la educación y la igualdad de género, echando a perder las aspiraciones compartidas de la comunidad internacional.

El hecho de que haya tantos embarazos no planeados y no deseados hace cuestionarse hasta qué punto se priorizan y valoran los derechos y el potencial de más de la mitad de la humanidad.

Una crisis desatendida, y una oportunidad

Cada año, tienen lugar 121 millones de embarazos no intencionales o, lo que es lo mismo, un promedio diario de 331.000 embarazos. Esta cifra representa un fracaso a escala mundial a la hora de respetar un derecho humano básico. Además, se espera que el panorama empeore. Si bien datos recientes también apuntan a que la tasa de embarazos no intencionales descendió a escala mundial entre 1990 y 2019 (Bearak *et al.*, 2020), el continuo crecimiento demográfico en todo el mundo significa que la cifra absoluta de embarazos no intencionales seguirá aumentando si no se toman medidas contundentes.

La prestación de servicios de salud sexual y reproductiva que necesitan los individuos y las comunidades se tornará más difícil ante cambios de envergadura como el cambio climático, los conflictos, las emergencias de salud pública y las migraciones masivas. Estas megatendencias pondrán a prueba la capacidad de los sistemas de salud al tiempo que crece la demanda, especialmente en los países menos adelantados del mundo, donde ya escasean de manera crítica los suministros y la prestación de servicios, y donde está previsto que las crisis se dejen sentir más acusadamente (Starrs *et al.*, 2018).

La comunidad internacional se ha comprometido a cumplir una hoja de ruta basada en los derechos a fin de dirigir a la humanidad a través de estos cambios monumentales: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Se trata de un marco a favor del desarrollo sostenible e inclusivo que reconoce de manera explícita, en las metas 3.7 y 5.6, el papel que desempeña la salud sexual y reproductiva y la igualdad de género para impulsar un futuro más próspero. Estas metas están relacionadas con el derecho de cada individuo y pareja a elegir si quieren tener hijos, así como el número de ellos y con qué frecuencia tenerlos, bajo el supuesto de que todos los nacimientos son deseados y que todos los niños son valorados.

A partir de un análisis original (incluido en el capítulo 2), este informe refleja que el desarrollo social y económico y unos mayores niveles de igualdad de género guardan una estrecha relación con tasas inferiores de embarazos no intencionales. Si lo anterior se combina con nuestro conocimiento previo respecto a las consecuencias del embarazo no intencional (analizadas en el capítulo 5) para los individuos y las sociedades, el informe justifica firmemente la necesidad desde el punto de vista del desarrollo de intensificar los esfuerzos en aras de garantizar los derechos reproductivos, fundamentales a fin de reducir los embarazos no planeados.

Muchos de los factores relacionados con la reducción de la tasa de embarazos no intencionales son a su vez objetivos básicos del desarrollo, desde la reducción de la pobreza hasta la mejora de la salud materna. Un ejemplo claro de estos factores interrelacionados es el costo extraordinario que supone —para las personas, los sistemas de salud y el conjunto de las sociedades— la práctica del aborto en condiciones de riesgo, una cuestión transversal tanto de los derechos como del desarrollo. Más del 60% de los embarazos no intencionales terminan en aborto, en condiciones de riesgo o sin riesgo, sea legal o ilegal (Bearak *et al.*, 2020). Puesto que, según las estimaciones, el 45% de todos los abortos se realizan en condiciones de riesgo (OMS, 2020), la situación puede describirse como una emergencia de salud pública. En todo el mundo, cerca de 7 millones de mujeres al año son hospitalizadas como consecuencia del aborto en condiciones de riesgo (Singh y Maddow-Zimet, 2016). Esto se traduce en una cifra estimada de 553 millones de dólares al año únicamente en costos de tratamiento posteriores al aborto (Vlassoff *et al.*, 2008), y dio lugar a aproximadamente 193.000 muertes maternas entre 2003 y 2009 (Say *et al.*, 2014). Por contra, la reducción de los embarazos no intencionales —y, en consecuencia, la necesidad de recurrir al aborto en condiciones de riesgo— puede permitir que los sistemas de salud asignen recursos a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna y del recién nacido. Con estas inversiones se conseguirían efectos positivos de manera generalizada.



© UNFPA/Fidel Évora

La anticoncepción es clave, pero no suficiente

La anticoncepción es uno de los ámbitos más evidentes en los que debemos invertir para garantizar el derecho a la salud y los derechos reproductivos. A escala mundial, se calcula que 257 millones de mujeres que quieren evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos seguros y modernos y, entre ellas, 172 millones no utilizan ningún método (DAES, 2020). Como respuesta, el UNFPA ha hecho hincapié en el acceso a la anticoncepción mediante la distribución de 724 millones de preservativos masculinos, 80 millones de ciclos de anticonceptivos orales y decenas de millones más de otros tipos de anticonceptivos solo en 2020 (UNFPA, 2020). Asimismo, muchos otros gobiernos, entidades donantes y organizaciones no gubernamentales

han distribuido cantidades importantes de anticonceptivos.

De todos modos, y pese a que estos artículos son de crucial importancia, en sí mismos no bastan. Los estudios de investigación (detallados en el capítulo 4) demuestran que tanto la falta de concienciación respecto a los métodos anticonceptivos como el acceso insuficiente a ellos ya no son las principales razones por las cuales no se usan. En cambio, estos obstáculos se ven ahora eclipsados por preocupaciones sobre los efectos secundarios, mitos, el estigma y la oposición de otras personas. A fin de poner remedio a estas razones por las que no se satisfacen las necesidades es preciso disponer de una serie de respuestas mucho más amplia.

Al mismo tiempo, se deben erradicar ciertas creencias comunes. En muchos ámbitos, el término “embarazo no intencional” evoca la imagen de una adolescente soltera que causa pena, burla o ambas cosas. De hecho, puesto que no hay ningún método anticonceptivo que sea completamente fiable y la intención de optar por la abstinencia suele fallar —o se ve socavada por la presión, coacción o violencia— en realidad cualquier mujer o niña fértil en edad reproductiva puede quedarse embarazada de manera inesperada. A fin de superar la imagen que popularmente se tiene del embarazo no intencional, se precisarán esfuerzos decididos para modificar normas sociales discriminatorias, enmendar las leyes que codifican estos estigmas y ampliar las intervenciones, que, si bien deben seguir atendiendo a los adolescentes, también deben incluir a otros grupos de población.

Debido al carácter confidencial de la cuestión que nos ocupa, las dificultades se multiplican. La toma de decisiones, o la ausencia de ella, a menudo es un factor que influye en los ámbitos más íntimos de la vida de una persona, y hace referencia a elementos fundamentales de la autonomía corporal y los derechos reproductivos. En estos espacios, es muy frecuente que las mujeres y las niñas vean cómo, de manera constante, su poder de decisión se ve coartado o simplemente no existe. Es posible que

una mujer no pueda negociar el uso del preservativo con su pareja o que no pueda negarse a mantener relaciones sexuales, como en el caso del 23% de todas las mujeres de lugares donde hay datos disponibles (Naciones Unidas, 2022). También puede ser víctima de la violación en casa o por parte de un desconocido.

Si no recibe educación sexual integral en su escuela, probablemente carezca de información precisa. Quizás el embarazo sea su opción por defecto, ya que la vida le ofrece pocas oportunidades y alternativas. Por ejemplo, si no tiene la posibilidad de terminar sus estudios, puede no tener motivos para posponer la maternidad.

A lo mejor la mujer no desea tener hijos, una opción que puede ser inconcebible en su familia o comunidad. Con objeto de reflejar el hecho de que ciertos grupos —como los adolescentes o los individuos que no desean tener hijos— no se identifican con el concepto de “planificación familiar”, el informe en general opta por el término “anticoncepción”.

Un embarazo no intencional no siempre es no deseado, algunos de estos embarazos serán una buena noticia. Otros terminarán en aborto o aborto espontáneo. Una parte de ellos serán no deseados pero seguirán adelante. Y muchos serán recibidos con ambivalencia. Estos embarazos quizás no sean del todo no planeados pero tampoco son totalmente buscados, y tienen lugar cuando alguien carece de la posibilidad de expresar plenamente sus aspiraciones en la vida, o incluso de imaginar una vida en la que el embarazo sea una opción.

Muy habitualmente, las cuestiones de poder y de toma de decisiones son temas de vida o muerte: una vez tiene lugar un embarazo no planeado, sus consecuencias pueden durar toda la vida y afectar a comunidades enteras. Por ejemplo, habrá un aumento de las tasas de mortalidad materna entre las jóvenes que todavía no se han desarrollado lo suficiente para tener un embarazo y parto seguros, o entre las mujeres que tienen problemas de salud

subyacentes (Singh y Maddow-Zimet, 2016). Las niñas embarazadas pueden verse forzadas a casarse o a abandonar los estudios sin poder continuar con su educación, lo que normalmente las expone a una falta de ingresos a lo largo de la vida. Las mujeres pueden sufrir una pérdida inesperada de ingresos si se ven obligadas a interrumpir o incluso abandonar sus puestos de trabajo al haberse quedado embarazadas. También es más probable que sufran pobreza si llegan a tener el hijo y deben mantenerlo con los recursos del hogar ya de por sí escasos.

Todas estas cuestiones pueden empeorar en el caso de personas que se enfrentan a múltiples

formas de discriminación y vulnerabilidad por las cuales ven más mermadas su capacidad de decisión y su autonomía corporal. Por norma general, la calidad de los servicios, la información y el apoyo es peor para las mujeres que viven en zonas rurales y asentamientos informales, ya sea en países desarrollados o en desarrollo. En algunos contextos, los proveedores de servicios pueden negarse legalmente a atender a adolescentes y personas transgénero. Por otro lado, las personas discapacitadas son más vulnerables ante la violencia, incluida la violencia sexual (UNFPA, 2018). Entre las personas que se ven atrapadas en conflictos y otras formas de crisis —por los que

Los embarazos no intencionales desde el prisma de los derechos humanos

No todos los embarazos no intencionales son necesariamente resultado de una violación de los derechos humanos ni se traducen en ella. Los derechos humanos entran en juego en todo lo referente a la autonomía corporal y reproductiva (UNFPA, 2021). Los Estados han afirmado en importantes acuerdos internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (también conocida como CEDAW o Convención de la Mujer), que todos los individuos y todas las parejas tienen derecho a la información y los medios para decidir si quieren o no tener hijos, cuándo tenerlos y cuántos tener (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979). Cuando esas obligaciones no se cumplen, los derechos humanos se ven socavados o violados. Así ocurre cuando los individuos no pueden tomar una decisión informada porque carecen de acceso a información de calidad sobre salud reproductiva o de la capacidad de actuar a partir de esa información, cuando se experimenta coacción o violencia sexual, y cuando la discriminación y la desigualdad circunscriben toda una gama de oportunidades, lo que les impide disponer de todas sus opciones de decisión.

El Programa de Acción de la CIPD, un documento básico respaldado por 179 países que guía la labor del UNFPA desde 1994, insta a todos los Estados y a la comunidad internacional a “utilizar todos los medios de que disponen para apoyar el principio de la libertad de elección en la planificación de la familia”. Cabe destacar que el Programa de Acción subraya que “el aborto [...] en ningún caso debería promoverse como método de planificación de la familia” (UNFPA, 1994). (Véase más información en la página 21 sobre el aborto).

179

países



sufren un acceso limitado a la atención de la salud y altos índices de violencia—, la vulnerabilidad ante el embarazo no intencional aumenta.

A pesar de la existencia de cuestiones sociales y jurídicas, los tabús y las normas discriminatorias y de culpabilización, estos retos no son insalvables. En absoluto. Se puede y se debe dar inicio a un círculo virtuoso de progreso.



Los embarazos no intencionales son un reflejo de las prioridades de la sociedad

¿Puede una sociedad, independientemente de las intenciones que defienda, afirmar que valora plenamente a las mujeres y las niñas cuando se restringen sus ambiciones, deseos y su potencial humano? ¿Cuando no tienen la posibilidad de intervenir para evitar un embarazo no intencional? ¿Puede la sociedad afirmar realmente que valora la maternidad si esta es consecuencia de una menor capacidad de decisión, la coacción, el estigma o la violencia?

La capacidad de decisión de las mujeres y las niñas se devalúa cuando la información y los servicios de salud sexual y reproductiva no se respaldan ni se priorizan íntegramente. Así se evidenció durante el inicio de la pandemia de COVID-19: los servicios de distribución de anticonceptivos fueron los que sufrieron una mayor interrupción de entre los servicios de atención de la salud (OMS, 2020a). Durante los primeros 12 meses de la crisis, la interrupción de suministros y servicios duró como promedio 3,6 meses, lo cual causó nada menos que 1,4 millones de embarazos no intencionales (Luchsinger, 2021). En 2021 se prolongaron las interrupciones y, de nuevo, los servicios de distribución de anticonceptivos estuvieron entre los más afectados, a pesar de que en cierta medida se aplicaron ajustes y se recuperó el tiempo perdido (Luchsinger, 2021).

Cuando los sistemas de atención de la salud no consiguen ofrecer una cobertura universal, y cuando la atención sexual y reproductiva no está centrada en la persona, no es integral o es de mala calidad, se vulnera el compromiso de los gobiernos para garantizar el derecho a la salud reconocido universalmente. Este es el caso sobre todo de los sistemas de atención de la salud que no prestan una atención accesible, apropiada y personalizada a los adolescentes. Las consecuencias del embarazo no intencional pueden ser más graves para este grupo de edad;

no en vano, las complicaciones en el embarazo y el parto son la principal causa de muerte entre las niñas de 15 a 19 años (OMS, 2020b).

El derecho a la salud también se debilita cuando las prácticas de la atención de la salud no tienen en cuenta los derechos y las preocupaciones de los pacientes, algo que refleja claramente el gran número de preocupaciones comunicadas sobre los efectos secundarios (Bellizzi *et al.*, 2020; Sedgh *et al.*, 2016), la dificultad de garantizar el uso continuado, y el hecho de que muchos embarazos no intencionales tengan lugar entre usuarias de anticonceptivos (Frost y Darroch, 2008). La autonomía corporal de los individuos y su dignidad, confianza y bienestar se menoscaban cuando los servicios de salud no satisfacen sus necesidades. La campaña “Lo que las mujeres quieren”, centrada en la salud reproductiva y materna, encuestó a 1,2 millones de mujeres y niñas de 114 países en 2018 y 2019 e identificó que lo que más se solicitaba era una atención más respetuosa y dignificada (White Ribbon Alliance, 2019).

A pesar de que se ha alcanzado un cierto progreso, siguen existiendo demasiados sistemas jurídicos y políticas que revelan el poco valor que se atribuye a los derechos de las niñas y las mujeres. Algunos de ellos todavía exigen el consentimiento de un tercero para utilizar métodos anticonceptivos o permiten la esterilización involuntaria como “solución” para poner fin al embarazo no intencional entre personas con discapacidad (UNFPA, 2021). Siguen existiendo grandes trabas de carácter jurídico que restringen el acceso al aborto seguro (UNFPA, 2020a), aunque apenas limitan esta práctica y lo que consiguen es aumentar la proporción de abortos en condiciones de riesgo y las muertes causadas por estos (Ganatra *et al.*, 2017). Es posible que los encargados de formular políticas restrinjan o eliminen la financiación incluso en entornos en los que la anticoncepción resulta aceptable socialmente y en los que los sistemas de atención de la salud

tienen la capacidad de prestar servicios (Gold y Hasstedt, 2017).

Se han dedicado ingentes esfuerzos a encontrar una fórmula mágica para “resolver” los embarazos no intencionales, como nuevas formas de anticoncepción, suministros más accesibles y fiables, y más posibilidades de elección de métodos; no obstante, siguen sin abordarse muchas de las dimensiones de este problema. Este es el



© UNFPA/Fidel Évora

caso, sobre todo, en lo relativo a una solución fundamental para que la plena capacidad de decisión y la autonomía corporal de todos puedan alcanzar su máxima expresión: la igualdad de género.

La igualdad de género es un objetivo de desarrollo difícil de alcanzar desde hace decenios. Todavía no se ha logrado plenamente en ningún país, pero sabemos que funciona: las mujeres y las niñas empoderadas, que experimentan la igualdad, están más capacitadas para hacer frente a un embarazo no intencional o evitarlo desde el principio (como veremos en el capítulo 2). La capacidad de ejercer la autonomía mejora sus vidas y redundan en beneficio de todos los demás.

Los convenios y acuerdos en materia de derechos humanos llevan mucho tiempo reivindicando la igualdad de género. En 1994, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) dejó claro que las mujeres y las niñas deben tener el mismo control sobre su cuerpo, su vida y su futuro que los hombres y los niños para lograr la igualdad de género. La consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) —incluido no solo el ODS 5, relativo a la igualdad de género, sino muchos otros objetivos y metas relacionados con la reducción de la pobreza y el crecimiento económico, por ejemplo— exige reducir las disparidades de género.

Es necesario llevar a cabo un esfuerzo integral. Es hora de reforzar los sistemas sanitarios e ir también más allá de ellos. Es hora de que todos los niños y niñas reciban una educación de alta calidad y empoderadora, y de que cambien las expectativas que atan el destino de las niñas a la reproducción y la maternidad. Es hora de que las mujeres tengan oportunidades de educación y trabajo decente, y de que adquieran una mayor conciencia de poder y autonomía. La protección social debe garantizar los derechos de las personas más vulnerables. Los dirigentes deben modelar normas de género más progresistas y fijar nuevos rumbos en las leyes y políticas públicas.

Es difícil concebir un mundo en el que *todos* los embarazos sean intencionales. Pero sí podemos trabajar para conseguir uno en el que la inmensa mayoría de ellos sean planeados, bienvenidos y deseados, y en el que todas las mujeres y niñas vivan desde una posición de fortaleza y empoderamiento, reivindicando decisiones e intenciones que les son propias. Las pruebas acumuladas, las cuales se analizan en los siguientes capítulos, muestran lo que debe abordarse para apoyar la capacidad individual de tomar decisiones relacionadas con la libertad reproductiva. Son puntos de partida para los investigadores, los encargados de formular políticas y los activistas, respaldados no solo por datos, sino también por un extenso conjunto de acuerdos internacionales, documentos del campo de los derechos humanos y las ambiciones colectivas mundiales de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Un marco de factores que contribuyen a los embarazos no intencionales y sus resultados

Los estudios sociodemográficos señalan claramente cuáles son algunas de las vías que desembocan en los embarazos no intencionales. Este marco propone oportunidades clave para la intervención, sin dejar de advertir que los factores incluidos son complejos y no necesariamente lineales. Por ejemplo, la falta de autonomía reproductiva, el bajo nivel educativo y la pobreza están asociados a los embarazos no intencionales, pero las vías causales no siempre son claras.

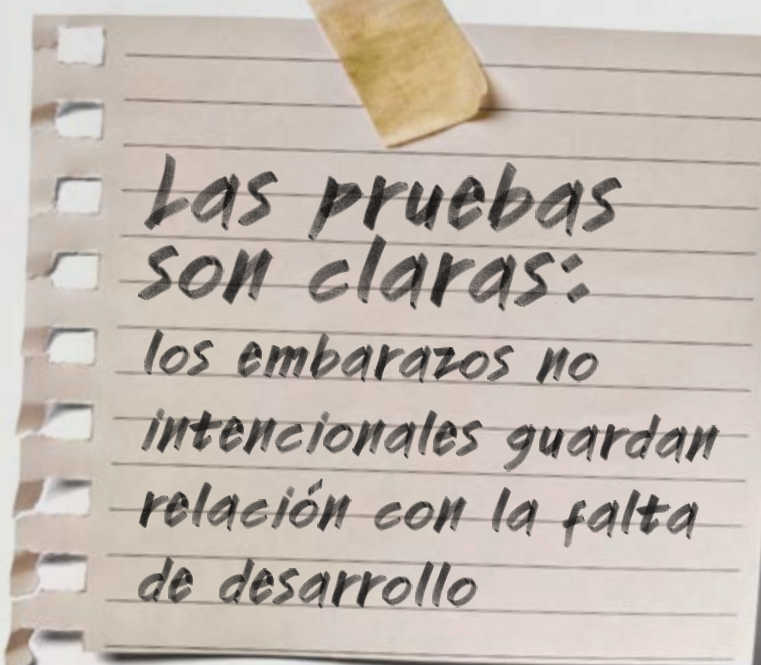


Fuente: los autores.


Cuadros grises: no hay situación de riesgo de tener un embarazo no intencional. Cuadros azules: resultados del embarazo no intencional

Notas: 1) Los entornos económicos, sociales, normativos y culturales pueden influirse entre ellos, además de en la evolución del embarazo no intencional. Asimismo, la prevalencia del embarazo no intencional puede influir en diversos factores contextuales. 2) Incluso un embarazo deseado puede ir seguido de circunstancias que dificulten el hecho de tener un hijo. 3) El continuo de la intención respecto al embarazo incluye la ambivalencia sobre tener un hijo, así como la ausencia de una toma de decisiones consciente respecto a la maternidad (véase el capítulo 2). Las intenciones respecto al embarazo incluyen el deseo de retrasar la maternidad o de no tener hijos. 4) Las razones para no usar anticonceptivos incluyen preocupaciones sobre los métodos, la incertidumbre sobre el riesgo del embarazo, un acceso limitado a servicios de calidad, y los factores contextuales que señala el marco, como, por ejemplo, la poca autonomía (véase el capítulo 4). 5) En la página 52 se analizan los fallos de los anticonceptivos.





Las pruebas
son claras:
los embarazos no
intencionales guardan
relación con la falta
de desarrollo



En 2015, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, entre cuyos objetivos principales figura la consecución de la igualdad de género, reconocida como un pilar del desarrollo humano. Uno de sus indicadores es 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”.

Solo el 57% de las mujeres están en situación de tomar sus propias decisiones sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos

Este indicador, el 5.6.1 de los ODS, hace hincapié en que las tasas de embarazos no intencionales son un reflejo del desarrollo social general y en que unos niveles más elevados de toma de decisiones reproductivas informadas forman parte de un ciclo positivo que estimula otros avances en el desarrollo. Los datos más recientes sobre el indicador 5.6.1 de los ODS, que examina a las mujeres en edad reproductiva que viven en pareja de 64 países, muestran que el 23% no puede negarse a mantener relaciones sexuales, que el 24% no puede tomar decisiones sobre su propia atención médica y que el 8% no puede tomar decisiones específicas sobre la anticoncepción. En conjunto, esto significa que solo el 57% de las mujeres están en situación de tomar sus propias decisiones sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos (Naciones Unidas, 2022). Este es el contexto en el que se debe entender la incidencia de los embarazos no intencionales.

A escala mundial, los datos más recientes muestran que entre 2015 y 2019 se produjeron aproximadamente 121 millones de embarazos no intencionales al año, que representaron en torno al 48% de la cifra total de embarazos (Bearak *et al.*, 2020). El 61% de estos embarazos no intencionales terminaron en un aborto inducido.

La tasa actual de embarazos no intencionales representa un descenso con respecto a años anteriores, lo que probablemente refleje los avances en materia de desarrollo registrados durante ese periodo. Entre 1990 y 2019, la tasa anual de embarazos no intencionales se redujo de 79 a 64 embarazos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años. Si bien el descenso de la tasa de embarazos no intencionales es motivo para un moderado optimismo, en la práctica, el crecimiento de la población durante este periodo de 30 años se ha traducido en un aumento del 13% del número absoluto de mujeres que experimentan embarazos no intencionales. La tasa actual de 64 embarazos no intencionales por cada 1.000 mujeres significa que cada año experimentan un embarazo no intencional aproximadamente el 6% de las mujeres del mundo.

Las nuevas estimaciones basadas en modelos respaldan la existencia de una amplia variación de las tasas y la incidencia de los embarazos no intencionales entre los países (Bearak *et al.*, 2022). ¿A qué se debe que las fronteras nacionales y regionales parezcan delimitar la frecuencia de los embarazos no intencionales, cuando el embarazo se describe habitualmente en términos de comportamiento y responsabilidad personal? Aun así, estas tendencias muestran que las condiciones nacionales y regionales pueden desempeñar un papel fundamental en el apoyo o la supresión de la autonomía corporal y que la pérdida o el ejercicio de esta, a la inversa, pueden tener un efecto material sobre el bienestar de la sociedad. Ambas nociones desplazan parte de la responsabilidad de estas cuestiones de los individuos a los Estados.

¿Qué condiciones nacionales influyen en el ejercicio de las facultades de decisión o se ven influidas por estas? Las pruebas existentes no han proporcionado respuestas definitivas, pero hay posibilidades convincentes, sobre todo en lo que respecta a las condiciones de desarrollo.

Este capítulo presenta un análisis ecológico original para explorar algunas de las correlaciones

Las tendencias relativas al aborto

Aunque la tasa de embarazos no intencionales ha disminuido, **la tasa mundial de abortos prácticamente no ha cambiado** y se calcula que será de 39 por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva en el periodo 2015-2019 (Bearak *et al.*, 2022) (véase la nota técnica en la página 141). En la actualidad, a nivel mundial, el 29% de todos los embarazos —una combinación de tanto los planeados como los no intencionales— terminan en aborto. Esto equivale a un promedio de 73 millones de abortos al año en el periodo 2015-2019. Cuando estos abortos se llevan a cabo en condiciones de riesgo aumenta el riesgo de morbilidad a corto y largo plazo de las mujeres, e incluso de muerte.

La estabilidad de la tasa de abortos, junto con la disminución de la incidencia de los embarazos no intencionales, ha dado lugar a un aumento de la proporción de embarazos no intencionales que terminan en aborto, pasando del 51% al 61% desde el periodo 1990-1994 (Bearak *et al.*, 2022). En su conjunto, estos resultados sugieren que, en comparación con hace 30 años, las mujeres pueden estar ejerciendo una autonomía moderadamente mayor sobre sus resultados reproductivos, tanto en forma de prevención del embarazo como de interrupción de los embarazos no intencionales. ✨

En términos generales, puede trazarse un paralelismo entre esta trayectoria general y la creciente disponibilidad de opciones anticonceptivas, los avances en la equidad de género y la mejora de los indicadores de desarrollo: en la gran mayoría de los países para los que se dispone de datos se detectan tanto un progreso del desarrollo como una disminución de las tasas de embarazos no intencionales.

No obstante, en los planos nacional o regional la proporción de embarazos no intencionales que acaban en aborto difiere mucho. **No existe una asociación discernible entre la incidencia nacional de embarazos no intencionales y la proporción de esos embarazos que terminan en aborto:** en muchos lugares las mujeres tienden a ejercer sus facultades de decisión en materia reproductiva de una manera pero no de otra.

entre los parámetros de desarrollo y los nuevos datos nacionales disponibles sobre embarazos no intencionales. Aunque este análisis no demuestra una relación de causalidad, sí plantea preguntas fundamentales sobre cómo pueden influir el progreso del desarrollo y, en relación con él, las decisiones sobre políticas en la incidencia de los embarazos no intencionales. A la inversa, este análisis también sugiere que el empoderamiento de las mujeres y el ejercicio de sus facultades de decisión pueden afectar al desarrollo y al bienestar nacional.

Nuevas perspectivas

La incidencia de los embarazos no intencionales varía mucho según la región. En el periodo 2015-2019, en Europa y América del Norte se produjeron unos 35 embarazos no intencionales al año por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años, en comparación con 64 en Asia Central y Meridional y 91 en África Subsahariana. Pero también hay grandes disparidades dentro de las regiones. Por ejemplo, la tasa estimada de embarazos no intencionales fue de 49 en el Níger, pero de 145 en Uganda (Bearak *et al.*, 2022).

Medidas más vigorosas para hacer frente a los embarazos no intencionales podrían reportar importantes beneficios en materia de desarrollo.

A pesar de estas variaciones intrarregionales, en las estimaciones regionales pueden observarse importantes tendencias generales.

En particular, en Europa y América del Norte, en el periodo 2015-2019 la tasa de embarazos no intencionales se redujo en torno a la mitad respecto a principios de la década de 1990, mientras que en Asia Meridional y Central y América Latina se redujo en aproximadamente una cuarta parte (28%). La tasa también se redujo en África Subsahariana, pero apenas en torno a un 12%.

¿Qué significan estas variaciones? Para entenderlo mejor, este análisis examinó las correlaciones entre los principales indicadores sociales, económicos y normativos (PNUD, 2020) y las tasas de embarazos no intencionales, así como la proporción de embarazos no intencionales que terminaban en aborto a escala nacional. Se estudiaron 150 países y territorios para los que se disponía de estimaciones, durante el periodo 1990-2019.

Estos análisis muestran, en general, indicios claros de que los países con mayores niveles de desarrollo social y económico, mayores niveles de igualdad de género y políticas que contemplan un incremento del acceso legal al aborto seguro experimentan menores tasas de embarazos no intencionales. Esto pone de manifiesto la relación entre los embarazos no intencionales y la falta de desarrollo, que se

refuerza de forma recíproca, lo que señala que unas medidas más vigorosas para hacer frente a los embarazos no intencionales podrían reportar importantes beneficios en materia de desarrollo.

Mientras tanto, hubo notables divergencias en la proporción de embarazos no intencionales que acaban en aborto, lo que refleja la gran diversidad de entornos culturales y jurídicos en todo el mundo.

El desarrollo socioeconómico

Los autores examinaron los datos del índice de desarrollo humano (IDH) de 2019 y dos de sus componentes principales —el nivel educativo y el ingreso nacional bruto (INB) per cápita— en comparación con las tasas de embarazos no intencionales. A escala mundial, los niveles más altos de desarrollo social y económico medidos por estos indicadores guardaron una estrecha relación con una menor incidencia de los embarazos no intencionales en el periodo 2015-2019. Una de las explicaciones es que los países con mayores índices de desarrollo probablemente sean aquellos en los que los servicios de anticoncepción resultan más accesibles y en los que las mujeres se encuentran con menos obstáculos culturales para gestionar sus preferencias en materia de fecundidad (en particular, esta pauta fue diferente en África Subsahariana, una situación que se analiza con más detalle en la nota técnica de la página 141).

Los *resultados* de los embarazos tendieron a diferir entre los países de ingreso alto y los de ingreso bajo y mediano.

En los países de ingreso bajo y mediano, los niveles más altos de desarrollo social y económico se asociaron con una mayor proporción de interrupciones de embarazos no intencionales (incluso después de examinar las diferencias en la situación jurídica del aborto). Este dato parece respaldar la hipótesis de que, conforme se incrementan los costos de oportunidad asociados a la maternidad, las mujeres con un embarazo no intencional tienen un acicate mayor para no

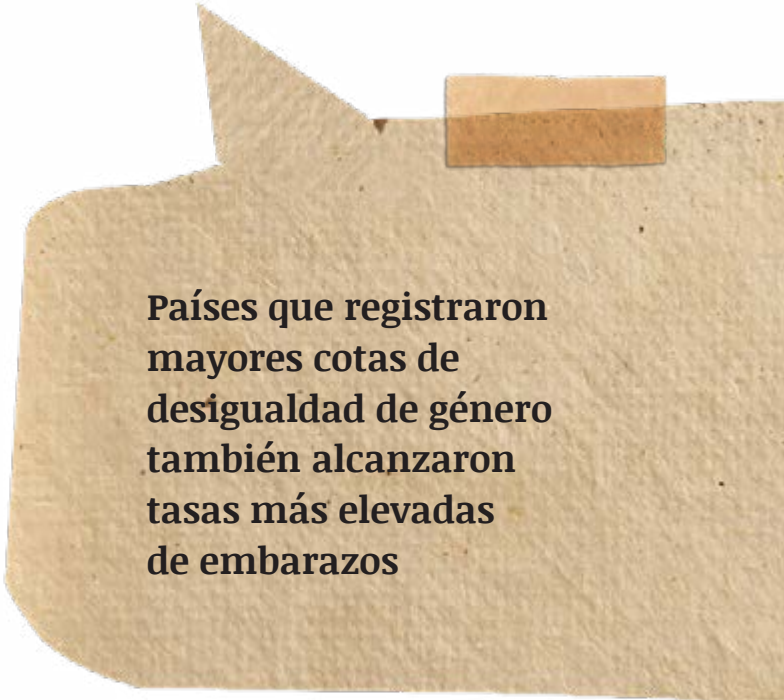
convertirse en madres. También se observó el mismo patrón en las tendencias de estos países durante el período de 30 años comprendido entre 1990 y 2019: la mejoría de los índices de desarrollo nacionales estaba vinculada a un aumento de la proporción de embarazos no intencionales que se interrumpían.

En los países de ingreso alto, los índices más altos de desarrollo humano se asociaban a una probabilidad *más baja* de interrupción de embarazos, aunque se constató que a menor índice de desarrollo, mayor la probabilidad de que los embarazos terminen en aborto. Una de las teorías para explicar esta situación consiste en que, en los países de ingreso alto con mayores cotas de desarrollo, las mujeres que no quieren tener hijos están en mejores condiciones de evitar el embarazo por medio de, entre otras opciones, el uso de anticonceptivos. Asimismo, es posible que las redes de protección social y seguridad económica propicien que las mujeres de países más desarrollados lleven a término los embarazos no intencionales.

Cabría suponer que las tasas reducidas de embarazos no intencionales están más ligadas al grado de educación y el nivel de ingresos de las mujeres y las niñas que los de los hombres y los niños, pero no es así. El ingreso nacional bruto (INB) per cápita y los resultados educativos de la población femenina *no guardaban* una relación más estrecha con la incidencia de los embarazos no intencionales ni con la proporción de embarazos interrumpidos que los mismos índices en el caso de la población masculina. Esto indica que lo que se asocia con menos embarazos no intencionales son el INB y los resultados educativos del país *en su conjunto*, no solamente los de las mujeres y las niñas. Dicho de otra manera —y más importante aún—, es probable que el desarrollo *general* sea un factor del descenso de las tasas de embarazos no intencionales.

Igualdad de género

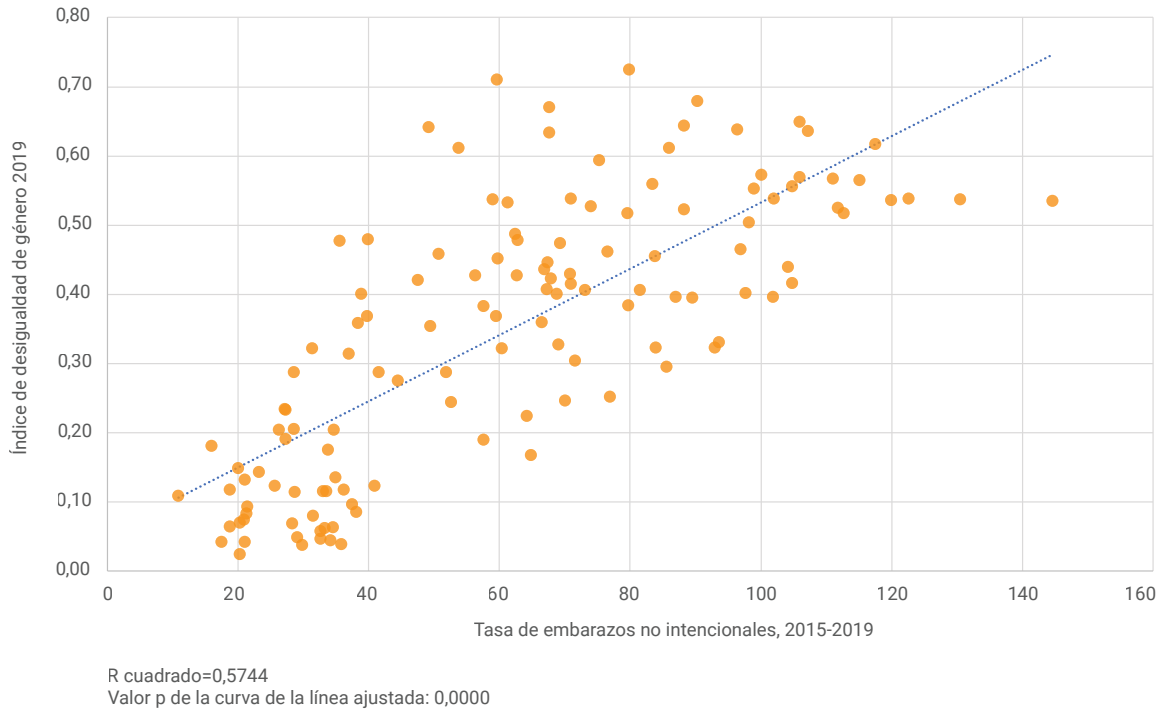
Los autores evaluaron también la relación entre la igualdad de género y los embarazos no intencionales, y se valieron del índice de desigualdad de género (IDG) para cuantificar la situación de las mujeres y las niñas. El IDG valora tres aspectos de la equidad de género (a saber, la salud reproductiva, el empoderamiento y la situación económica), de manera que una puntuación más alta en dicho índice sugiere una desigualdad de género más pronunciada. Los países (y territorios) que registraron mayores cotas de desigualdad de género —de acuerdo con las mediciones del IDG— también alcanzaron tasas más elevadas de embarazos no intencionales entre 2015 y 2019 independientemente de si se trataba de países de ingreso bajo y mediano o de ingreso alto. La correlación seguía presente incluso después de realizar un ajuste con respecto al papel del índice de desarrollo humano y destacó por ser el factor predisponente de mayor



**Países que registraron
mayores cotas de
desigualdad de género
también alcanzaron
tasas más elevadas
de embarazos**

GRÁFICO 1

Correlación entre la tasa de embarazo no intencional del período 2015-2019 y el índice de desigualdad de género de 2019



Fuente: los autores, a partir de datos de Bearak et al., 2022.

peso entre todos los que se estudiaron en estos análisis (véase el gráfico 1).

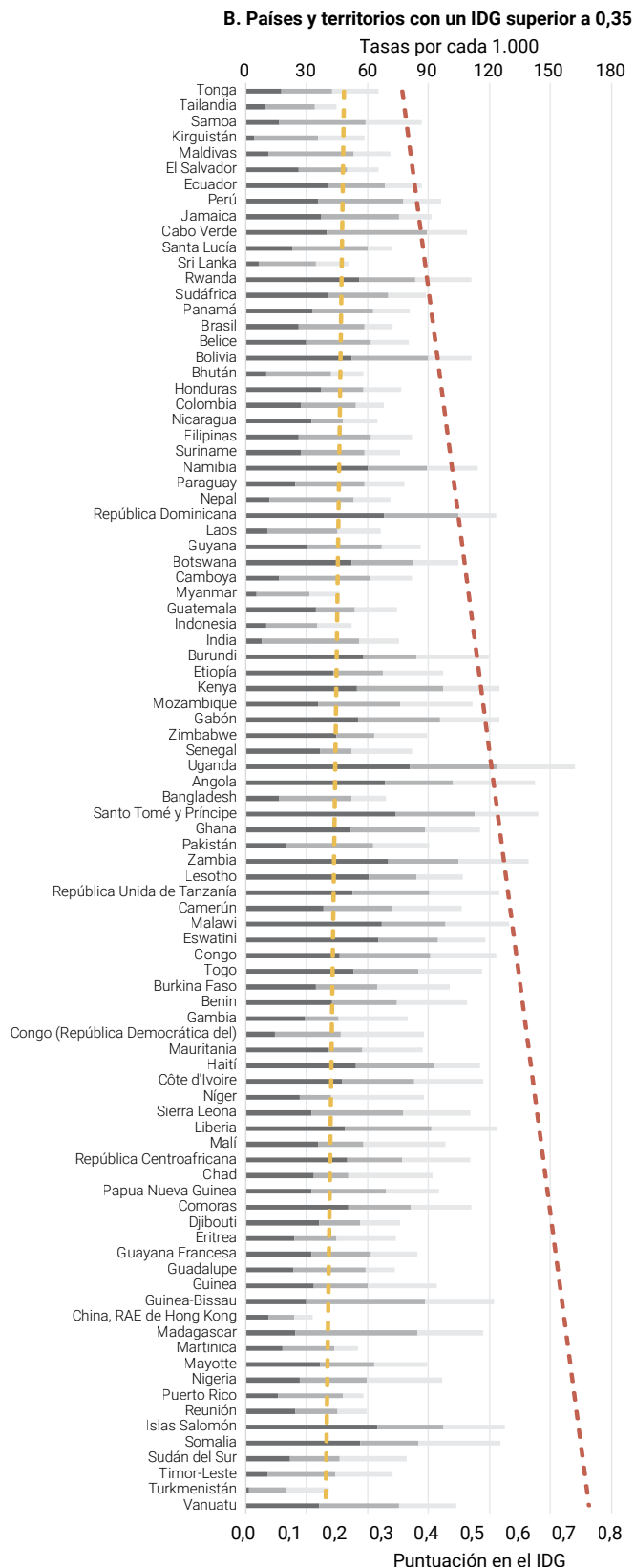
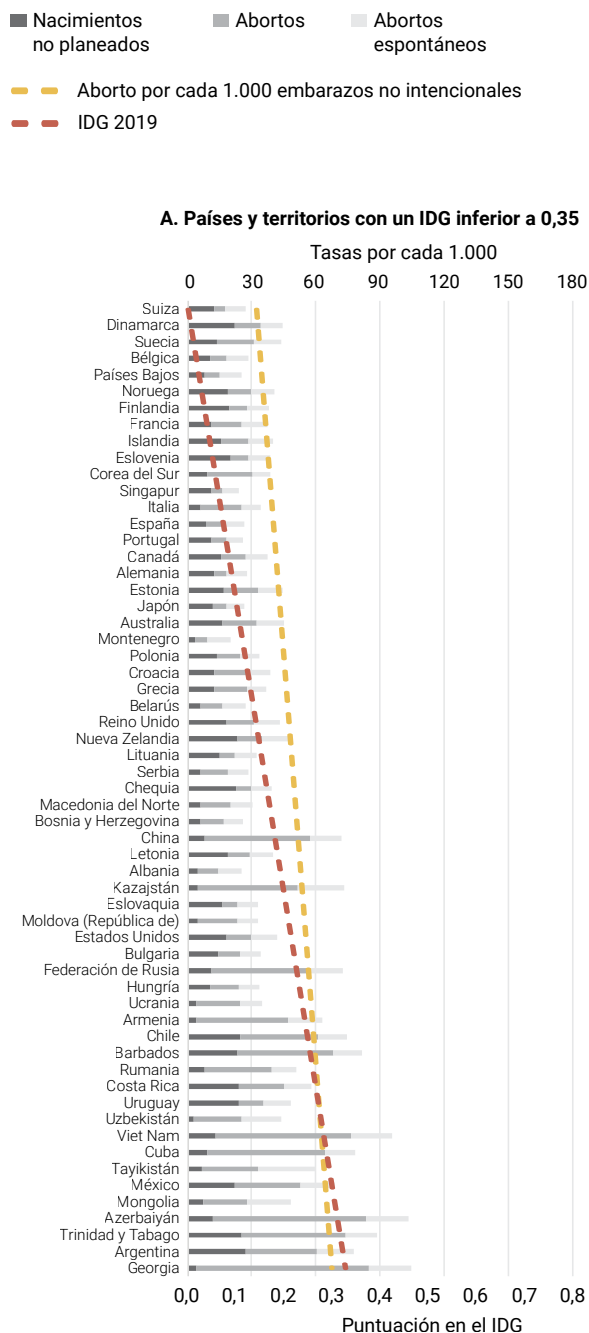
En lo tocante a los resultados de los embarazos, las tendencias que salieron a la luz fueron semejantes a las del índice de desarrollo humano: en los países de ingreso bajo y mediano, los niveles *más bajos* de igualdad de género estaban vinculados a una *menor* proporción de embarazos no intencionales que se interrumpían. Dicha correlación se mantuvo pese a las grandes disparidades en materia de leyes sobre el aborto que existen en esos países. En los países de ingreso alto, por el contrario, se observó una ligera

relación no significativa entre mayores puntajes de igualdad de género y una proporción más baja de abortos en embarazos no intencionales.

Si se consideran en conjunto, estos datos apuntan a que los avances iniciales en materia de igualdad de género —tal como se ha constatado en los países de ingreso bajo y mediano— redundan en una mayor probabilidad de que las mujeres con un embarazo no intencional recurran a la opción del aborto. No obstante, en contextos con ingresos más elevados, el progreso de la igualdad de género no tuvo un efecto obvio en la práctica de abortos (gráfico 2), lo que quizás se deba a que son lugares

GRÁFICO 2

Tasas de aborto y nacimientos no planeados, y proporción del resultado en nacimientos no planeados, abortos o abortos espontáneos, 2015-2019, por índice de desigualdad de género (IDG)



Fuente: los autores, a partir de datos de Bearak et al., 2022.

donde ya de entrada las mujeres están en mejores condiciones de evitar un embarazo no intencional.

Razón de mortalidad materna

El vínculo entre la razón de mortalidad materna (uno de los elementos del IDG) y el aborto en condiciones de riesgo es un hecho de sobra conocido. El aborto en condiciones de riesgo es uno de los principales factores causales de muertes maternas en todo el mundo: Cada año, entre el 4,7% y el 13,2% de estos fallecimientos puede atribuirse a esa clase de procedimientos (OMS, 2020). Sin embargo, el vínculo entre los embarazos no intencionales y la mortalidad materna no está tan claro.

Con sus análisis partiendo únicamente de la información disponible sobre la razón de mortalidad materna (OMS *et al.*, 2019) (un indicador fundamental del desarrollo, sobre todo en el sector de la salud) y la tasa de embarazos no intencionales entre 2015 y 2019, los autores llegaron a la conclusión de que sí hay una relación entre el aumento de la primera y el aumento de la segunda. La asociación se manifestaba en países de todas las categorías de ingreso (excepto África Subsahariana, una salvedad que se aborda en la nota técnica de la página 141).

¿Por qué motivo habría más riesgo de mortalidad materna en caso de embarazo no intencional que si se tratara de uno previsto? Hay muchas explicaciones posibles; una de las primordiales es la mayor probabilidad de que un embarazo no intencional acabe en aborto —lo que incluye el aborto en condiciones de riesgo—. Además, las mujeres con embarazos no intencionales son menos propensas a acudir a los servicios de salud (esto se examina más detalladamente en el capítulo 5, página 94). Aun así, las

pruebas de la repercusión de los embarazos no intencionales en la salud materna escasean y, hasta el momento, la literatura científica no ha esclarecido del todo los cauces por los que se establece dicha relación (Gipson *et al.*, 2008).

Leyes sobre el aborto

Por lo general, las tasas de embarazos no intencionales son inferiores en los países donde la legislación sobre el aborto es más flexible (es decir, allí donde se permite el aborto voluntario o por razones socioeconómicas) que en los países con leyes más restrictivas (que prohíben totalmente el aborto o solo lo permiten para salvar la vida de la mujer, si su salud física está en riesgo o también en aras de su salud mental).

La correlación es manifiesta, pero no se trata de causalidad: es probable que las leyes flexibles sobre el aborto no afecten de por sí a la incidencia de los embarazos no intencionales, sino que tal vez sean el reflejo de servicios más generales de salud sexual y reproductiva que resultan más accesibles y se adaptan mejor a las necesidades de quienes tienen una vida sexual activa.

En cuanto a los *resultados* del embarazo no intencional, los países de ingreso bajo y mediano no mostraron una relación apreciable entre las leyes sobre el aborto y la proporción de embarazos no intencionales que terminó en aborto. En resumidas cuentas, las leyes restrictivas sobre el aborto en estos países *no han demostrado* reducir la cantidad de procedimientos de este tipo que se llevan a cabo. No obstante, en los países de ingreso alto con leyes más flexibles al respecto, la proporción de embarazos no intencionales que se interrumpieron fue mucho *menor* que la que se registró en países de ingreso alto con leyes más estrictas. Estos hallazgos corroboran los de otros investigadores (Bearak *et al.*, 2022).

El aborto desde el prisma de los derechos humanos

Que un embarazo no se haya producido deliberadamente no tiene por qué significar que se trata de un embarazo no deseado. Sin embargo, la mayoría de los embarazos no intencionales termina en aborto, por lo que la perspectiva de los derechos humanos en lo relativo al aborto es de suma importancia para los Estados y los encargados de formular políticas. **Los derechos reproductivos son también derechos humanos: todo el mundo tiene derecho a tomar decisiones con conocimiento de causa acerca de su propio cuerpo y su salud, así como a elegir si quiere tener hijos y, en caso afirmativo, cuándo y cuántos** (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979). Estos derechos —además del derecho a la salud y a la vida— incluyen el derecho a abortar sin riesgos, que se protege “cuando la vida y la salud de la mujer o la niña embarazada corran peligro, o cuando llevar el embarazo a término causaría dolores o sufrimientos considerables a la mujer o la niña embarazada, especialmente si el embarazo es consecuencia de una violación o incesto, o si no es viable” (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, 2019). El acceso al aborto sin riesgos no es un derecho que pueda ejercerse de forma aislada. Depende de la protección y el disfrute de otros derechos humanos, como el derecho a la información, a la salud, a la igualdad, a la intimidad y a vivir sin sufrir violencia, estereotipos de género ni discriminación (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2018).

Si bien el acceso al aborto se regula principalmente en la legislación nacional (UNFPA, 1994), las normas relacionadas con los derechos humanos repercuten cada vez más en el ámbito de acción de las leyes de los países. En 2019, por ejemplo, el Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas señaló que todos los Estados debían despenalizar el aborto y velar por que el aborto legal sea una opción factible con la que proteger la vida y la salud de las mujeres. Asimismo, estableció que los Estados no impondrán trabas administrativas ni de otra índole a las mujeres que quieran recurrir a un aborto legal (Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones

Unidas, 2019). Para muchos otros organismos y tratados internacionales y regionales de derechos humanos, el aborto es un derecho humano si el embarazo se produce como consecuencia de haber empleado la fuerza o de una coacción (Fine *et al.*, 2017). En cualquier caso, independientemente de la legalidad del aborto o tentativa de aborto, la atención tras el procedimiento puede ser una intervención médica vital que debe facilitarse a todas las personas que la necesiten (UNFPA, 1994).

El aborto, de hecho, es legal en la mayoría de los países, aunque en muchos casos se imponen restricciones. En el 96% de los 147 Estados Miembros de las Naciones Unidas que presentaron datos, el aborto es legal en cualquier circunstancia o por algunos motivos, por ejemplo, para salvar la vida de una mujer, para preservar la salud de la mujer, en casos de violación y en casos de malformación fetal. Sin embargo, en el 28% de dichos países, las mujeres casadas necesitan el consentimiento de su marido para poder acceder a este servicio; de manera semejante, los menores deben obtener consentimiento judicial en el 36% de estos Estados. Además, las mujeres que abortan ilegalmente podrían ser objeto de acusaciones penales en casi el 63% de estos países (Naciones Unidas, 2022).

En las circunstancias en las que el aborto es ilegal o un servicio inaccesible por algún motivo, los embarazos no deseados se han calificado de “maternidad forzosa” (Comisión Económica y Social para Asia Occidental, 2004). La idea de que debería obligarse a una persona a seguir adelante con un embarazo no deseado tiene su origen en los estereotipos de género y deja patente la mentalidad discriminatoria según la cual el valor de las mujeres y las niñas radica exclusivamente en sus capacidades reproductivas. Los convenios en materia de derechos humanos obligan a los Estados a transformar esos estereotipos perjudiciales y poner fin a las prácticas que los apuntalan. Como mínimo, las leyes y políticas han de facultar a la población para hacer todo lo posible por evitar los embarazos no intencionales (UNFPA, 2020b).

Apoyar o abolir las decisiones

Estos análisis son tan solo el primer paso del estudio de las recientes estimaciones. Es preciso investigar en mayor profundidad, pero aun así y por el momento, la información que se vislumbra ofrece perspectivas fundamentales; muchas de ellas confirman las hipótesis y conclusiones que ya se habían formulado, como que existe una correlación obvia entre un gran número de medidas de desarrollo —sobre todo en lo relativo a la desigualdad de género— y los embarazos no intencionales. Existen otros hallazgos que contribuyen a revelar las diferencias matizadas a nivel mundial con respecto a lo que supone para las mujeres tener un embarazo no intencional y hacer frente a la situación, tal y como se cristaliza en las relaciones entre la igualdad de género y los resultados de los embarazos.

En conjunto, los datos demuestran que las circunstancias nacionales y comunitarias podrían generar entornos que propician o bloquean la toma de decisiones explícitas acerca de si se quiere o no concebir y cuándo, además de que la autonomía corporal y la capacidad individual de actuación pueden desempeñar una función recíproca en el impulso al desarrollo de la comunidad y del país.

¿No intencional, no deseado o fuente de sentimientos ambivalentes? Los límites de las medidas actuales

Los datos que se exponen en este capítulo son algunos de los más exhaustivos y actualizados que se han recabado sobre los embarazos no intencionales. Pese a ello, conviene tener presente que —a pesar de ser un tema de importancia vital desde el punto de vista social y económico, así como una vivencia muy común— la definición de estos embarazos es mala o incongruente en muchas ocasiones y con frecuencia no se entiende bien, lo que provoca que los métodos para cuantificarlos adolezcan de algunas limitaciones.

En primer lugar, que un porcentaje elevado de embarazos no intencionales termine en aborto —más de uno de cada cinco (Bearak *et al.*, 2020)— evidencia que, probablemente, la mayor parte de estos embarazos son no deseados además de no intencionales. En vista de las restricciones jurídicas que se imponen al aborto en muchos países y de los obstáculos sociales, económicos y geográficos que dificultan abortar en numerosas comunidades, el porcentaje real de embarazos no intencionales que tampoco son deseados podría ser mucho mayor.

No obstante, dar por hecho que no planear un embarazo equivale a no desearlo sería un error. En algunos casos, las mujeres no tienen previsto quedarse embarazadas, pero lo consideran una buena noticia y deciden seguir adelante con el embarazo. Esto se refleja en una encuesta a gran escala realizada en Francia: las participantes tendían más a afirmar que habían tenido un embarazo no planeado que a referirse a él como “no deseado” (Moreau *et al.*, 2014).

Desde hace mucho tiempo, los investigadores observan (y tienen problemas para dar cuenta cabal de ello) que las posturas de las mujeres en lo relativo a quedarse embarazadas pueden articularse en torno a un espectro (Hall *et al.*, 2017; Aiken *et al.*, 2016). Por ejemplo, muchas



mujeres no tienen una opinión tajante sobre si formar una familia o ampliarla. Algunas quieren ser madres, pero tienen dudas acerca de sus condiciones de vida, su pareja o el porvenir. Para una mujer, el deseo de tener un hijo puede fluctuar antes de quedarse embarazada e incluso durante la gestación. Asimismo, la idea misma de "intencionalidad" es controvertida en muchos contextos. En tales coyunturas, quizás las mujeres y las niñas no puedan ejercer su libre albedrío o tengan una actitud fatalista hacia el embarazo y la maternidad. Tal vez piensen que su intención no cuenta para nada; por desgracia, muchas tienen razón a ojos de su familia y su comunidad.

Esa incertidumbre afecta a los datos. Muchos sistemas de medición presuponen que, para las mujeres, la decisión de si quieren o no tener hijos es una dicotomía que se resuelve de forma deliberada. Hoy en día, la mayoría de las estimaciones de la incidencia de los embarazos no intencionales se obtiene a partir de las preguntas que se formulan en las encuestas de población, como las encuestas demográficas y de salud de los países de ingreso bajo. En estas encuestas, las mujeres contestan a una sola pregunta sobre cada embarazo que hayan tenido en los últimos cinco años. Por lo general, el enunciado va en la línea de: "Cuando se quedó embarazada, ¿quería concebir en aquel momento, quería esperar a más adelante o no quería tener (más) hijos?". Según estas estimaciones, las mujeres que respondieron que no querían quedarse embarazadas o que preferían esperar tuvieron un embarazo no intencional. Esta metodología presenta algunos fallos (Population Council, 2015): por ejemplo, una vez se hayan adaptado a la nueva realidad, puede que algunas de las mujeres que tuvieron un hijo como consecuencia de un embarazo no intencional se replanteen con el tiempo lo que la gestación supuso para ellas (Ralph *et al.*, 2020). Tras dar a luz y formar un vínculo con el bebé o si ha tenido que soportar la estigmatización que va de la mano del embarazo no intencional, cabe la posibilidad de que una mujer describa como mera

ambigüedad lo que antes era oposición a tener un hijo, o que la ambigüedad pase a presentarse como una actitud receptiva hacia el embarazo. Por consiguiente, las mediciones que se basan en declaraciones sobre las intenciones pasadas respecto al embarazo podrían arrojar unas cifras de prevalencia de los embarazos no intencionales inferiores a las verdaderas.

Es posible que, por motivos religiosos o de otra índole, las mujeres elijan voluntariamente no tomar decisión alguna y dejar su futuro en manos de la fe o el destino, por ejemplo. La clasificación del caso de estas mujeres no es sencilla; podría decirse que tienen una intención abierta de quedarse embarazadas, pero, igualmente, sus embarazos podrían describirse como no planeados. Por último, la Encuesta Demográfica y de Salud y otras encuestas, por lo general, recaban información sobre embarazos no planeados únicamente de mujeres. Es decir, hay poca información sobre las actitudes de sus parejas masculinas en torno al embarazo o la medida en que pueden tomar decisiones reproductivas en sus vidas.

Hay iniciativas en marcha para mejorar las medidas en materia de embarazos no planeados a fin de que reflejen mejor las experiencias específicas de las mujeres. Uno de estos enfoques, llamado "London Measure of Unplanned Pregnancy", calcula el grado en que un embarazo ha sido planeado en una escala de 0 a 12 (Hall *et al.*, 2017). En 2016, se publicaron estimaciones basadas en modelos de la incidencia de los nacimientos no planeados y los abortos (Sedgh *et al.*, 2016a), y a estas les siguieron las primeras estimaciones nacionales basadas en modelos para casi todos los países del mundo (Bearak *et al.*, 2022). Con todo, se trata de estimaciones; solo se conseguirá una base empírica amplia y fiable cuando se pueda informar de estas experiencias sin vergüenza y se dediquen recursos suficientes a medir la incidencia de los abortos.

El embarazo en la adolescencia y la capacidad de decisión

A menudo se entremezclan la cuestión del embarazo no intencional y el problema del embarazo en la adolescencia, pero lo cierto es que la relación entre ambos conceptos es más compleja. No todos los partos de madres adolescentes son resultado de embarazos no planeados. La mayoría de los partos de mujeres menores de 18 años se dan en un matrimonio o una unión libre, hallazgo que ratifica la nueva investigación de la División de Población de las Naciones Unidas (DAES, 2022). Es posible que los estudios, informes propios y otras mediciones actuales clasifiquen muchos de estos embarazos como “planeados” a pesar de que la capacidad de las chicas jóvenes para decidir cuándo y con quién tener hijos está gravemente limitada o es inexistente. Si examinamos más de cerca la fecundidad en la adolescencia, especialmente entre las adolescentes más jóvenes, salen a relucir las limitaciones que conlleva tener en cuenta únicamente las mediciones actuales de la intención respecto al embarazo cuando se analizan la autonomía y las opciones.

La maternidad en la infancia

Una investigación reciente del UNFPA (UNFPA, 2022) que abarca al 96% de la población adolescente mundial (con exclusión de China y los países de ingreso alto) ha concluido que, en el conjunto de los países en desarrollo, *casi 1 de cada 3 mujeres jóvenes de 20 a 24 años ha dado a luz en la adolescencia* —etapa comprendida entre los 10 y los 19 años—. Prácticamente la mitad de estas madres adolescentes eran niñas —17 años o menos— y, por lo general, habían seguido teniendo hijos durante el resto de su infancia.

En otras palabras, el 13% de todas las mujeres jóvenes en los países en desarrollo se inician en la maternidad siendo niñas, y más tarde estas adolescentes representan una proporción abrumadoramente grande de todos los partos de madres adolescentes. El 75% de las niñas que dan a luz por primera vez a los 14 años o antes tuvieron un segundo hijo antes de

cumplir los 20, y el 40% de las que tienen estos dos embarazos también tuvieron un tercero antes de los 20. Por otro lado, la mitad de las niñas que dan a luz por primera vez entre los 15 y los 17 años fueron madres por segunda vez antes de cumplir 20 años.

Además, más de la mitad de los partos de no primerizas adolescentes fueron partos repetidos, es decir, que el intervalo entre un nacimiento y el otro no fue superior a 24 meses, lo que acarrea un alto riesgo de mortalidad y morbilidad infantil (Molitoris *et al.*, 2019; Rutstein, 2008).

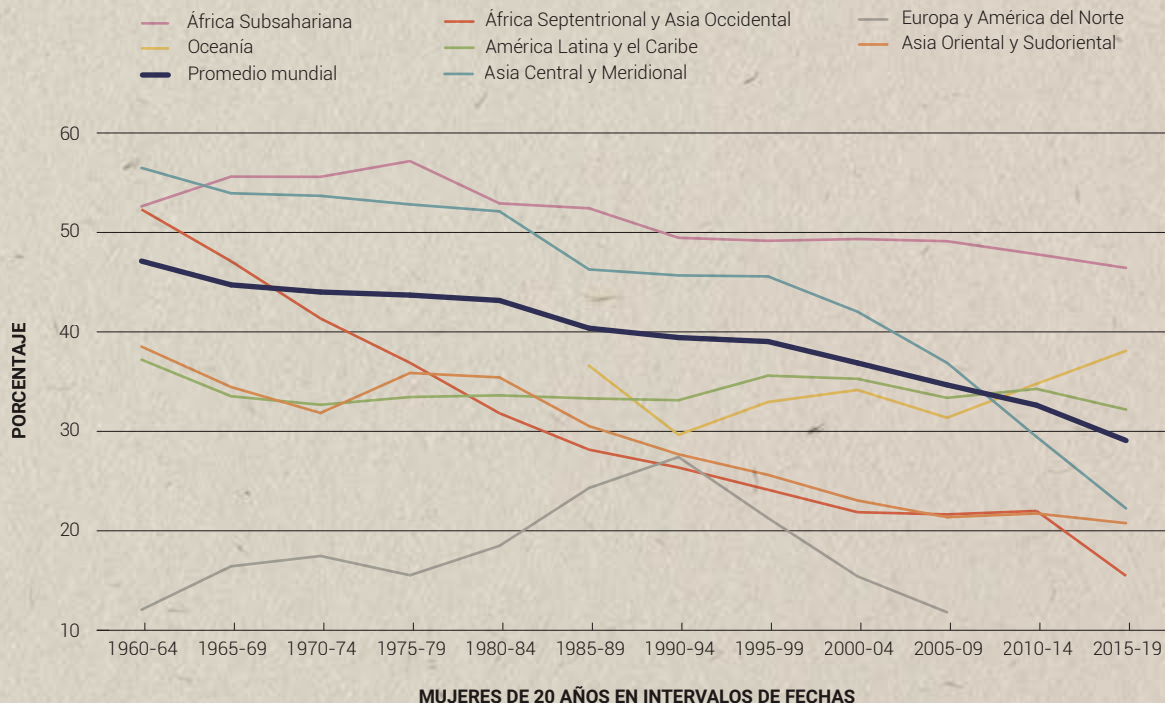
Estos nuevos hallazgos revelan que:

- **el 45%** de las madres adolescentes primerizas son niñas (tienen 17 años o menos);
- **el 50%** de todos los partos de madres adolescentes son de niñas que se iniciaron en la maternidad durante su infancia;
- **el 54%** de todos los partos de madres adolescentes no primerizas son partos repetidos.

Se han logrado progresos en el aumento de la edad en la que las mujeres dan a luz por primera vez, pero son insuficientes. En los datos que abarcan cerca de seis decenios, la proporción de partos de adolescentes primerizas de 17 años o menos se ha reducido del 60% al 45%. A su vez, la proporción de todos los partos en la adolescencia entre estas niñas se ha reducido del 68% al 50%. Ambas disminuciones están relacionadas con una caída de alrededor de solo 3 puntos porcentuales cada 10 años, con una aceleración de dicha tendencia en los últimos dos decenios. A este ritmo, la maternidad infantil no se erradicará hasta dentro de 160 años. En el caso de los partos repetidos, el descenso de las cifras es más escaso si cabe —de solo 1 punto porcentual cada 10 años en los últimos seis decenios—.

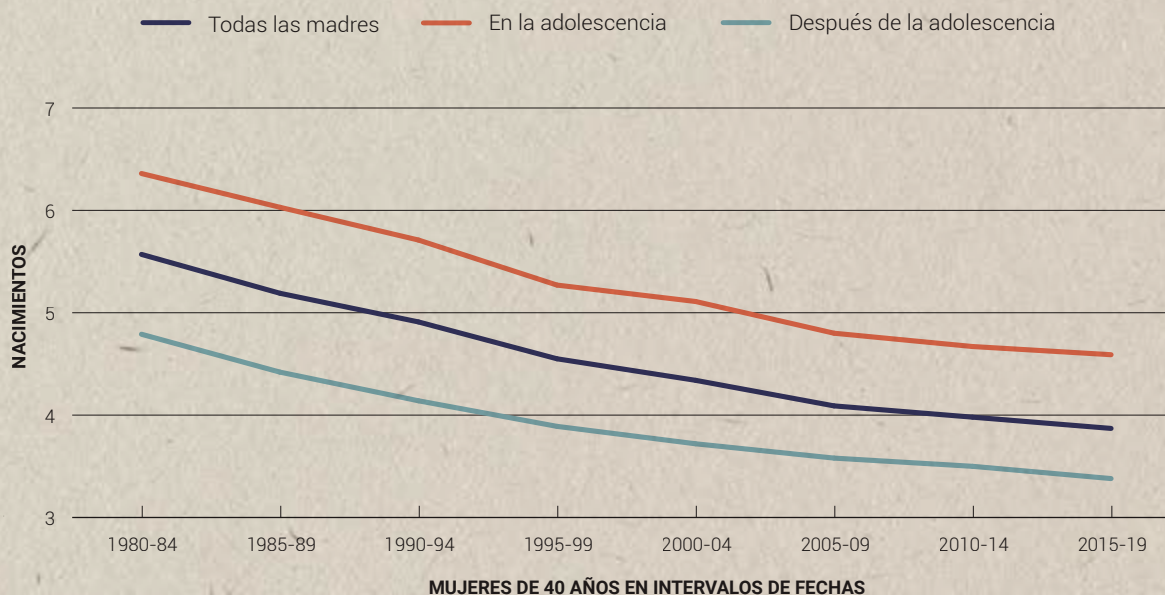
En todas las regiones del mundo, una proporción significativa de mujeres comienza su vida reproductiva en la adolescencia (véase el gráfico 3).

GRÁFICO 3 Proporción de mujeres que fueron madres por primera vez en la adolescencia, por región de los ODS, con exclusión de China y los países de ingreso alto



Fuente: UNFPA, 2022.

GRÁFICO 4 Tasa final de fecundidad por edad en la que se fue madre por primera vez, promedio mundial, con exclusión de China y los países de ingreso alto



Fuente: UNFPA, 2022.

Las mujeres que dan a luz por primera vez en la adolescencia suelen dar a luz, a lo largo de su vida, dos veces más que las mujeres que empiezan su vida reproductiva a los 20 años o más tarde (véase el gráfico 4).

El papel del matrimonio infantil

En 54 países en desarrollo con disponibilidad de datos, la mayoría de las mujeres que dan a luz por primera vez antes de los 18 años lo hacen en el contexto de un matrimonio o una unión libre, de acuerdo con un análisis nuevo y que previamente no se había hecho público de la División de Población de las Naciones Unidas (DAES, 2022). Los países en Asia Central y Meridional, África Septentrional y Asia Occidental muestran sistemáticamente proporciones altas de nacimientos dentro del matrimonio.

¿Qué relación existe entre el matrimonio y la maternidad en la adolescencia? Se espera de muchas novias jóvenes que tengan hijos o demuestren su fertilidad al poco de casarse, en cuyos casos los embarazos se producen con inmediatez al matrimonio.

Pero también sabemos que el embarazo puede ser un factor impulsor del matrimonio infantil, debido a creencias culturales o actitudes de género estereotipadas sobre la maternidad y el sexo fuera del matrimonio o premarital, el honor familiar y la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, como los abortos seguros (Petroni *et al.*, 2017). Según los datos de la encuesta, muchos partos de madres primerizas menores de 18 años se

producen antes de siete meses desde el matrimonio o el comienzo de la cohabitación, lo que parece indicar que la concepción premarital a menudo precede al matrimonio de las niñas (véase el gráfico 5). En algunos países —Bangladesh, Benin, el Chad, Comoras, Filipinas, Indonesia, Lesotho, el Níger y Papua Nueva Guinea— más de una quinta parte de los partos de primerizas menores de 18 años entran dentro de esta categoría. Aun así, se observa una variación significativa entre las regiones y los países (véase la nota técnica en la página 142 para más información).

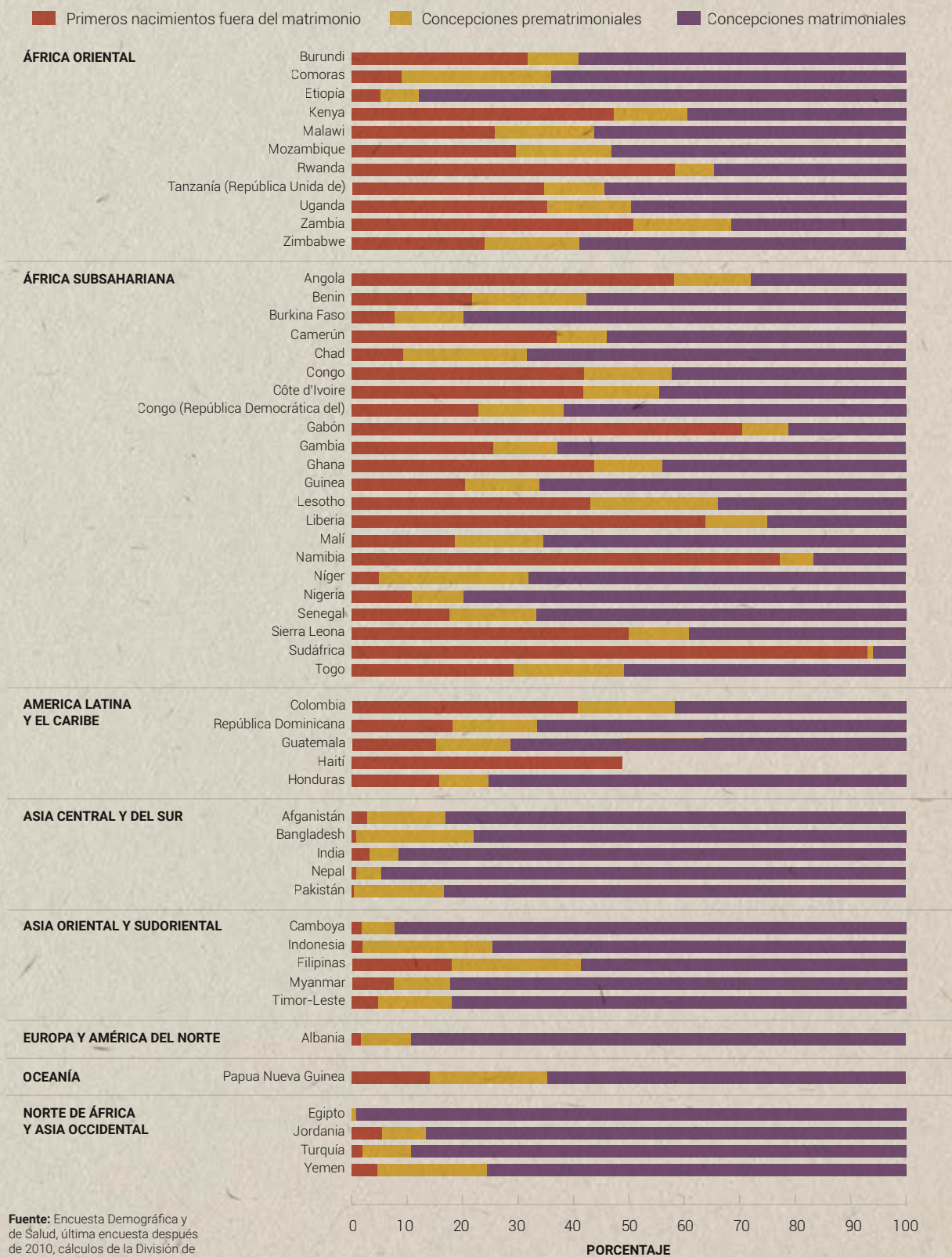
Algunos adolescentes se casan formalmente o se unen informalmente a sus parejas como parte de una estrategia de emancipación (Horii, 2021); en lugar de percibir sus matrimonios como “forzados”, los consideran una solución ante la prohibición del sexo premarital o las relaciones románticas, e incluso una forma de huir de la violencia en sus hogares. No obstante, estos matrimonios autodescritos como voluntarios tienen muchas de las mismas consecuencias perjudiciales que el matrimonio forzado, como la transición acelerada y de riesgo a la vida adulta, lo que incluye la maternidad adolescente.

Las mujeres y niñas que se casan en su adolescencia suelen tener unos niveles de educación, vida y adquisitivos más bajos y una menor movilidad que las adolescentes y las mujeres adultas no casadas. Tienen a aislarse, y carecen de los conocimientos y las aptitudes para negociar situaciones perjudiciales para su salud y bienestar, como

decidir cuántos hijos quieren tener y cuándo. La diferencia de edad entre los cónyuges suele ser mayor entre las mujeres que se casan siendo más jóvenes, en comparación con las mujeres que se casan más tarde (DAES, 2022; Haberland *et al.*, 2004). La actividad sexual temprana con una pareja más mayor se ha vinculado con relaciones que tienen carencias desde el punto de vista del género, así como con resultados deficientes en materia de salud reproductiva (Ryan *et al.*, 2008).

Hacer frente a estas condiciones subyacentes implica hacer frente a la desigualdad de género mediante los enfoques siguientes: ofrecer a los adolescentes oportunidades de educación, empleo y participación como alternativas al matrimonio y el embarazo precoz, impartir una educación sexual integral, garantizar servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a los adolescentes y suministros de anticonceptivos, capacitar a los progenitores y las familias para que sean capaces de facilitar información y proporcionar apoyo y atención a fin de construir un enfoque saludable de sexualidad y relaciones afectivas para los adolescentes (UNESCO *et al.*, 2018), fijar la edad mínima legal para contraer matrimonio para niños y niñas —con o sin consentimiento parental— en los 18 años, y “evitar que se criminalice a los adolescentes de edades similares por mantener relaciones sexuales objetivamente consensuadas y sin fines de explotación” (Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2016).

GRÁFICO 5 Primeros nacimientos a la edad de 18 años, por región de los ODS



Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, última encuesta después de 2010, cálculos de la División de Población de las Naciones Unidas (datos disponibles en la nota técnica página 142).

UNA DECISIÓN ILUSORIA: EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



Para Yajaira y para tantas otras mujeres jóvenes —especialmente las marginadas por la pobreza y la falta de oportunidades de empleo o educación— el embarazo y el matrimonio precoces son inevitables. © UNFPA/Wilton Castillo

EL SALVADOR/FILIPINAS — Cuando tenía solo 16 años, Yajaira se quedó embarazada de su novio, de 18, la primera vez que mantuvieron relaciones sexuales. Al poco tiempo se casaron. “Fue el comienzo de una nueva etapa de mi vida”, recuerda Yajaira. “Fue un cambio brusco, porque tuve que responsabilizarme de mi embarazo, justo cuando acababa de terminar el noveno curso”.

La suya es una situación muy común. En El Salvador, donde vive, un cuarto de todos los embarazos corresponden a adolescentes

(UNFPA El Salvador, 2021). Es una señal de desempoderamiento general: los embarazos de adolescentes y los matrimonios precoces están vinculados a ciclos de violencia doméstica y sexual (UNFPA El Salvador, 2021), una lacra ya habitual antes de que se disparara en un 70% durante la pandemia de COVID-19 (IRC, 2020). Hasta hace poco la educación sexual no estaba incorporada al plan nacional de estudios y el aborto está terminantemente prohibido en cualquier circunstancia, sin excepciones para casos de violación,

incesto o peligro para la vida de la madre y el feto.

Cabría suponer, por tanto, que la mayoría de los embarazos de adolescentes no son intencionales. Pero, de hecho, en más de la mitad de los embarazos de adolescentes en El Salvador, un 58%, las mujeres declararon que habían sido intencionales, mientras que el 75% de los hombres implicados los consideraron intencionales (Carter y Speizer, 2005).

Al preguntársele si había tomado la decisión de ser madre a los 16 años, Yajaira no responde directamente. Dice que no recibió ninguna educación sexual, y que el sexo y el embarazo fueron algo que ocurrió, sin más. Para ella y para tantas otras mujeres jóvenes —especialmente las marginadas por la pobreza y la falta de oportunidades de empleo o educación— el embarazo y el matrimonio precoces son inevitables. Más de una cuarta parte de las jóvenes salvadoreñas se casan o pasan a vivir en uniones informales antes de cumplir los 18 años (CEPAL, 2020).

Aunque Yajaira no tomó la decisión explícita de quedarse embarazada, el matrimonio fue algo distinto.

“Mi madre no quería”, explica. “Pero yo no quería que se repitiese con mi hijo lo que viví yo, ser criada sin un padre, así que decidí casarme y me fui a vivir con los padres de mi novio. Fue la etapa más difícil de mi vida. Cuando iba camino del ayuntamiento para casarme, mis compañeros de clase estaban en un acto para celebrar el inicio del bachillerato... Ahí me bajé de la nube. Pensé: ‘¿Qué estoy haciendo?’”.

Su esposo le había prometido que podría seguir estudiando, pero la realidad fue otra. Además de cuidar a su hijo pequeño y de contribuir a la economía familiar fabricando queso y vendiéndolo, todos los sábados iba a clases en la capital del departamento. Después volvía a toda prisa a casa para hacerle la comida su marido, una situación que irritaba a su suegra. “Se acabó esa tontería de estudiar”, recuerda Yajaira que le dijo.

En la otra punta del mundo, en Maguindanao (Filipinas), Rahmadina era una colegiala como tantas otras, hasta que terminó el sexto curso. A los 14 años se enamoró y se casó con Morsid, de 16, y al poco tiempo dio a luz a su primer bebé. Afirmo que ella misma tomó esas decisiones. Pero no esperaba lo que vino después.

“Aun después de casarnos, conseguí terminar el primer año de bachillerato”, cuenta Rahmadinah, acunando a su segunda criatura, recién nacida. Luego, su deseo de proseguir los estudios se dio de bruces contra la cruda realidad. Después de que su marido viajara a Manila por trabajo, “me dijo que dejara los estudios, porque él también los había dejado”.

A pesar de sus penurias económicas y de las dificultades que a veces conlleva criar a dos niños tan pequeños, a Rahmadinah le encanta ser madre. Aun así, confiesa que piensa en la vida que habría tenido si hubiera tomado otras decisiones.

Ahora quiere encontrar trabajo en el extranjero “para que mis hijos puedan tener todo lo que necesiten”, señala. “Pero mi marido no me da permiso. Me dice que no puedo, que si voy a trabajar al extranjero me dejará. Así que me quedo callada, ya no pienso ir a ningún sitio”.

También Yajaira se sintió atrapada. Aunque casarse fue decisión suya, había otras decisiones de su vida que escapaban a su control. Su marido la engañaba y la maltrataba psicológicamente. Cuando Yajaira quiso marcharse, él y sus padres utilizaron a su hijo para presionarla. “Me pidieron que me fuera yo y que dejara a mi hijo, que no me lo llevara”. Y a los cinco años de matrimonio, llegó por fin al límite. Volvió a casa de su madre, llevándose a su hijo consigo. “No iba a dejar a mi hijo allí. No iba a quitármelo nadie”.

Estaba decidida a cambiar de rumbo: terminó los estudios e ingresó en el cuerpo de policía, para ayudar a las supervivientes de la violencia de género. Volvió a tener un embarazo no intencional. En esta ocasión había utilizado métodos anticonceptivos, pero no funcionaron. Cuando le dijo a su pareja que estaba embarazada, él se marchó a otra localidad.

Hoy en día, a sus 34 años, Yajaira irradia confianza. Está contenta con



Rahmadina Talusan Malang, de 18 años, madre de dos hijas. © UNFPA/Rosa May DeGuzman

su carrera, orgullosa de sus hijos de 6 y 17 años y entusiasmada con la licenciatura en trabajo social que está a punto de terminar. Además, está educando a sus hijos para que sean hombres responsables que rechacen las normas de género desiguales y hablen abiertamente de temas como la anticoncepción: “Es muy habitual que las madres no se sinceren y no hablen de estas cosas con sus hijos. Pero es positivo contárselas, para que adquieran cierta confianza”.

En cuanto a Rahmadina, también está tomando decisiones para asegurar su futuro. Se ha informado sobre los métodos anticonceptivos disponibles y está a punto de recibir su primera inyección anticonceptiva. También quiere que su hija tenga más oportunidades. “Quiero que termine sus estudios, que no acabe como yo, y que alcance sus metas antes de casarse”, afirma.



Todas las mujeres están en situación de riesgo: la merma de la capacidad de actuación desemboca en embarazos no intencionales



Los embarazos no intencionales conciernen a mujeres y niñas (así como a hombres trans y personas no binarias) de todos los estratos socioeconómicos, contextos culturales, religiones y estados civiles. En muchos países y culturas, que una mujer o niña soltera se quede embarazada conlleva su estigmatización. Por otro lado, suele darse por hecho que las mujeres casadas están dispuestas a quedarse embarazadas en cualquier momento o conformes con la posibilidad de que suceda, lo que anula sus deseos y decisiones. Desde esa forma de entender el mundo, la idea de que las mujeres casadas tienen embarazos no intencionales es algo inconcebible.

La realidad es que cualquier mujer fértil en edad de procrear puede tener un embarazo no intencional: los anticonceptivos fallan en cierta medida y el acceso a ellos plantea algunos obstáculos (esto se examina más detalladamente en el capítulo 4), la violencia sexual y la coacción reproductiva todavía son una lacra muy extendida y —en los países que disponen de datos al respecto— en torno al 23% de las mujeres afirma no ser capaz de negarse a mantener relaciones sexuales (datos sobre los ODS). Si se toman en conjunto, estas circunstancias se traducen en que, para casi todas las mujeres y niñas fértiles en edad de procrear, existe la posibilidad de quedarse embarazadas sin planearlo, sin quererlo o sin acceder a ello.

Aun así, hay muchos factores que se relacionan con una mayor vulnerabilidad y que —como se señaló en el capítulo anterior— no son cualidades morales, sino circunstancias sociodemográficas. Además, en lugar de tratarse de *factores impulsores* de los embarazos no intencionales (lo que insinuaría que empujan a las mujeres y las niñas a embarazos inevitables), tal vez sea más adecuado referirse a ellos como situaciones que *merman* la capacidad de actuación de las personas. En este capítulo se analiza el efecto que las circunstancias

sociodemográficas pueden y suelen tener sobre el poder de decisión de las mujeres y las niñas con un embarazo no intencional.

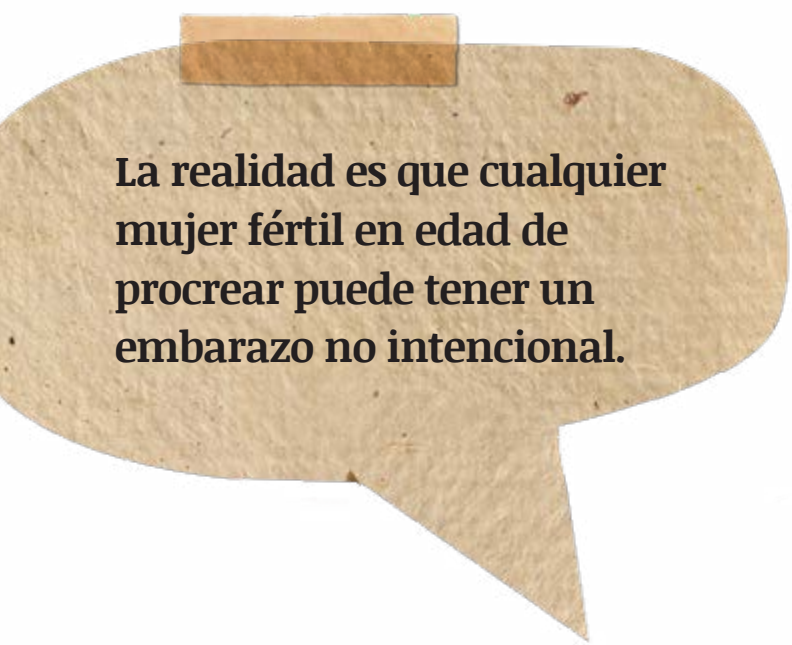
Factores que respaldan o socavan la libertad de decisión

La pobreza y la desigualdad de los ingresos perjudican la capacidad de actuación de las mujeres

Con frecuencia se presupone que hay una relación entre la pobreza y los embarazos no intencionales, pero dista mucho de ser un vínculo directo. En muchos casos, las circunstancias contextuales influyen en el grado de intencionalidad que una mujer atribuye a los embarazos. Puede que las mujeres pobres que gozan de menos oportunidades consideren que los embarazos son algo inexorable o vivan en una coyuntura económica propicia para las familias numerosas.

Los estudios que se centran en países en desarrollo han llegado a la conclusión de que las tasas de embarazos no intencionales eran más altas entre las mujeres de los niveles inferiores de renta que entre las mujeres con ingresos familiares más elevados (Sarder *et al.*, 2021; Bain *et al.*, 2020; Ameyaw *et al.*, 2019). En un resumen a grandes rasgos de la información procedente de encuestas demográficas y de salud que se llevaron a cabo entre 2010 y 2016 en 29 países de África Subsahariana (Ameyaw *et al.*, 2019), los investigadores descubrieron que el *mayor* índice de embarazos contemplados como no intencionales correspondía a las mujeres más pobres. Otros estudios en los Estados Unidos han apuntado a resultados parecidos (Finer y Zolna, 2016).

Una de las explicaciones de esta correlación es que, muchas veces, las mujeres más pobres cuentan con menos medios para adquirir métodos anticonceptivos modernos (Garraza *et al.*, 2020). Asimismo, el nivel educativo de las mujeres con ingresos más bajos es muy inferior al de las demás mujeres, lo que puede redundar en que carezcan de información sobre la anticoncepción. También



La realidad es que cualquier mujer fértil en edad de procrear puede tener un embarazo no intencional.

Concordancia de parejas

La información procedente de encuestas demográficas y de salud en 18 países de África Subsahariana que se recopiló entre mediados de las décadas de 1990 y 2000 demuestra que los hombres superaban a las mujeres por abrumadora mayoría en lo relativo al deseo de tener más hijos (Westhoff, 2010). Un estudio más reciente fechado en 2019 abarcó cuatro países de África Subsahariana y obtuvo un resultado parecido: por lo general, los hombres querían más hijos de lo que sus esposas consideraban ideal (Atake y Ali, 2019). Así pues, un elemento crucial es que las parejas sean capaces de expresar y llegar a un acuerdo con respecto a sus preferencias en materia de fecundidad de tal modo que se respete la autonomía y la capacidad de decisión de ambas personas. Lamentablemente, los datos muestran que estas decisiones tan trascendentales están vedadas a un gran número de mujeres: según la información recabada recientemente, en 64 países, más del 8% de las mujeres no tiene poder de decisión sobre la anticoncepción y casi un cuarto de mujeres no es capaz de negarse a mantener relaciones sexuales (Naciones Unidas, 2022). Muchas mujeres recurren al uso encubierto de anticonceptivos a fin de reafirmar su autonomía cuando se menoscaba su libertad reproductiva.

Los investigadores de Avenir Health han desarrollado un índice de coincidencia de parejas que mide no solo el consenso en torno al tamaño de la familia, sino también los desequilibrios de poder en la relación cuya repercusión en las decisiones en materia de fecundidad es bien sabida (con factores como el nivel educativo de los cónyuges y la diferencia de edad entre ellos, así como las normas de género). A mayor puntuación en el índice, mayor es tanto la consonancia como la participación de ambos en la toma de decisiones. Del análisis se desprende que hay una correlación importante entre la obtención de una puntuación más alta en este índice y una mayor prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos. El hecho de que ningún país del estudio registrara una prevalencia del uso de dichos anticonceptivos por encima del 55% a menos que la puntuación del índice fuera relativamente alta (Bietsch y Emmart, 2022) es revelador. Un resultado así lleva a pensar que, si las parejas tienen la opción de planear conjuntamente su futuro reproductivo desde la igualdad de género, es más probable que las mujeres estén empoderadas para utilizar métodos anticonceptivos modernos.

Aquí cabe recalcar también que los hombres solo tienen a su alcance un método anticonceptivo tradicional (la interrupción del coito) y dos modernos (los preservativos y la vasectomía). Solo uno de ellos —la vasectomía— se ajusta a la definición de la OMS de “muy eficaz” en vista del uso habitual que se le da en la vida real. Se considera que la otra opción moderna que va dirigida principalmente a los hombres —el preservativo masculino— tiene una “eficacia moderada” habida cuenta de cómo se utiliza normalmente; no obstante, debemos hacer hincapié en que los preservativos ofrecen ventajas añadidas; por ejemplo, protegen a quienes los emplean frente a las infecciones de transmisión sexual, como el VIH (OMS, 2020c). (Encontrará más información en el apartado sobre los métodos anticonceptivos masculinos de la página 70). La escasez de métodos anticonceptivos para hombres conlleva que la mayor parte de la carga de la anticoncepción —que engloba los costos, el tiempo que se dedica a acudir a los servicios sanitarios y los efectos secundarios— recaiga sobre las mujeres, incluso cuando se trata de una sociedad con normas de género discriminatorias que otorgan muy poco poder de decisión a la población femenina con respecto a los anticonceptivos y el sexo. La lista de métodos dirigidos a mujeres figura en la página 58.



© UNFPA/Fidel Évora

es más probable que vivan en el medio rural o en zonas desatendidas de los núcleos urbanos; por consiguiente, quizás no tengan acceso a los servicios.

Pese a esto, no todos los estudios han hallado una correlación directa o lineal entre la riqueza y los embarazos no intencionales (Habib *et al.*, 2017), una señal de que la relación entre ambos es contextual en función del país y viene muy marcada por otros factores que tienen que ver con la pobreza, como la falta de educación.

Edad y capacidad de actuación

Los ejemplos de adolescentes con embarazos no intencionales suelen esgrimirse como moraleja para aleccionar de los riesgos que acarrear las relaciones



sexuales prematrimoniales. Ese estereotipo ha llevado a que mucha gente (incluso encargados de formular políticas) dé por sentado que los embarazos no intencionales son en gran medida, o incluso más que nada, cosa de niñas y mujeres jóvenes. Sin embargo, el panorama que reflejan los datos es mucho más complejo.

Hace poco se llevó a cabo un estudio con embarazadas de seis países de Asia Meridional (el Afganistán, Bangladesh, la India, Maldivas, Nepal y el Pakistán) que estaban o habían estado casadas en algún momento. El 90% de las encuestadas de entre 15 y 19 años afirmó que se trataba de un embarazo intencional, un porcentaje más alto que en todos los demás grupos etarios y que parece rebatir la hipótesis de que los embarazos no intencionales serían más numerosos entre las niñas y mujeres de ese rango de edad. No obstante,

una vez que se controlaron los posibles factores de confusión (como el nivel de pobreza y el de estudios), sí parecía que las adolescentes tenían la mayor probabilidad de quedarse embarazadas de forma accidental (Sarder *et al.*, 2021). En otro estudio efectuado en 29 países de África Subsahariana donde la muestra incluyó a mujeres que nunca habían estado casadas sí se apreciaba claramente que las adolescentes solteras consideraban su embarazo como no intencional en mayor medida que las solteras de más edad. Pese a ello, si se toma el conjunto de niñas y mujeres —incluidas las casadas, en una unión libre, divorciadas o viudas—, la tasa de embarazos no intencionales del grupo de entre 15 y 19 años era inferior a la que se registró en otros grupos etarios. Al tener en cuenta todos los rangos de edad y estados civiles, se comprobó que, en los países de África, las mujeres *de mayor edad* tenían más probabilidades de quedarse embarazadas accidentalmente que las que tenían entre 15 y 19 años (Ameyaw *et al.*, 2019).

Parte del motivo por el que resulta difícil llegar a conclusiones sencillas consiste en que las metodologías de los estudios y la calidad de los datos pueden fluctuar enormemente. Las tasas de embarazos no intencionales de las mujeres varían mucho en función de si los investigadores analizan a todas las mujeres de una cohorte o solo a las que llevan una vida sexual activa (Finer y Zolna, 2016; Finer, 2010). Además, la expectativa cultural que pesa sobre muchas mujeres jóvenes, sobre todo las casadas, dicta que han de engendrar hijos como prueba de fecundidad. Cuando las encuestas demográficas y de salud les preguntan si su primer embarazo fue intencional —y puesto que muchas jóvenes quieren tener descendencia—, quizás ellas piensan que hay una “respuesta correcta” y eso determina lo que contestan. Si el posicionamiento respecto a la intención se cuantificara de otra forma (preguntando a las niñas si cuando se quedaron embarazadas habrían preferido continuar la gestación o seguir con los estudios, por ejemplo), la incidencia de los embarazos no intencionales entre la población adolescente podría no ser la misma.

En los países de ingreso bajo y mediano, los factores de riesgo que afectan a muchos adolescentes son especialmente graves.

Otra de las explicaciones de la falta de uniformidad en los contextos objeto de estudio radica en que los grupos etarios no se enfrentan a las mismas vulnerabilidades. En los países de ingreso bajo y mediano, los factores de riesgo que afectan a muchos adolescentes son especialmente graves (Neal *et al.*, 2020). Por ejemplo, se sabe que tienen problemas para acceder a información y servicios en materia de anticoncepción (Smith, 2020; Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2003) y que, de entre todos los grupos de edad, son el que menos ve satisfecha su demanda de anticonceptivos modernos (Kantorová *et al.*, 2021). Asimismo, los estudios demuestran que, en el caso de algunas niñas y adolescentes, existen factores particulares, familiares y comunitarios que se traducen en una vulnerabilidad aún mayor frente al embarazo no intencional; entre otros, un nivel educativo bajo, el consumo y el abuso de sustancias y la violencia de pareja (Chung *et al.*, 2018).

Conscientes de tales vulnerabilidades adicionales, las normas relacionadas con los derechos humanos instan a los Estados a garantizar que los adolescentes reciban servicios sanitarios de calidad y que respeten su derecho a la intimidad y la confidencialidad partiendo del principio de no discriminación (Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2016). Estos servicios deberán estar disponibles y resultar

accesibles sin exigir que los jóvenes cuenten con el consentimiento de los progenitores o tutores en el marco de las leyes, las políticas o la práctica. Sin embargo, tales derechos no se hacen efectivos en muchos lugares del mundo, lo que implica que, a la hora de reducir los embarazos no intencionales, debemos prestar especial atención a las adolescentes y las jóvenes. Merece también señalarse que las adolescentes soportan unos costos desmesurados a raíz de los embarazos no intencionales (esta cuestión se estudia con más detenimiento en el capítulo 5).

Mientras tanto, las mujeres que se encuentran en el extremo opuesto de su vida reproductiva también tienen embarazos no intencionales. Con frecuencia, los riesgos que corren difieren enormemente y no tienen por qué ser fruto de las trabas para acceder a servicios de anticoncepción ni de la falta de información sobre el sexo y los anticonceptivos, sino que se derivan de ideas erróneas muy extendidas sobre la merma de su capacidad reproductiva. La información sobre la fecundidad durante la madurez y en años posteriores y la menopausia

suele escasear (Ilankoon *et al.*, 2021; Im *et al.*, 2010); si bien no cabe duda de que la fertilidad de las mujeres decae con el paso del tiempo, muchas retienen la capacidad de concebir hasta el final de la perimenopausia. Ahora bien, la impresión de que se han vuelto demasiado mayores para ser fértiles o para llevar una vida sexual activa podría disuadirlas de emplear anticonceptivos eficaces (Bakour *et al.*, 2017, Wellings *et al.*, 2013). Quizás caigan en la equivocación de pensar que las irregularidades del período menstrual durante la perimenopausia son un signo de infertilidad, y tal vez los profesionales sanitarios no estén muy familiarizados con las necesidades en materia de salud sexual que surgen al llegar a la madurez (Taylor y James, 2012). De hecho, las tasas de embarazo de las mujeres mayores o de mediana edad pueden ser semejantes a las de las mujeres más jóvenes (Chae *et al.*, 2017; Baldwin y Jensen, 2013).

Las consecuencias de los embarazos no intencionales en este grupo etario también son distintas. Las embarazadas de edad más avanzada corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones y

El problema que plantean los enfoques basados exclusivamente en la abstinencia

Muchas personas creen que la abstinencia sexual es un método de control de la fecundidad “infalible”. Evidentemente, no es así cuando se trata de violaciones o relaciones sexuales bajo coacción, que pueden convertirse en un fenómeno común en determinados lugares y circunstancias, como las crisis humanitarias (véase la página 54). Pero incluso para quienes no han sido víctimas de coacciones o violencia, la abstinencia puede resultar ineficaz si no se mantiene de forma segura. Por ejemplo, en las encuestas demográficas y de salud, es habitual que la abstinencia periódica aparezca como método anticonceptivo, pero el 40% de las personas que afirman recurrir a él lo abandonan antes de los 12 meses (Ali *et al.*, 2012).

En términos más generales, a menudo se apoya la educación “basada exclusivamente en la abstinencia” como fórmula para evitar que los jóvenes solteros mantengan relaciones sexuales. Sin embargo, los programas que fomentan la abstinencia como único método anticonceptivo han resultado ser inútiles a la hora de retrasar las primeras experiencias sexuales, disminuir la frecuencia con la que se mantienen relaciones sexuales o reducir la cifra de parejas sexuales. Por el contrario, los programas que concentran sus esfuerzos en combinar las dos vertientes —retrasar el despertar sexual y facilitar información sobre preservativos o el uso de anticonceptivos— tienen éxito (UNESCO *et al.*, 2018).

un aborto espontáneo (Frederiksen *et al.*, 2018). Aunque hay menos probabilidades de que el embarazo las obligue a interrumpir sus estudios, sí afrontan costos de oportunidad en lo que respecta a su presencia en el mercado laboral, la dedicación a los hijos que ya tengan, el cuidado de otros parientes o nietos y la capacidad de ahorro de cara a su propia jubilación o recibir asistencia al llegar a la tercera edad.

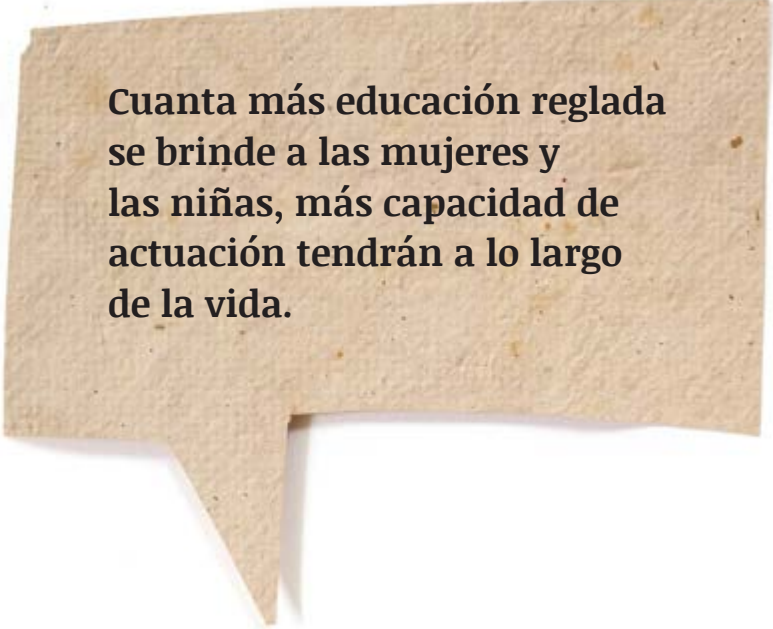
La educación como elemento facilitador de las decisiones y la igualdad

En el marco de la Agenda 2030, la educación y la igualdad de género tienen el reconocimiento de pilares del desarrollo. Sabemos que cuanto más educación reglada se brinde a las mujeres y las niñas, más capacidad de actuación tendrán a lo largo de la vida. Estarán en mejor posición de decidir si quieren casarse y en qué momento van a hacerlo, si desean tener hijos y, en caso afirmativo, cuándo y cuántos. Además, cuentan con más apoyo al tomar esas decisiones. Sin embargo, no hay que mezclar estos dos conceptos: aunque la educación empodera a las niñas con información sobre sus cuerpos y derechos, no puede responsabilizarlas por entero de evitar un embarazo no intencional. Las comunidades también asumen esa responsabilidad, porque si las sociedades dan valor a la educación reglada de las niñas, estarán aceptando tácitamente que lo que aportan las mujeres y las niñas va más allá de la reproducción y la maternidad. De esta forma, el nivel educativo de la población femenina puede considerarse tanto un reflejo de la superación de la desigualdad y los estereotipos de género como un vector para lograrlo.

Son muchos los estudios que han observado que las mujeres con un mayor nivel de educación tienen menos probabilidades de quedarse embarazadas sin planificarlo que las mujeres con menos años de formación a sus espaldas. Esto se confirma en los estudios realizados en África Subsahariana: en dicha región, las probabilidades de tener un embarazo no intencional eran un 26% y un 29% inferiores si las mujeres habían completado la enseñanza primaria y la secundaria, respectivamente, que si no habían

ido a la escuela (Ameyaw *et al.*, 2019). También se aplica en países de ingreso alto como el Reino Unido (Wellings *et al.*, 2013) y los Estados Unidos (Finer y Zolna, 2016).

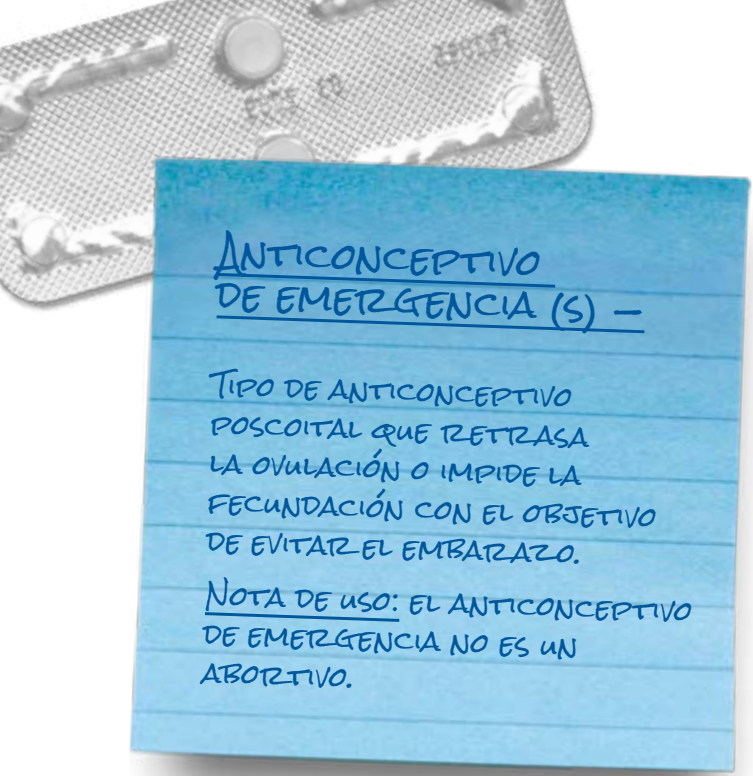
Por otro lado, también se ha establecido que, a mayor nivel educativo de las parejas masculinas, menor tasa de embarazos no intencionales (Seifu *et al.*, 2020). Dicho de otra manera: hay menos probabilidades de que una mujer tenga un embarazo no intencional si su marido cuenta con más formación. Esto podría ser en parte el resultado de que las esposas de hombres instruidos tienen más probabilidades de ser mujeres cualificadas, pero también apunta a que, gracias a la educación, la población masculina va tomando más conciencia del efecto positivo de la planificación familiar en el bienestar del hogar.



Cuanta más educación reglada se brinde a las mujeres y las niñas, más capacidad de actuación tendrán a lo largo de la vida.

El estado civil no ofrece una protección clara frente a los embarazos no intencionales

Tradicionalmente, los temores sobre los embarazos no intencionales han ido ligados al estado civil. Durante mucho tiempo, los embarazos fuera del matrimonio se han contemplado como un escándalo o deshonor; esta norma sigue vigente



ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA (S) —

TIPO DE ANTICONCEPTIVO POSCOITAL QUE RETRASA LA OVULACIÓN O IMPIDE LA FECUNDACIÓN CON EL OBJETIVO DE EVITAR EL EMBARAZO.

NOTA DE USO: EL ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA NO ES UN ABORTIVO.

en muchas culturas y religiones. Si bien el estado civil no ofrece una protección directa frente a los embarazos no intencionales, cabría esperar que la estigmatización y las repercusiones negativas que generan los embarazos de este tipo fuera del matrimonio tuvieran un efecto disuasorio. Pese a ello, los datos no evidencian una relación nítida entre el estado civil y el riesgo de embarazo no intencional (Hall *et al.*, 2016; Ikamari *et al.*, 2013; Melian, 2013); algunos estudios han llegado a la conclusión de que las mujeres solteras corren un mayor riesgo, mientras otros señalan que lo propio ocurre con las casadas (Ameyaw *et al.*, 2019; Nyarko, 2019). Por ejemplo, en el estudio que abarcaba a 29 países de África Subsahariana, en general la *prevalencia* de los embarazos no intencionales era mayor entre las mujeres que nunca se habían casado frente a las mujeres casadas. No obstante, después de que los investigadores sopesaran otros factores (como la edad, por ejemplo), se halló que las mujeres casadas tenían una *posibilidad* mucho mayor de tener un embarazo no intencional (Ameyaw *et al.*, 2019).

También cabría suponer que hay menos probabilidades de que las mujeres casadas —cuyos embarazos no intencionales suelen gozar de mayor

aceptación social— recurran al aborto. Una vez más, los datos de que disponemos proporcionan una imagen más matizada de la realidad: según un estudio de 2016 (Sedgh *et al.*, 2016a), la tasa mundial de abortos entre las mujeres *casadas* era más alta, aunque con diferencias notables de una región a otra.

El número de hijos y las intenciones

Muchos estudios parecen indicar que las mujeres con más hijos están más expuestas a los embarazos no intencionales. Un estudio de mujeres con VIH en Uganda determinó que “la probabilidad de tener embarazos no intencionales aumentaba con el número de embarazos” (Napyo *et al.*, 2020). En seis países de Asia Meridional, el 22,7% (en promedio) de las mujeres con tres hijos o más habían pasado por un embarazo no intencional, frente al 5,5% en el caso de las mujeres sin hijos (Sarder *et al.*, 2021).

Esta relación puede deberse a muchos motivos. Los investigadores han planteado la posibilidad de que las mujeres con más hijos hagan un uso más irregular de los anticonceptivos, no recurran lo suficiente a anticonceptivos de emergencia, hayan soportado más efectos secundarios de los anticonceptivos (como el sangrado excesivo) o que hayan pasado más veces por situaciones en las que la pareja se niega a utilizarlos o de desabastecimientos en los establecimientos sanitarios a los que tienen acceso. Existen otras explicaciones que giran en torno a las preferencias femeninas en materia de fecundidad: puesto que las mujeres empoderadas suelen optar por tener menos hijos —esto es, las mujeres con más formación, más poder de decisión y mayor control sobre los recursos domésticos (Atake y Ali, 2019)—, quizás las mujeres menos empoderadas se inclinen por tener familias más numerosas y también por no ejercer tanto su capacidad de actuación en lo tocante a la fecundidad, lo que desembocaría en una tasa más elevada de embarazos no intencionales.

El riesgo en todo el espectro del género: un problema que va más allá de la heterosexualidad

Todas las formas de marginalización perjudican la capacidad de actuación de las personas que pueden quedarse embarazadas. Aunque predomina la idea de que solo las mujeres en una relación heterosexual están expuestas a los embarazos no intencionales, los estudios señalan que las minorías sexuales también conviven con este riesgo, que puede llegar a ser incluso mayor para ellas.

Los investigadores han descubierto que, de hecho, la suposición de que las mujeres pertenecientes a minorías sexuales —lesbianas y bisexuales, por ejemplo— no tienen de qué preocuparse contribuye a que su situación se vuelva más vulnerable (Everett *et al.*, 2017). En comparación con las heterosexuales, estas mujeres son menos propensas a utilizar anticonceptivos y tienen menos acceso a servicios de salud reproductiva. Además, la tensión social y la estigmatización que sufren es más acusada.

Un metanálisis de estudios procedentes de varios países reveló que el riesgo de embarazo entre las adolescentes lesbianas y bisexuales era más alto que entre las adolescentes heterosexuales (Hodson *et al.*, 2016). En otro estudio, las mujeres lesbianas afirmaron haber mantenido relaciones sexuales con hombres y las mujeres bisexuales declararon haber tenido en promedio más parejas sexuales masculinas que las mujeres heterosexuales (Xu *et al.*, 2010). Estos datos, que pueden parecer ilógicos, se explican en parte por las presiones sociales, la coacción y los índices de violencia sexual (bastante más elevados) que sufren las minorías sexuales (Rothman *et al.*, 2011). Sabemos por los científicos que, de entre los embarazos de una muestra de personas que se definen como trans, no binarias y de género expansivo, alrededor del 54% no se habían planeado, mientras que en la población general, el porcentaje se situó en el 48% (Moseson *et al.*, 2021). Las minorías sexuales también pueden enfrentarse a consecuencias particulares derivadas de estos embarazos no intencionales, como ser objeto de más estigmatización y discriminación, sufrir disforia y tener grandes dificultades para encontrar profesionales sanitarios bien informados y que no las juzguen (Everett *et al.*, 2019; Müller *et al.*, 2018).

Aun así, el vínculo entre el número de hijos y las intenciones con respecto al embarazo está muy lejos de ser un asunto zanjado: algunos estudios deducen que hay una correlación, otros no la encuentran (Napyo *et al.*, 2020) y los hay que apuntan a que, en realidad, los embarazos no intencionales *van a la baja* a medida que las mujeres tienen más hijos (Ameyaw *et al.*, 2019; Nyarko, 2019).

El espaciamiento de los nacimientos también arroja luz sobre la capacidad de actuación de las mujeres y cómo se lleva a la práctica. Tanto los embarazos no intencionales (Ahrens *et al.*, 2018; Hall *et al.*, 2016; White *et al.*, 2015) como la violencia de pareja (Maxwell *et al.*, 2018) se han asociado a períodos

más cortos entre un embarazo y el siguiente. Se ha detectado una relación entre partos muy seguidos y la presencia de complicaciones maternas, perinatales e infantiles (OMS, 2007), algo que ejemplifica las vulnerabilidades que afectan a las mujeres con menos autonomía corporal y menos poder de decisión.

La participación en la fuerza de trabajo respalda la libertad de decisión

Según un número considerable de estudios, hay una correspondencia entre no formar parte de la fuerza de trabajo remunerada y una mayor incidencia de los embarazos no intencionales. En Etiopía, las mujeres desempleadas tenían una

probabilidad 6,8 veces mayor de experimentar un embarazo no intencional que las funcionarias, por ejemplo (Moges *et al.*, 2020). En África Subsahariana, por lo general, las mujeres que no trabajaban registraban unos índices mucho más elevados de embarazos no intencionales que las mujeres asalariadas en cuatro categorías de empleo (dirección, administración, ventas y agricultura) (Ameyaw *et al.*, 2019).

Una conclusión fundamental es que formar parte del mercado laboral redundante en el empoderamiento de las mujeres de cara a poner en práctica su capacidad de actuación y autonomía corporal. Las mujeres que poseen recursos financieros pueden permitirse anticonceptivos con mayor facilidad y están en mejores condiciones de acceder a ellos, además de tener más poder de decisión en el hogar (Acharya *et al.*, 2010). Por consiguiente, los costos de oportunidad que acarrea un embarazo no intencional son muy superiores para las mujeres con ingresos, lo que sugiere que los rendimientos del trabajo crean incentivos de peso para evitar los embarazos de esta clase (Ameyaw *et al.*, 2019). Asimismo, se entiende que el aumento de la participación de mujeres con estudios en la fuerza de trabajo es un factor impulsor esencial del desarrollo que, a su vez, respalda la libertad de decisión (como se ha visto en el capítulo 2).

COACCIÓN REPRODUCTIVA (S) –

CONDUCTA QUE INTERFIERE ACTIVAMENTE CON LA AUTONOMÍA REPRODUCTIVA DE UNA MUJER, COMO EL SABOTAJE DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS, LA RETIRADA NO CONSENSUADA DEL PRESERVATIVO, EL ABORTO FORZADO O IMPEDIR UN ABORTO DESEADO; LA COACCIÓN REPRODUCTIVA ESTÁ RECONOCIDA COMO UNA FORMA DE VIOLENCIA DE PAREJA, QUE TAMBIÉN PUEDE SER PERPETRADA POR FAMILIARES U OTRAS PERSONAS.

La brecha entre zonas urbanas y rurales

Muchos estudios han llegado a la conclusión de que las mujeres de las zonas rurales tienen más probabilidades —en algunos casos, más del doble— de pasar por un embarazo no intencional que las de las zonas urbanas (Ameyaw *et al.*, 2019). La explicación más sencilla de esta diferencia sería que, en las zonas rurales, hay menos acceso a los anticonceptivos modernos. En numerosos contextos, la situación es justo esa (y se analizará más a fondo en el capítulo 4), pero ahí no acaba la cosa ni mucho menos. Atendiendo a numerosos parámetros, las mujeres de las comunidades rurales se topan con mayores obstáculos que dificultan su empoderamiento y autonomía en un sentido general. Por ejemplo, las mujeres rurales de los países de Asia (Acharya *et al.*, 2010), América Latina (Chant, 2013) y África (Darteh *et al.*, 2019) son menos autónomas en lo que respecta a la toma de decisiones sobre la atención sanitaria, el hogar y el uso de anticonceptivos. También puede que en las zonas rurales haya una cierta propensión a seguir normas sociales y de género con un carácter más conservador y patriarcal. En unas entrevistas con mujeres rurales que se llevaron a cabo en la República Democrática del Congo, quedó patente que, por ejemplo, las normas socioculturales y la poca comunicación entre los cónyuges fueron elementos disuasorios en lo tocante al uso de anticonceptivos (Mbadu *et al.*, 2017). Asimismo, es más probable que, en los países en desarrollo, las mujeres de las zonas rurales estén menos formadas y sean más pobres (Suttie, 2019; ONU Mujeres, 2012); como ya hemos constatado, estas circunstancias se relacionan con un aumento de la tasa de embarazos no intencionales.

Cuando no se elige

Aunque los factores ya mencionados tienen una incidencia vital en el respaldo o la merma de la autonomía corporal de las mujeres y las niñas, también somos conscientes de que el poder de decisión de muchas mujeres es limitado —cuando no inexistente— en lo tocante al embarazo y a las relaciones sexuales que lo preceden. Estas mujeres

y niñas (así como las personas que expresan disconformidad de género) ven cómo la violencia, la coacción u otras circunstancias que escapan por entero a su control amenazan gravemente su autonomía corporal o la anulan.

Violencia y coacción

La violencia, y en especial la violencia sexual, constituye una clara violación de los derechos humanos que se reconoce como tal y guarda una relación estrecha con los embarazos no intencionales (Millet *et al.*, 2010). Una persona puede quedar embarazada a raíz de una relación sexual violenta, no deseada o que se produjo sin su consentimiento, pero las diversas formas de violencia también menoscaban la capacidad de tomar decisiones de las personas supervivientes

en un sentido más general. El ejercicio de sus derechos se ve afectado de una infinidad de maneras; por ejemplo, a la hora de denunciar lo ocurrido, acceder a servicios sanitarios (entre ellos, el aborto sin riesgos) o conseguir anticonceptivos y emplearlos.

Tras decenios de investigación, se ha demostrado que la violencia de pareja y los comportamientos conexos —por ejemplo, la coacción reproductiva— ejercen una influencia considerable sobre la salud sexual de las personas supervivientes, que abarca el uso de anticonceptivos y la prevalencia de los embarazos no intencionales (Skracic *et al.*, 2021; Silverman *et al.*, 2019; Raj *et al.*, 2015; Miller *et al.*, 2010a; Coker, 2007). Quienes han sobrevivido a episodios de violencia son más propensos a iniciar relaciones con parejas que no practican la monogamia y tienen

Control reproductivo

El control reproductivo se denominó como tal por primera vez en una publicación científica de 2010, aunque se trata de prácticas antiquísimas (Miller *et al.*, 2010a). Este concepto, que difiere enormemente de la noción de “control de la natalidad” (un sinónimo de planificación familiar), engloba un amplio abanico de comportamientos que impiden que las mujeres tomen las riendas de su cuerpo y su fecundidad, y entre los que cabe citar el chantaje emocional, las agresiones verbales, las amenazas de violencia y la violencia en sí. El control reproductivo puede ir en aumento hasta convertirse en “coacción reproductiva” (Paterno *et al.*, 2021; Tarzia y Hegarty, 2021; Boyce *et al.*, 2020; Grace y Anderson, 2018), que consiste en que la pareja o un pariente intervengan para poner trabas a la libertad reproductiva de la mujer. Evitar que se interrumpa un embarazo pese a la voluntad de ella o, por el contrario, obligarla a someterse a un aborto que no quiere son ejemplos de esto. El sabotaje del uso de anticonceptivos también se encuadra en la coacción reproductiva: aquí encontramos la práctica de pinchar condones, tirar a la basura anticonceptivos orales, quitar por la fuerza parches anticonceptivos, anillos vaginales o DIU (Rowlands y Walker, 2019) y la retirada no consensuada del preservativo, que consiste en que un hombre se quite el preservativo durante el coito aunque la pareja solo haya dado su consentimiento para mantener relaciones sexuales con protección (Brodsky, 2017). Las mujeres que sufren violencia de pareja no solo tienen el doble de probabilidades de que el hombre se niegue a usar anticonceptivos (Silverman y Raj, 2014), sino que también se arriesgan a que la violencia empeore si intentan acercar posturas sobre este tema (Thiel de Bocanegra *et al.*, 2010).

VIOLENCIA, COERCIÓN Y SUPRESIÓN DE LA CAPACIDAD DE DECISIÓN

FREETOWN, Sierra Leona — “No estaba preparada para un embarazo”, explica Mamusu, que ahora tiene 18 años, al UNFPA en Freetown (Sierra Leona). “Pero cuando empecé a salir con ese hombre, no tenía a nadie que se ocupase de mi educación, que pudiese ayudarme cuando necesitaba cosas para la escuela... Era él quien me ayudaba”.

Mamusu describe al padre de su bebé como “novio”, “marido” y “el hombre que me dejó embarazada”,

señal de que su relación es muchas cosas, pero no una entre iguales.

Para empezar, cuando lo conoció Mamusu era una niña, apenas entrada en la adolescencia. Por otro lado, tenía muchísimas ganas de seguir estudiando, pero la pobreza amenazaba esa frágil vía de escape hacia un futuro mejor. “Nos pedían que compráramos bolígrafos y libros, que hiciéramos todo, nos mandaban tareas, y yo no tenía dinero... Él dijo que quería salir conmigo y entonces le expliqué mis problemas”.

La ayuda duró poco: “Me sentí desdichada cuando me enteré de que estaba embarazada a los 14 años”.

Su caso no es único. Las niñas de Sierra Leona suelen tener dificultades para guiarse en un laberinto de decisiones imposibles. El país presenta una de las tasas más altas del mundo de embarazos en la adolescencia (UNFPA, s. f.) y mortalidad materna (UNFPA, s. f.). La violencia sexual es endémica (UNFPA Sierra Leona, s. f.) y gran parte de sus víctimas son menores de edad. Esto conlleva terribles consecuencias. Las niñas más vulnerables pueden ser atacadas o abordadas por hombres y niños mayores cuando salen para ir a buscar agua o vender productos o incluso al ir a la escuela. Si estas niñas consienten en entablar una relación sexual —ya sea romántica, transaccional o una sin límites claros entre ambas—, a menudo lo hacen desde una posición de desventaja o como estrategia de supervivencia. Pero si se quedan embarazadas, es muy frecuente que las echen de sus hogares y queden abandonadas a su suerte.

“Las niñas no se quedan embarazadas porque quieran”, afirma Mangenda Kamara, que cofundó y dirige 2YoungLives, un proyecto de orientación para niñas embarazadas. “Pero la pobreza extrema, la violencia y muchos niveles de coacción, entre



Mamusu se dio cuenta de que estaba embarazada de su primer hijo a los 14 años.
© UNFPA/Michael Duff

ellos el sexo transaccional, limitan sus opciones”.

Las niñas tienen poca autonomía, pero afrontan toda la responsabilidad de estas situaciones, incluso si son consecuencia de una violación. “Cuando alguien sufre una violación y se queda embarazada, tiene muy pocas opciones”, reconoce Fatmata Sorie, abogada en Freetown y presidenta de una organización de mujeres juristas, Legal Access through Women Yearning for Equality, Rights and Social Justice (“Acceso Legal a través de Mujeres con Ansias de Igualdad, Derechos y Justicia Social”). “No existen estructuras para ayudar a las víctimas de violaciones”, continúa. “Las comisarías de policía ni siquiera tienen kits de pruebas de violación, por ejemplo”.

A menudo se hace sentir a las niñas que ellas son las responsables de la actividad sexual, aunque sea resultado de la presión o la coacción, y casi no reciben información sobre sus derechos o sus cuerpos. Hasta hace poco, la educación sexual estaba prohibida y las niñas embarazadas tenían prohibido volver a la escuela. (El grupo de Sorie y el UNFPA presionaron para que se aprobara una ley que cambiara estas normas, pero esta política apenas está empezando a aplicarse). Según FP2030, más del 86% de las niñas de entre 15 y 19 años no han utilizado nunca anticonceptivos, y el 21% de ellas serán madres para cuando hayan cumplido los 19 años. Ahora bien, en Sierra Leona el aborto es delito y se persigue como tal. Cuando se produce un aborto, señala

Sorie, “ocurre en las condiciones de mayor riesgo y menos profesionales”.

“En conjunto, estos factores suelen ser fatales. Antes de la cuarentena, hicimos un estudio y descubrimos que la tasa de muertes maternas entre las menores de 18 años [en Freetown Oriental] era de una de cada diez”, afirma Lucy November, matrona e investigadora del King’s College de Londres (November y Sandall, 2018). Su investigación, llevada a cabo con Kamara, impulsó la creación de 2YoungLives.

Las niñas que sobreviven al embarazo suelen ser repudiadas y abandonadas. Fue lo que le pasó a Dankay, que ahora también tiene 18 años. A ella también se le propuso sexualmente un hombre mayor que la ayudó a salir adelante: “Cuando acepté sus propuestas, fue él quien me ayudó, poco a poco. Pero cuando me dejé embarazada, negó que hubiese sido él y empezó a evitarme. Mi tía me echó de casa, porque decía que era una vergüenza quedarse embarazada sin que un hombre se hiciera responsable”. Se quedó en casa de una amiga, pero pasaba hambre muchas veces y dormía en el suelo del porche, que estaba frío.

“Las estigmatizan la comunidad, las escuelas y los hospitales, todo el mundo”, explica Kamara. A veces, “si no hay nadie que las ayude, por ejemplo, asesorándolas o aconsejándolas, acaban perdiendo al bebé, o llegan a morir también ellas”.

Pero explica asimismo que, en este tipo de situaciones, un poco de apoyo



Dankay, de 18 años, afirma que cuando se quedó embarazada hizo todo lo posible para que el padre se hiciera responsable, pero él se negó. © UNFPA/Michael Duff

es un mundo. El asesoramiento, el apoyo social, la ayuda para el cuidado de los niños, la información objetiva, la bondad... son cosas que marcan la diferencia. A través de 2YoungLives, Mamusu puso en marcha su propia pequeña empresa y ha demostrado ser una magnífica estudiante. Está decidida a sacar el máximo partido de lo que tiene, no solo por ella y por su criatura, sino también por su comunidad. “Cuando me examine y me gradúe en la universidad, quiero ser enfermera”, anuncia Mamusu. “Porque cuando visito el hospital veo lo bien que cuidan a la gente”.

Dankay también está recibiendo ayuda para compaginar los estudios con la maternidad. Su resiliencia y determinación de crear una vida mejor para sus hijos son ejemplos que harían bien en seguir los responsables de la toma de decisiones. Su potencial no debe desaprovecharse, sino ser celebrado, y ellas lo saben.

“Ser madre a esta edad no es nada fácil”, dice, “pero me hará más fuerte”.

menos tendencia a exigirles que utilicen un preservativo (Silverman y Raj, 2014). En algunos estudios, las mujeres que sufrían violencia de pareja tenían el doble de posibilidades de que el hombre se negara a usar anticonceptivos y eran dos veces más propensas a quedarse embarazadas sin haberlo planeado que las mujeres que no sufrían violencia de pareja (Silverman y Raj, 2014). Dichos estudios comprendían países tan diferentes como Bangladesh (Silverman *et al.*, 2007) y Nueva Zelanda (Fanslow *et al.*, 2008).

Por otro lado, quienes sufren violencia tienen más tendencia a recurrir a anticonceptivos de modo encubierto (Silverman *et al.*, 2020; McCarragher *et al.*, 2006), lo que indica que muchos de los cónyuges que maltratan se oponen activamente a la autonomía reproductiva de las

personas supervivientes o procuran desbaratarla. El resultado de un metanálisis de siete estudios en los que participaron casi 15.000 personas de cinco países (Maxwell *et al.*, 2015) expuso que, en general, “la probabilidad de que las mujeres víctimas [de violencia de pareja] afirmaran utilizar anticonceptivos era un 53% más baja que si se trataba de mujeres que no habían sufrido esta lacra”. Otro estudio —en esta ocasión, de mujeres nigerianas casadas— puso de manifiesto que las mujeres que habían sufrido violencia de pareja tenían una probabilidad 1,28 veces mayor de abandonar los anticonceptivos que las no habían estado expuestas a esa violencia (Kupoluyi, 2020).

Al margen de la violencia sexual, las demás formas de violencia también golpean duramente la capacidad de actuación de las mujeres y

Las leyes y normas frente a la experiencia personal

Existen muchas leyes e instrumentos de derechos humanos que, al tomarse en conjunto, plasman el consenso prácticamente universal sobre el hecho de que la violencia sexual y de pareja constituye una violación de los derechos humanos. El derecho a vivir sin sufrir violencia sexual ni de pareja se estipula con claridad desde hace decenios; en este sentido, cabe destacar al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas y al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, 2017). El aborto es legal en la gran mayoría de las naciones (Allotey *et al.*, 2021) y tiene la consideración de derecho humano a ojos de numerosos órganos creados en virtud de tratados internacionales de derechos humanos y según tratados regionales que versan sobre el mismo tema (Fine *et al.*, 2017); esto se debe en parte a haber reconocido que, con frecuencia, el embarazo se produce a raíz de haber empleado la fuerza o de una coacción.

El deber de los gobiernos en lo que respecta a conducirse con la diligencia debida a la hora de prevenir, investigar, perseguir y castigar los actos violentos también ha quedado plenamente establecida en el derecho internacional y regional de los derechos humanos, así como en las legislaciones nacionales (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, 2017). Además, en determinadas circunstancias, los embarazos forzados u “obligatorios” se contemplan como un crimen de lesa humanidad y un crimen de guerra (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1998; Comité Internacional de la Cruz Roja [CICR], 1977). Sin embargo, y a pesar de que estos instrumentos y normas jurídicos han cosechado un apoyo abrumador en todo el mundo, la violencia y la coerción sexuales todavía son delitos omnipresentes y quienes los perpetran siguen gozando de impunidad.

las niñas con respecto a la reproducción. En 1999, un estudio de Estados Unidos halló una relación estrecha entre los embarazos no intencionales y haber sido objeto de maltrato físico o psicológico en casa durante la infancia. Esto ilustra con contundencia las repercusiones duraderas que provoca haber sido despojado de derechos y denota que las secuelas psicológicas del desempoderamiento pueden impulsar drásticamente los embarazos no intencionales (Dietz *et al.*, 1999).

¿Con qué frecuencia se produce un embarazo a raíz de la violencia sexual y las relaciones sexuales bajo coacción? Con los datos en la mano, demasiado a menudo. Se llevó a cabo un estudio en Haití, Malawi, Nigeria, Zambia y Uganda que analizaba la incidencia de los embarazos derivados de las relaciones sexuales bajo coacción en la población femenina de entre 13 y 21 años. De las encuestadas, entre el 10,4% y el 18% había sido blanco de actos de violencia sexual por parte de la pareja actual, una expareja, un pariente, un conocido o un desconocido (Statmatakis *et al.*, 2020). De las adolescentes que habían sufrido una violación, el porcentaje que declaró haber concebido como consecuencia del delito oscilaba entre el 13,2% en Nigeria y el 36,6% en Malawi. El estudio concluye que, en algunos casos, más de un tercio de las personas supervivientes quedaron embarazadas la primera vez que mantuvieron relaciones sexuales forzadas o bajo presión, o durante el episodio más reciente. En otros estudios más antiguos, al observar la incidencia de los embarazos derivados de las violaciones, se constató que es parecida o superior (Gottschall y Gottschall, 2003; Wilcox *et al.*, 2001) a la incidencia de los embarazos fruto de las relaciones consentidas.

Desde luego, la violencia sigue cosechando más aceptación social de lo que se podría pensar. Si bien esta aprobación experimentó un brusco descenso en la primera década del siglo XXI tanto por parte de los hombres como de las mujeres (Pierotti, 2013), las actitudes al respecto no cambian de modo uniforme: existen estudios que prueban que la idea

Un análisis de 19 estudios sobre la violencia sexual entre refugiados y desplazados internos estimó que la prevalencia de estos delitos es del 21,4%.

de que ejercer violencia se justifica si una mujer no quiere mantener relaciones sexuales está muy extendida entre la población femenina de algunos lugares (Banco Mundial, 2021).

No obstante, la violencia no es el único método para impedir que quienes tienen un embarazo no intencional ejerzan su autonomía corporal y tomen decisiones sobre la gestación. La coacción (el uso de la fuerza, amenazas, presión o intimidación, así como la falta de consentimiento) puede materializarse aunque no haya violencia —y así sucede—; el resultado es que la capacidad de llevar a la práctica las intenciones y ejercer la libertad de decisión se debilita terriblemente. Puede que las mujeres dejen en manos de su pareja las decisiones sobre el sexo y el embarazo por miedo a sufrir violencia, o porque esta forma parte de lo que la sociedad acepta o espera.

Si el embarazo tiene su origen en una violación o en una relación sexual bajo coacción, las violaciones de derechos y los perjuicios que acarrea se multiplican. Cada uno de esos delitos atenta contra los derechos humanos; por sí fuera poco, forzar a una persona a quedarse embarazada y obligarla a que continúe la gestación o a que se someta a un aborto en contra de su voluntad (tipos de coacción

CUANDO FALLAN LOS ANTICONCEPTIVOS

UNFPA — Los anticonceptivos han cambiado la historia: los métodos modernos llevan decenios reforzando la capacidad de decisión de las mujeres sobre su vida reproductiva y ayudando a los países a alcanzar sus objetivos de desarrollo. Pero no siempre funcionan.

Mukul, de la India, sufrió a los 24 años complicaciones en el parto que pusieron en peligro su vida y a raíz de eso optó por utilizar un DIU. Sin embargo, menos de un año después, se sorprendió al descubrir que estaba embarazada de nuevo, y de cinco meses, demasiado tarde para poder contemplar un aborto. Dio a luz a su segunda hija. “Dimos la bienvenida a nuestra segunda hija y seguimos criando a las dos”, recuerda Mukul. “Todo salió bien y fue muy querida por todos, la familia y las amistades”.

Mukul no tenía motivos para esperar que fuese a quedarse embarazada. El DIU es un método de acción prolongada y es considerado uno de los anticonceptivos más fiables. Pero ningún anticonceptivo es infalible: ni los anticonceptivos orales, ni los implantes, ni los inyectables, ni

siquiera la vasectomía. Cuando se utilizan correctamente y de forma sistemática, las tasas de fallo de todos estos métodos no llegan al punto porcentual —y a veces son mucho más bajas—, pero los fallos *existen*. En el Reino Unido, por ejemplo, uno de cada cuatro abortos se atribuye al fallo de la anticoncepción hormonal (BBC, 2017), una cifra que casi se duplica cuando se contempla el conjunto de todos los métodos, como los preservativos, los diafragmas y la marcha atrás.

“Me di cuenta de que el anticonceptivo no había funcionado cuando me dieron el resultado a los seis meses. Me quedé conmocionada y pensé: ‘¿Qué ha pasado?’”.

Varios años más tarde, y aunque seguía usando anticonceptivos, Mukul se encontró con que volvía a estar embarazada. Estaba segura de que no quería más hijos, aunque su padre la había presionado para que intentara tener un niño. (A pesar de los éxitos de Mukul, que ha triunfado en el mundo académico, su

familia seguía teniendo una clara preferencia por los varones). “Decidí abortar para poder asumir mis responsabilidades para con mis dos hijas, sin que se vieran perjudicadas por el nacimiento de un tercer hijo”, insiste. “No me arrepiento”.

Dalila*, de una zona rural de El Salvador, tuvo una experiencia muy similar. Poco después de casarse, una asesora de planificación familiar les hizo una visita a ella y al que ya era su esposo. Pero ella no quiso utilizar métodos anticonceptivos. “Deseaba ser madre”, explica Dalila. “Cuando llegó mi hija, me alegré mucho”.

Al igual que Mukul, empezó a utilizar métodos anticonceptivos

tras el nacimiento de su primera hija y, también como Mukul, se enteró de que estaba embarazada cuando su segunda gestación ya estaba muy avanzada. “Me di cuenta de que el anticonceptivo no había funcionado cuando me dieron el resultado a los seis meses. Me quedé conmocionada y pensé: ‘¿Qué ha pasado?’”.



Ningún anticonceptivo es infalible.
© Shutterstock

“A veces no se dan cuenta hasta que la gestación ya está muy avanzada, porque no lo esperan”, explica.”

secuelas a largo plazo o no sobrevivieron. “Era terrible”, recuerda. Un mes, de cuatro mujeres ingresadas tras abortos en condiciones de riesgo, “tres murieron y solo se salvó una”. La situación mejoró a partir de 1983, cuando se legalizó el aborto, pero recalca que, incluso hoy en día, numerosos hospitales carecen de los medios para ofrecer abortos seguros y muchos médicos no tienen tiempo ni ganas de proporcionar orientación sobre anticonceptivos.

Estas historias no sorprenden a la Dra. Ayse Akin, una médica de Turquía que lleva medio siglo dedicándose a la salud pública y reproductiva. Ha visto embarazos de muchas pacientes que empleaban métodos anticonceptivos, tanto DIU como otros. “A veces no se dan cuenta hasta que la gestación ya está muy avanzada, porque no lo esperan”, explica.

Pero los fallos de los anticonceptivos no afectan por igual a todas las mujeres ni se producen en la misma medida. Un estudio llevado a cabo en 2019 descubrió que, con ciertos métodos, las usuarias de anticonceptivos más jóvenes experimentaban tasas de fallo hasta 10 veces superiores a las mujeres de más edad (Bradley *et al.*, 2019). Hay muchas explicaciones posibles: las mujeres más jóvenes pueden ser más fértiles, llevar

una vida sexual más activa, contar con menos práctica en el uso de anticonceptivos o enfrentarse a más dificultades para acceder a un asesoramiento de calidad sobre anticonceptivos. Las mujeres más pobres también presentaron unas tasas de fallo de los anticonceptivos considerablemente mayores. Estos datos indican que las mujeres con menos capacidad para afrontar un embarazo no intencional —las más jóvenes y las más pobres— tienen más probabilidades de tener uno, incluso cuando hacen todo lo posible por evitarlo.

Las consecuencias pueden ser nefastas, según advierte la Dra. Akin, que ayudó a muchas pacientes que llegaban a su consulta tras someterse a abortos clandestinos y en condiciones de riesgo y venían sangrando, anémicas o con septicemia; muchas sufrieron

Dalila y Mukul siguieron confiando en los anticonceptivos a pesar de que les habían fallado. El marido de Mukul se sometió a una vasectomía para no tener más hijos de los que deseaban. Dalila, que confiesa que su inesperado segundo embarazo “fue una alegría”, también decidió que su familia estaba completa con dos niñas.

Ahora sus hijas ya son adolescentes y ella les aconseja que encuentren parejas que las apoyen —a ellas y sus ambiciones— y que tengan en cuenta la planificación familiar. Dalila está convencida de que ambas tomarán las riendas del futuro que tienen ante sí: “Nadie les va a exigir que traigan un bebé al mundo si no se sienten preparadas para ser madres”.

**Nombre ficticio para proteger la intimidad y por razones de protección*



© UNFPA/Fidel Évora

reproductiva) son formas de violencia reconocidas y violaciones de los derechos humanos (Grace y Anderson, 2018; Miller y Silverman, 2010).

Las crisis humanitarias privan de la capacidad de actuación en todos los ámbitos

Las crisis humanitarias, que abarcan los desastres naturales y las desgracias fruto de la actividad humana (como los conflictos armados), también privan a las mujeres y las niñas del derecho a ejercer de manera activa su autonomía corporal. En tales situaciones de emergencia, la población suele dejar de tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (incluidos los anticonceptivos) a la vez

que pasa a estar más expuesta a la violencia sexual (Heidari *et al.*, 2019). Es bien sabido que el riesgo de sufrir una violación se incrementa en situaciones de emergencia a medida que los mecanismos de protección se desintegran. Se producen más incidentes de los que se denuncian, lo que complica que se hagan conjeturas con respecto a las cifras; no obstante, un análisis de 19 estudios sobre la violencia sexual entre refugiados y desplazados internos estimó que la prevalencia de estos delitos es del 21,4% (Vu *et al.*, 2014).

Asimismo, la violencia sexual se emplea como arma de guerra. Los estudios revelan que esto no ocurre en todos los conflictos, pero sí con demasiada frecuencia (a modo de ejemplos, cabe citar la guerra de los Balcanes en los años 90, los ataques selectivos contra mujeres yazidíes por parte del Estado Islámico en el Iraq y el Levante durante el último decenio y la violencia infligida por Boko Haram en el norte de Nigeria [Oladeji *et al.*, 2021]). El último informe del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia sexual relacionada con conflictos hace hincapié en las pautas persistentes de violaciones dentro del marco de situaciones de conflicto armado en el Afganistán, la República Centroafricana, Colombia, la República Democrática del Congo, el Iraq, Libia, Malí, Myanmar, Somalia, Sudán del Sur, el Sudán, la República Árabe Siria y el Yemen (Naciones Unidas, 2020).

Los programas humanitarios deben proteger a las personas que corren peligro (sin olvidar a los niños y los hombres) y cubrir las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de las supervivientes, que engloban el tratamiento clínico de las violaciones y los anticonceptivos de emergencia (Austin *et al.*, 2008). La versión revisada del documento *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* resalta este hecho al incorporar la prevención y la atención de los embarazos no intencionales —e incluir de modo explícito la asistencia segura en casos de aborto— al paquete de servicios iniciales mínimos de salud reproductiva y violencia

por razón de género (Heidari *et al.*, 2019; Foster *et al.*, 2017).

Fallo y uso incorrecto o irregular de los métodos anticonceptivos

El acceso a los anticonceptivos no es de por sí una solución mágica capaz de evitar todos los embarazos no intencionales. Incluso si se utilizan correctamente y por sistema, todos los métodos modernos de anticoncepción tienen un cierto margen de error (los métodos tradicionales ofrecen todavía menos garantías). Esto implica que los métodos de que disponemos en la actualidad no pueden ni podrán erradicar los embarazos no intencionales.

Asimismo, y tal como señalan los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la OMS, la incidencia de los fallos de dichos métodos es mayor si se examina el uso que se hace de ellos en la vida real; para los preservativos femeninos, la tasa de fallo alcanza el 21% (encontrará más información sobre el índice de eficacia de los anticonceptivos en la página 58).

El fallo de los métodos anticonceptivos y las circunstancias en las que se utilizan en la vida real son uno de los motivos principales a los que aluden las mujeres de todo el mundo como origen de un embarazo no intencional. En el Reino Unido, por ejemplo, el proveedor de servicios de aborto British Pregnancy Advisory Service afirmó que, de las casi 60.000 mujeres que abortaron en sus clínicas en 2016, más de la mitad recurría a, como mínimo, un tipo de método anticonceptivo. En unas declaraciones a la BBC, la dirección general de la entidad explicó lo siguiente: “Según nuestros datos, las mujeres no pueden controlar los embarazos solamente con anticonceptivos, incluso si emplean los métodos más eficaces que existen” (BBC, 2017).

El UNFPA y los embarazos no intencionales

Con el objetivo de prevenir los embarazos no intencionales y la necesidad de recurrir al aborto en condiciones de riesgo, el UNFPA opera en más de 120 países y territorios para facilitar el acceso a atención y servicios de salud sexual y reproductiva, así como para exigir que tengan un carácter integral y adopten un enfoque del ciclo vital, habida cuenta de que las necesidades de los usuarios cambian a lo largo de los años y varían según la etapa de la vida sexual y reproductiva en la que se encuentren.

El Plan Estratégico del UNFPA para 2022-2025 expone su firme determinación de ampliar el suministro de información y servicios integrales y de calidad en materia de salud sexual y reproductiva como parte de los planes de cobertura sanitaria universal.

Previo solicitud de los gobiernos respectivos, en la medida en que lo permita la legislación de cada país, en consonancia con las directrices de la OMS y conforme al párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), el UNFPA respalda a los gobiernos y demás asociados en la ejecución y partes interesadas en el desarrollo de su labor encaminada a garantizar el acceso a, entre otros, una educación sexual integral para los jóvenes escolarizados y sin escolarizar; servicios y productos anticonceptivos de calidad, especialmente para la población adolescente; atención posterior al aborto de carácter universal; y servicios de prevención y respuesta ante la violencia de género y prácticas nocivas como el matrimonio infantil.

120 países y territorios

Un estudio demuestra que los embarazos de quienes utilizan anticonceptivos representan prácticamente la mitad de todos los embarazos no intencionales; de ellos, 9 de cada 10 podían achacarse a haberlos usado incorrectamente o de modo irregular, mientras que 1 de cada 10 correspondía a un fallo del método habiéndose empleado de la mejor forma posible (Frost y Darroch, 2008).

Otras formas de marginalización


Las formas complementarias de marginalización y aquellas que se solapan merman aún más la capacidad de actuación de las personas y aumentan las vulnerabilidades relacionadas con los embarazos no intencionales. Por ejemplo, las trabajadoras sexuales se topan con obstáculos jurídicos y sociales a la hora de utilizar anticonceptivos, lo que se traduce en un gran número de embarazos no intencionales (Faini *et al.*, 2020; Ampt *et al.*, 2018). Para las personas con discapacidad, el riesgo de violencia sexual es enorme —las mujeres con discapacidad tienen una probabilidad hasta diez veces mayor de sufrir violencia sexual en comparación con las mujeres sin discapacidad—; además, puede que se las obligue a someterse a

un aborto si se quedan embarazadas (UNFPA, 2018). Las desigualdades étnicas y raciales, así como otras disparidades, agravan la situación de vulnerabilidad de un individuo frente al embarazo no intencional. Todos estos factores merecen estudiarse con más detenimiento del que permite este documento.

A más base empírica, menos culpabilización

A pesar de que la frecuencia con que se malinterpreta o su representación no se ajusta a la realidad (por ejemplo, cuando se describe como el resultado de un instante de pasión o de una imprudencia), los embarazos no intencionales son un problema complejo que escapa a los intentos de resolverse con explicaciones sencillas. Como subrayan las pruebas que se han ofrecido aquí y en el capítulo 2, estos embarazos son representativos del conjunto de fuerzas políticas, económicas, socioculturales y tecnológicas que afectan en todos los ámbitos a las mujeres, las niñas y las demás personas con posibilidad de gestar. Hay argumentos de mucho peso a favor de que las tareas orientadas a reducir los embarazos no intencionales sigan un planteamiento holístico que deje atrás las actitudes moralistas de desaprobación hacia las personas afectadas. La estigmatización del embarazo no intencional entre las adolescentes y las mujeres solteras conlleva que, en muchas ocasiones, el acceso a los anticonceptivos sea un camino lleno de obstáculos. En el caso de las mujeres casadas, la expectativa generalizada de que han de tener hijos implica que, con frecuencia, sus vivencias en torno a los embarazos no intencionales no se reconocen ni se estudian lo suficiente. La estigmatización puede repercutir también en las mujeres que, por lo demás, se alegran del embarazo o necesitan espacio para explorar las dudas que puedan sentir.

En última instancia, el relato en torno a los embarazos no intencionales es un reflejo del valor que las sociedades dan o no a las mujeres



El relato en torno a los embarazos no intencionales es un reflejo del valor que las sociedades dan o no a las mujeres y las niñas.

y las niñas. Si no las empoderan lo suficiente como para que escojan si quieren quedarse embarazadas, las sociedades dan a entender que la maternidad es un destino inevitable y no un deseo. Por el contrario, si las sociedades empoderan a las mujeres

y las niñas de forma que la reproducción se convierta en una decisión voluntaria, estarán reconociendo el valor intrínseco de la población femenina en cuanto que seres humanos, lo que incluye la maternidad, pero sin restringirse a ella.



Eficacia, efectos secundarios y beneficios de los anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos modernos pueden resultar sumamente eficaces a la hora de prevenir los embarazos no intencionales. Sin embargo, para algunas personas un método determinado puede resultar poco adecuado por razones médicas, socioeconómicas o de disponibilidad de suministros. Los datos que aparecen a continuación se han extraído de las directrices más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020c; OMS, 2018). No deben emplearse para dar recomendaciones médicas ni proporcionar un tratamiento; los profesionales sanitarios deberán consultar las fuentes originales.

Tipo de anticonceptivo	Duración o frecuencia de utilización	Embarazos al año por cada 100 mujeres si se utiliza correctamente y por sistema	Embarazos al año por cada 100 mujeres si se utiliza de la forma habitual en la vida real	Posibles efectos secundarios (sin ánimo de exhaustividad)	Posibles beneficios para la salud (sin ánimo de exhaustividad)
MÉTODOS INTRAUTERINOS					
Dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG)	Entre 3 y 7 años (según el tipo)	Entre 0,2 y 0,8	Entre 0,2 y 0,8	Cambios en la menstruación, acné, cefaleas, sensibilidad o dolor en los senos, náuseas, aumento de peso, mareos, cambios de humor y quistes ováricos	Puede ayudar a prevenir la anemia y la aparición del cáncer de endometrio y el cáncer de cuello uterino; también puede reducir la dismenorrea, los sangrados abundantes y los síntomas de la endometriosis
Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre	Un máximo de entre 10 y 12 años (deben seguirse las directrices nacionales)	0,6	0,8	Cambios en la menstruación, así como dismenorrea durante el sangrado mensual, especialmente en los primeros 3 y 6 meses	Puede ayudar a prevenir la aparición del cáncer de cuello uterino
MÉTODOS HORMONALES					
Implante	Entre 3 y 5 años (según el tipo)	0,1	0,1	Cambios en la menstruación, cefaleas, dolor abdominal, acné (el cual puede empeorar o mejorar), aumento de peso, sensibilidad en los senos, mareos, cambios de humor, náuseas y complicaciones poco comunes	Puede ayudar a prevenir la enfermedad inflamatoria pélvica sintomática y la anemia
Progestágeno inyectable (puede ser acetato de medroxiprogesterona de depósito [AMPD], inyección subcutánea de AMPD o enantato de noretisterona [EN-NET])	Cada 2 o 3 meses (según el tipo)	0,2	4	Cambios en la menstruación, aumento de peso, cefaleas, mareos, molestias abdominales, cambios de humor, disminución de la libido y pérdida de densidad ósea	Puede ayudar a prevenir la aparición del cáncer de endometrio, los miomas uterinos, los síntomas de la enfermedad inflamatoria pélvica —entre otras— (AMPD); previene la anemia (AMPD y EN-NET)
Inyecciones mensuales o anticonceptivos combinados inyectables	Todos los meses	0,05	3	Cambios en la menstruación, aumento de peso, cefaleas, mareos y sensibilidad en los senos	Hay pocos datos disponibles; los beneficios podrían ser parecidos a los de los anticonceptivos orales combinados
Anticonceptivos orales combinados ("la píldora")	Todos los días	0,3	7	Cambios en la menstruación, cefaleas, mareos, náuseas, aumento de peso, cambios de humor, sensibilidad en los senos y otros riesgos para la salud que van de raros a muy raros	Pueden ayudar a prevenir la aparición del cáncer de endometrio y el cáncer de ovarios, así como los síntomas de la enfermedad inflamatoria pélvica
Píldoras de solo progestina ("la minipíldora")	Todos los días	0,3	Entre 1 y 7 (en función de si la usuaria está en período de lactancia)	Cambios en la menstruación, cefaleas, mareos, cambios de humor, sensibilidad en los senos, dolor abdominal y náuseas	Protegen frente al riesgo de embarazo, no presentan riesgos para las madres lactantes ni los bebés porque no afectan a la producción de leche
Parche	Una vez a la semana durante tres semanas	0,3	7	Irritaciones cutáneas, cambios en la menstruación, cefaleas, náuseas, vómitos, sensibilidad y dolor en los senos, dolor abdominal, síntomas seudogripales y vaginitis	Hay pocos datos disponibles; los beneficios podrían ser parecidos a los de los anticonceptivos orales combinados
Anillo vaginal anticonceptivo (combinado) liberador de hormonas	Una vez colocado, es eficaz durante tres semanas	0,3	7	Cambios en la menstruación, cefaleas, vaginitis y secreción	Hay pocos datos disponibles; se esperaría que sean parecidos a los de los anticonceptivos orales combinados
Anillo vaginal anticonceptivo liberador de progestina	90 días	Entre 1 y 2	Entre 1 y 2	Cambios en la menstruación, dolor abdominal y dolor en los senos	No afecta a la producción de leche en madres lactantes

Tipo de anticonceptivo	Duración o frecuencia de utilización	Embarazos al año por cada 100 mujeres si se utiliza correctamente y por sistema	Embarazos al año por cada 100 mujeres si se utiliza de la forma habitual en la vida real	Posibles efectos secundarios (sin ánimo de exhaustividad)	Posibles beneficios para la salud (sin ánimo de exhaustividad)
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA					
Capuchón cervical	Antes de mantener relaciones sexuales	Entre 9 y 26 (en función de si la usuaria ha dado a luz)	Entre 16 y 32 (en función de si la usuaria ha dado a luz)	Algunas personas afirman haber sufrido irritaciones y posibles lesiones vaginales	Puede proteger contra algunas infecciones de transmisión sexual y ayudar a prevenir la aparición del precáncer y el cáncer de cuello uterino
Diafragma	Antes de mantener relaciones sexuales	16	17	Algunas personas afirman haber sufrido irritaciones y posibles lesiones vaginales	Puede proteger contra algunas infecciones de transmisión sexual y ayudar a prevenir la aparición del precáncer y el cáncer de cuello uterino
Preservativo masculino	De usar y tirar	2	13	Puede haber una reacción alérgica al látex (muy raro)	Brinda protección por partida doble frente al embarazo y las infecciones de transmisión sexual (también el VIH)
Preservativo femenino	De usar y tirar	5	21	Ninguno	Brinda protección por partida doble frente al embarazo y las infecciones de transmisión sexual (también el VIH)
Espemicidas	Antes de mantener relaciones sexuales	16	21	Algunas personas afirman haber sufrido irritaciones y posibles lesiones vaginales	Ayudan a proteger frente al riesgo de embarazo
MÉTODOS BASADOS EN LA VIGILANCIA DE LA FECUNDIDAD					
Método del calendario (o de Ogino)	Todos los meses: en los días fértiles, se evitan las relaciones sexuales o se utilizan métodos de barrera	5	12	Ninguno	Ayudan a proteger frente al riesgo de embarazo
Métodos basados en los síntomas (método de los dos días [u observación del moco], método de ovulación [o Billings] y método sintotérmico)	Todos los meses: en los días fértiles, se evitan las relaciones sexuales o se utilizan métodos de barrera	Entre menos de 1 y 4	Entre 2 y 23	Ninguno	Ayudan a proteger frente al riesgo de embarazo
Método de amenorrea de la lactancia (MELA)	Hasta seis meses después de dar a luz, durante la amenorrea y mientras se practica la lactancia exclusiva	0,9 (en seis meses)	2 (en seis meses)	Ninguno	Fomenta que se sigan las pautas de lactancia materna y es saludable tanto para la madre como para el bebé
INTERRUPCIÓN DEL COITO					
Interrupción del coito ("marcha atrás")	Al mantener relaciones sexuales	4	20	Ninguno	
ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA					
DIU de cobre	Se inserta dentro de los cinco días posteriores a la relación sexual sin protección	No hay datos	No hay datos	Cambios en la menstruación, así como riesgos y complicaciones poco frecuentes y raras	Puede ayudar a prevenir la aparición del cáncer de endometrio y el cáncer de cuello uterino
Píldoras anticonceptivas de emergencia	Hasta 5 días posteriores a la relación sexual sin protección	Entre menos de 1 y 2	No aplicable	Cambios en la menstruación, náuseas, dolor abdominal, fatiga, cefaleas, sensibilidad en los senos, mareos, vómitos	Ayuda en la protección ante el riesgo de embarazo, pero NO interrumpe un embarazo existente
MÉTODOS PERMANENTES DE CONTROL DE LA NATALIDAD					
Esterilización en las mujeres (ligadura de trompas)	Permanente: eficacia inmediata	0,5	0,5	Posibilidad de complicaciones de poco habituales a muy raras	Puede proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica, puede proteger contra el cáncer de ovarios
Esterilización en los hombres (vasectomía)	Permanente, si bien se debe utilizar otro método durante los primeros 3 meses	0,1	0,15	Posibilidad de complicaciones de poco habituales a raras	Puede proteger a la pareja ante el riesgo de embarazo

AMPD: acetato de medroxiprogesterona de depósito. **AMPD-SC:** acetato de medroxiprogesterona de depósito (inyección subcutánea)
EN-NET: enantato de noretisterona. **ITS:** Infecciones de transmisión sexual

Testimonios

A finales de 2021, se publicó un cuestionario informal que cumplieron 60 personas de alrededor de 30 países. Las respuestas que aquí mostramos se han reproducido parcialmente y editado para mayor claridad.

¿Dónde obtuvo los conocimientos que tiene sobre reproducción y anticonceptivos?

Respuesta	Persona encuestada
Facultad de Medicina.	India, varón, 59
En la Facultad de Medicina.	Brasil, mujer, 46
En una organización dirigida por jóvenes.	Tanzanía (República Unida de), varón, 53
La información que tengo sobre la reproducción la adquirí mientras cursaba estudios universitarios.	Nigeria, mujer, 37
Personal sanitario.	Malí, varón, 43
En un proyecto de mi comunidad.	Burkina Faso, mujer, 23
Gracias a mi madre, y en los medios de comunicación.	Argelia, mujer, 44
En la organización en la que trabajo.	Marruecos, mujer, 24
Por medio de capacitación oficial y en las redes sociales.	Jordania, mujer, 40
De un ginecólogo, tras el nacimiento de mi primer hijo.	Ucrania, mujer, 39
En la escuela, la universidad, la televisión e Internet.	Nepal, mujer, 23

¿Es difícil obtener información rigurosa sobre salud sexual, o lo ha sido en algún momento?

Respuesta	Persona encuestada
Los adolescentes y los jóvenes lo tienen muy difícil; reciben información imprecisa y perturbadora.	Tanzanía (República Unida de), varón, 53
Mi amiga del instituto recorrió 50 kilómetros en autobús para ir a una biblioteca que tenía un libro sobre reproducción.	Estados Unidos, mujer, 70
Muchas personas creen en viejas supersticiones.	Jordania, mujer, 44
Casi todos los jóvenes que conozco tienen dificultades para obtener información sobre salud sexual, así como las personas no casadas de todas las edades.	Sudán, mujer, 31
A la mayoría de esta información solo se puede acceder en las zonas urbanas.	Uganda, varón, 35
Las personas no hablan de sexo abiertamente.	Tayikistán, mujer, 30
Conocí a una mujer que había tenido seis hijos; no quería tener más, pero no sabía qué hacer para evitarlo.	República Democrática Popular Lao, mujer, 58
Las personas de mi entorno reciben información falsa plagada de estereotipos; los responsables de proporcionarles información no tienen la capacitación adecuada.	Benin, varón, 24
Sí, mis padres no hablan de estos temas.	Perú, mujer, 53
Sí, había muy poca información al respecto. Había mucho estigma en torno al tema.	Ucrania, mujer, 39

¿En algún momento le han contado mitos sobre la anticoncepción?

Respuesta	Persona encuestada
Me dijeron que las píldoras anticonceptivas provocan infertilidad.	Estados Unidos, mujer, 39
Algunas personas creen erróneamente que orinar después del sexo puede evitar el embarazo.	India, varón, 59
Incluso algunos médicos creen cosas como que las mujeres nulíparas no pueden usar el DIU.	Brasil, mujer, 46
He oído que los anticonceptivos provocan aumento de peso.	Ghana, mujer, edad desconocida
He oído que los anticonceptivos no funcionan, que pueden desplazarse por todo el organismo.	Nigeria, mujer, 37
Un farmacéutico le dijo a mi amiga que no podía tomar un anticonceptivo de emergencia porque estaba amamantando; y por eso tuvo a su cuarto hijo.	España, mujer, 40
Las personas creen que provoca infertilidad, cáncer; es una idea extraña.	Sudán, mujer, 31
No, no estoy casada y no busco información al respecto. Para mí, hablar sobre estos temas es tabú.	Marruecos, mujer, 24
Nos decían que los métodos anticonceptivos te hacían estéril.	Burkina Faso, mujer, 43
Sí. Los preservativos solo deben usarse en el sexo extramatrimonial, la píldora te vuelve estéril, el DIU provoca hemorragias, etc.	Argelia, mujer, 44
Los médicos transmiten mucha información errónea a las mujeres.	Brasil, varón, 75
Una tía mía me dijo que hablar sobre anticonceptivos era una invitación a practicar sexo.	México, mujer, 35
Un uso excesivo de métodos anticonceptivos de emergencia puede provocar infertilidad.	Nepal, mujer, 23

¿Usted o sus amigos han usado alguna vez un método anticonceptivo que NO fuese moderno?

Respuesta	Persona encuestada
No, pero muchos pacientes emplean la marcha atrás.	Brasil, mujer, 46
Una mujer me dijo que se lavaba después de practicar sexo.	Uganda, mujer, 46
Sí, un tipo especial de melón.	Nigeria, mujer, 60
No, pero he oído que existen métodos tradicionales como, por ejemplo, ciertas hierbas.	Nigeria, mujer, 37
El método natural.	Burkina Faso, mujer, 50

¿Es difícil adquirir anticonceptivos o lo ha sido alguna vez?

Respuesta	Persona encuestada
Tenía un plan de seguro de salud que no me permitía acceder a anticonceptivos orales.	Estados Unidos, mujer, 39
Las mujeres en barrios marginales tuvieron muchos problemas durante los confinamientos por la COVID-19. Esto generó muchos embarazos no deseados y abortos.	India, varón, 59
Sí, como médica, es difícil obtener implantes y equipos de inserción de DIU.	Brasil, mujer, 46
Sí, en especial para los jóvenes. Reciben toda clase de insultos.	Nigeria, mujer, 60
Sí. Hay miedo y falta de privacidad.	Trinidad y Tabago, mujer, 65
Se agotan constantemente.	Uganda, varón, 35
Las chicas que no están casadas tienen miedo... por la falta de privacidad. Los médicos no siempre guardan el secreto profesional.	Tayikistán, mujer, 30
En absoluto.	Benin, mujer, 27
No.	Jordania, varón, 42
Los menores no pueden ir a la consulta del médico sin un adulto.	Panamá, mujer, 56
Sí. A los 21 años, un médico me regañó. Después fui a otro médico, que me implantó el DIU de muy malas formas.	México, mujer, 38
Sí, qué vergüenza.	Perú, varón, 26

¿Alguna vez ha presionado a su pareja para no usar anticonceptivos?

Respuesta	Persona encuestada
¡No!	Estados Unidos, mujer, 39
No, nunca he presionado de esa forma a mi pareja	Benin, varón, 24
No.	India, varón, 59
Sí, yo quiero tener hijos, pero mi marido no.	Sudán, mujer, 37
No.	Tanzanía (República Unida de), varón, 53
No,	Brasil, mujer, 46
Yo presioné a mi pareja para usar anticonceptivos.	Nicaragua, mujer, 50
No.	Trinidad y Tabago, mujer, 65
No.	Tayikistán, mujer, 30
Sí.	India, mujer, 35
No, el acuerdo es siempre mutuo.	Perú, varón, 26
No.	Ucrania, mujer, 39

¿En algún momento ha sufrido efectos secundarios no deseados como consecuencia del uso de un anticonceptivo?

Respuesta	Persona encuestada
Aumento de peso, acné, náuseas, mal humor, cefaleas, diarreas, calambres abdominales.	<i>Estados Unidos, mujer, 39</i>
Experimenté visión borrosa y cambios de humor. Nadie me había avisado de los efectos secundarios.	<i>Jordania, mujer, 44</i>
Sí, sangrados abundantes y dolores abdominales durante los primeros meses.	<i>Nigeria, mujer, 37</i>
No.	<i>India, mujer, 62</i>
Sí, cambios de humor.	<i>Sudán, mujer, 31</i>
No aplicable.	<i>Uganda, varón, 35</i>
Mi mujer sufrió calambres por el uso de un DIU.	<i>Brasil, varón, 75</i>
Sí, con el implante. Cansancio y disminución de la libido.	<i>México, mujer, 38</i>
No.	<i>Panamá, mujer, 56</i>
Aumento de peso.	<i>Ucrania, mujer, 39</i>
No.	<i>Jordania, varón, 42</i>

¿En algún momento ha mantenido relaciones sexuales sin usar anticonceptivos incluso cuando no tenía intención de tener hijos?

Respuesta	Persona encuestada
Sí, pero mi pareja y yo usamos el método de la marcha atrás.	<i>Jordania, mujer, 29</i>
Sí.	<i>India, mujer, 62</i>
Sí. Personalmente, no me gusta usar preservativos, sobre todo cuando no conozco la marca o el tipo, así que sí he mantenido relaciones sexuales sin protección.	<i>País no registrado, mujer, 24</i>
Sí.	<i>Tanzanía (República Unida de), varón, 53</i>
Sí. Debido a la falta de acceso a métodos anticonceptivos y, en ocasiones, porque mi pareja me presionaba.	<i>Sudán, mujer, 31</i>
Casi nunca.	<i>Estados Unidos, mujer, 30</i>
Sí, debido a la falta de acceso a métodos anticonceptivos.	<i>Trinidad y Tabago, mujer, 65</i>
Sí.	<i>Tayikistán, mujer, 30</i>
No, siempre usaba preservativo en combinación con otro método, aun estando casada.	<i>Brasil, mujer, 65</i>

En su comunidad, ¿quién toma las decisiones en materia de anticoncepción?

¿Las mujeres y los hombres tienen la misma capacidad de decisión?

Respuesta	Persona encuestada
Normalmente se considera responsabilidad de la mujer adquirir anticonceptivos orales o de acción prolongada. Pero en lo que respecta a preservativos, la responsabilidad suele recaer en el hombre.	<i>Estados Unidos, mujer, 39</i>
Los hombres y las mujeres tienen la misma capacidad de decisión, pero las familias y las comunidades también influyen.	<i>República Democrática Popular Lao, mujer, 50</i>
Los hombres tienen mayor capacidad de decisión. A veces las mujeres tienen que acceder a servicios de anticoncepción en secreto o de manera discreta.	<i>India, varón, 59</i>
Por lo general, los hombres no están a favor de usar preservativos, y muchos intentan convencer a las mujeres para que no tomen anticonceptivos.	<i>Brasil, mujer, 46</i>
Los hombres tenemos más capacidad de decisión.	<i>Tanzanía (República Unida de), varón, 53</i>
A las mujeres no se nos permite decidir.	<i>Nigeria, mujer, 60</i>
Los hombres pueden acceder fácilmente a los preservativos, pero las mujeres nos sentimos muy juzgadas si los compramos. Para acceder a un método de planificación familiar en una clínica, la mayoría de las mujeres aún necesitan el consentimiento de su pareja. Y, puesto que la mayoría de las mujeres dependen económicamente de su pareja, ellos influyen en sus decisiones.	<i>Nigeria, mujer, 37</i>
Vivimos en un patriarcado. Los hombres dominan la toma de decisiones.	<i>Jordania, mujer, 44</i>
La mayoría de los hombres no quieren que sus mujeres usen anticonceptivos. Lo mismo ocurre con las familias y las comunidades.	<i>Tanzanía (República Unida de), mujer, 51</i>
Los hombres tienen la última palabra en la toma de decisiones. Los proveedores de servicios de salud suelen pedir el consentimiento del marido.	<i>Sudán, mujer, 31</i>
En la mayoría de los casos, las opciones de anticonceptivos vienen determinadas por la disponibilidad y no por la elección.	<i>Uganda, varón, 35</i>
Mi marido y mi suegra se inmiscuyen en muchas de mis decisiones.	<i>Jordania, mujer, 29</i>
Incluso cuando las mujeres van al hospital a obtener anticonceptivos, deben hacerlo acompañadas de sus maridos.	<i>Benin, varón, 24</i>
Muchos hombres creen que la anticoncepción está prohibida.	<i>Marruecos, mujer, 24</i>
En mi congregación, las mujeres no usan métodos de control de la natalidad. Y mucho menos los hombres. A mí el padre de mis hijos me presionó para quedarme embarazada hace 30 años.	<i>Nicaragua, mujer, 50</i>
En algunas parejas, los hombres fuerzan a las mujeres a no usar anticonceptivos; dicen que son incómodos o que no les permiten disfrutar. Las mujeres ceden por miedo o sumisión.	<i>Perú, mujer, 20</i>
Me presionan para quedarme embarazada, aunque no lo deseo. Me siento la rara por no querer tener hijos.	<i>México, mujer, 38</i>

**¿En algún momento usted, o alguien a quien conoce, ha tenido un embarazo no planeado?
Si le pasara ahora, ¿cómo reaccionaría?**

Respuesta	Persona encuestada
Ahora mismo estoy embarazada y no era intencional. Usaba preservativos siempre y de manera correcta con mi pareja de muchos años, pero se deslizó. No entraba en nuestros planes ser padres y sin embargo decidimos tener el bebé. Lamentablemente, acabó con nuestra relación y seré madre soltera.	<i>Estados Unidos, mujer, 39</i>
Sí, mi hermana. Tenía 19 años.	<i>Brasil, mujer, 46</i>
No, o al menos no me lo han contado. Yo pediría un aborto inducido con medicamentos lo antes posible.	<i>Estados Unidos, mujer, 30</i>
Mi amiga y yo. Yo tenía 18 años cuando me pasó. Mi amiga tenía alrededor de 35 cuando le pasó.	<i>Nigeria, mujer, 37</i>
Sí, a los 23 años una amiga se sometió a un aborto quirúrgico. Si me pasara a mí, buscaría un aborto seguro, aunque ello implicase viajar a otro lugar.	<i>País que no figura en la lista, mujer, 24</i>
No. Si me pasara a mí, me prepararía para cuidar de nuestro hijo.	<i>República Democrática Popular Lao, mujer, 58</i>
Sí, a los 20 y a los 30; todos mis embarazos han sido no planeados.	<i>Ucrania, mujer, 39</i>
Una amiga cercana tomó misoprostol para interrumpir el embarazo. Pero, como el aborto no está permitido en Tanzania, excepto para proteger la vida de la madre, le aconsejaría afrontar la situación y evitar el aborto en condiciones de riesgo si esto le volviera a pasar.	<i>Tanzania (República Unida de), varón, 53</i>
Sí. Una familiar se casó bastante joven, y la presionaron para quedarse embarazada durante el primer año de casada.	<i>Jordania, mujer, 44</i>
Sí, la persona tenía 16 años y dio luz a un mortinato por la falta de atención.	<i>Uganda, varón, 35</i>



Los retos en la elección del método anticonceptivo

La manera más evidente de evitar un embarazo no intencional —aparte de abstenerse de tener relaciones sexuales, lo cual, como se ha explicado (véase la página 42), no es una opción a prueba de fallos— es utilizar métodos anticonceptivos. En este sentido, se ha creado una amplia gama de ellos que son seguros y eficaces. Si bien todas las formas de anticoncepción tienen un cierto margen de error, este es responsable de una proporción relativamente pequeña de todos los embarazos no intencionales. Las dificultades relativas al uso coherente y correcto del método anticonceptivo también influyen de manera decisiva. Sin embargo, el mayor problema, con diferencia, es la necesidad insatisfecha de anticonceptivos.

A escala mundial, se calcula que 257 millones de mujeres que quieren evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos seguros y modernos y, entre estas mujeres, 172 millones no utilizan ningún método (DAES, 2021). El indicador 3.7.1 de los ODS insta expresamente a satisfacer esta necesidad, lo cual supone un reconocimiento de su importancia en el desarrollo internacional.

Sería muy simplista pensar que el embarazo es una consecuencia obvia de las relaciones sexuales sin protección y que, por tanto, las políticas públicas tienen poco que ofrecer a las parejas o individuos que no tienen en cuenta este hecho, pero esta visión es demasiado habitual. No obstante, los datos más recientes sobre los ODS reflejan que, en 64 países, el 8% de todas las mujeres no pueden tomar sus propias decisiones respecto a la anticoncepción, y el 24% de ellas no pueden tomar decisiones respecto a la atención de la salud. Esto supone claras violaciones de los derechos que exigen la rectificación del Estado y cambios en las normas. A su vez, millones de mujeres más se enfrentan a circunstancias que repercuten de maneras más discretas, si bien igual de reales, en el uso o no de anticonceptivos, o en la interrupción de su uso. Un análisis más profundo de estos factores apunta a las respuestas que pueden adoptar los encargados de formular políticas a fin de respaldar y proteger la capacidad de decisión de los individuos en temas reproductivos.

Los programas de planificación familiar son eficaces

En primer lugar, es importante hacer hincapié en que la repercusión de los programas de planificación familiar ha sido enorme a escala mundial. El uso de anticonceptivos aumenta en todas las regiones del mundo, y se observa un declive en las necesidades insatisfechas. En 2022, se consideró que 1.100 millones de los 1.900 millones de mujeres en edad reproductiva (definidas como mujeres entre 15 y 49 años) tenían una necesidad de anticonceptivos, es decir, tenían el deseo de limitar o retrasar la maternidad. De ellas,

858 millones utilizaban un método anticonceptivo moderno, y 85 millones utilizaban un método tradicional (Naciones Unidas, 2022).

Distintos investigadores han percibido cambios en las razones que ofrecen las mujeres para no utilizar anticonceptivos, incluso cuando quieren evitar el embarazo (Sedgh *et al.*, 2016). En la década de 1980, la razón más habitual que se esgrimía para no utilizar anticonceptivos era la falta de información. Actualmente esta es la razón que se cita en más raras ocasiones y, en cambio, se observa una mayor proporción de mujeres que hacen referencia a los efectos secundarios y la ausencia de relaciones sexuales frecuentes como motivos para no utilizar anticonceptivos. Con el paso del tiempo también ha mejorado el acceso a los anticonceptivos, por lo que cada vez se menciona menos como razón para no utilizarlos. Estos estudios reflejan que los programas de planificación familiar pueden lograr avances, y de hecho así ha sido. Por otro lado, también señalan deficiencias que todavía requieren atención. Por ejemplo, la falta de acceso y la falta de información persisten en muchos lugares, especialmente en las zonas rurales (Moreira *et al.*, 2019).

A fin de subsanar estas carencias, es preciso fijarse más detenidamente en las tasas y las razones que obstaculizan el uso de anticonceptivos. El punto de partida debe ser la siguiente pregunta: ¿qué quiere una mujer? Solo así es posible tener en cuenta si la mujer es capaz de actuar y hacerlo según su voluntad, y la manera en la que esa capacidad se altera mediante la aplicación de programas, políticas y normas. Este capítulo analiza tres preguntas generales que los investigadores y los encargados de formular políticas deben plantearse al considerar la necesidad insatisfecha de anticonceptivos. Ante una mujer que desea evitar o retrasar el embarazo: a) ¿desea la mujer utilizar anticonceptivos modernos? b) ¿puede obtener el método que elija, especialmente si cambia de decisión o en el momento en que lo haga?; y c) ¿de qué manera el entorno facilita o impide su uso de métodos anticonceptivos?

Pese a que este capítulo se centra en las mujeres de países de ingreso bajo y mediano —donde la necesidad insatisfecha es mayor—, muchas de las cuestiones que se tratan también son pertinentes y habituales en países de todos los niveles de ingresos y en todas las regiones.

¿Quieren las mujeres utilizar anticonceptivos modernos? Un análisis de la demanda

Todos los individuos tienen el derecho de tomar una decisión informada y voluntaria sobre si quieren utilizar un método anticonceptivo. Esta decisión, por supuesto, estará relacionada con su deseo de evitar un embarazo, un deseo que no es necesariamente constante o claro. Se trata de un deseo que puede cambiar a lo largo del tiempo, a medida que el individuo atraviesa diferentes etapas de la vida y recibe información de diferentes normas sociales, su familia, su pareja o sus parejas, así como en función de las vivencias que tenga y su propio cuerpo.

Preocupaciones sobre la seguridad y los efectos secundarios

Diversos estudios coinciden en que el no uso o la interrupción del uso de anticonceptivos mayormente se debe al miedo a sufrir efectos secundarios o problemas de salud, o bien a haberlos sufrido. Los análisis de datos de encuestas demográficas y de salud indican que el 38% de las mujeres con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos han utilizado un método moderno anteriormente pero han decidido interrumpir su uso por una razón diferente a querer quedarse embarazadas (Castle y Askew, 2015). En promedio, más de una tercera parte de las mujeres que empiezan utilizando un método anticonceptivo moderno dejan de hacerlo durante el primer año, y más de la mitad de ellas dejan de hacerlo antes de dos años. Diversos estudios muestran el fallo

¿Qué pasa con las necesidades de los hombres?

Cabe señalar que los hombres pueden tener —y, de hecho, tienen— necesidades insatisfechas en materia de anticoncepción. Lamentablemente, los sistemas de medición actuales no registran bien este hecho. La necesidad insatisfecha, como la mayor parte de medidas de salud reproductiva, normalmente se define en relación con los comportamientos de las mujeres. Se considera que las mujeres son las principales usuarias de la anticoncepción, y los datos disponibles suelen centrarse en ellas. No obstante, para contar con una imagen más completa de la situación se deben valorar las necesidades y la información que tienen los hombres, al tiempo que se garantiza que estas no van en detrimento de los derechos reproductivos de las mujeres. De hecho, un enfoque más integral respecto a cómo satisfacer las necesidades en materia de anticoncepción podría realmente fomentar los derechos y el bienestar de las mujeres mediante la creación de un entorno más favorable en el que todas las personas expresaran y materializaran sus preferencias en cuanto a la fecundidad (véase la información sobre los anticonceptivos masculinos en la página 70; véase la concordancia de las parejas en el capítulo 2).

Además, la mayor parte de los métodos anticonceptivos se centran en la biología femenina: métodos de barrera como los diafragmas, el capuchón cervical, las esponjas y los preservativos femeninos, así como métodos hormonales, por ejemplo inyectables, algunos DIU, anticonceptivos orales y anticonceptivos de emergencia. Con frecuencia, este enfoque se justifica por la carga física desproporcionada que supone el embarazo para las mujeres, si bien plantea una cuestión ética y de derechos humanos respecto a la igualdad de género. **¿Se puede justificar que las mujeres soporten de manera desproporcionada la responsabilidad de la anticoncepción?** ¿Por qué los hombres no tienen tantas opciones en materia de anticoncepción, en comparación con las mujeres? ¿Tienen los gobiernos el deber de respaldar el desarrollo de métodos anticonceptivos para hombres y, con ello, nivelar las oportunidades y las responsabilidades de los individuos y las parejas a la hora de materializar sus intenciones respecto al embarazo? En gran medida, las sociedades han dejado la respuesta a estas preguntas a los mercados (Costantino *et al.*, 2007). **Los gobiernos deberían redoblar los esfuerzos** para combatir los estereotipos de género, de conformidad con la obligación de los Estados de ponerles fin (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979), puesto que no basta con confiar únicamente en los mercados.

NUEVOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS: ¿POR QUÉ ESTÁN TARDANDO TANTO EN LLEGAR AL MERCADO?

UNFPA — En palabras de Logan Nickels, un investigador de la organización estadounidense Male Contraceptive Initiative: “Con respecto a la reproducción, la única parte difícil tendría que ser la decisión de si se quieren tener hijos y cuándo. Hecho esto, todo el mundo debería tener a su disposición los instrumentos necesarios para llevar a la práctica ese plan de vida con eficacia y sin complicaciones”.

En estos momentos, los dos métodos en los que el hombre es el principal protagonista —los preservativos y la marcha atrás— representan el 26% de las prácticas anticonceptivas a nivel mundial. Sin embargo, tal y como se utilizan habitualmente, el margen de error de los preservativos masculinos es del 13% y la marcha atrás es una de las formas de anticoncepción menos seguras (OMS, 2018). En cambio, se ha constatado que la vasectomía es uno de los métodos *más* eficaces (OMS, 2018), pero menos del 3% de las parejas recurre

a ella para protegerse frente a un embarazo (Pile y Barone, 2009).

Por lo que respecta al lanzamiento de nuevos métodos dirigidos a los hombres, no faltan opciones muy prometedoras: pastillas, pomadas de uso externo, parches con microagujas, inyecciones biodegradables y un artilugio que funciona como una vasectomía, pero reversible. Existe una base de datos que recoge todos los métodos anticonceptivos en fase de estudio o desarrollo, y tiene más de 40 entradas (Calliope, s. f.). Entonces, ¿por qué seguimos sin mejores opciones de anticoncepción para los hombres? “Creo que el hecho de que la sociedad haya determinado que la reproducción es cosa de mujeres tiene mucho que ver en esto: la carga del embarazo recae sobre ellas”, afirma Logan.

En muchas ocasiones, las actitudes culturales dictan que las mujeres son quienes se encargan de la anticoncepción. Dicha visión entorpece los avances en este campo. “Con frecuencia se piensa que los hombres

desempeñan un papel secundario en esto, porque la opinión más o menos generalizada es que ya tienen todos los derechos que necesitan”, continúa Logan. “Tengo la impresión de que por eso [la invención de anticonceptivos] se ha centrado en que las mujeres y las niñas ejerzan sus derechos en lugar de en implicar en este tema a los hombres de una forma útil y constructiva”.

Los estudios indican que, en muchos países, la población masculina ha mostrado interés por los anticonceptivos para hombres. En 2002 se realizó una encuesta a 9.000 hombres de nueve países y más del 55% de ellos dijo estar dispuesto a utilizar un producto nuevo (Heinemann *et al.*, 2005). En los Estados Unidos, un estudio de 2019 en el que participaron 1.500 hombres comprobó que, de todos aquellos que preferían evitar un embarazo, el 60% quería que se comercializara un nuevo anticonceptivo masculino (Friedman *et al.*, 2019). Pese a estos datos, la industria farmacéutica mundial no ha logrado hacer progresos en este campo. “No hay nada que les motive a hacerlo, es así de simple: los productos que ya tienen [para las mujeres] surten efecto y son seguros”, argumenta Rebecca Callahan, cuyo puesto en FHI 360, una organización estadounidense de salud y bienestar sin ánimo de lucro, se centra en el desarrollo de productos.

Para ser competitivo en el mercado, todo nuevo anticonceptivo masculino

LOS PRESERVATIVOS Y LA MARCHA ATRÁS

Representan el 26% de las prácticas anticonceptivas a nivel mundial

- » El margen de error de los preservativos masculinos es del 13%
- » La marcha atrás es una de las formas de anticoncepción menos seguras

LA VASECTOMÍA

Se ha constatado que es uno de los métodos más eficaces, pero **menos del 3% de las parejas recurre a ella para protegerse frente a un embarazo**



Los estudios indican que, en muchos países, la población masculina ha mostrado interés por los anticonceptivos para hombres. © Getty Images/Canopy

MÁS DEL 55% DE ELLOS DIJO ESTAR DISPUESTO A UTILIZAR UN PRODUCTO NUEVO

cabo más de 2.000 vasectomías en cuatro hospitales del país a lo largo de tres años; en más del 60% de ellas, una sola sesión de orientación bastó para que los pacientes aceptaran someterse a este procedimiento terapéutico. Pero según narra Demet, al no contar con respaldo a largo plazo por parte del donante, el método no llegó a popularizarse y la vasectomía sigue siendo algo poco común en Turquía (DAES, 2021a).

que se lanzara tendría que ofrecer el mismo nivel de protección que los mejores productos para mujeres. Asimismo, según Rebecca, los valores límite de seguridad que se aplican a un nuevo anticonceptivo (tanto para hombres como para mujeres) son los más estrictos de todo el sector “porque se trata de productos que suministramos a gente joven y con buena salud para evitar un estado clínico particular”. Tales normas son incluso más rigurosas cuando se trata de un nuevo anticonceptivo masculino, ya que, cuando se trata de mujeres, los riesgos de padecer efectos secundarios derivados del uso de un anticonceptivo se suelen comparar con los posibles riesgos que acarrea un embarazo (una situación que, a fin de cuentas, puede provocar su muerte).

Un estudio reveló que proporcionar inyecciones hormonales a los hombres todas las semanas resultaba muy eficaz para prevenir los embarazos y, por lo general, tenía muy pocos efectos secundarios (Behre *et al.*, 2016). Se dieron algunos casos de acné, aumento

de peso y cambios de humor; es decir, el mismo tipo de problemas que ocasionan los anticonceptivos hormonales a las usuarias. Sin embargo, el estudio se interrumpió cuando se diagnosticó una fuerte depresión a uno de los hombres y otro intentó suicidarse, aunque se sabe que la depresión es uno de los riesgos que afrontan las mujeres al utilizar anticonceptivos hormonales (Skovlund *et al.*, 2016).

Las dificultades no se limitan a la esfera de la investigación farmacéutica. Desarrollar nuevos métodos anticonceptivos exige financiación y una ingente labor de estudios de campo, promoción y distribución. La falta de apoyo puede dar al traste incluso con métodos muy esperados que han demostrado ser eficaces. Esta fue la experiencia de la Dra. Demet Güral en los años 1990, cuando trabajaba en un proyecto para implantar el uso de vasectomías sin bisturí en Turquía. “El proyecto demostró que la población masculina aceptaría este método sin pensarlo dos veces”, explica. Se llevaron a

Con todo, por mucho que mejoren los métodos anticonceptivos masculinos, no bastarán por sí solos. Para que todos los hombres y mujeres puedan tomar decisiones responsables sobre su libertad reproductiva, necesitarán además información precisa sobre las ventajas y los inconvenientes de los métodos anticonceptivos, ser capaces de comunicar lo que quieren en cuanto a reproducción y tener el debido respeto hacia las necesidades y opiniones de su pareja.

Aquí también se aprecian algunas señales de progreso. Martha Brady, especialista sanitaria internacional en el campo del desarrollo de anticonceptivos, afirma haber observado un cambio de actitud: “[Los chicos jóvenes] se han dado cuenta de que el mundo está cambiando radicalmente. Las normas ya no son las mismas, tanto si vives en los Estados Unidos como en África [...] Estoy segura de que habrá muchachos dispuestos a probar cosas a las que no estarían dispuestos los señores de 50 años que se han criado en una época muy distinta”.

En breve: razones para no utilizar anticonceptivos

Un análisis aparecido en la publicación "Adding it Up" del Instituto Alan Guttmacher reflejó que el 77% de los embarazos no intencionales en países de ingreso bajo y mediano corresponde a mujeres que, a pesar de querer evitar el embarazo, no utilizan ningún método anticonceptivo, o bien utilizan un método tradicional —es decir, un método de menor eficacia, como, por ejemplo, la abstinencia periódica o la interrupción del coito— (Sully *et al.*, 2020). Un reciente estudio llevado a cabo en 36 países de ingreso bajo y mediano reveló que más del 65% de las mujeres que habían tenido un embarazo no planeado, o bien no utilizaban anticonceptivos, o bien recurrían a métodos tradicionales (Bellizzi *et al.*, 2020). Varios investigadores que utilizaron datos de encuestas demográficas y de salud procedentes de 52 países entre 2005 y 2014 descubrieron que la proporción de mujeres casadas con una necesidad insatisfecha de un método anticonceptivo (ya sea moderno o tradicional) oscilaba entre el 8% de Colombia y el 38% de Santo Tomé y Príncipe (Sedgh *et al.*, 2016).

Las razones más habituales citadas por las mujeres para no utilizar anticonceptivos fueron las siguientes: preocupaciones sobre los efectos secundarios y los riesgos para la salud de los anticonceptivos (26%); relaciones sexuales poco o nada frecuentes (24%); ellas mismas o personas cercanas a ellas se oponían a la anticoncepción (23%); estaban en período de lactancia o no habían recuperado la menstruación tras el parto (20%). Entre las mujeres que nunca habían estado casadas, eran sexualmente activas y querían evitar el embarazo, las razones más habituales para no utilizar anticonceptivos también hacían referencia a las relaciones sexuales poco frecuentes (49%), el hecho de que no estaban casadas (29%) y preocupaciones sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos (19%) (Sedgh *et al.*, 2016).

Un estudio de 2019 realizado en 47 países reflejó que, en promedio, el 40,9% de todas las mujeres sexualmente activas no utilizaban métodos anticonceptivos para evitar el embarazo. Asimismo, según este estudio, las razones predominantes para no hacerlo eran los efectos sobre la salud y las relaciones sexuales poco frecuentes, si bien se observó una variación significativa entre los países, las poblaciones y otros factores socioeconómicos (Moreira *et al.*, 2019). Por ejemplo, el no uso de anticonceptivos por la "oposición de otras personas" fue superior entre las mujeres casadas que las no casadas; la prevalencia del no uso como consecuencia de la "falta de acceso" o "falta de información" fue el doble en zonas rurales que en zonas urbanas; y las mujeres con menor nivel educativo fueron las que comunicaron con más frecuencia el no uso por "falta de acceso".

Estas razones guardan relación directa con cuestiones de precisión de la información, capacidad de decisión y repercusiones sanitarias (a menudo enmarcadas en el modelo SEED de oferta, entorno propicio y demanda), ámbitos en los que líderes, encargados de formular políticas y sistemas de salud, entre otros, tienen una influencia considerable. Por ejemplo, cuando las mujeres mencionan los efectos secundarios como una preocupación, esto puede hacer referencia a factores tanto de la oferta (pocos métodos para elegir, mal asesoramiento sobre los efectos secundarios) como de la demanda (experiencias negativas con la anticoncepción, o mitos y percepciones erróneas). Cabe destacar que las mujeres que tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos raramente dicen no conocerlos, que no tienen acceso a un lugar donde obtenerlos o que su costo es demasiado elevado, lo que demuestra en parte el éxito de los programas de planificación familiar. Los países en los que más del 10% de las mujeres mencionaron estas razones corresponden al África Occidental y Central, regiones en las que la prevalencia del uso de anticonceptivos ha permanecido baja hasta recientemente (Sedgh *et al.*, 2016).



de los anticonceptivos y los efectos secundarios o los problemas relacionados con el método como las principales razones para interrumpir su uso (Bradley *et al.*, 2009). En pocos casos la interrupción del uso se debió a problemas con el costo y el acceso (Bradley *et al.*, 2009), si bien este dato no es sorprendente, ya que las mujeres que han utilizado un método anticonceptivo en algún momento han tenido la opción de acceder a métodos anticonceptivos asequibles.

Si bien las tasas y las razones para interrumpir el uso de anticonceptivos varían según el método, las razones son bastante constantes para cada uno de ellos a lo largo del tiempo (Castle y Askew, 2015; Bradley *et al.*, 2009). Diversas encuestas llevadas a cabo en 25 países reflejan que la menor interrupción —de 12 meses— correspondió al DIU (13%), y la mayor correspondió al preservativo (50%). Por su parte, las píldoras y los inyectables anticonceptivos orales, así como métodos de menor eficacia —como la abstinencia periódica y la interrupción del coito— fueron abandonados por cerca del 40% de los usuarios durante los 12 primeros meses de uso. Independientemente del método anticonceptivo utilizado, los principales motivos para la interrupción estaban relacionados con el propio método (Ali *et al.*, 2012).

Las mujeres que sufren efectos secundarios de moderados a graves tienen más posibilidades de interrumpir el uso del método en comparación con las que sufren efectos secundarios leves (Jain *et al.*, 2021). Desde muchos ángulos, estos hallazgos validan las preocupaciones de las mujeres que mencionan los efectos secundarios como una preocupación importante. Los efectos secundarios graves, si bien ocurren en rara ocasión, pueden ser debilitantes (véase el esquema de la página 58). En circunstancias muy raras, un efecto secundario como un coágulo de sangre puede provocar la muerte. Pese a que está demostrado que los anticonceptivos, en general, se asocian con muchos resultados de salud positivos para las mujeres, como, por ejemplo, un menor riesgo de mortalidad materna (Utomo *et al.*, 2021) y un

MEZCLA DE MÉTODOS (S) -

- (1) LA VARIEDAD DE ALTERNATIVAS DE ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES PARA UNA PERSONA, UNA CLIENTELA O UNA POBLACIÓN.
- (2) (MUNDO ACADÉMICO) TENDENCIA, DISTRIBUCIÓN O PROPORCIÓN DE LOS MÉTODOS USADOS EN UNA POBLACIÓN.

menor riesgo de padecer determinados cánceres (Hannaford *et al.*, 2010), es posible que estos datos no despejen las dudas de las mujeres que han sufrido efectos secundarios graves o insoportables, o bien que los hayan presenciado en otras mujeres.

De hecho, el apoyo que se presta a los métodos de anticoncepción eficaces y el miedo a sus efectos secundarios suelen ser dos caras de la misma moneda. Diversos estudios de investigación llevados a cabo recientemente en Ghana, centrados en mujeres y niñas de 15 a 49 años, reflejaron que las mujeres, por una parte, valoraban los métodos hormonales por su eficacia ante el embarazo y, por otra, expresaban sus preocupaciones sobre los efectos secundarios (especialmente por los cambios en la menstruación), la reducción de la fecundidad en el futuro y los problemas de salud a largo plazo. Estas fueron algunas de las razones que citaron algunas de ellas para interrumpir el uso de métodos hormonales. El hecho de haber experimentado problemas de salud a largo plazo como resultado percibido del uso de un método hormonal redujo a la mitad las posibilidades de utilizar dicho método en el presente (Keogh *et al.*, 2021).

Estas cuestiones no afectan exclusivamente a las mujeres de países de ingreso bajo y mediano. Un examen sistemático de las razones para rechazar la



La autonomía es el pilar de la planificación familiar basada en los derechos

La eficacia de los programas de planificación familiar normalmente se basa principalmente en el uso de métodos anticonceptivos modernos. El hecho de que la atención se centre en aumentar el uso de anticonceptivos puede dar a entender que la decisión de no utilizarlos es un fracaso, cuando, en realidad, puede ser una opción legítima en el caso de determinadas mujeres. La investigadora Leigh Senderowicz sugiere la creación y el uso de un nuevo indicador denominado **autonomía en materia de anticoncepción, y lo define como “los factores necesarios para que una persona pueda decidir por ella misma lo que desea en relación con la anticoncepción y, seguidamente, materializar esa decisión”** (Senderowicz, 2020). Este tipo de perspectiva podría encajar mejor con programas que tengan un enfoque basado en los derechos. El cálculo de este indicador implicaría añadir preguntas a las encuestas de población como las encuestas demográficas y de salud.

anticoncepción hormonal entre las mujeres y los hombres en países de ingreso alto detectó preocupaciones similares, entre ellas: problemas relacionados con efectos secundarios físicos; preocupaciones sobre cambios en la salud mental; repercusión negativa en la sexualidad; reducción de la fecundidad en el futuro; cambios en la menstruación; miedo y ansiedad; y la experiencia de que los proveedores de atención de salud no tienen en cuenta las preocupaciones sobre los efectos secundarios (Le Guen *et al.*, 2021). Una conclusión clave es que los proveedores y los sistemas de atención de salud deben crear —y en ocasiones restaurar— la confianza necesaria con las mujeres mediante un mayor uso de enfoques respetuosos y centrados en la persona, y comprender que es posible que las necesidades de esta cambien con el tiempo. Otra conclusión es que las opciones disponibles actualmente son insuficientes, lo que apunta a una necesidad de contar con inversiones públicas que permitan crear anticonceptivos nuevos o mejorados con menores efectos secundarios, o más leves.

Asimismo, los efectos secundarios pueden tener consecuencias socioculturales adversas, lo que contribuye a la decisión de una mujer de interrumpir su uso (Castle y Askew, 2015). En comunidades donde existen normas que prohíben la participación de las mujeres en determinadas actividades como consecuencia del sangrado vaginal (normalmente

la menstruación), la interrupción del uso de un método anticonceptivo puede darse porque este causa un sangrado o manchado anómalos. Esta situación puede limitar la capacidad de una mujer de orar, preparar alimentos o tener relaciones sexuales. Algunas mujeres pueden sufrir amenorrea —o ausencia de menstruación— como efecto secundario; estas usuarias pueden interrumpir el uso porque la amenorrea limita su capacidad de evitar las relaciones sexuales o porque la asocian con la infertilidad (Polis *et al.*, 2018; Chebet *et al.*, 2015).

Los efectos secundarios que podrían ser detectados por la pareja, como el manchado, pueden ser especialmente estresantes para las mujeres que utilizan anticonceptivos de manera encubierta —es decir, no comunican a su pareja que están utilizándolos— (Castle *et al.*, 1999). El uso de anticonceptivos a escondidas puede ser habitual, sobre todo si una mujer está con una pareja que se opone a la anticoncepción, cuando hay problemas en la relación o por un deseo de evitar el conflicto (Kibira *et al.*, 2020; Castle *et al.*, 1999). Este uso encubierto de anticonceptivos puede ser peligroso para las mujeres. En varios países de África Subsahariana, como Etiopía, se entiende que una mujer que utiliza anticonceptivos sin la aprobación de su marido es infiel (Alio *et al.*, 2009). Esto propicia la interrupción del uso de anticonceptivos que podrían ser detectados por la pareja.

Si bien el conocimiento general en torno a los anticonceptivos modernos ha mejorado en todo el mundo, siguen existiendo muchos mitos y percepciones erróneas que contribuyen a que no se utilicen. Por ejemplo, varios debates de grupos focales con mujeres de Ghana reflejaron que muchas mujeres creían que la anticoncepción puede provocar infertilidad, especialmente entre las mujeres jóvenes. Las habladurías sobre los efectos secundarios y la información errónea también eran motivos habituales para no utilizar anticonceptivos (Hindin *et al.*, 2014). Los hombres y las mujeres jóvenes de Kenya creían que los anticonceptivos modernos ponen en peligro la infertilidad en el futuro, dan como resultado problemas para concebir, causan defectos de nacimiento, hacen que las mujeres sean promiscuas, no son remedios “africanos” y niegan a las parejas su libertad sexual (Mwaisaka *et al.*, 2020). Esto pone de manifiesto la importancia de involucrar e informar adecuadamente a los hombres sobre los métodos anticonceptivos, puesto que son actores clave de la toma de decisiones en este ámbito.

¿Están los usuarios de anticonceptivos satisfechos?

A fin de cumplir los compromisos respecto al logro de la cobertura universal de la atención de la salud sexual y reproductiva, la planificación familiar y la educación de aquí a 2030, los países están haciendo un seguimiento de los datos sobre la proporción de mujeres en edad reproductiva (de edades entre los 15 y los 49 años) que tienen su necesidad de anticonceptivos satisfecha con métodos modernos, y las que tienen una necesidad insatisfecha. Por ejemplo, los datos más recientes sobre los ODS reflejan que, en los países de ingreso bajo y mediano, la tasa general de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos es del 9,2%, y la tasa general de la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos es del 13,3%.

Si bien estas cifras son importantes, distan de ser perfectas. La necesidad satisfecha y la necesidad insatisfecha son mediciones amplias que dividen a las mujeres en categorías de usuarias frente a

no usuarias de anticonceptivos modernos; sin embargo, la realidad tiene muchos matices. Pese a que ciertamente cada vez hay más mujeres que utilizan anticonceptivos modernos, los altos niveles de interrupción en su uso muestran claramente una falta de satisfacción generalizada con los métodos que tienen actualmente a su disposición.

Los investigadores Rominski y Stephenson instan a contar con sistemas de medición que tengan en cuenta estas complejidades: “La definición actual de *necesidad insatisfecha* de anticonceptivos parte de la idea de que todas las mujeres que utilizan un método anticonceptivo tienen una necesidad satisfecha. Defendemos que, sin tener en cuenta el nivel de satisfacción con un método, muchas mujeres se clasifican en el grupo de usuarias con una necesidad satisfecha cuando, de hecho, tienen una necesidad insatisfecha. Es decir, utilizan un método que no satisface sus preferencias, ya sea porque causa efectos secundarios que consideran intolerables o tiene otras características que no son de su agrado. Si se tiene en cuenta la gran cantidad de casos en que se interrumpe el uso de anticonceptivos, según se indica por la frecuente aparición de efectos secundarios, sostenemos que la actual definición de necesidad insatisfecha infravalora el número de mujeres con una verdadera *necesidad insatisfecha* de anticonceptivos, ya que pasa por alto el gran número de mujeres que utilizan un método que no se adecúa a sus preferencias” (Rominski y Stephenson, 2019).

Un estudio de usuarias de anticonceptivos modernos en Kenya cambió la clasificación de las mujeres que en ese momento no estaban contentas con los métodos que utilizaban. Así, determinó que eran usuarias con una necesidad insatisfecha. Por otra parte, el estudio reflejó que la prevalencia de insatisfacción con el método anticonceptivo oscilaba entre el 6,6% y el 18,9%. Si se aplica este resultado a escala nacional se aumentaría enormemente (en aproximadamente un rango del 25% al 70%) la estimación del país de la necesidad insatisfecha para cualquier tipo de método anticonceptivo (Rothschild *et al.*, 2021).

Falta de información sobre la sexualidad, la reproducción y el embarazo

Para que haya una demanda o un deseo de utilizar un método anticonceptivo es necesario tener conocimientos sobre el propio cuerpo, la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción. A pesar de que la falta de conocimientos ya no es una de las razones más significativas de la necesidad insatisfecha, sigue estando estrechamente relacionada con mayores niveles de embarazo no intencional (Huda *et al.*, 2013). Muchas personas jóvenes siguen sin tener acceso a la educación sexual integral, lo que contribuye a alimentar mitos

y percepciones erróneas generalizadas sobre la anticoncepción y la anatomía humana.

La educación básica sobre salud y derechos sexuales y reproductivos debe proceder de programas escolares y extraescolares, así como de los establecimientos sanitarios. De hecho, en muchos entornos, la información relacionada con la anticoncepción se obtiene en gran medida a través del sistema de salud. Por ejemplo, en un reciente estudio llevado a cabo en Etiopía, el 68% de las mujeres entrevistadas afirmaron que su fuente de información sobre planificación familiar

Derechos humanos y educación sexual integral

La ausencia de información precisa sobre la salud sexual y reproductiva no solo tiene graves consecuencias, sino que también es una violación de los derechos humanos. La educación sobre sexualidad y reproducción es un componente básico de los derechos a la salud, la educación y la no discriminación, tal y como articula el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016). Esto significa que los individuos, incluidos los niños y los adolescentes, tienen el derecho a buscar, recibir y divulgar información e ideas sobre planificación familiar. Para cumplir estas obligaciones de derechos humanos, los Estados y las comunidades deben garantizar que la información sobre salud sexual y reproductiva es accesible, aceptable y precisa desde el punto de vista médico (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016). Además, “dicha información debe proporcionarse de una manera compatible con las necesidades de la persona y la comunidad, tomando en consideración, por ejemplo, la edad, el género, los conocimientos lingüísticos, el nivel educativo, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género y la condición de intersexualidad” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016).

Por ello, el acceso a la educación sexual integral es un factor facilitador crítico de los derechos humanos a la salud, el bienestar y la autonomía, que quedan plasmados en numerosos instrumentos de derechos humanos, entre ellos, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966), y la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2007).

Asimismo, la educación sexual integral también trata muchos de los factores que causan el embarazo no intencional —como, por ejemplo, la violencia de género— y ofrece herramientas para su prevención, lo que incluye maneras para establecer relaciones igualitarias, el respeto por roles de género no estereotipados, y cómo hablar del consentimiento (Haberland y Rogow, 2015). Son muchos los estudios que han afirmado que la educación sexual integral de calidad reduce de manera eficaz los comportamientos sexuales de riesgo y la incidencia del embarazo no intencional. Este tipo de educación tiene éxito cuando se imparte de maneras diversas e interrelacionadas, como, por ejemplo, mediante la creación de vínculos entre la educación escolar y servicios no escolares adaptados a los jóvenes (UNESCO *et al.*, 2018).

era un trabajador de la salud. Este estudio también reflejó que era menos probable que las mujeres que habían tenido como mínimo un embarazo no intencional tuvieran otro después; dicho de otro modo, se interesaban por obtener información o utilizaban la información que habían recibido en el momento de tener el primer hijo de cara a la planificación del segundo (Moges *et al.*, 2020).

Es importante que toda la información y el asesoramiento que se ofrezcan sean neutrales y precisos desde el punto de vista médico, y que presten apoyo, a fin de garantizar la autonomía en la toma de decisiones (UNFPA, 2021; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2000). Esto implica que los proveedores de atención de la salud y otros profesionales deben ofrecer asesoramiento e información basados en pruebas sobre la función, los beneficios y los riesgos de los anticonceptivos; además, han de facilitar esta información de manera que se adapte a las mujeres (y, si es apropiado, a sus parejas) y a su situación actual. Esta información puede y debe servir para contrarrestar la información errónea, las percepciones erróneas, los mitos y el miedo que a menudo provocan que no se utilicen anticonceptivos. Además, debe esclarecer la manera en la que funcionan los anticonceptivos de emergencia, estableciendo una distinción con el aborto inducido; esto es especialmente importante entre las comunidades y los individuos para los cuales el aborto es culturalmente inaceptable.

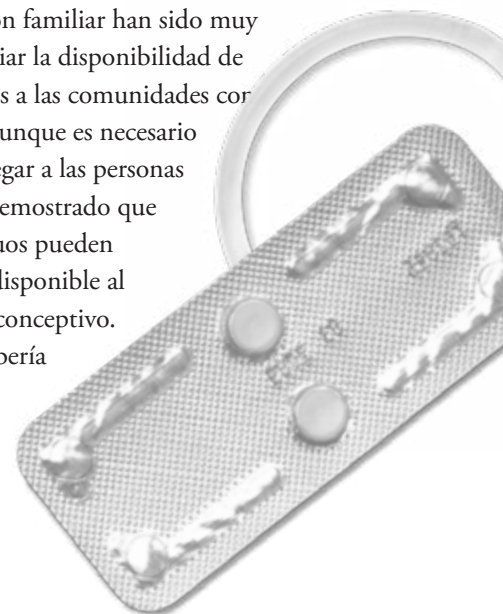
El cálculo erróneo del riesgo de embarazo

Una de las razones más habituales que subyace a la necesidad insatisfecha son las relaciones sexuales poco frecuentes o la percepción de no estar en situación de riesgo. Esto pone de manifiesto la importancia de tener conocimientos adecuados respecto a cuándo uno se encuentra en situación de riesgo. A su vez, indica la necesidad de garantizar que sea la propia mujer la que identifique cuándo tiene una necesidad en lugar de que sean los demás quienes asuman que la tiene. Dado que la baja

frecuencia de las relaciones sexuales se cita a menudo como una razón de la necesidad insatisfecha, ciertos profesionales de la comunidad de la salud reproductiva abogan por el desarrollo de un método anticonceptivo pericoital que resulte eficaz para que una mujer pueda utilizarlo únicamente cuando lo necesita. Lo ideal es que fuese un método que la mujer pudiese controlar y utilizar sin el conocimiento de su pareja. Los métodos actuales que podrían utilizarse de este modo suelen ser menos eficaces y requieren la cooperación de la pareja (por ejemplo, el preservativo, el diafragma o el capuchón cervical). En una reunión de 2017 organizada por la OMS sobre los anticonceptivos pericoitales hormonales, los participantes concluyeron que existía una necesidad de este tipo de método y que era necesario investigar más al respecto (OMS, 2017). Esta investigación está en curso (Jackson y Dossou, 2021).

¿Pueden las mujeres obtener un método anticonceptivo moderno de su elección?

Puede que una de las preguntas más frecuentes cuando se habla de la necesidad insatisfecha sea: ¿tienen las personas acceso a anticonceptivos? Pero este planteamiento es, además de simple, confuso. Como se ha visto anteriormente, los programas de planificación familiar han sido muy eficaces a la hora de ampliar la disponibilidad de anticonceptivos modernos a las comunidades con mayores necesidades. Y, aunque es necesario seguir invirtiendo para llegar a las personas más marginadas, queda demostrado que la mayoría de los individuos pueden decir que en su país hay disponible al menos algún tipo de anticonceptivo. Por tanto, la pregunta debería ser más específica: ¿gozan las personas de un acceso razonable al método anticonceptivo de su elección donde y cuando lo desean?



Las personas necesitan una variedad de métodos para satisfacer sus necesidades diversas y cambiantes. Estos métodos deben estar disponibles, ser accesibles y aceptables, y los suministros y servicios deben ser de gran calidad. En cada una de estas esferas, sigue habiendo obstáculos importantes, tal y como se detalla a continuación. Los datos globales de encuestas demográficas y de salud muestran que entre un 7% y un 27% de las mujeres dejan de usar un método anticonceptivo por motivos relacionados con el entorno del servicio, lo que incluye la calidad del servicio, la disponibilidad de una variedad suficiente de métodos, los desabastecimientos de suministros y la ineficacia de los mecanismos de remisión (Castle y Askew, 2015).

Disponibilidad

El concepto de disponibilidad de anticonceptivos va mucho más allá de la facilidad de poder comprar preservativos en la tienda más cercana. Hace referencia a la presencia de servicios de anticoncepción, lo que incluye servicios minuciosos y sensibles de asesoramiento en materia de planificación familiar, así como de una amplia variedad de métodos anticonceptivos. También implica que exista un número adecuado

de establecimientos sanitarios, programas de planificación familiar y personal de salud capacitado para servir a la población (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha declarado que “la no disponibilidad de bienes y servicios debido a políticas o prácticas basadas en la ideología, como la objeción a prestar servicios por motivos de conciencia, no debe ser un obstáculo para el acceso a los servicios” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016).

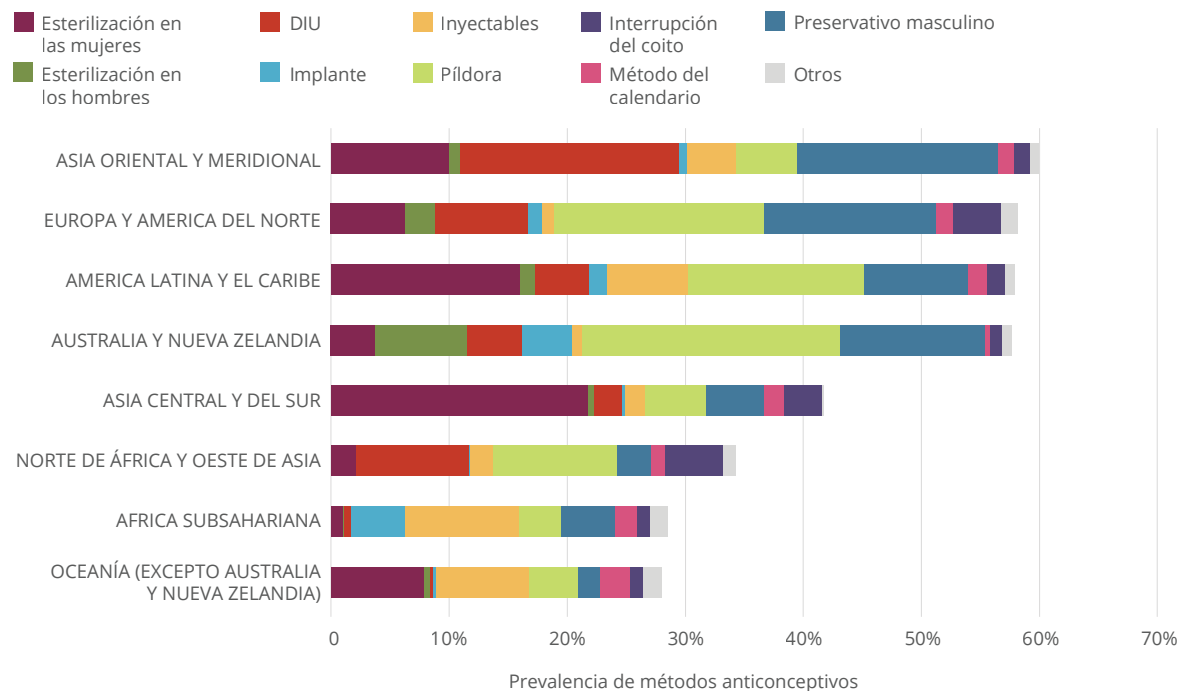
Los desabastecimientos siguen siendo un problema significativo para los programas de planificación familiar (véase el gráfico 7). Según un análisis multinacional de datos de encuestas demográficas y de salud, hasta un 5% de las interrupciones del uso de anticonceptivos se deben a desabastecimientos (Castle y Askew, 2015). En un examen de 2017 de los desafíos a los que se enfrentan las cadenas de suministros en los países de ingreso bajo y mediano se halló que los problemas en las cadenas de suministros contribuían notablemente a las altas tasas de desabastecimiento de anticonceptivos modernos (Mukasa *et al.*, 2017). En 2020,

La falta de acceso a anticonceptivos eficaces es una violación de los derechos humanos

La obligación de los gobiernos de facilitar información y métodos de planificación familiar de calidad para todas las personas —en condiciones de no discriminación e igualdad— figura explícitamente en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989; Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979). También se ratifica en otros muchos tratados de derechos humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que garantiza el acceso por medio del derecho a la salud (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966). La salud sexual y reproductiva es un componente fundamental del derecho a un nivel mínimo de salud universal para todas las personas. Por tanto, las obligaciones de los gobiernos en materia de derechos humanos exigen que los métodos y servicios de anticoncepción y planificación familiar estén disponibles, sean aceptables y accesibles y sean de alta calidad (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2000).

GRÁFICO 6

Distribución de usuarios de anticonceptivos por método y región, 2019 (DAES, 2020)



Fuente de datos: Las estimaciones se basan en los datos recopilados en World Contraceptive Use 2019; las tabulaciones adicionales se han obtenido de conjuntos de microdatos e informes de encuestas y estimaciones de la prevalencia de los anticonceptivos en 2019 a partir de Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2019. Agregados ponderados por grupo de población.

Fuente: División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2020). *Contraceptive Use by Method 2019*.

Nota: En la categoría "Otros" se incluyen métodos modernos menos usados, como el de la amenorrea de la lactancia (MELA), los métodos de barrera vaginal, los anticonceptivos de emergencia, los parches y los anillos vaginales, así como métodos tradicionales, como el lavado vaginal, la abstinencia prolongada, el grigrís, encantamientos, plantas medicinales, masajes abdominales y otros métodos.

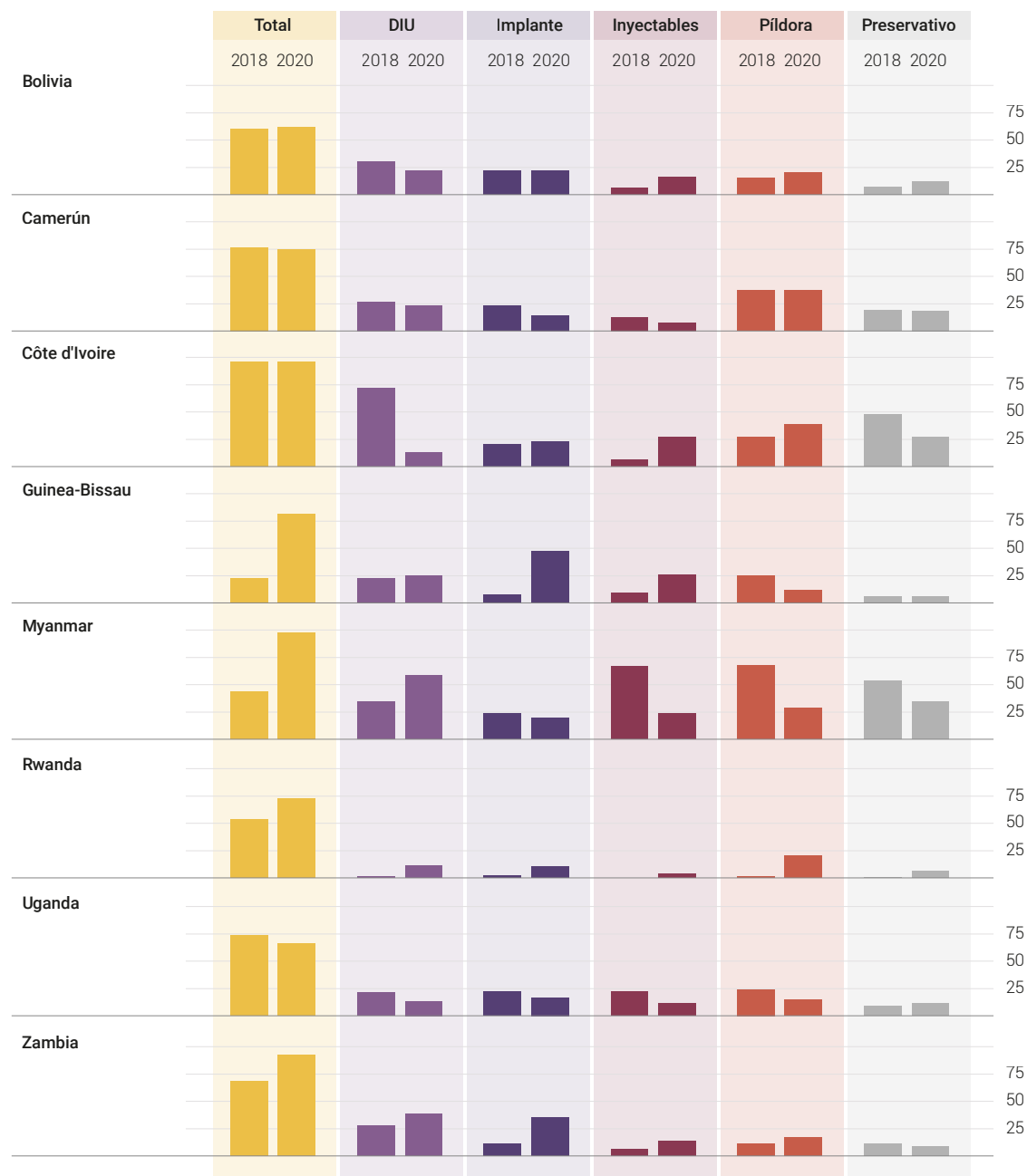
un examen sistemático exploró las consecuencias de los desabastecimientos de anticonceptivos y concluyó que estos limitaban la capacidad para usar un método de preferencia e influían en los lugares en que se podían obtener los distintos métodos y en su precio. Sin embargo, comparar las consecuencias fue una tarea ardua debido a la variedad de definiciones y mediciones (Zuniga *et al.*, 2020).

La pandemia de COVID-19 ha empeorado la situación de desabastecimiento, con una grave interrupción de las cadenas de suministros y la limitación del acceso a los establecimientos sanitarios. En América Latina, por ejemplo, se calculó que los desabastecimientos de

anticonceptivos, junto con la disminución de los ingresos de los hogares, tuvo como resultado la interrupción del uso de anticonceptivos modernos para entre 9 y 20 millones de mujeres (UNFPA, 2020c). Un análisis del Instituto Alan Guttmacher, que tenía por objeto simular posibles consecuencias, estimó que una disminución del 10% en el uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada y a corto plazo debido a la limitación del acceso tendría como resultado un aumento de 48 millones de personas con necesidades insatisfechas en materia de anticonceptivos y, además, más de 15 millones de personas se enfrentarían a embarazos no intencionales en el curso de un año (Riley *et al.*, 2020).

GRÁFICO 7

Porcentaje de instalaciones que comunican una falta de existencias en el día de la encuesta, en general y por método, países seleccionados*



Fuente: Informes de encuesta de instalaciones de Suministros UNFPA, 2018 y 2020.

*Información proporcionada en consonancia con protocolos, directrices o leyes nacionales actuales.

La pandemia de COVID-19 ha empeorado la situación de desabastecimiento.

Accesibilidad

Incluso cuando hay disponibilidad de métodos, es posible que estos no sean fácilmente accesibles. Por “accesibilidad” se entiende la accesibilidad física, sin discriminación, para todas las personas, incluidas las personas con discapacidad, los que viven en lugares remotos, los desplazados por conflictos armados o desastres naturales, y los adolescentes (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016). También hace referencia a que los métodos de planificación familiar sean asequibles y se ofrezcan con información de una manera accesible para los usuarios, teniendo en cuenta el idioma, el nivel educativo, la condición de discapacidad y otros factores (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016). Entre los obstáculos se incluyen las consideraciones económicas y geográficas, los costos (como los costos de oportunidad de viajes y puericultura), los límites de edad o los requisitos maritales. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha determinado que las normas de derechos humanos exigen hacer frente a estos obstáculos y eliminarlos con medidas presupuestarias, programas, planes de seguros, educación pública y una reforma legislativa (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2000).

También se han definido como obstáculos el estigma y la discriminación (Cook y Dickens, 2014). En estrecha relación con los nocivos estereotipos de género, la idea por la que se presupone que algunas chicas, mujeres, personas

no binarias y personas con discapacidad no “son sexuales” puede provocar que estas personas se sientan reprimidas, intimidadas o estigmatizadas, y se interrumpa su acceso a los servicios de anticoncepción (Horner-Johnson *et al.*, 2020; Cook y Dickens, 2014). Los datos del Perú, por ejemplo, señalan que la prevalencia del uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres casadas dobla con creces la de las mujeres solteras, y entre las adolescentes es siete veces menor que entre las mujeres casadas (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar, 2020). Las mujeres y los hombres que desafían las expectativas sociales y culturales y deciden no tener hijos también son víctimas del estigma (Ashburn-Nardo, 2017), y jóvenes y solteros a menudo se enfrentan a obstáculos en el acceso a la esterilización voluntaria (Kimport *et al.*, 2017).

Aceptabilidad

Las necesidades en materia de anticonceptivos son diferentes en cada mujer, e incluso las necesidades de una mujer varían a lo largo de los años. No obstante, las mujeres no siempre pueden usar el método que ellas consideren aceptable por sus circunstancias y deseos particulares.

Un factor clave para la aceptabilidad es la relación entre el usuario y el proveedor de servicios de salud. Esta relación es vital para establecer confianza, garantizar la satisfacción tanto del usuario como del proveedor de servicios de salud y fomentar la retención de personal de atención de la salud en la comunidad (OMS, 2014). Los trabajadores de la salud deben facilitar información y servicios de planificación familiar con respeto hacia la cultura y la comunidad de las personas y teniendo en

cuenta su edad, género, discapacidad y diversidad sexual (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016). Además, deben tener pleno conocimiento sobre, entre otros, los efectos secundarios, la posible necesidad de métodos de uso encubierto y las limitaciones sociales o comunitarias; asimismo, han de ser capaces de comunicar estas cuestiones. La OMS recomienda que el personal de atención de la salud reciba asesoramiento y educación con perspectiva de género a fin de poder satisfacer las necesidades específicas de las personas y las comunidades. También aconseja a los trabajadores de la salud que ofrezcan a los usuarios información y opciones para cambiar de métodos anticonceptivos si no están satisfechos con su método actual, y servicios de seguimiento para ayudarlos a gestionar los efectos secundarios de los anticonceptivos (OMS, 2014).

Calidad

La calidad de la atención y los servicios se refiere a poder decidir entre una amplia variedad de métodos anticonceptivos; recibir información precisa sobre la eficacia, los riesgos y los beneficios de los métodos; y recibir asesoramiento y atención de proveedores técnicamente competentes y respetuosos que velen por la dignidad, la no discriminación, la privacidad y la confidencialidad de los usuarios (PNUD, 2005). Los malos tratos en los centros de atención de la salud alejan a los usuarios, y cada vez se reconocen más como una violación de los derechos humanos (Kholsa *et al.*, 2016). La calidad de la atención también puede verse comprometida por incorporar las innovaciones y los avances tecnológicos en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, ya sea por negación o imposibilidad (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016), como los anticonceptivos de emergencia (véase la página 88 para orientación en materia de políticas).

El sesgo del proveedor de la atención de la salud es un obstáculo significativo para la calidad de los servicios. Los proveedores de servicios

pueden pensar que están más cualificados para decidir cuál es el método más apropiado para el usuario, o incluso es posible que tengan una preferencia personal hacia o en contra de ciertos métodos (Castle y Askew, 2015). Los sesgos pueden estar basados en la edad, el número de veces que ha dado a luz una persona, el estado marital u otros criterios, y numerosos proveedores imponen obstáculos y restricciones más allá de las que prescriben las directrices normativas o son necesarias por cualquier motivo médico (Solo y Festin, 2019). Un sesgo más común es aquel en contra de facilitar varios métodos anticonceptivos a los adolescentes, que a menudo deriva de juicios sobre la actividad sexual entre los jóvenes o preocupaciones (sin ninguna base empírica) acerca de las consecuencias de los métodos hormonales sobre la fertilidad en el futuro. Aunque es difícil medir la repercusión del sesgo del proveedor, el grado de variedad de métodos —con al menos el 50% de los usuarios de anticonceptivos que confían en un único método— se ha definido como un potencial indicador a nivel macro (Solo y Festin, 2019).

El sesgo también se puede ampliar al plano de los encargados de formular las políticas, quienes pueden participar en la limitación de la elección de métodos. Si, por ejemplo, los responsables de la toma de decisiones tienen sesgos personales respecto a un método, como la vasectomía o los anticonceptivos orales, pueden decidir no apoyar programas y políticas que amplíen el suministro de estos métodos a los usuarios.

Para mejorar la calidad de los servicios de anticoncepción, la OMS recomienda incorporar procesos de aseguramiento de la calidad (sugerencias de los clientes) en los programas de anticoncepción, así como capacitación continua basada en las competencias y supervisión del personal de la atención de la salud (OMS, 2014).

¿Las mujeres viven en un entorno que favorece u obstaculiza el uso de anticonceptivos?

Los expertos en planificación familiar instan a los encargados de formular políticas y los sistemas de salud a crear un entorno propicio para el uso de anticonceptivos. En el pasado, a menudo se hacía referencia a las iniciativas para aumentar el uso de anticonceptivos como actividades de “generación de demanda” o “creación de demanda”, pero estos términos, que provienen de la mercadotecnia,

tienen la connotación errónea de que se debe convencer o persuadir a las mujeres para que usen anticonceptivos. De hecho, las normas de derechos humanos exigen que se empodere a las mujeres, y todas las personas que pueden quedarse embarazadas, con información, educación y servicios, y que se las apoye con normas sociales positivas para que tomen la decisión libremente y por su cuenta. Independientemente de los términos que se utilicen, el entorno sigue siendo, por lo general, insuficiente para el ejercicio del derecho a decidir de manera libre y fundamentada.

Aumento de la capacidad de decisión gracias a los avances del movimiento de la autoasistencia

En los últimos años, los profesionales de la atención de la salud han ido considerando progresivamente la autoasistencia —que la OMS define como la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un trabajador de la salud— como una vía importante de ampliación del acceso a los servicios vitales. “Las intervenciones de autoasistencia son una de las soluciones nuevas más prometedoras y apasionantes para mejorar la salud y el bienestar, tanto desde la perspectiva de los sistemas de salud como de las personas que las utilizan”, señaló la OMS en 2021 (OMS, 2021).

Durante la pandemia de COVID-19, cuando se suspendieron los programas de planificación familiar y se limitaron los desplazamientos, este enfoque demostró con más fuerza su importancia, lo que provocó que algunos investigadores hicieran un llamamiento en favor de “ampliar los enfoques de la autoasistencia para desmedicalizar la anticoncepción” y “ampliar la variedad de anticonceptivos de autoadministración” a fin de “aumentar la capacidad de decisión de las personas para determinar el método que quieren emplear, cuándo quieren usarlo y dónde quieren obtenerlo” (Haddad *et al.*, 2021).

Las directrices sobre autoasistencia de la OMS de 2021 incluyen las recomendaciones siguientes en materia de planificación familiar (OMS, 2021):

- Debería utilizarse la autoadministración como solución adicional a la administración de anticonceptivos inyectables en mujeres en edad fecunda.
- Las personas que utilizan anticonceptivos orales (píldora) deberían poder adquirirlos sin receta médica.
- Las personas que quieran usar píldoras anticonceptivas de emergencia deberían poder adquirirlas sin receta médica.

Obstáculos jurídicos

Entre los obstáculos jurídicos se incluyen leyes, políticas y prácticas que prohíben a los adolescentes o las mujeres no casadas acceder a anticonceptivos. Pero también se incluyen factores adyacentes a las restricciones jurídicas, como la falta de financiación para servicios de salud sexual y reproductiva.

Normas de género desiguales y otros obstáculos sociales

Hacer frente a las normas sociales nocivas, en particular las normas de género discriminatorias, es una parte fundamental de la creación de un entorno propicio. La relación entre la igualdad de género y la prevención de embarazos no intencionales es clara (véase la página 23, capítulo 2), y cuando las mujeres tienen capacidad de decisión y elección, suele aumentar el uso de anticonceptivos (Naciones Unidas, 2020). Gran parte de la resistencia a los anticonceptivos tiene su origen en la desigualdad de género, como la oposición religiosa; la confusión médicamente inexacta de los conceptos de anticoncepción y aborto; la violencia de pareja en forma de coacción reproductiva; la presión social o familiar para tener hijos, una familia grande o seguir teniendo descendencia hasta que nazca un niño varón (preferencia por los hijos varones); y los estigmas, los mitos y la información errónea. Cuando las mujeres se enfrentan a la resistencia de su comunidad o sus parejas en relación con el uso de anticonceptivos, a menudo se ven forzadas a no usarlos o recurren al uso encubierto para reafirmar su autonomía corporal.

Un estudio en Kenya reveló que un 12,2% de las mujeres usaban anticonceptivos de manera encubierta (Akoth *et al.*, 2021), y entrevistas realizadas a 300 mujeres en Ghana señalaron que, en el caso de este país, el porcentaje era del 34% (Baiden *et al.*, 2016). (En ambos estudios, los inyectables eran el método anticonceptivo de preferencia). Estas tasas relativamente altas de uso clandestino son un claro indicativo de que el no uso o la interrupción del uso de anticonceptivos no representan una falta de demanda de anticonceptivos. También subrayan cómo la decisión de una mujer sobre los distintos métodos puede estar limitada por la necesidad de usarlos de

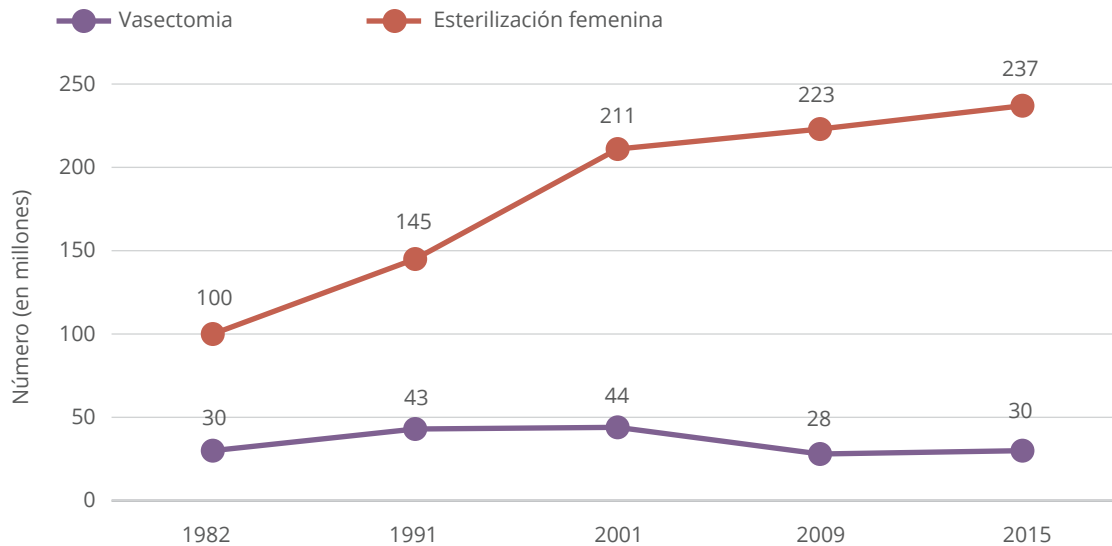
manera encubierta, lo que, en un sentido más amplio, refleja la falta de empoderamiento de las mujeres.

Además, existe la expectativa social de que las mujeres asuman la responsabilidad de la planificación familiar. Esto se debe, en parte, a la distribución del riesgo: la persona que se queda embarazada asume todas las consecuencias anatómicas y económicas del embarazo, incluido el riesgo de morbilidad y mortalidad materna o cualquier pérdida de trabajo o ingresos relacionada con el embarazo o el parto. Esta persona está, por tanto, más motivada para usar anticonceptivos correcta y regularmente. Pero este factor está reforzado en gran medida por las normas sociales. Por ejemplo, la escasez de opciones de anticonceptivos disponibles para hombres (que se examina en el relato de la página 70) es un reflejo de la toma de decisiones de los inversores y los encargados de formular políticas y sus expectativas en torno a la demanda del mercado o la falta de ella. Las píldoras anticonceptivas para hombres, los geles reversibles de acción prolongada (que bloquean el esperma) y los inyectables están permanentemente en fase de ensayo clínico pero aún no han salido al mercado (Thirumalai y Amory, 2021; Constantino *et al.*, 2007).

Resulta esclarecedor que, en el caso de la esterilización —un método anticonceptivo menos invasivo y que entraña menos riesgos en hombres—, haya una mayor discrepancia en cuanto a los niveles de uso en todo el mundo, lo que revela el mayor énfasis comparativo sobre las mujeres como foco de los métodos y programas anticonceptivos. En 2015, cerca de 30 millones de hombres se sometieron a la vasectomía, en comparación con los 237 millones de mujeres que accedieron a un método anticonceptivo permanente (DAES, 2015). “Existe [...] un consenso internacional de larga data sobre la importancia de la equidad de género. No obstante, en cuanto a la vasectomía (esterilización masculina), se ha producido una desconexión entre los compromisos por la capacidad de elección y la equidad y las realidades de los programas”, han declarado algunos investigadores (Jacobstein, 2015).

GRÁFICO 8

Tendencias en el uso a escala mundial de métodos anticonceptivos permanentes



Fuente: Shelton y Jacobstein, 2016.

La necesidad de adoptar enfoques globales

Esta investigación apunta a que se deben desmentir los conceptos erróneos en torno a la anticoncepción en todos los niveles. Es necesario que las personas y los proveedores de salud reexaminen algunas creencias y sesgos. Aunque esto también ocurre en las esferas de la toma de decisiones y los presupuestos, en las que el asunto de los embarazos no intencionales se reduce, con demasiada frecuencia, a hablar de cuestiones relacionadas con los suministros de anticonceptivos, la prestación de servicios hasta el último tramo o el asesoramiento en materia de planificación familiar.

De aquí se deduce que ningún enfoque, por muy importante que sea, podrá satisfacer todas las necesidades por sí solo. Por tanto, se debe implementar desde la base de un paquete integral de iniciativas interrelacionadas. Las mujeres y las niñas deben disponer del espacio y los conocimientos adecuados para comunicar sus necesidades (a sus parejas, proveedores de atención de la salud, investigadores y encargados de formular políticas) y, lo que es más importante, deben ser escuchadas.

PLANIFICACIÓN PARA EL CAMBIO

LAS FILIPINAS, 2021 — Rahma Samula, de Maguindanao (Filipinas) tiene 40 años y, al dar a luz por sexta vez, estaba agotada. Ya había sido testigo de la experiencia de su madre, que crió a ocho hijos. “Mi marido y yo vamos a darle una oportunidad a la planificación familiar. Lo que me ayudó a tomar la decisión fue haber visto las dificultades que tuvo mi madre para cuidar de mis siete hermanos”.

La diferencia de edad entre casi todos sus hijos es tan solo de un año, pero, con la ayuda de un anticonceptivo inyectable, Rahma consiguió retrasar su último embarazo hasta 2021, cinco años después del nacimiento del más joven. No le cabe duda de que, de no ser por las inyecciones, habría tenido otros dos embarazos en ese período. Tanto ella como su marido agradecen la labor de los trabajadores sanitarios locales, que les brindaron información y consejo sobre las opciones de planificación familiar a su alcance. Para Rahma, que goza de buena salud, el único efecto secundario ha sido un leve aumento de peso, aunque le ha venido bien. En su opinión, dejar pasar más tiempo entre embarazos y usar el anticonceptivo era la mejor opción para su cuerpo y su familia. “Así los niños no lo pasan mal”, afirma.

Hace una generación, su historia no habría sido tan fácil. En Filipinas, las políticas gubernamentales con

respecto a la planificación familiar y la salud reproductiva no han sido inamovibles. En los años 80, se centraron en limitar el crecimiento demográfico por medio de cupos e incentivos a la anticoncepción; más adelante, pasaron a estar en sintonía con la doctrina católica que prohíbe los métodos anticonceptivos modernos. Durante decenios, la tensión entre los partidarios y los detractores

“Mi marido y yo decidimos utilizar anticonceptivos porque son unos tiempos muy duros”.

de los anticonceptivos provocó que el país optara por un término medio entre ambas posturas. Esta tercera vía no fue un camino de rosas: la planificación familiar se fomentó en buena medida desde el prisma de las intervenciones de salud materna y supervivencia infantil, lo que marginó a la población adolescente y las mujeres solteras (Álvarez, 1993). El enfoque actual que siguen las autoridades —uno centrado en los pacientes y la salud reproductiva— no se adoptó hasta 2012, fecha en la que se aprobó la Ley de Paternidad y Maternidad Responsables y Salud Reproductiva. En virtud de dicha ley, el Gobierno de Filipinas tenía la obligación de proporcionar servicios

gratuitos de planificación familiar a las familias pobres. Sin embargo, los líderes religiosos influyentes solo ven con buenos ojos lo que se conoce como “métodos anticonceptivos naturales” (basados en la vigilancia de la fertilidad) y se oponen a todos los demás.

A pesar de ello —y durante años—, fueron precisamente los líderes religiosos y comunitarios quienes, junto con organizaciones sin fines de lucro, ayudaron a que los métodos anticonceptivos llegaran a zonas remotas y a familias que no podían permitirse más bocas que alimentar. “Hay un párroco que viene a vernos y nos trae [píldoras anticonceptivas]. No sabemos dónde se consiguen”.

Estas fueron las declaraciones al UNFPA en 1998 de una madre que vivía en una aldea remota de pescadores donde escaseaban los ingresos.

La ley de 2012 y el empeño de los movimientos comunitarios (por ejemplo, grupos no gubernamentales, organizaciones de derechos de la mujer y personas como aquel párroco) han tenido un efecto acumulado de gran magnitud y muy positivo en el acceso a los anticonceptivos en Filipinas. El impulso que llevó a este cambio no puede atribuirse a un único actor —ya sea el sistema sanitario, el ordenamiento jurídico o la sociedad



Las leyes y los esfuerzos de la comunidad han contribuido al cambio.
 Jay Directo/AFP a través de Getty Images

en general—, sino que fue el resultado del trabajo integral que se desarrolló en todos los ámbitos a lo largo de varios años.

La ley favoreció las inversiones en clínicas y servicios reproductivos; ahora existe un programa de seguro médico con el que están cubiertos más del 90% de los municipios del país (FP2030, 2020a). Los discursos airados sobre la anticoncepción han bajado de tono y han dado paso a nuevos intercambios de ideas en torno a la libertad de decisión, los derechos y los objetivos a largo plazo a nivel particular y familiar. Los trabajadores sanitarios, los asesores en materia de planificación familiar

e incluso los líderes religiosos han tomado la iniciativa en lo que respecta a desmentir las falsas creencias sobre los anticonceptivos.

“Mi marido y yo decidimos utilizar anticonceptivos porque son unos tiempos muy duros”, comentó Theresa Batitits, que tiene 36 años y es asesora nutricional en un pueblo de la región norte. Los recursos familiares escasean y prefieren dedicarlos a la educación de sus cuatro hijos. Hasta hace poco, Theresa no había querido recurrir a anticonceptivos hormonales debido en parte al miedo a los efectos secundarios, pero cuando una trabajadora sanitaria

mencionó los implantes de acción prolongada, se animó a darles una oportunidad. “Antes de dar medios de planificación familiar a las mujeres, les ofrecen información sobre los métodos que existen, su funcionamiento, cómo se utilizan, los efectos secundarios y cosas así”, cuenta Theresa.

Anisa T. Arab vive en Maguindanao y es una de 15 hermanos. Siempre ha tenido mucho carácter: se marchó de casa a los 20 años porque no estaba dispuesta a seguir el plan de su padre, que consistía en que dejara de estudiar y se casara. En un principio, Anisa estaba en contra de la planificación familiar porque creía que era incompatible con las enseñanzas islámicas, pero explica que “al estudiar los preceptos de mi religión, vi que la comunidad tiene tradiciones con respecto a las mujeres que no se parecen en nada a lo que realmente dice el Islam”.

Ahora tiene 57 años, trabaja como presentadora de radio y profesora de estudios islámicos (lo que se denomina “uztazah”) y es una defensora declarada de la educación de las mujeres y de su derecho a casarse solo si así lo desean (con la persona y en el momento que ellas elijan) y a planificar el tamaño de su familia. Proporciona información a sus seguidores acerca de la fetua sobre la planificación familiar, un dictamen jurídico avalado por eruditos del Islam que aclara que la anticoncepción no está vetada. “La planificación familiar no es algo malo”, afirma. Al contrario: “la mejor familia es la que se crea cuando las mujeres han aprendido a cuidar de sus cuerpos”.

¿Dónde permiten las leyes y las políticas que las mujeres eviten los embarazos no intencionales?

En los ODS encontramos el primer intento de evaluar de forma exhaustiva la medida en que los marcos jurídicos y normativos de los países respaldan la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos. El indicador 5.6.2 de los ODS supervisa las leyes y normas en torno a cuatro componentes: atención materna, servicios de anticoncepción, educación sexual, y servicios de prevención y tratamiento del VIH y el virus de los papilomas humanos (VPH).

No podemos atribuir una relación directa con la prevención de embarazos no intencionales a cada uno de los 13 componentes, pero incluso aquellos que no presentan un vínculo evidente (como la vacuna contra el VPH) reflejan el entorno normativo general que rodea al ámbito de la salud y los derechos reproductivos.

El indicador evalúa si existe una ley que apoye cada uno de estos componentes, o si hay factores que los restrinjan. Mide solo la existencia de leyes y reglamentos, no su aplicación. Asimismo, cabe señalar que se aprecian importantes variaciones en las distintas regiones. Hay datos nacionales disponibles en unstats.un.org/sdgs/dataportal.

El indicador 5.6.2 de los ODS mide 13 componentes (C1-C13) que se agrupan en cuatro secciones:

Atención materna

- C1:** Atención Materna
- C2:** Productos básicos de supervivencia
- C3:** Aborto
- C4:** Atención posterior al aborto

Educación sexual

- C8:** Leyes para incluir la educación sexual en los planes de estudios
- C9:** Temas sobre educación sexual tratados en los planes de estudios

Servicios de anticoncepción

- C5:** Anticoncepción
- C6:** Consentimiento para los servicios de anticoncepción
- C7:** Anticonceptivos de emergencia

VIH y VPH

- C10:** Asesoramiento y diagnóstico del VIH
- C11:** Tratamiento y atención del VIH
- C12:** Confidencialidad del estado de salud de los hombres y las mujeres que viven con el VIH
- C13:** Vacuna del VPH

	ATENCIÓN MATERNA					SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN				EDUCACIÓN SEXUAL			VIH Y VPH					Indicador 5.6.2 de los ODS (general)
	C1	C2	C3	C4	Promedio de la sección	C5	C6	C7	Promedio de la sección	C8	C9	Promedio de la sección	C10	C11	C12	C13	Promedio de la sección	
TOTAL MUNDIAL	85	90	43	78	74	78	82	70	76	66	68	65	87	91	93	54	81	76
Regiones más desarrolladas	94	88	71	81	85	84	92	76	84	89	88	88	91	94	95	81	90	87
Regiones menos desarrolladas	82	90	33	77	71	75	79	69	74	58	61	58	86	90	92	45	78	72
Países menos adelantados	79	96	29	79	71	72	70	68	70	53	59	56	88	92	93	38	78	71

REGIONES DEL UNFPA

Estados Árabes	73	87	10	88	68	77	67	77	73	31	9	9	89	89	95	8	70	65
Asia y el Pacífico	78	87	37	82	71	79	80	73	77	65	65	63	85	86	93	45	78	74
Europa Oriental y Asia Central	93	87	65	95	85	86	100	77	87	93	82	87	84	93	94	50	80	84
América Latina y el Caribe	86	86	31	75	70	77	82	60	73	67	77	71	84	86	94	57	80	75
África Oriental y Meridional	84	97	28	87	73	69	72	69	70	53	69	61	84	88	90	61	81	72
África Occidental y Central	83	98	34	65	70	76	77	72	75	52	55	54	89	97	91	35	79	70



La realidad de los costos de los embarazos no intencionales

Claramente, las consecuencias de los embarazos no intencionales son muy amplias. Las más obvias son los resultados directos de los mismos embarazos, bien sean nacimientos, abortos inducidos o abortos espontáneos. Podríamos vernos tentados, por tanto, a medir las consecuencias sopesando dos escenarios posibles: uno en el que una mujer invierte su tiempo y sus recursos en un bebé y otro en el que la mujer invierte en ella misma. Pero esta dicotomía es falsa. Una mujer que se somete a un aborto puede estar haciéndolo para invertir unos recursos limitados en otro hijo que ya tiene. Una mujer a la que se le ha negado la capacidad de decisión para elegir el embarazo también puede carecer de medios para invertir en ella misma o en un bebé. Y una mujer con vastos recursos económicos puede tener que hacer frente a otros costos, como la exposición continuada a una pareja violenta.

También es necesario tener en cuenta los matices cuando se estudian los embarazos que acaban en nacimiento. Sin duda, muchos embarazos no intencionales se acogen con gozo, e incluso los embarazos no intencionales que provocan miedo y consternación pueden redundar, en última instancia, en niños muy amados que aportan grandes dosis de felicidad. Se debe expresar con rotundidad que cualquier niño nacido de un embarazo no intencional —independientemente de las circunstancias— es una persona con un valor, una dignidad y unos derechos humanos inherentes que se deben respetar. Ninguno de estos aspectos entra en conflicto con el hecho de que los embarazos no intencionales pueden desencadenar múltiples consecuencias para las personas y las familias en las que se producen.

Por tanto, en lugar de investigar los resultados de los embarazos no intencionales, se debe prestar atención a la fase previa, al ejercicio o la negación del derecho de decisión que empieza antes del embarazo. Este capítulo pretende lidiar con estas cuestiones: ¿cuál es la diferencia entre un mundo en el que los embarazos son el resultado de decisiones deliberadas y fundamentadas y nuestro mundo actual, en el que casi la mitad de todos los embarazos se producen sin atender a la plena voluntad de las madres? ¿Cuáles son las consecuencias de perder la autonomía corporal en lo que respecta al embarazo? ¿Las sociedades que toleran tasas altas de embarazos no intencionales valoran todo el potencial de las mujeres más allá de sus capacidades reproductivas?

Desde este enfoque, los costos de oportunidad no se pueden calcular. Sin embargo, también existen formas concretas y cuantificables con las que los investigadores han tratado de entender algunos de los costos: costos para el sistema de salud de los embarazos no deseados, tanto si acaban en nacimiento como si no; costos en términos de contribuciones y oportunidades económicas y educativas de las mujeres; y, en caso de complicación, los posibles riesgos para la salud mental y física tanto de las madres como de los

bebés. A su vez, hay riesgos entre quienes eligen el aborto, en especial en lugares con leyes restrictivas sobre este procedimiento, en los que las mujeres recurren a abortos en condiciones de riesgo, exponiéndose a menudo a la morbilidad e incluso mortalidad maternas evitables.

Estas mediciones son solo un punto de partida, pero también el inicio de un proceso vital para articular de forma más clara cómo las sociedades y las economías se definen por los embarazos que se desarrollan en los cuerpos de las mujeres que no los desean o no los han planeado.

Contar lo incuantificable

Se barajan numerosas hipótesis en torno a las consecuencias de los embarazos no intencionales, que no se pueden demostrar ni rechazar fácilmente. Hay voces que han sugerido, por ejemplo, que las tasas más altas de nacimientos no intencionales podrían generar tasas más altas de crimen o aumentar los niveles de estrés de los hogares (Yazdkhasti *et al.*, 2015). Estas cuestiones, controvertidas y provocativas, reflejan las presiones del mundo real sobre las comunidades y las familias, que pueden ser consecuencias del embarazo no intencional. También existen otros costos incontables, como el estigma que soportan las mujeres no casadas y que puede tener consecuencias para toda la vida e incluso multigeneracionales.

Un ejemplo de la rápida multiplicación de las consecuencias difíciles de registrar son aquellas con las que a menudo cargan las adolescentes y las personas más jóvenes con un embarazo no intencional. Es posible que una niña embarazada se vea obligada a abandonar la escuela (bien porque la escuela no le permite la asistencia, o bien porque tiene que cuidar de su bebé). Retomar los estudios escolares es muy difícil y, a veces, imposible. Pocas escuelas ofrecen entornos de apoyo para la lactancia y la puericultura u horarios flexibles (Human Rights Watch, 2018). Una niña que no ha completado la educación

escolar ve reducidas sus posibilidades de empleo y su potencial de ingresos. Si el bebé nace fuera de un matrimonio, puede comportar la discriminación tanto de ella como de su hijo (Human Rights Watch, 2018).

Los investigadores identifican estas limitaciones con un consenso aplastante. “El verdadero perjuicio a la calidad de vida es incalculable”, señalaron los autores de una revisión bibliográfica de 2015 que analizaron las diferentes consecuencias negativas de los embarazos no intencionales” (Yazdkhasti *et al.*, 2015). “Los embarazos no intencionales provocan una serie de consecuencias adversas que no tienen nada que ver con los balances de las cuentas públicas. En general, las pruebas sugieren que el embarazo no intencional es uno de los desafíos más críticos al que se enfrenta el sistema de salud pública y plantea unos costos económicos y sociales significativos para la sociedad” (Yazdkhasti *et al.*, 2015).

Contar lo cuantificable

Participación en la fuerza de trabajo y potencial de ingresos

A pesar de los desafíos, existen formas específicas de medir algunas consecuencias de los embarazos no intencionales. Un estudio en los Estados Unidos, por ejemplo, halló que los nacimientos no planeados reducen la participación en la fuerza de trabajo hasta en un 25%. El objetivo del estudio era analizar las consecuencias de los nacimientos no deseados y los nacimientos inoportunos —como, por ejemplo, una mujer que se queda embarazada a los 25 años y no pretendía hacerlo hasta los 28— (Nuevo-Chiquero, 2014). También se reveló que las consecuencias económicas de los embarazos no intencionales sobre el

El embarazo no intencional abre camino a las violaciones de los derechos humanos

A excepción de los embarazos que son resultado de la violencia sexual y las distintas formas de coacción reproductiva, la mayoría de los embarazos no intencionales no son resultado directo de violaciones de los derechos humanos. No obstante, estos embarazos sí pueden entrañar consecuencias que hacen vulnerables a las mujeres y las niñas ante estas violaciones de los derechos humanos. Entre las consecuencias negativas identificadas, el embarazo no intencional se asocia con un retraso en la atención prenatal, lo que puede empeorar los resultados de salud para la mujer embarazada (Khan *et al.*, 2019) y, si sigue adelante con el embarazo, puede dar a luz a un niño prematuro (Orr *et al.*, 2000). El embarazo, intencional o no, puede forzar a las niñas a abandonar la escuela (Human Rights Watch, 2018a) o provocar discriminación en el empleo (OIT, 2012). A su vez, esta discriminación puede agravar las ya frágiles circunstancias socioeconómicas que pueden subyacer a los embarazos no intencionales en primer lugar (Aiken *et al.*, 2015). En casos extremos, los embarazos fuera del matrimonio pueden acarrear sanciones penales (Comisión de Inmigración y Refugiados del Canadá, 2013), penas de muerte, ejecuciones extrajudiciales como los llamados “asesinatos por honor” o el suicidio (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2012; Mansur *et al.*, s. f.).

Los instrumentos internacionales de derechos humanos protegen la salud, la educación, el empleo y la no discriminación; cuando un embarazo no intencional pone en peligro o merma el ejercicio de estos derechos para las mujeres y las niñas, los gobiernos deben, por su cuenta o en alianzas con organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, adoptar todas las medidas necesarias —legislativas, normativas, programáticas, presupuestarias, administrativas— para respetar, proteger y hacer cumplir estos derechos (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 1990).

bienestar de las familias eran mucho mayores en las familias de ingresos bajos que en las familias de ingresos más altos, que dependen menos de los salarios, pues tienen ahorros y otros activos a los que pueden recurrir (Nuevo-Chiquero, 2014).

Costos para el sistema de salud

También se puede calcular la carga económica de actividades como la atención al embarazo o al aborto. Pero cabe señalar una advertencia: no se puede simplemente asociar un valor económico a los costos de la atención de la salud de cada mujer con un embarazo no intencional y después compararlo con las mujeres que no tienen ningún embarazo. Muchos embarazos no intencionales son inoportunos en lugar de no deseados; esto quiere decir que es posible que la misma mujer hubiese generado estos costos relacionados con la atención de la salud en el embarazo pero en otras circunstancias. Sin embargo, si se intuye que las mujeres preferirían empezar una familia o ampliarla en mejores condiciones de salud económica, sí podemos empezar a encontrar cierta vinculación con los costos.

Investigadores de los Estados Unidos señalaron que los embarazos no intencionales entre las mujeres de ingresos bajos y empobrecidas se traducían en costos muy elevados de gasto público: “El gasto público en embarazos no intencionales en el conjunto del país ascendió a 21.000 millones de dólares en 2010” (Sonfield y Kost, 2015). Desde entonces, estos costos han seguido aumentando en los Estados Unidos. Los investigadores también calcularon el potencial de ahorros brutos —cerca de 15.500 millones de dólares de los Estados Unidos— que se podría haber conseguido si se hubiesen evitado esos embarazos no intencionales (Sonfield y Kost, 2015).

Un estudio que examina datos del Brasil de 2010 estimó el costo total de los embarazos no intencionales en ese país en aproximadamente 2.330 millones de dólares de los Estados Unidos (según el tipo de cambio de 2010). Estos costos

se dividían en un pequeño porcentaje para la atención de los abortos espontáneos (0,8%), los costos directos de los nacimientos de embarazos no intencionales (30%) y los costos de las complicaciones de los lactantes de embarazos no intencionales (cerca del 70%). Los investigadores excluyeron los costos de los abortos inducidos y tampoco incluyeron los costos de la morbilidad materna y los asociados con su ausencia de la fuerza de trabajo (Le *et al.*, 2014).

Estos cálculos son específicos para el país y tienen un alcance limitado. Tratar de hacer un cálculo similar de los costos mundiales o regionales sería harto complejo, y no existe consenso sobre una metodología para medir estos costos ni sobre qué costos medir. Aun así, no cabe duda de que los costos de los embarazos y los nacimientos ascienden a cifras muy altas.

El otro gran costo que es resultado indirecto de los embarazos no intencionales es el de la prestación de servicios de aborto y atención posterior al aborto. El Instituto Alan Guttmacher ha llevado a cabo una amplia investigación en torno a estas cifras. Su resumen más reciente (“Adding It Up”) revela que, anualmente, los países de ingreso bajo y mediano gastan 2.800 millones de dólares en servicios de aborto y atención posterior al aborto. Este costo se reduciría a prácticamente la mitad —1.500 millones de dólares— si se satisficieran plenamente las necesidades en materia de anticonceptivos en estos países (Sully *et al.*, 2020).

Consecuencias sobre la salud mental

Tratar de identificar las causas y los efectos en lo que respecta a embarazos no intencionales y salud mental puede ser todo un reto, puesto que ambos conceptos son factores impulsores y derivados de muchas de las mismas vulnerabilidades. La violencia de pareja, por ejemplo, puede generar la falta de capacidad de decisión que se traduce en un embarazo no intencional y además menoscaba la salud mental



© UNFPA/Fidel Évora

y el bienestar (Gipson *et al.*, 2008). Aun así, numerosos estudios han intentado desenmarañar estas relaciones y, en conjunto, defienden con firmeza que el embarazo no intencional a menudo es un factor causal de la depresión y del deterioro del bienestar psicológico.

Depresión posparto

Un metanálisis reciente de 30 estudios y más de 65.000 participantes señaló que las mujeres que se habían quedado embarazadas de manera no intencional corrían un riesgo significativamente mayor de sufrir depresión posparto que las mujeres que habían decidido quedarse embarazadas por voluntad propia—razón de tasas de 1,53— (Qiu *et al.*, 2020). Esta correlación ha quedado patente en varios estudios en distintos países y regiones del mundo (Steinberg *et al.*, 2020; Brito *et al.*, 2015).

En lo que respecta a los países de ingresos altos, un estudio longitudinal de 21 años en Australia examinó los factores vinculados al parto que influyen en la depresión. Entre las mujeres del estudio, un 21% experimentó una depresión “de nivel alto” en algún momento posterior al parto. Los factores predisponentes más importantes

de la depresión eran el conflicto de la relación de pareja, la ansiedad y el estrés durante el embarazo, desarrollar numerosos síntomas en el embarazo y una red social deficiente; un factor predisponente menos prominente, pero aun así significativo estadísticamente, era la incertidumbre acerca de la conveniencia de tener un hijo (Kingsbury *et al.*, 2015).

Las mujeres que buscan someterse a un aborto pero no pueden obtenerlo pueden correr un riesgo especialmente alto. Un estudio de cohorte de 2011 en el Brasil examinó la depresión en 1.057 mujeres, y reveló una mayor incidencia de depresión posnatal entre las mujeres que habían intentado, sin éxito, abortar, en comparación con un grupo de mujeres que no lo habían intentado; esta relación seguía estando presente tras analizar otros posibles indicadores de la depresión posnatal, como la salud mental previa al embarazo (Ludermir *et al.*, 2011). De forma similar, un análisis de datos longitudinales en 2017 en los Estados Unidos concluyó que las mujeres a las que se les negó el aborto corrían un mayor riesgo de resultados psicológicos adversos en comparación con las mujeres que consiguieron abortar (Biggs *et al.*, 2017).

El Estudio del Rechazo

El Estudio del Rechazo (“The Turnaway Study”), una investigación de referencia en los Estados Unidos, se elaboró para entender las consecuencias a lo largo del tiempo en las personas embarazadas a las que se les había negado el aborto en comparación con aquellas que consiguieron acceder al procedimiento (Foster, 2020). Se siguió durante cinco años a cerca de 950 mujeres que habían solicitado un aborto; a algunas de ellas se les había negado por haber pedido el aborto una vez sobrepasados los límites gestacionales. “No hemos encontrado ninguna evidencia que indique que el aborto sea perjudicial para las mujeres. Las mujeres que se habían sometido a un aborto se encontraban igual o, más frecuentemente, mejor que las mujeres a las que se les había negado el aborto”, afirmaron algunos investigadores. Entre los parámetros que se tenían en cuenta se incluían la salud física, el empleo o la situación económica, así como la salud mental. El estudio también reveló que entre las mujeres que se habían sometido a un aborto “la probabilidad de tener un embarazo deseado y establecer una relación sana y romántica con el tiempo era más alta”.

De las mujeres del estudio a las que se les había negado el aborto, dos murieron por causas relacionadas con el parto y otras sufrieron complicaciones en el parto, con el consiguiente aumento del dolor crónico y la hipertensión, y el deterioro de la salud en general durante años. En el período inmediatamente posterior a la negación del aborto, muchas mujeres registraron un aumento de la ansiedad y una disminución de la autoestima. Las mujeres a las que se les había negado el aborto eran menos capaces de separarse de parejas violentas, y muchas afirmaron tener problemas económicos.

Este estudio de gran influencia y las docenas de artículos académicos que generó han recibido mucha atención a lo largo de los años por su innovador diseño y sus resultados, que revelaron no solo que el aborto no es perjudicial para las mujeres, sino que reporta beneficios para el bienestar de muchas de ellas. “Las mujeres son conscientes de la gran variedad de consecuencias que conlleva seguir adelante con un embarazo no deseado”, declaró al UNFPA la Profesora Diana Greene Foster, principal investigadora del estudio. “Todas sus preocupaciones —en materia de economía, salud, responsabilidades y planes de futuro— pertenecen a esferas en las que las mujeres que no pudieron acceder a un aborto deseado tuvieron peores resultados que las que sí pudieron acceder”.

Consecuencias para la salud física

Riesgos asociados a los nacimientos no intencionales

A pesar de que el vínculo entre los embarazos no intencionales y el riesgo de morbilidad y mortalidad materna sigue estando infraestudiado, se han hallado correlaciones en la bibliografía disponible (Tsui *et al.*, 2010; Gipson *et al.*, 2008; Mohllajee *et al.*, 2007), y que han sido confirmadas por el análisis original que se presenta en el capítulo 2 del presente informe. Uno de los motivos por los que se asocian los embarazos no

intencionales con tasas más altas de mortalidad materna es una correlación sencilla: cuantos más embarazos y partos, mayor es el número de mujeres que mueren durante el embarazo y el parto. Por eso todos los programas de salud pública diseñados a fin de reducir el número de muertes maternas incorporan la anticoncepción como uno de los pilares de acción. Cuantas más posibilidades haya de reducir los embarazos no intencionales, más posibilidades habrá de reducir el número de mujeres que se lesionan o mueren por causas relacionadas con la maternidad.

Otra explicación del efecto de los embarazos no intencionales sobre las muertes maternas es

que, como se ha explorado en varios contextos, las características que otorgan a las mujeres un mayor riesgo de embarazo no intencional —como la pobreza, la falta de acceso a servicios de atención de la salud, niveles de educación más bajos, etc.— también les confieren un mayor riesgo de complicaciones en el parto, lo que incluye la mortalidad y morbilidad materna. Esto ocurre, asimismo, entre las mujeres más mayores y que más veces han dado a luz (Bauserman *et al.*, 2020; Gipson *et al.*, 2008; Campbell y Graham, 2006).

Además, un análisis multinacional de los datos procedentes de las encuestas demográficas y de salud reveló que las mujeres con embarazos no intencionales tendían a empezar a recibir



atención prenatal más tarde y, de media, tenían menos visitas de atención prenatal que las mujeres con embarazos planeados (Amo-Adjei y Tuoyire, 2016). Algunos estudios en países en desarrollo han señalado que el embarazo no intencional se asocia con problemas de salud como la preeclampsia, la hemorragia posparto y la preeclampsia posparto. Esto mismo fue lo que ocurrió en un estudio a gran escala en la India, donde la prevalencia de estos problemas de salud se asociaba a la alta razón de mortalidad materna en el estado de Uttar Pradesh (Dehingia *et al.*, 2020). El estudio demostró que la relación entre los embarazos no intencionales y los resultados de morbilidad materna se explicaba en parte por la deficiencia de la atención prenatal que recibían las madres con embarazos no intencionales antes de dar a luz (Dehingia *et al.*, 2020).

Entre las madres adolescentes, los riesgos para la salud por lo general se intensifican. Las adolescentes embarazadas de 10 a 19 años se enfrentan a riesgos más altos de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas, en comparación con las mujeres de 20 a 24 años (OMS, 2020a). En todo el mundo, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto se encuentran entre las principales causas de muerte en chicas de 15 a 19 años (OMS, 2019).

Aun así, es complicado precisar una relación causal directa, dado que muchos de los factores que influyen en la salud materna (como la pobreza, la falta de educación o la falta de acceso a establecimientos sanitarios) son a su vez factores predictivos de tasas más altas de embarazos no intencionales. Esto refuerza las conclusiones del capítulo 3: reducir los niveles de embarazos no intencionales está estrechamente relacionado con alcanzar los objetivos generales de desarrollo, especialmente los relacionados con la salud, la educación y la igualdad de género.

Riesgos de los abortos no seguros

Uno de los efectos negativos de los embarazos no intencionales destaca por su clara relación causal con la salud materna deficiente y su enorme magnitud en el plano mundial: el aborto en condiciones de

riesgo. Los investigadores calculan que, de los aproximadamente 121 millones de embarazos no intencionales que se han producido cada año entre 2015 y 2019, cerca del 61% han acabado en aborto (Bearak *et al.*, 2020). Se calcula que todos los años se producen 73,3 millones de abortos, es decir, una tasa de 39 abortos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 49 años (Bearak *et al.*, 2020). Los datos del periodo entre 2010 y 2014 sugieren que alrededor del 45% de todos los abortos del

mundo se practican en condiciones de riesgo (Ganatra *et al.*, 2017).

La práctica totalidad de los abortos en condiciones de riesgo se producen en países en desarrollo, y se estima que más de la mitad de todos los abortos en condiciones de riesgo ocurren en Asia, la mayoría de ellos en Asia Meridional y Central, debido a la gran población que se concentra en estas regiones. Por otro lado, una proporción más alta de abortos se

La anticoncepción y el aborto sin complicaciones son herramientas clave para la prevención de las muertes maternas

Investigadores del Instituto Alan Guttmacher calculan que satisfacer plenamente las necesidades en materia de anticoncepción de las mujeres en los países de ingreso bajo y mediano y prestar servicios de atención prenatal y neonatal de conformidad con los niveles recomendados por la OMS reduciría los abortos en condiciones de riesgo en un 72% y las muertes maternas en un 62% (Sully *et al.*, 2020). A pesar de que estas mejoras supondrían un gran avance en la reducción de la mortalidad y la morbilidad, es prácticamente seguro que un número significativo de lesiones y muertes maternas evitables seguirían produciéndose en entornos con obstáculos a la atención segura del aborto. Como ya se ha señalado en los capítulos anteriores, esto se debe a que es imposible eliminar completamente el riesgo que entraña un embarazo no intencional en las condiciones actuales en la vida real.

reducir
abortos de
riesgos en
un 72%

Cuando el aborto se practica en contextos de atención de la salud de calidad, por proveedores de salud cualificados, los riesgos de complicación son mucho menores que los riesgos asociados a los partos de embarazos no intencionales (Gerdtts *et al.*, 2016) y los partos en general (Raymond y Grimes, 2012). El aborto inducido con medicamentos —un método de aborto en las fases tempranas del embarazo que se puede facilitar en entornos de atención primaria, por medio de teleconsultas o autogestión— ofrece una opción de aborto en condiciones de seguridad (Gambir *et al.*, 2020) si se administra correctamente en una fase lo bastante temprana. Pero la disponibilidad de medicamentos para inducir el aborto es limitada en numerosos países de ingreso bajo y mediano donde el aborto es legal (Zhou *et al.*, 2020). La eliminación eficaz de los perjuicios catastróficos del aborto en condiciones de riesgo exige mejoras generalizadas en los servicios de aborto, lo que incluye dotar a los profesionales de la salud de las capacidades adecuadas, velar por que los entornos de atención de la salud sean higiénicos y privados, y garantizar que los suministros adecuados sean asequibles y estén disponibles —condiciones que se pueden cumplir con reglamentos e inversión en la esfera de la salud pública—. Estas son algunas de las razones por las que la OMS y varios organismos de derechos humanos han recomendado eliminar los obstáculos jurídicos al aborto sin riesgo, especialmente cuando la salud y la vida se ven amenazadas (Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, 2019; OMS, 2015).

producen en condiciones de riesgo en otras partes del mundo: tres de cada cuatro abortos que se practicaron en África y América Latina fueron en condiciones de riesgo, y el mayor riesgo de muerte por aborto no seguro se registró en África (Ganatra *et al.*, 2017).

El aborto en condiciones de riesgo es una de las principales causas de muertes maternas en todo el mundo (Say *et al.*, 2014). Como ya se ha señalado, se pueden atribuir entre un 4,7% y un 13,2% de muertes maternas al año a los abortos en condiciones de riesgo (OMS, 2020). Esto representa un obstáculo permanente al logro del ODS 3, y socava específicamente la meta 3.1 de reducir la tasa mundial de mortalidad materna a 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos de aquí a 2030.

Un número aún mayor de mujeres sufren enfermedades y discapacidad por las consecuencias de los abortos en condiciones de riesgo; los datos de 2012 apuntan a que cada año ingresan por este motivo cerca de 7 millones de mujeres en los hospitales de los países en desarrollo, y se calcula que el costo anual de tratar las complicaciones más graves de los abortos en condiciones de riesgo es de 553 millones de dólares de los Estados Unidos (OMS, 2020).

La morbilidad materna se manifiesta como una consecuencia tanto a corto como a largo plazo del aborto en condiciones de riesgo. Dos estudios recientes de la OMS examinaron los resultados de más de 20.000 abortos en condiciones de riesgo en África Subsahariana y América Latina y el Caribe; un porcentaje pequeño de mujeres embarazadas casi pierden la vida o la perdieron (un 2,3% en África y un 1,3% en América Latina), mientras que un 7% de mujeres en África y un 3,1% de mujeres en América Latina se vieron afectadas por complicaciones que pusieron en riesgo su vida (Qureshi *et al.*, 2021; Romero *et al.*, 2021). Aproximadamente la mitad de las mujeres objeto del estudio experimentaron al menos complicaciones moderadas, que podrían tener repercusiones sobre su salud durante años (un 58,2% en África y un 49,5% en América Latina)



© UNFPA/Fidel Évora

(Qureshi *et al.*, 2021; Romero *et al.*, 2021). Un estudio de 2006 reveló que la morbilidad y la mortalidad de los abortos en condiciones de riesgo habían generado la pérdida de 5 millones de años de vida ajustados por discapacidad (unidad de medida de la pérdida de vida productiva de una persona) al año entre las mujeres en edad reproductiva, y los investigadores advirtieron de que, aun siendo una cifra escalofriante, seguramente se tratase de una subestimación (Grimes *et al.*, 2006). Sea cual sea el punto de referencia, estas cifras representan una emergencia de salud pública para millones de mujeres vulnerables en edad reproductiva.

Efectos en los niños nacidos de embarazos no intencionales

Como se ha señalado anteriormente, numerosos estudios han vinculado los embarazos no intencionales con el acceso tardío a la atención prenatal o la disminución de la frecuencia de la atención. Las visitas prenatales no son únicamente una intervención de salud importante para las mujeres, sino que también reducen el riesgo de mortalidad neonatal (Wondemagegn *et al.*, 2018)

Las consecuencias negativas de los embarazos no intencionales no se hubieran producido si la mujer a la que afectan hubiese sido empoderada para tomar decisiones conscientes y deliberadas sobre su fecundidad y su futuro reproductivo en primer lugar.

y mejoran los resultados nutricionales del bebé, entre otros beneficios (OMS, 2016).

Varios estudios de países occidentales revelan que la probabilidad de tener una visita de atención prenatal durante las primeras ocho semanas del embarazo era considerablemente menor en mujeres no casadas con embarazos no intencionales, y la probabilidad de que estas esperaran hasta después del primer trimestre para buscar atención prenatal era casi del doble (Vanden Broek *et al.*, 2016; Heaman *et al.*, 2013; Korenman *et al.*, 2002; Kost *et al.*, 1998). La mayoría de los estudios, aunque no todos, en los países en desarrollo también concluyen que el embarazo no intencional afecta tanto al momento en el que se producen las primeras visitas de atención prenatal como a su frecuencia. Por ejemplo, en estudios multinacionales sobre las encuestas demográficas y de salud (Amo-Adjei y Tuoyire, 2016) y en investigaciones en Egipto, Filipinas y el Perú (Gipson *et al.*, 2008) se señaló que el embarazo no intencional generaba menos visitas de atención prenatal y más tardías.

El embarazo no intencional puede afectar negativamente a las tasas de lactancia materna, una práctica recomendada por la OMS para aumentar la supervivencia del niño y promover el crecimiento saludable (OMS, 2021a). Decenios de investigación en Europa y los Estados Unidos apuntan a que los bebés nacidos de embarazos no intencionales tienen menos probabilidades de alimentarse con lactancia materna en algún momento o más probabilidades de ser amamantados durante un período más breve (Gipson *et al.*, 2008). Algunos estudios hallaron que, incluso entre hermanos de la misma familia, era más probable que los nacidos de un embarazo planeado se alimentaran con lactancia materna (Korenman *et al.*, 2002). Un análisis de datos procedentes de encuestas demográficas y de salud de 18 países reveló que, por lo general, las mujeres con embarazos no intencionales tenían un 10% menos de probabilidad de seguir amamantando después de un año, aunque esta tendencia no era coherente en todos los países (Hromi-Fiedler y Pérez-Escamilla, 2006).

Los niños nacidos de embarazos no intencionales también pueden presentar desventajas en términos de vacunas, enfermedades y atención curativa, como han señalado algunos estudios (Gipson *et al.*, 2008). No obstante, esta asociación parece depender en gran medida de cada contexto.

Muchos estudios han examinado en qué medida es más probable que los bebés de embarazos no intencionales presenten peso bajo al nacer, un indicador importante del bienestar de los lactantes, en comparación con los bebés de embarazos planeados, y si existen consecuencias a largo plazo para los niños de embarazos no planeados, como la malnutrición o el retraso del crecimiento. Los resultados no han sido uniformes, y algunos no dan cuenta de dichas asociaciones (Britto *et al.*, 1997). Los estudios de encuestas demográficas y de salud revelaron que los niños de embarazos no

planeados tenían un riesgo significativamente más alto, en términos estadísticos, de no recibir todas las vacunas para lactantes durante el primer año de vida en Egipto, Kenya y el Perú, pero no en Bolivia y Filipinas (Marston y Cleland, 2003). Ese mismo análisis señaló que los niños nacidos de embarazos no intencionales tenían más probabilidades de sufrir un retraso del crecimiento en Bolivia y el Perú, pero no así en Egipto (Marston y Cleland, 2003).

Existen otros estudios que han detectado una relación entre los embarazos no intencionales y el bajo peso al nacer y el retraso del crecimiento. Por ejemplo, en una serie de estudios en Bangladesh, los investigadores concluyeron que “las mujeres que declararon que sus embarazos no habían sido intencionales tenían una probabilidad 3,19 veces mayor de dar a luz a bebés con bajo peso al nacer que las mujeres con embarazos intencionales” (Rahman *et al.*, 2019) y que “existe una relación entre las intenciones maternas respecto al embarazo y el retraso del crecimiento, la emaciación y el peso insuficiente” (Rahman, 2015). En Bolivia y Etiopía, los niños de embarazos no intencionales corrían un riesgo tres veces mayor, aproximadamente, de sufrir retraso del crecimiento (Shaka *et al.*, 2020; Shapiro-Mendoza *et al.*, 2005). Es posible que algunos niños se enfrenten a carencias específicas, como las niñas que viven en sociedades con preferencia por los hijos varones o las hijas más jóvenes en sociedades donde las dotes son habituales (Gipson *et al.*, 2008).

Un motivo de discrepancia entre los estudios es el problema de definición que ha surgido repetidamente en este informe: algunos estudios emplean indistintamente los términos “no intencional” y “no deseado”, cuando, de hecho, cabría esperar más consecuencias negativas como resultado de embarazos “no deseados” que de embarazos “no planeados pero deseados” o “inoportunos”. Si bien establecer

con precisión las diferencias es muy complicado y tiene un efecto directo en los resultados de los estudios, determinar las relaciones de causalidad es aún más complejo. Los investigadores de un estudio en Bangladesh sugirieron que el estrés de un embarazo no deseado tenía consecuencias en los resultados del parto (Rahman *et al.*, 2019), mientras que otros estudios apuntaban a la probabilidad de que los niños de embarazos “no deseados” se criaran en entornos menos favorables.

Cabe tener en cuenta que existen otros factores que también se vinculan frecuentemente a los distintos efectos sobre la salud de los niños. Entre los factores predisponentes del retraso del crecimiento en Etiopía, por ejemplo, se incluía el nivel educativo del padre (Shaka *et al.*, 2020). Igual que ocurre con la salud materna, desentrañar las relaciones de causalidad puede ser todo un reto. No obstante, queda claro que muchos de los factores que reducen el ejercicio de la capacidad de decisión de la mujer, como la pobreza y los niveles de educación, también contribuyen a los malos resultados de salud para las madres, los bebés y las familias.

Una conclusión de estos estudios que a menudo no se explicita es que las consecuencias negativas de los embarazos no intencionales no se hubieran producido si la mujer a la que afectan hubiese sido empoderada para tomar decisiones conscientes y deliberadas sobre su fecundidad y su futuro reproductivo en primer lugar. Un mundo sin embarazos no intencionales no estaría exento de todas las consecuencias negativas, por supuesto, pero empoderar a las mujeres para que ejerzan su pleno derecho a decidir podría ayudar a las sociedades a mitigar en gran medida estas circunstancias y sus costos inherentes, al tiempo que se promueven la dignidad, la capacidad de decisión y los derechos humanos en beneficio de todas las personas. Un gran paso en esa dirección sería ampliar la investigación sobre las múltiples consecuencias contables e incontables de los embarazos no

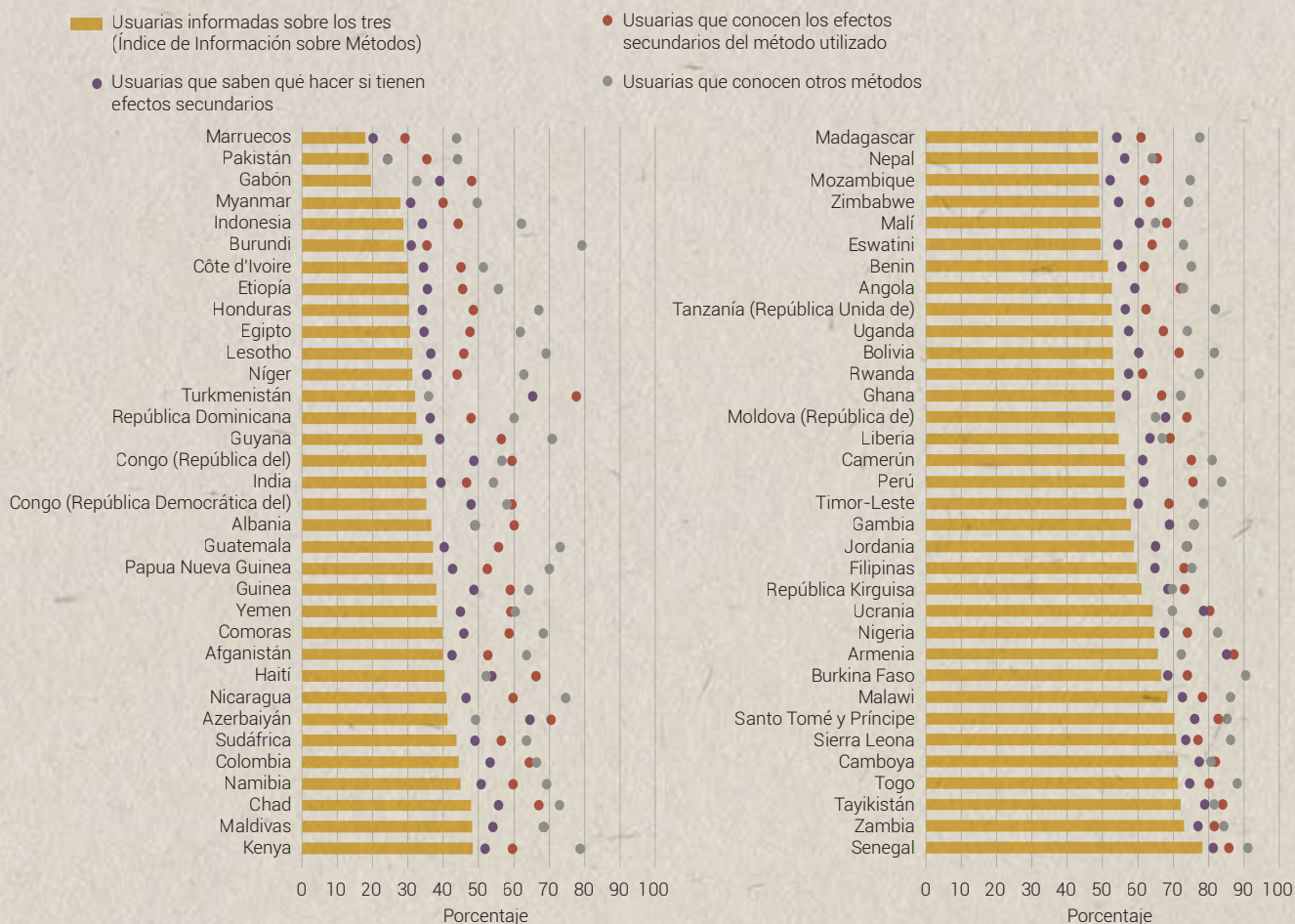
El cómo y el dónde de las necesidades insatisfechas en materia de anticoncepción: reflexiones de los programas de planificación familiar del UNFPA

Junto con Avenir Health, el UNFPA analiza las necesidades en materia de anticoncepción y emplea la información procedente de los países donde la organización ha puesto en marcha programas de planificación familiar (si se dispone de datos). Dicha información se utiliza para preparar y consolidar intervenciones, pero también ejemplifica las circunstancias que afectan al uso de anticonceptivos en la vida real.

Calidad de la atención

Un porcentaje muy elevado de usuarias de anticonceptivos modernos afirmó no haber recibido la información suficiente acerca de los métodos y sus efectos secundarios.

GRÁFICO 9 Usuaris que reciben información clave sobre métodos anticonceptivos

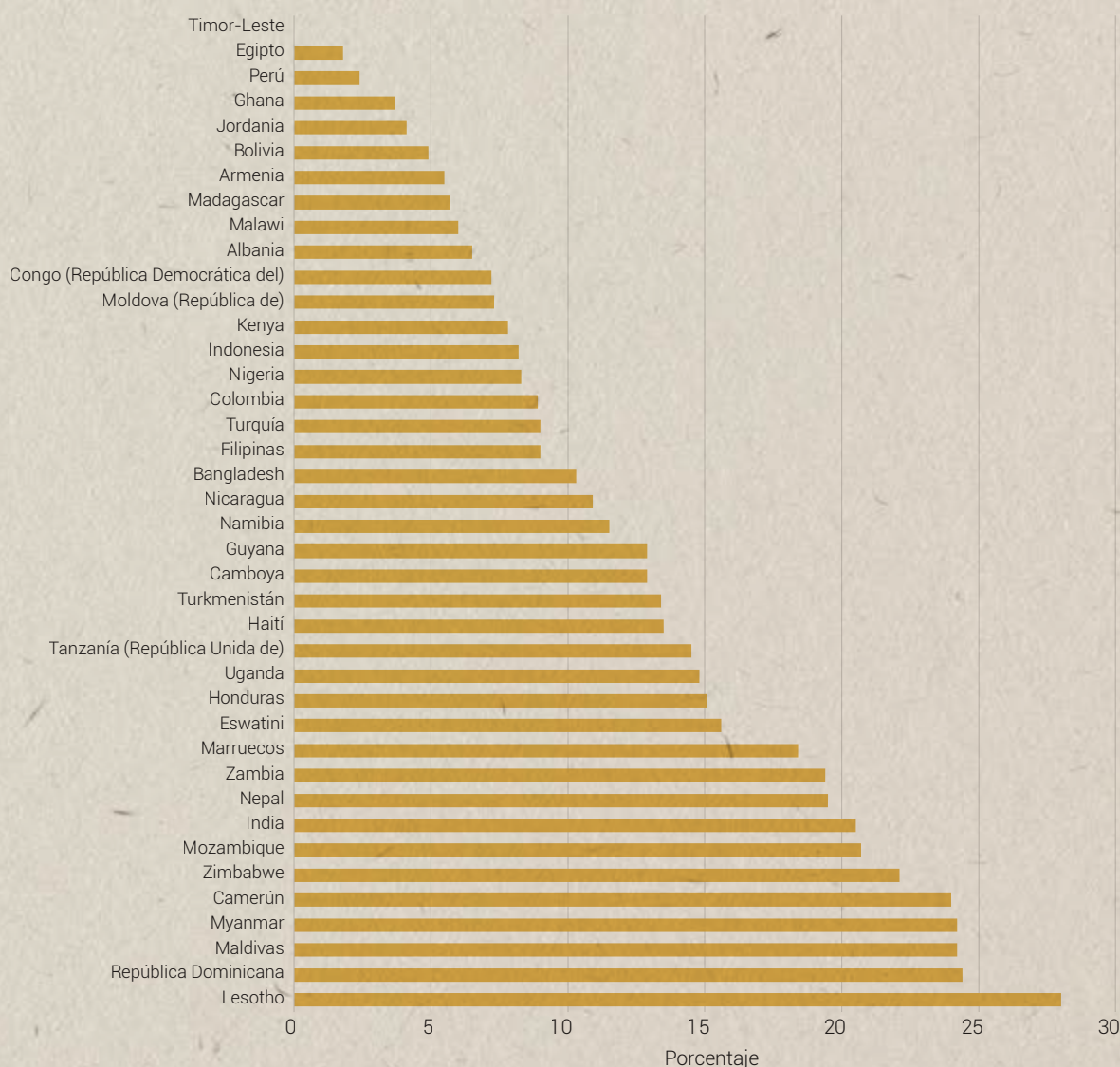


Fuente: ICF, 2015. Herramienta STATcompiler de DHS Program, statcompiler.com. Consultado el 10 de febrero de 2022 (datos procedentes de encuestas nacionales realizadas entre 2000 y 2020: mujeres que empezaron a utilizar un nuevo método anticonceptivo en los cinco años anteriores a la encuesta).

Usuarias que no sabían que la esterilización es permanente

En algunos de los países donde se llevó a cabo el estudio, un gran porcentaje de mujeres que fueron esterilizadas —entre el 0% en Timor-Leste y el 28% en Lesotho— no sabía que se trataba de una intervención irreversible (datos procedentes de encuestas nacionales realizadas entre 2000 y 2017). La falta de consentimiento informado es un aviso de que no hay asesoramiento sobre anticonceptivos o de que, si existe, no está facilitando información de manera que resulte comprensible para los usuarios.

GRÁFICO 10 Usuarias de esterilización que no sabían que el método es permanente

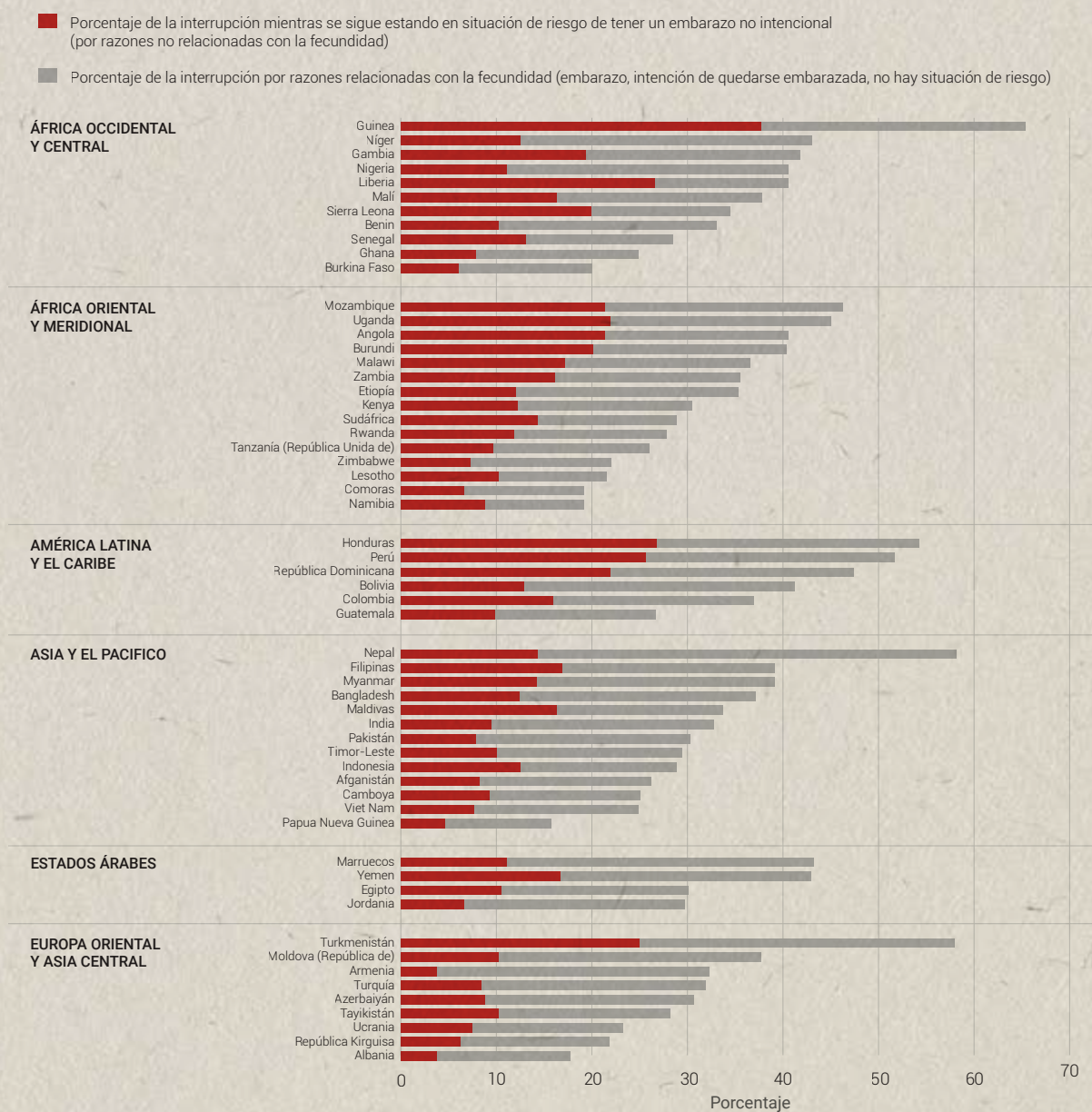


Fuente: ICF, 2015. Herramienta STATcompiler de DHS Program, statcompiler.com. Consultado el 10 de febrero de 2022 (datos procedentes de encuestas nacionales realizadas entre 2000 y 2017).

Interrupción del uso de métodos anticonceptivos

Los factores que contribuyen a que las usuarias dejen de utilizar un método anticonceptivo incluso si no quieren quedarse embarazadas son, entre otros, la calidad de la atención, la falta de disponibilidad del método en cuestión, los efectos secundarios y la estigmatización. En los lugares donde la interrupción del uso de métodos anticonceptivos alcanza cotas muy altas, llevar a cabo más análisis resulta indispensable para comprender los motivos del abandono y si las usuarias han podido sustituir su antiguo método por otro que sea fiable.

GRÁFICO 11 Usuarias que interrumpen la anticoncepción mientras siguen estando en situación de riesgo de tener un embarazo, por regiones del UNFPA



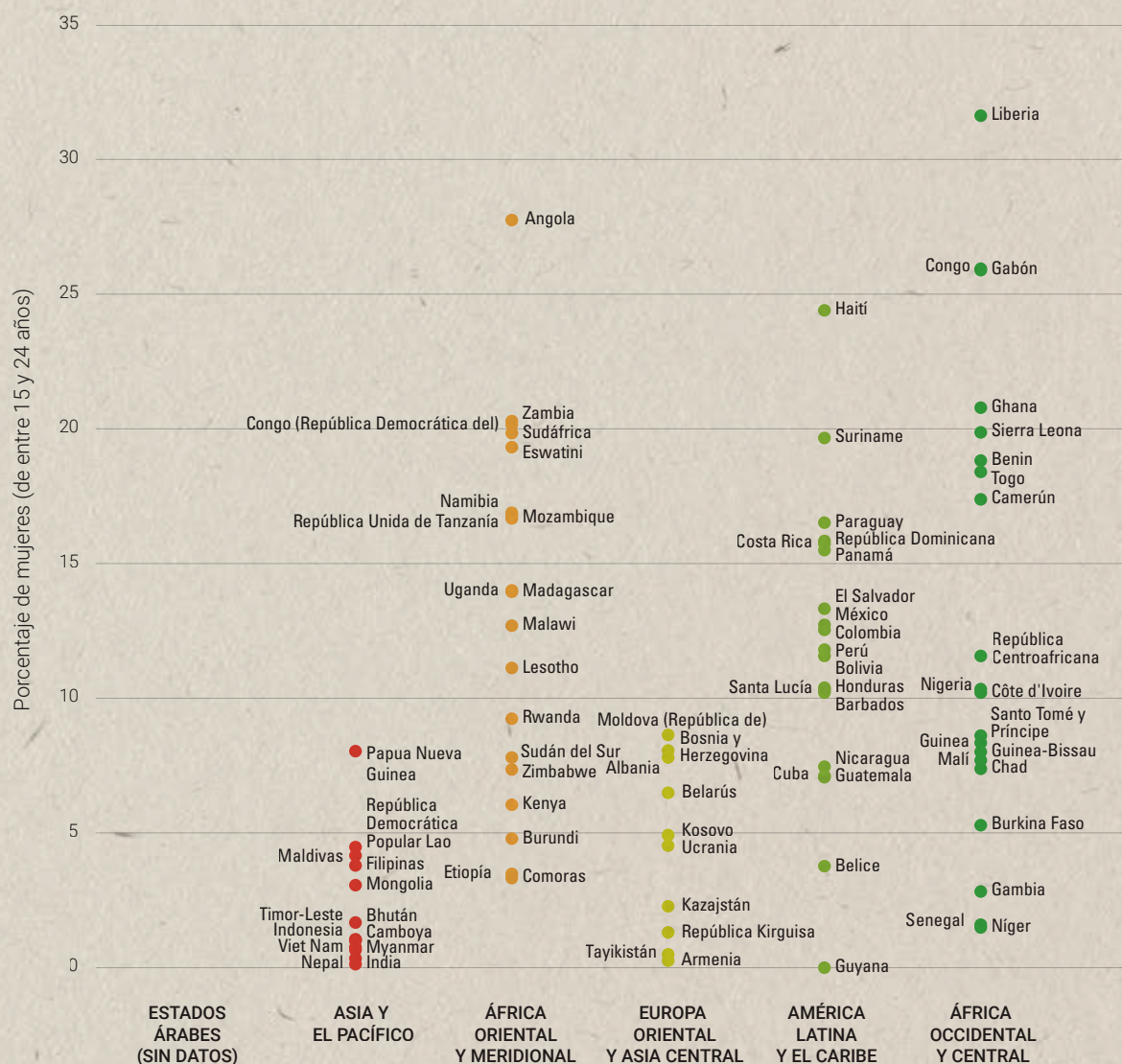
Fuente: UNFPA y Avenir Health. Base de datos de opciones de planificación familiar, actualizada en octubre de 2021 (en imprenta). A partir de datos recopilados de encuestas demográficas y de salud.

Jóvenes solteros con una vida sexual activa

Los jóvenes solteros que tienen relaciones sexuales de forma esporádica no se contemplan aún en las estimaciones basadas en encuestas sobre la necesidad insatisfecha en materia de anticonceptivos modernos. Las estimaciones sobre necesidades insatisfechas solo incluyen a personas solteras que han mantenido relaciones sexuales en los últimos 30 días; en determinados contextos, las personas casadas son las únicas a quienes se plantea esta pregunta o para quienes contestarla no resulta incómodo.

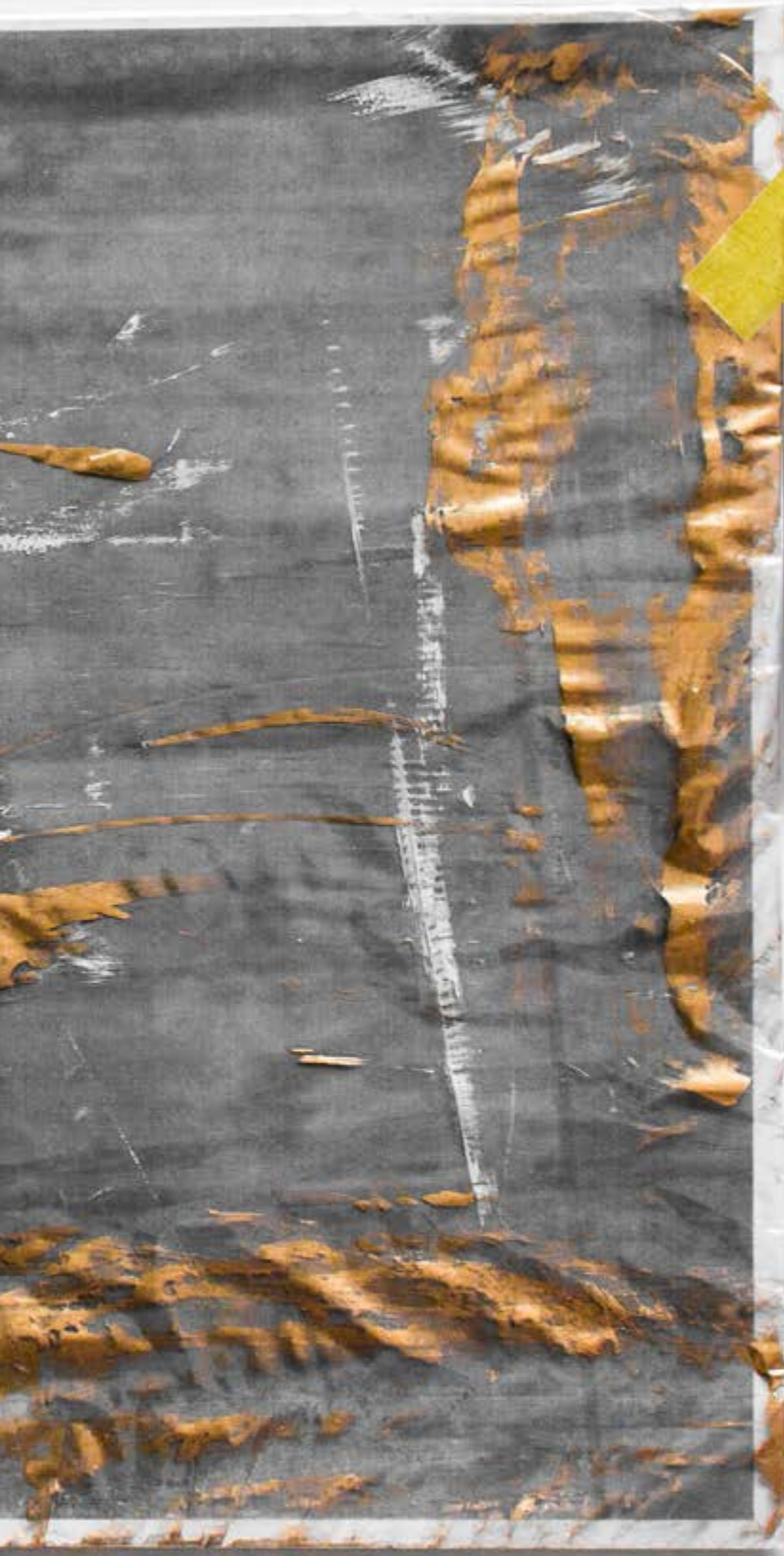
El gráfico que aparece a continuación nos da una idea de las posibles necesidades en materia de anticonceptivos modernos que tienen las mujeres y chicas solteras (de entre 15 y 24 años), y muestra a las personas que han llevado una vida sexual activa durante el año pasado, pero sin recurrir a métodos anticonceptivos modernos.

GRÁFICO 12 Porcentaje de niñas adolescentes y mujeres jóvenes que no están casadas, han sido sexualmente activas el año pasado y no utilizan anticonceptivos modernos, por regiones del UNFPA



Fuente: UNFPA y Avenir Health. Base de datos de opciones de planificación familiar, actualizada en octubre de 2021 (en imprenta).





La capacidad
de decisión es
un aspecto
clave para la
Agenda 2030

No hay que dejar de insistir en los datos de este informe: *los embarazos no intencionales son una realidad para millones de mujeres cada año y representan casi la mitad de todos los embarazos*. Cada año, experimentarán un embarazo no intencional alrededor del 6% de las mujeres (Bearak *et al.*, 2020). El 60% de ellos terminarán en aborto. Muchos embarazos no intencionales se producen porque la mujer ha perdido la autonomía sobre su propio cuerpo o nunca la ha tenido. En conjunto, estas cifras señalan inequívocamente unos niveles persistentes de discriminación de género y déficits en materia de derechos humanos y desarrollo, que deben abordarse para poder alcanzar los ODS.

Estos embarazos tienen un costo enorme e invisible, desde hace mucho tiempo. Si bien es posible calcular los costos sanitarios de los embarazos no intencionales, así como hacer un seguimiento de las tasas de abandono escolar y proyectar los niveles de desgaste de la mano de obra que causan, apenas se trata de la punta del iceberg. Ninguna cifra podría representar adecuadamente la pérdida de vidas, de capacidad de decisión y de capital humano que se deriva de los embarazos no intencionales. Al preverse que las poblaciones y su consiguiente necesidad de servicios de salud sexual y reproductiva aumenten con mayor rapidez en los países menos adelantados (Starrs *et al.*, 2018), estas pérdidas podrían aumentar. La COVID-19 nos ha dado lecciones contundentes sobre el fracaso de muchos sistemas económicos, políticos, sociales y de otro tipo a la hora de respaldar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los más vulnerables (UNFPA, 2020c). El cambio climático augura un drástico incremento de una serie de males, junto con crisis actuales y crecientes como los conflictos y los desplazamientos.

Es probable que la solución a muchas de las mayores dificultades que atraviesa el mundo esté justo ante nuestros ojos: la plena realización de los derechos y el potencial de las mujeres y las niñas.

Sin embargo, es probable que la solución a muchas de las mayores dificultades que atraviesa el mundo esté justo ante nuestros ojos: la plena realización de los derechos y el potencial de las mujeres y las niñas.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es la hoja de ruta acordada para un futuro mejor. Pero, como muestra el presente informe, una de las soluciones fundamentales para el desarrollo duradero de todos es la capacidad de decisión. Si damos prioridad a la capacidad de decisión y al empoderamiento de todas las personas —sobre todo de las mujeres, las niñas y los grupos más marginados— para que puedan por fin tomar decisiones reales e informadas sobre su salud, su cuerpo y su futuro, podemos impulsar un poderoso ciclo de avances que se refuercen.

Sin embargo, la labor destinada a hacer realidad la capacidad de decisión debe ser integral, centrada en la equidad y transformadora en materia de género (UNFPA, 2020d). Debe procurar eliminar las causas profundas de la desigualdad de género y acelerar el reparto del poder, los recursos y las oportunidades, entre mujeres y hombres, entre los poderosos y los marginados (UNFPA, 2020d). Asimismo, esta labor debe reflejarse en los sistemas económicos, políticos y sociales, que se ven reforzados por una participación significativa de las mujeres y limitados por su exclusión.

Hay que empezar por aquí.

Reformular el discurso

Los embarazos no intencionales no deben enmarcarse como un problema exclusivo de las mujeres. No deben considerarse aceptables, inevitables o ni siquiera deseables, como a veces se propone en lugares en los que existe preocupación por el descenso de la población. El discurso no debe seguir impregnado de culpa y vergüenza.

Este informe ofrece argumentos para abandonar esas ideas, relacionados tanto con los derechos humanos como con el desarrollo. Muestra que los embarazos no intencionales suponen una carga social y fiscal suplementaria, entre otras cosas por la mayor demanda de atención sanitaria, los abortos en condiciones de riesgo, la pérdida de ingresos y de productividad, la disminución de los recursos para los niños en las familias y unas relaciones familiares más tensas e inestables (Sonfield *et al.*, 2013). Estos datos pueden y deben ponerse al servicio de las iniciativas de generación de voluntad política e impulso comunitario para abordar esta cuestión de un modo más enérgico.

Garantizar que las políticas apoyen la autonomía

Los embarazos no intencionales se producen en todos los países y comunidades, ya que siguen siendo habituales tanto en las naciones ricas como en las pobres, a pesar de que el mundo posee desde hace ya mucho tiempo los recursos y los conocimientos (imperfectos, pero en gran medida eficaces) necesarios para evitarlos. Ha llegado el momento de que las políticas aborden en todo el globo esta cuestión en términos nuevos y con una mayor urgencia. Las pruebas que se presentan en este informe pueden utilizarse para promover la formulación de políticas —en los ámbitos de la educación, la atención sanitaria, el trabajo, la justicia y otros— que se basen en un firme apoyo a la autonomía corporal individual y a una responsabilidad social más amplia (Macleod, 2016), en consonancia con las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos.

Las recientes iniciativas llevadas a cabo en el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas transmiten un alentador mensaje de rendición de cuentas política que podría amplificarse. En el examen periódico universal —un mecanismo para que los Estados examinen las iniciativas en materia de derechos humanos de otros países— se ha registrado un aumento de las preguntas sobre los derechos sexuales y

Ha llegado el momento de que las políticas aborden en todo el globo esta cuestión en términos nuevos y con una mayor urgencia.

reproductivos. Este proceso podría poner de manifiesto la cuestión de los embarazos no intencionales y recomendar medidas acordes con los compromisos en materia de derechos humanos.

Es menester revisar las leyes y disposiciones existentes. Las revisiones parlamentarias de los embarazos no intencionales, por ejemplo, podrían propiciar la visibilidad pública y dar pie a una mejor comprensión de las deficiencias. Las revisiones podrían investigar si las leyes actuales, las políticas reguladoras y las órdenes ejecutivas dan pleno apoyo a los individuos para evitar embarazos no intencionales. Podrían poner de relieve las trabas legales que siguen dificultando o impidiendo obtener información y servicios de salud sexual y reproductiva, como las relacionadas con la edad o el estado civil. Podrían precisar cuáles son las contradicciones de la legislación actual que deben resolverse.

Otras prioridades podrían ser el examen de la financiación de los servicios de anticoncepción y de si se ha declarado que son servicios sanitarios esenciales que deban mantenerse en todas las contingencias, algo que ha expuesto recientemente la pandemia de COVID-19. Estas revisiones podrían ayudar a reorientar el discurso público en torno a una noción de sexualidad que vaya más allá de la capacidad reproductiva (Luchsinger, 2021).

Esto ofrece la posibilidad de abrir la puerta a unos servicios más amplios orientados a la salud y el bienestar sexual, incluso para las personas que no están intentando planificar una familia.

Invertir en la investigación

Las causas y consecuencias de los embarazos no intencionales aún no se conocen ni se cuantifican lo suficiente, y mucho menos se abordan.

Las nuevas investigaciones deben generar pruebas sólidas, por ejemplo, sobre qué personas son más vulnerables a los embarazos no intencionales y por qué, y cuáles podrían ser las respuestas más eficaces y basadas en los derechos. Para comprender plenamente los factores que impulsan estos embarazos, deben establecerse mejor las diferencias entre los embarazos no intencionales pero que sí son deseados, aquellos ante los que hay una postura ambivalente y los no deseados.

Los investigadores deben preguntarse qué quieren y necesitan las usuarias de anticonceptivos. Estas preguntas no se han planteado de forma clara ni con la frecuencia suficiente. Si las opciones disponibles no se ajustan a las circunstancias de la vida de muchas mujeres o a la concepción que tienen de su cuerpo, la capacidad de decisión no es tal. Este proceso debe incluir consultas estrechas con diversos grupos de personas que pueden quedarse embarazadas, para entender sus experiencias y preocupaciones. Debe dejar de asumir que las mujeres que obtienen anticonceptivos van a utilizar automáticamente lo que se les haya proporcionado y seguirán haciéndolo. Debe cuestionar las ideas preconcebidas de que algunas categorías de personas —como las jóvenes, las mayores, las personas con discapacidad, las casadas y las de género no binario— no corren el riesgo de experimentar un embarazo no intencional y no necesitan servicios específicos. Hay nuevos datos, como los relativos al porcentaje de hombres que apoyan las prácticas de salud reproductiva de sus parejas, que podrían arrojar luz sobre la dinámica de género existente en los espacios íntimos donde

se inician los embarazos no intencionales (Measure Evaluation, 2017).

Durante muchos años, el mercado de los anticonceptivos se ha considerado relativamente estancado, a pesar de que existen nuevas opciones en fase de ensayo clínico, incluidas algunas con menores efectos secundarios y otras más adecuadas para un uso poco frecuente (Svoboda, 2020). La reciente experiencia con la vacuna de la COVID-19 demuestra el poder de los fondos públicos dedicados a la investigación y el desarrollo para impulsar el progreso a gran escala, una lección que podría aplicarse en la esfera que nos ocupa. Los países que disponen de mayores fondos públicos para la investigación y el desarrollo deberían comprometerse a buscar distintas opciones anticonceptivas nuevas, incluso para los hombres, basadas en un muestreo exhaustivo de las demandas de los usuarios. Del mismo modo, la pandemia ha puesto de manifiesto las grandes desigualdades que hay en el acceso a los avances en la asistencia sanitaria. Dado que la financiación pública para la investigación y el desarrollo procede de fuentes públicas, como los contribuyentes, las nuevas investigaciones acerca de los anticonceptivos deben ir de la mano de un compromiso de ayudar a todos los países a acceder a ellos, de acuerdo con las obligaciones contraídas en materia de derechos humanos.

Velar por que los servicios de salud sean integrales

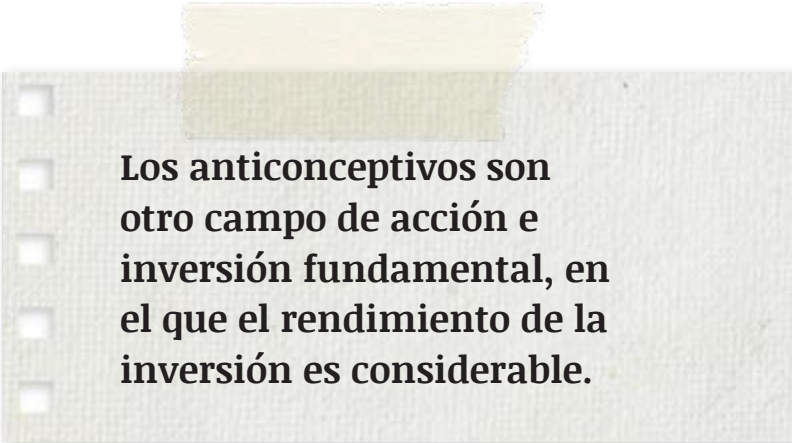
Los sistemas de salud pueden adoptar una serie de medidas para prestar una mejor asistencia a la capacidad de decisión de los individuos. La primera debe ser ofrecer un paquete completo de servicios de salud sexual y reproductiva a lo largo de toda la vida de la persona que abarque cuestiones que van desde la prevención de las ITS y la atención prenatal hasta la atención materna, pasando por la prevención del estigma y la violencia, y el respeto a la autonomía corporal. La prestación de estos servicios integrales no puede estar sujeta al consentimiento de

los padres o el cónyuge, a quienes tampoco habrá que notificárselo (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, 2017). Si los servicios de planificación familiar se redefinen como servicios anticonceptivos, estarán más abiertos a los adolescentes, ya que muchos adolescentes y jóvenes no se identifican con el proyecto de formar una familia (Paul *et al.*, 2019).

Por ejemplo, se podría considerar la posibilidad de eliminar la necesidad de someterse a un examen pélvico rutinario o una citología cervical —que pueden resultar especialmente desagradables para las adolescentes— antes de empezar a utilizar la anticoncepción hormonal (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, 2017).

Las intervenciones también deben atender a otros grupos postergados (por ejemplo, las personas del colectivo LGBTI y las personas con discapacidad) y garantizar que haya equidad en el acceso y velar por la calidad de la atención y la rendición de cuentas (UNFPA, 2019). Para ello son necesarias actividades de promoción, capacitación, presupuestación basada en el género y otros instrumentos que permitan contrarrestar los prejuicios de género y otros supuestos discriminatorios.

Los anticonceptivos son otro campo de acción e inversión fundamental, en el que el rendimiento de la inversión es considerable. Según una estimación, por cada dólar gastado en servicios anticonceptivos por encima de los niveles actuales se podrían reducir en tres dólares los costos de los embarazos y atención a los recién nacidos (Sully *et al.*, 2020). Por lo tanto, los anticonceptivos deberían incluirse en todos los paquetes de prestaciones sanitarias o en las listas específicas de servicios de salud financiados con fondos públicos o privados (Kaufman y Silverman, 2021), con asignaciones presupuestarias adecuadas. Los fondos deben ser suficientes para salvar los obstáculos que puedan suponer la ubicación o los horarios de funcionamiento, por ejemplo (OMS,



Los anticonceptivos son otro campo de acción e inversión fundamental, en el que el rendimiento de la inversión es considerable.

2019a). Si se opta por consolidar o reestructurar los establecimientos sanitarios, el acceso a los anticonceptivos debe formar parte de la evaluación de los costos y beneficios (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, 2017).

Los propios servicios de anticoncepción deben ser integrales e incluir la detección de las intenciones respecto al embarazo; el asesoramiento en torno a las opciones, los efectos secundarios y otras posibles consecuencias; la inserción, retirada, sustitución o reinsertación de anticonceptivos reversibles de acción prolongada u otros dispositivos anticonceptivos; y un seguimiento periódico que incluya una respuesta rápida a las mujeres que deseen cambiar de método (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2015). En los casos en que los proveedores de servicios de salud no proporcionen anticonceptivos —por ejemplo, por razones religiosas— se les debe indicar que remitan a las pacientes que deseen acceder a ellos (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, 2017).

La cobertura sanitaria universal es una pieza fundamental de este rompecabezas. En los ODS, casi todos los países se comprometieron a lograr la cobertura sanitaria universal de aquí a 2030. Los esfuerzos encaminados a conseguirlo deben abordar las necesidades y los derechos de salud

sexual y reproductiva de todas las personas y transformar al mismo tiempo las prácticas y normas discriminatorias. Por ejemplo, una labor sistemática de reconocimiento de las disparidades de género y las prácticas discriminatorias podría detectar —y corregir— problemas como las tasas de esterilización injustificadamente elevadas que presentan las mujeres en comparación con los hombres. La recopilación periódica de las opiniones de los pacientes debe servir para mejorar los servicios, con encuestas u otros datos desglosados por género para captar perspectivas que puedan ser diferentes entre mujeres y hombres.

Garantizar que los sistemas de salud tengan perspectiva de género

Los servicios sanitarios también deben ser sensibles a las cuestiones de género. Esto significa prestar una atención respetuosa, basada en los derechos, que escuche a los pacientes y explore lo que estos consideren opciones aceptables (se examina más a fondo en el capítulo 4). Una atención cualificada y compasiva podría propiciar que se hable no solo de anticonceptivos, sino de conceptos como la intencionalidad y la autonomía corporal. Será necesario velar por que los pacientes se sienten seguros al expresar sus preocupaciones o deseos; además, los proveedores tendrán que determinar si un individuo dispone de información precisa, experimenta presión por parte de su pareja o tiene otras preocupaciones (OMS, 2019b; Johnson-Mallard *et al.*, 2017). Los proveedores deben haber recibido capacitación al respecto y estar dispuestos a tratar a todos sin discriminación, ya sean mujeres, hombres, jóvenes o personas de la comunidad LGBTI (OMS, 2019a). Podría proporcionarse servicios de reconocimiento y remisión a las personas supervivientes de la violencia de género (Hamberger *et al.*, 2015).

Asimismo, los sistemas de salud pueden fomentar la igualdad de género, por ejemplo, terminando con las diferencias salariales entre hombres y

mujeres que afectan a los trabajadores sanitarios —que siguen siendo de un 28% a favor de los primeros— y garantizando la paridad de género en la toma de decisiones sobre la salud (OMS, 2019a). El incremento del número y el empleo de parteras puede favorecer el empoderamiento, al ser en su mayoría mujeres. Las que provienen de la misma comunidad que las usuarias pueden estar mejor capacitadas para proporcionar una atención respetuosa de las diferencias culturales.

Por último, los sistemas de salud deben explorar nuevas formas de llegar a las personas más marginadas. En la pandemia de COVID-19 se han empleado medios innovadores para superar los obstáculos de las distancias y de desplazamiento, como la telemedicina y un acceso más fácil a las recetas. Estas medidas podrían continuar y ampliarse. En el Reino Unido, por ejemplo, el 80% de las mujeres que utilizaron la telemedicina para acceder a abortos médicos tempranos dijeron que elegirían esta opción en el futuro (FSRH, 2021; Luchsinger, 2021). La OMS recomienda aumentar la disponibilidad de la autoasistencia, como un mayor acceso a los anticonceptivos inyectables autoadministrados y la provisión sin receta de píldoras anticonceptivas orales y anticonceptivos de emergencia (OMS, 2021).

Ampliar las protecciones sociales

La pandemia de COVID-19 y otras crisis, como el cambio climático, han hecho que los programas de protección social universal sean un imperativo más claro que nunca. Estos programas están incluidos en los compromisos de los ODS y representan las últimas redes de protección social para personas que sin ellos caerían en la pobreza. La pandemia ha demostrado que muchas mujeres no cuentan con protección social, incluso cuando existen programas al respecto, por razones como la parte desproporcionada de trabajo no remunerado en el hogar que asumen y su concentración en empleos informales de mala calidad y mal pagados.

Los programas de protección social universal brindan una poderosa oportunidad para reducir las distintas vulnerabilidades que pueden causar que haya embarazos no intencionales, al reducir las diferencias de ingresos, así como de educación y atención sanitaria (OIT, 2017). Varios países, como Rwanda, Tailandia y Viet Nam, por ejemplo, han incorporado a los trabajadores informales a los sistemas de seguridad social. Durante la pandemia, el Togo, uno de los países menos desarrollados del mundo, introdujo un plan de transferencias móviles en efectivo de seis meses para los trabajadores informales que llegó a casi 575.000 personas, el 65% de ellas mujeres. Las mujeres recibieron mayores beneficios como trabajadoras y también como administradoras del hogar (ONU Mujeres, 2021).

Más allá de la reducción de las diferencias de ingresos, los programas de protección social pueden adoptar herramientas específicas para el acceso a los anticonceptivos, por ejemplo a través de vales para servicios. Hay programas con un diseño apropiado que han aumentado el acceso y las opciones en materia de anticonceptivos, además de ser eficaces para llegar a los grupos marginados, entre ellos los pobres, los jóvenes o quienes carecen de educación. Algunos programas han establecido unos niveles de atención más altos y han proporcionado un flujo de ingresos más constante que los proveedores han reinvertido en la mejora de los servicios que prestan, lo que a su vez puede deparar beneficios en distintos ámbitos (HIP, 2020a).

Poner fin a la violencia por razón de género

Por desgracia, los embarazos no intencionales suelen estar vinculados a la violencia. En torno a un 12,5% de las mujeres y niñas de entre 15 y 49 años que alguna vez hayan tenido pareja han sido objeto de violencia por parte ella en los últimos 12 meses (Naciones Unidas, 2022). Las encuestas muestran que muchas mujeres se ven obligadas a ceder la toma de decisiones relativas al sexo y al embarazo a sus parejas, y muchas creen que la violencia es

justificable si se niegan a tener relaciones sexuales (Hindin *et al.*, 2008). Muchas experimentan relaciones sexuales o embarazos forzados. Asimismo, los sistemas judiciales presentan unos índices bajos de denuncia y enjuiciamiento de los agresores, además de unas penas insuficientes.

Las mujeres deben poder obtener fácilmente protección jurídica, incluso a través de asistencia jurídica gratuita. Deben contar con el apoyo de servicios de alta calidad centrados en las supervivientes y con personal jurídico respetuoso e imparcial, desde la policía hasta los fiscales y los jueces. En todos los países, estas iniciativas deben estar respaldadas por sistemas jurídicos que reconozcan y aborden plenamente todas las formas de violencia por razón de género y que eliminen el trato discriminatorio hacia las mujeres. Por ejemplo, el Marco RESPETO a las mujeres, publicado por la OMS, el UNFPA y otros en 2019, describe acciones claras y ampliables para que los encargados de formular políticas trabajen en aras de la erradicación la violencia de género (OMS, 2019c).

Se han producido avances. Los Emiratos Árabes Unidos, por ejemplo, derogaron hace poco una ley que obligaba a las mujeres casadas a obedecer a sus maridos (Banco Mundial, 2021a). Aun así, sigue habiendo leyes discriminatorias y lagunas jurídicas que afectan a las mujeres de todo el mundo. Los datos publicados recientemente de 95 países revelaron que el 63% de ellos carecían de leyes sobre la violación basadas en el principio del consentimiento y la mitad siguen limitando a las mujeres el acceso al trabajo en determinados empleos o sectores. Casi una cuarta parte de los países no concede a las mujeres los mismos derechos que a los hombres para contraer matrimonio o poner en marcha un proceso de divorcio (Naciones Unidas, 2021).

El riesgo de violencia sexual se agrava en las crisis humanitarias y en los entornos frágiles, en los que la violación puede utilizarse como arma de guerra y herramienta de genocidio, y donde

la violencia de pareja sigue produciéndose en paralelo a la quiebra o desaparición de muchos mecanismos de protección comunitaria.

En estos entornos, las mujeres se topan con obstáculos adicionales para poder acceder a servicios de salud sexual y reproductiva (Tran

et al., 2021), como los anticonceptivos (Women's Refugee Commission *et al.*, 2012), lo que aumenta su vulnerabilidad ante los embarazos no intencionales. El acceso a todo tipo de servicios de salud sexual y reproductiva —a saber, los anticonceptivos de emergencia y el tratamiento posviolación, así como a espacios seguros y protecciones que eviten la violencia sexual— deben ser componentes indispensables y esenciales de cualquier respuesta humanitaria.

Cambiar las normas sociales nocivas

Los esfuerzos por reducir los embarazos no intencionales serán infructuosos si no se revisan y modifican las normas sociales nocivas, en todas partes. Si bien es frecuente que los tabúes y las normas de género silencien las voces de las personas más afectadas, esta cuestión es quizás el ámbito que más requiere de unos diálogos francos y objetivos, y en el que deben aflorar las diversas experiencias de la gente.

Hemos visto cómo los estigmas existentes en torno a la anticoncepción llevan a muchas personas a evitar su uso o a dejarla progresivamente. Las adolescentes pueden quedarse embarazadas sencillamente porque nunca se les han mencionado alternativas. Las mujeres mayores tal vez crean que ya no pueden quedarse embarazadas. Las mujeres de todas las edades y condiciones son reacias a denunciar la violencia de pareja o los comportamientos coercitivos.

Es necesaria una mayor concienciación social, llamando la atención sobre el derecho de todo el mundo a la autonomía corporal y lo que se necesita para conseguirlo. La eliminación del tabú que rodea a estos debates es esencial para posibilitar el que quizás sea el más importante de todos: el diálogo abierto sobre los deseos, las opciones y los planes que debe llevarse a cabo entre las parejas sexuales en aras de garantizar que ambas partes puedan ejercer su capacidad de decisión y autonomía.



Deben abordarse asimismo las normas y expectativas de género, de forma proactiva y simultánea. Los embarazos no intencionales tienen su origen en el desempoderamiento de las mujeres y las niñas en todas las esferas.

Las investigaciones del UNFPA muestran que, al ritmo al que se producen actualmente los cambios, se tardará 160 años en erradicar la maternidad infantil (UNFPA, 2022). En los países en desarrollo, casi una de cada tres mujeres jóvenes de entre 20 y 24 años dio a luz en la adolescencia, definida como las edades comprendidas entre los 10 y los 19 años. Incluso en los casos en que las chicas describen sus propios embarazos en la adolescencia como decisiones individuales, se encuentran con una autonomía limitada, presiones sociales y falta de información y servicios. Las medidas como las intervenciones contra la violencia en el noviazgo en los centros educativos, las intervenciones comunitarias para formar actitudes equitativas en materia de género entre chicos y chicas, y las intervenciones de crianza (Lundgren y Amin, 2015) pueden resultar eficaces no solo para abordar la violencia de género, sino también para aumentar el valor de las mujeres y las chicas. Las campañas de promoción pública (Thomas, 2012), adaptadas a las especificidades de públicos y contextos diversos, pueden sensibilizar sobre los derechos y la autonomía.

La educación sexual integral es un ingrediente clave para el éxito. Esta información, fundamentada en pruebas médicas y guiada por los principios de los derechos y la autonomía, puede dar a las personas el espacio y el vocabulario que necesitan para hablar de sus cuerpos y relaciones sin vergüenza. Si se imparte como es debido, esta educación puede combatir los mitos y las percepciones erróneas, y promover la comunicación, el consentimiento y las relaciones respetuosas. Puede abordar las cuestiones de género y poder y enseñar a las adolescentes lo que es la atención anticonceptiva confidencial. En los lugares en que son habituales el matrimonio infantil y el embarazo precoz, la educación sexual integral puede servir para que los adolescentes, los padres y la comunidad en general examinen estas normas

y conciban alternativas. También hace que la humanidad avance hacia la consecución de la meta 4.7 de los ODS, que pide que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover la igualdad entre los géneros, los derechos humanos y una cultura de la no violencia.



El embarazo no debe ser resultado de un quebrantamiento de la autonomía corporal, sino una decisión explícita.

Aunque la educación sexual se asocia generalmente a los adolescentes, los expertos recomiendan que comience, de una forma adecuada a la edad, en la primera infancia y continúe a lo largo de toda la vida de la persona (Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, 2020), abarcando todas las etapas de la sexualidad y la reproducción. Esto puede hacer que la gente se replantee las rígidas normas y estereotipos de género mucho más allá de su etapa escolar.

Y, por último, debe hacerse partícipes a los hombres y los niños de la información y las normas sociales que promueven modelos saludables de masculinidad. Estas masculinidades deben rechazar la violencia de género, adoptar los valores de la igualdad y la equidad, y permitir la expresión de emociones, sensibilidad y matices al hablar de los deseos reproductivos de sus parejas y los suyos propios.

Invertir en el empoderamiento de las mujeres y las niñas

Es menester capacitar a las niñas de todo el mundo para que imaginen y construyan un futuro para sí mismas que vaya más allá del embarazo precoz. Esto implica invertir en su empoderamiento y en el de las mujeres que pueden convertirse en referencias para las generaciones futuras.

Las inversiones en su empoderamiento guardan relación con el cambio de las normas nocivas, aunque también son algo distinto. Las mujeres y niñas empoderadas pueden ser las impulsoras del cambio de normas, pero no son las únicas responsables de mejorar su propia posición en un mundo desigual. Las iniciativas dirigidas a reformar las normas nocivas deben ir acompañadas de inversiones destinadas al empoderamiento de las mujeres y las niñas, así como de medidas que les permitan acceder a los espacios de toma de decisiones, por ejemplo programas de creación de activos y de mentorías. Deben ampliarse los esfuerzos para que las niñas no abandonen los estudios y para reducir la discriminación de género y las diferencias salariales en el mercado laboral. Es importante aplicar medidas adaptadas para llegar a las mujeres y niñas que padecen formas de marginación acumuladas, como la pobreza y las disparidades raciales. Es posible incorporar mensajes sobre el empoderamiento a los programas diseñados para llegar a estas mujeres y niñas, como la formación laboral y las iniciativas de empoderamiento económico.



© UNFPA/Fidel Évora

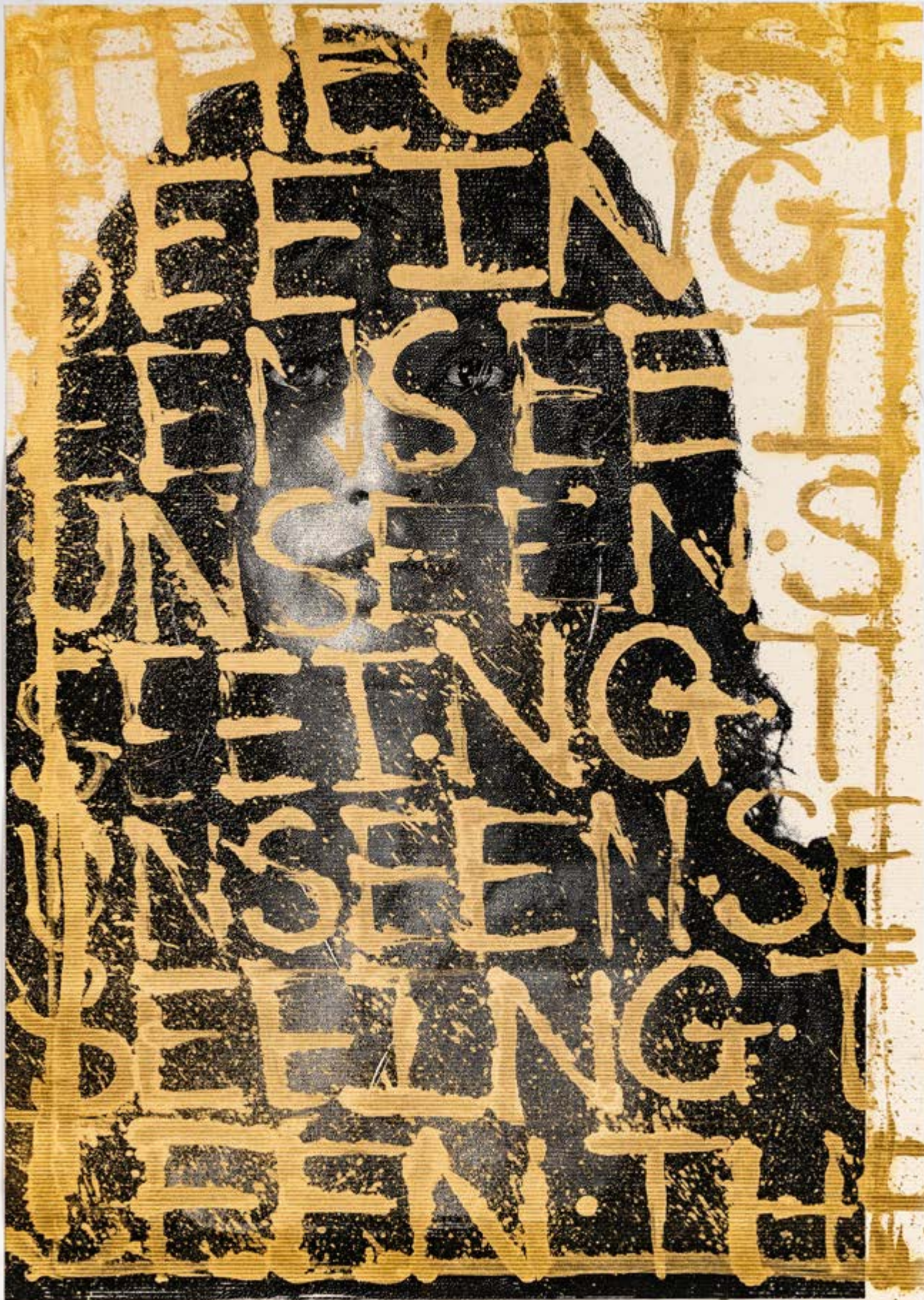
Las inversiones en organizaciones de derechos de la mujer y el establecimiento de alianzas con ellas serán de gran ayuda, sobre todo si estos grupos están dirigidos por mujeres. Estas organizaciones suelen tener un conocimiento detallado de la vida privada de las mujeres y las niñas, especialmente sobre las diferencias entre las distintas comunidades. Pueden ser las más indicadas para entender las causas de los embarazos no intencionales y las soluciones más acordes con los derechos y las preferencias individuales. Estos grupos, en su labor de defensores y vigilantes, han impulsado políticas nacionales que fomentan la igualdad de género en todas las partes del mundo (ONU Mujeres, 2021).

Además de recibir una financiación suficiente, estas organizaciones deben ser defendidas frente a las motivaciones ideológicas que se oponen a la igualdad de género, y diferenciarse claramente de los grupos que trabajan a través de la sociedad civil y la prestación de servicios con fines oscuros contrarios a la igualdad de género o antidemocráticos (ONU Mujeres, 2021).

Hacia una toma de decisiones explícita y la justicia

El embarazo no debe ser resultado de un quebrantamiento de la autonomía corporal, sino una decisión explícita. Eso es lo que exigen las obligaciones en materia de derechos humanos y el bienestar humano y social. La toma de decisiones explícita es una cuestión de justicia y conduce a un mundo más resiliente.

Las necesidades de las personas para tomar decisiones explícitas varían mucho, aunque el empoderamiento de todas para tomar estas decisiones con información y dignidad beneficia a todo el mundo. Debemos trabajar para reducir el número de embarazos no intencionales, si no a cero, lo más cerca posible de cero. Con ello estaremos más cerca de lograr nuestra visión compartida de la humanidad, a saber: un mundo en el que todos los embarazos sean deseados y todas las personas disfruten del pleno ejercicio de sus derechos y su potencial.



Indicadores

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD: Salud sexual y reproductiva página 120

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD: Género, derechos y capital humano página 126

Indicadores demográficos página 132

Notas técnicas página 138

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Datos mundiales y regionales	Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la razón 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, en porcentaje				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, todas las 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 cobertura de los servicios de salud esenciales	
	2017	2017	2017	2014-2020	2020	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODO MODERNO		2022		2022	2022	2022	2019
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre				
Total mundial	211	199	243	82	0,19	49	63	44	57	9	11	77	76	68	
Regiones más desarrolladas	12	11	13	99	0,14	58	70	51	62	7	9	79	87	–	
Regiones menos desarrolladas	232	219	268	81	0,20	47	62	43	56	9	12	77	72	–	
Países menos adelantados	415	396	477	65	0,44	32	42	29	37	16	20	60	71	–	
Regiones del UNFPA															
África Occidental y Central	717	606	917	55	0,41	20	23	17	19	17	22	46	70	43	
África Oriental y Meridional	391	361	463	70	1,20	35	44	32	40	16	21	63	72	47	
América Latina y el Caribe	74	70	80	95	0,18	59	75	56	70	8	9	83	75	74	
Asia y el Pacífico	120	108	140	86	0,06	52	67	47	62	7	9	81	74	68	
Estados Árabes	151	121	208	86	0,03	34	53	29	45	10	15	66	65	61	
Europa Oriental y Asia Central	20	18	22	99	0,15	46	64	36	49	8	11	67	84	74	
Países, territorios, otras zonas	2017	2017	2017	2004-2020	2020	2022		2022		2022		2022	2022	2019	
Afganistán	638	427	1,010	59	0,04	20	27	18	24	17	24	48	56	37	
Albania	15	8	26	100	0,03	31	44	5	5	11	16	11	79	62	
Alemania	7	5	9	99	0,03	55	68	54	67	7	9	88	87	86	
Angola	241	167	346	50	0,69	16	17	15	16	27	35	35	62	39	
Antigua y Barbuda	42	24	69	100	–	45	63	43	61	10	13	78	–	72	
Arabia Saudita	17	10	30	99	0,05	19	30	15	24	15	25	46	–	73	
Argelia	112	64	206	99	0,04	36	65	32	57	6	9	76	–	75	
Argentina	39	35	43	100	0,13	60	72	58	68	8	10	85	92	73	
Armenia	26	21	32	100	0,11	39	60	21	32	8	12	45	87	69	
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Australia	6	5	8	99	0,03	58	67	56	64	8	11	86	–	87	
Austria	5	4	7	98	–	66	73	64	70	5	7	89	–	82	
Azerbaiján	26	21	32	99	0,04	37	57	15	23	9	14	33	–	65	
Bahamas	70	48	110	99	0,28	45	67	43	65	9	12	80	–	70	
Bangladesh	173	131	234	59	–	52	63	46	55	10	12	74	–	51	
Barbados	27	17	39	99	–	50	63	47	61	12	14	76	44	74	
Bahrein	14	10	21	100	–	29	63	20	43	6	12	58	73	71	
Belarús	2	1	4	100	0,13	61	70	52	59	5	8	79	83	74	
Bélgica	5	4	7	–	–	59	67	58	67	5	8	91	–	85	
Belice	36	26	48	94	0,53	45	57	42	54	14	18	71	43	67	
Benin	397	291	570	78	0,19	17	19	14	15	24	31	34	91	38	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	155	113	213	81	0,08	48	68	36	49	12	16	60	94	67	
Bosnia y Herzegovina	10	5	16	100	–	38	50	19	21	9	13	40	70	65	
Botswana	144	124	170	100	4,39	58	70	57	69	8	10	87	64	54	
Brasil	60	58	61	99	0,23	65	80	63	77	6	8	89	–	75	
Brunei Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–	41	77	
Bulgaria	10	6	14	100	–	66	80	50	58	5	6	71	62	70	
Burkina Faso	320	220	454	80	0,1	29	32	28	31	20	24	57	81	43	
Burundi	548	413	728	85	0,15	20	32	18	29	17	28	48	65	44	
Bhután	183	127	292	96	0,09	39	61	38	59	8	13	80	83	62	
Cabo Verde	58	45	75	97	–	44	58	43	57	13	16	76	84	69	
Camboya	160	116	221	89	0,07	43	63	32	47	7	11	64	98	61	
Camerún (República del)	529	376	790	69	0,6	23	23	19	17	16	21	49	–	44	

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Países, territorios, otras zonas	Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la razón 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, en porcentaje				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, todas las 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 cobertura de los servicios de salud esenciales	
	2017	2017	2017	2014-2020	2020	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODO MODERNO		2022		2022	2022	2022	2019
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre				
Canadá	10	8	14	98	–	73	82	71	80	3	4	93	–	89	
Chad	1,140	847	1,590	24	0,22	7	8	7	7	19	24	25	59	28	
Chequia	3	2	5	100	–	63	85	56	76	3	4	84	79	78	
Chile	13	11	14	100	0,26	64	78	59	72	6	8	85	–	80	
China	29	22	35	100	–	69	85	68	84	4	3	92	–	82	
China (Región Administrativa Especial de Hong Kong)	–	–	–	–	–	48	70	45	67	8	9	81	–	–	
China (Región Administrativa Especial de Macao)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Chipre	6	4	10	99	–	–	–	–	–	–	–	–	72	79	
Colombia	83	71	98	99	0,18	64	82	61	77	5	7	87	96	78	
Comoras	273	167	435	82	0,01	20	27	16	22	19	29	42	–	44	
Congo (República del)	378	271	523	91	1,94	43	45	29	28	15	18	51	55	40	
Congo (República Democrática del)	473	341	693	85	0,18	26	30	16	16	21	25	33	–	39	
Corea (República de)	11	9	13	100	–	56	81	51	74	6	5	82	–	87	
Corea (República Popular Democrática de)	89	38	203	100	–	58	74	55	71	8	9	84	83	68	
Côte d'Ivoire	617	426	896	74	0,24	26	26	23	23	21	26	49	64	45	
Costa Rica	27	24	31	99	0,34	56	74	55	72	9	11	84	84	78	
Croacia	8	6	11	100	0,02	50	71	35	46	5	8	64	98	73	
Cuba	36	33	40	100	0,18	69	72	68	71	8	9	88	–	80	
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Dinamarca	4	3	5	95	0,02	64	77	60	73	5	6	88	87	85	
Djibouti	248	116	527	87	0,13	17	29	16	29	15	26	51	–	48	
Dominica	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Ecuador	59	53	65	96	0,12	60	82	54	74	6	6	82	92	80	
Egipto	37	27	47	92	0,03	45	61	43	60	9	12	81	–	70	
El Salvador	46	36	57	100	0,13	52	73	49	69	8	10	82	92	76	
Emiratos Árabes Unidos	3	2	5	99	0,13	36	51	29	41	12	17	61	–	78	
Eritrea	480	327	718	34	0,07	9	14	9	13	18	29	33	–	50	
Eslovaquia	5	4	7	98	–	56	79	48	66	4	6	79	86	77	
Eslovenia	7	5	9	100	0,01	53	79	44	66	3	5	79	–	80	
España	4	3	5	100	0,08	60	63	58	61	8	13	85	–	86	
Estado de Palestina ¹	–	–	–	100	–	41	62	30	46	7	11	64	68	–	
Estados Unidos de América	19	17	21	99	–	62	76	54	67	5	6	81	–	83	
Estonia	9	5	13	100	0,16	56	65	51	58	7	11	80	98	78	
Eswatini	437	255	792	88	5,28	54	68	53	67	10	13	83	98	58	
Etiopía	401	298	573	50	0,12	30	42	30	42	14	21	67	73	38	
Federación de Rusia	17	13	23	100	–	49	68	42	57	6	9	76	70	75	
Fiji	34	27	43	100	0,16	35	52	30	44	11	16	65	–	61	
Filipinas	121	91	168	84	0,15	36	57	27	43	10	16	59	80	55	
Finlandia	3	2	4	100	–	79	82	74	77	3	5	90	98	83	
Francia	8	6	9	98	–	65	78	63	76	4	4	92	–	84	
Gabón	252	165	407	89	0,48	38	38	30	27	18	23	54	58	49	
Gambia	597	440	808	84	0,93	14	19	13	19	16	25	44	–	48	
Georgia	25	21	29	100	0,17	32	47	23	34	13	18	52	94	65	

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Países, territorios, otras zonas	Razón de mortalidad materna por cada 100000 nacidos vivos ^b	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la razón 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 1000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, todas las 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 cobertura de los servicios de salud esenciales
	2017	2017	2017	2014-2020	2020	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODO MODERNO		2022		2022	2022	2019
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
Ghana	308	223	420	79	0,63	27	36	23	32	19	27	51	66	45
Granada	25	15	39	100	–	46	66	43	61	9	12	77	–	70
Grecia	3	2	4	100	0,09	53	75	38	50	4	7	66	72	78
Guadalupe	–	–	–	–	–	46	60	41	54	11	15	73	–	–
Guam	–	–	–	–	–	41	66	36	56	7	10	74	–	–
Guatemala	95	86	104	70	0,05	43	64	36	54	9	13	71	–	57
Guyana	169	132	215	96	0,43	35	47	33	45	17	25	64	87	74
Guayana Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	576	437	779	55	0,42	14	14	13	13	17	23	42	79	37
Guinea Ecuatorial	301	181	504	68	–	18	18	15	15	23	31	38	–	43
Guinea-Bissau	667	457	995	54	0,88	33	23	31	22	16	20	64	80	37
Haití	480	346	680	42	0,45	28	39	26	36	23	34	50	65	47
Honduras	65	55	76	74	0,07	53	76	47	68	7	9	79	80	63
Hungría	12	9	16	100	–	49	70	44	62	6	9	80	93	73
India	145	117	177	81	0,04	44	57	39	51	9	12	74	74	61
Indonesia	177	127	254	95	0,1	44	62	42	60	8	11	81	77	59
Irán (República Islámica del)	16	13	20	99	0,03	58	82	47	66	3	4	77	63	77
Iraq	79	53	113	96	–	38	56	27	40	8	12	58	59	55
Irlanda	5	3	7	100	0,08	66	70	63	66	6	9	88	–	83
Islandia	4	2	6	98	0,04	–	–	–	–	–	–	–	–	87
Islas Salomón	104	70	157	86	–	24	32	20	27	13	17	54	–	50
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–	–
Israel	3	2	4	–	–	39	73	30	56	5	8	68	–	84
Italia	2	1	2	100	0,04	59	67	48	51	5	9	74	–	83
Jamaica	80	67	98	100	0,53	44	73	42	70	8	9	80	76	70
Japón	5	3	6	100	0	46	51	39	41	12	17	68	85	85
Jordania	46	31	65	100	0,01	31	54	22	39	8	14	57	56	60
Kazajistán	10	8	12	100	0,19	43	54	40	51	11	15	76	65	76
Kenya	342	253	476	70	0,72	44	60	43	59	13	16	75	48	56
Kirguistán	60	50	76	100	0,11	29	42	28	39	12	17	67	73	70
Kiribati	92	49	158	92	–	23	32	19	26	16	23	49	–	51
Kuwait	12	8	17	100	–	40	59	33	49	9	13	67	–	70
Lesotho	544	391	788	87	4,91	52	66	51	66	10	14	83	–	48
Letonia	19	15	26	100	–	60	72	53	62	6	9	81	70	72
Líbano	29	22	40	98	0,03	29	62	22	46	6	13	62	–	72
Liberia	661	481	943	84	0,29	26	27	25	26	27	32	47	–	42
Libia	72	30	164	100	0,05	26	40	17	25	17	25	39	–	60
Lituania	8	5	12	100	–	48	71	39	57	7	8	72	87	70
Luxemburgo	5	3	8	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	86
Macedonia del Norte	7	5	10	100	–	43	54	19	19	9	13	37	–	68
Madagascar	335	229	484	46	0,22	42	51	37	45	14	16	67	–	35
Malasia	29	24	36	100	0,19	35	57	25	41	9	15	57	83	76
Malawi	349	244	507	90	1,21	49	65	48	64	13	15	78	79	48
Maldivas	53	35	84	100	–	16	22	12	18	21	30	34	93	69

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Países, territorios, otras zonas	Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la razón 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, en porcentaje				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, todas las 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 cobertura de los servicios de salud esenciales
	2017	2017	2017	2014-2020	2020	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODO MODERNO		2022		2022	2022	2019
							Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre		
Malí	562	419	784	67	0,27	18	20	18	20	21	24	46	–	42
Malta	6	4	11	100	–	60	79	48	63	4	5	75	–	81
Marruecos	70	54	91	87	0,02	43	71	37	61	7	11	74	–	73
Martinica	–	–	–	–	–	47	62	43	57	11	14	75	–	–
Mauricio	61	46	85	100	0,8	43	67	29	44	8	10	57	75	65
Mauritania	766	528	1,140	69	–	14	22	13	20	18	28	41	65	40
México	33	32	35	97	0,16	56	74	53	70	9	10	82	86	74
Micronesia (Estados Federados de)	88	40	193	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48
Moldova (República de)	19	15	24	100	0,24	55	63	44	50	11	13	67	–	67
Mongolia	45	36	56	99	0,01	41	57	37	51	13	15	70	–	63
Montenegro	6	3	10	99	0,04	23	27	15	16	15	21	41	52	67
Mozambique	289	206	418	73	3,5	27	30	26	29	19	22	58	–	47
Myanmar	250	182	351	60	–	34	58	33	56	8	14	79	91	61
Namibia	195	144	281	88	2,44	52	61	52	61	10	15	83	88	62
Nepal	186	135	267	77	0,03	42	53	37	47	17	22	63	48	53
Nicaragua	98	77	127	96	0,11	53	82	51	79	5	6	88	75	70
Níger	509	368	724	39	0,05	17	19	16	18	15	18	50	–	37
Nigeria	917	658	1,320	43	0,42	18	21	14	15	15	19	42	–	44
Noruega	2	2	3	99	0,01	67	85	62	79	4	4	89	100	86
Nueva Caledonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	9	7	11	96	0,02	65	81	61	75	4	5	88	95	86
Omán	19	16	22	99	–	21	36	15	25	15	26	41	70	69
Países Bajos	5	4	7	–	0,02	63	72	61	71	5	7	89	100	86
Pakistán	140	85	229	71	0,12	26	38	20	29	11	17	53	69	45
Panamá	52	45	59	93	0,44	48	60	45	56	14	17	73	72	77
Papua Nueva Guinea	145	67	318	56	0,39	28	39	23	32	18	25	51	–	33
Paraguay	84	72	96	98	0,13	59	73	55	67	8	9	82	76	61
Perú	88	69	110	94	0,13	55	77	43	58	5	7	70	85	78
Polinesia Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	2	2	3	100	–	54	74	43	58	6	8	73	89	74
Portugal	8	6	11	100	0,07	60	74	51	62	4	7	79	95	84
Puerto Rico	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	83	–	–
Qatar	9	6	14	100	0,07	31	49	26	41	9	15	64	71	74
Reino Unido	7	6	8	–	–	72	76	66	69	5	7	86	96	88
República Árabe Siria	31	20	50	96	0	38	62	28	46	8	13	62	81	56
República Centroafricana	829	463	1,470	40	–	21	23	16	18	23	25	37	77	32
República Democrática Popular Lao	185	139	253	64	0,13	38	61	34	54	10	14	71	96	50
República Dominicana	95	88	102	100	0,32	57	73	55	70	8	10	84	–	66
Reunión	–	–	–	–	–	49	72	48	71	8	9	84	–	–
Rwanda	248	184	347	94	0,34	34	58	32	54	11	16	70	82	54
Rumania	19	14	25	95	0,04	54	72	45	58	5	8	75	98	71
Sáhara Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	43	20	97	89	–	12	19	11	18	26	46	29	22	53
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Países, territorios, otras zonas	Razón de mortalidad materna por cada 100000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la razón 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 1000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, todas las 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 cobertura de los servicios de salud esenciales
	2017	2017	2017	2014-2020	2020	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODO MODERNO		2022		2022	2022	2019
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre			
San Martín	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	68	44	100	99	-	50	67	48	65	10	12	80	81	73
Santa Lucía	117	71	197	100	-	49	61	46	57	12	15	76	33	72
Santo Tomé y Príncipe	130	73	217	97	-	38	51	35	47	21	25	60	46	60
Senegal	315	237	434	75	0,08	21	30	20	28	15	21	56	75	49
Serbia	12	9	17	100	0,02	47	58	28	28	6	11	53	99	71
Seychelles	53	26	109	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70
Sierra Leona	1,120	808	1,620	87	0,7	27	25	26	25	20	24	56	65	39
Singapur	8	5	13	100	0,01	40	68	35	60	6	10	77	46	86
Somalia	829	385	1,590	32	0,02	6	10	2	2	15	26	9	-	27
Sri Lanka	36	31	41	100	0,01	45	67	37	55	5	7	74	86	67
Sudáfrica	119	96	153	97	4,6	51	58	51	58	11	14	82	95	67
Sudán	295	207	408	78	0,09	11	16	10	15	17	27	36	57	44
Sudán del Sur	1,150	789	1,710	19	1,37	6	8	6	7	20	29	21	16	32
Suecia	4	3	6	-	-	60	71	57	68	6	8	87	100	87
Suiza	5	3	7	-	-	73	73	68	69	4	7	89	94	87
Suriname	120	96	144	98	0,3	34	47	33	47	15	22	69	-	67
Tailandia	37	32	44	99	0,1	53	77	52	75	4	6	90	-	83
Tanzanía (República Unida de)	524	399	712	64	1,26	37	45	33	40	15	19	62	-	46
Tayikistán	17	10	26	95	0,09	24	33	22	30	16	22	55	-	66
Timor-Leste (República Democrática de)	142	102	192	57	0,1	19	32	17	29	13	23	53	-	53
Togo	396	270	557	69	0,45	24	27	22	25	22	30	48	-	44
Tonga	52	24	116	98	-	18	33	16	28	13	25	49	-	56
Trinidad y Tabago	67	50	90	100	0,07	41	49	36	45	14	20	67	27	73
Túnez	43	33	54	100	0,03	31	59	27	51	7	13	70	-	70
Turkmenistán	7	5	10	100	-	35	53	33	50	8	12	76	94	73
Turquía	17	14	20	97	-	48	71	34	49	6	9	61	78	79
Tuvalu	-	-	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	19	14	26	100	0,21	53	68	44	55	6	9	75	95	73
Uganda	375	278	523	74	0,95	36	46	33	42	18	24	61	-	50
Uruguay	17	14	21	100	0,19	57	79	55	77	6	7	87	97	79
Uzbekistán	29	23	37	100	0,08	50	70	46	66	6	8	84	92	71
Vanuatu	-	-	-	89	-	36	49	31	41	15	19	61	-	52
Venezuela (República Bolivariana de)	125	97	170	99	0,08	56	76	52	71	8	10	83	-	70
Viet Nam	43	32	61	94	0,06	59	80	50	67	4	5	79	54	70
Yemen	164	109	235	45	0,04	28	44	21	33	14	23	49	65	44
Zambia	213	159	289	80	3,64	38	53	36	50	15	18	68	91	55
Zimbabwe	458	360	577	86	1,74	49	69	49	69	8	10	86	73	55

NOTAS

- No existen datos disponibles.
- ^a La razón de mortalidad materna se ha redondeado con arreglo al sistema siguiente: <1.000, 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 y mayores 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 de los ODS 3.8.1).

FUENTES DE DATOS MÁS IMPORTANTES

Razón de mortalidad materna: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas), 2019.

Partos atendidos por personal de salud cualificado: Base de datos mundial conjunta sobre asistencia cualificada durante el parto, 2021, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos 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, 2021.

Tasa de uso de anticonceptivos: División de Población de las Naciones Unidas, 2021.

Tasa de uso de anticonceptivos, métodos modernos: División de Población de las Naciones Unidas, 2021.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar: División de Población de las Naciones Unidas, 2021.

Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos: División de Población de las Naciones Unidas, 2021.

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, 2021.

GÉNERO, DERECHOS Y CAPITAL HUMANO

	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Embarazos no intencionales por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años ¹	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 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	Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, 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	Índice de paridad de género, 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	Tasa de embarazos no intencionales
Datos mundiales y regionales	2020-2025	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2021	2020	2020	2020	2020	2020	2020
Total mundial	40	64	26	–	13	57	91	0,98	84	1,00	66	1,01
Regiones más desarrolladas	11	34	–	–	–	–	99	1,01	98	1,00	95	1,00
Regiones menos desarrolladas	44	70	27	–	–	56	90	0,98	82	1,00	63	1,01
Países menos adelantados	88	85	38	46	22	54	83	0,96	66	0,98	44	0,90
Regiones del UNFPA												
África Occidental y Central	104	76	41	28	15	36	76	0,91	60	0,97	40	0,87
África Oriental y Meridional	92	101	31	35	24	52	86	0,98	66	0,95	44	0,84
América Latina y el Caribe	59	69	24	–	8	74	97	1,01	93	1,02	79	1,03
Asia y el Pacífico	21	64	25	–	13	61	85	–	82	0,95	60	0,92
Estados Árabes	45	87	21	65	15	–	94	0,99	87	1,02	66	1,06
Europa Oriental y Asia Central	26	54	11	–	9	76	96	1,00	98	0,99	84	0,99
Países, territorios, otras zonas												
	2004-2020	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2007-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020
Afganistán	62	–	28	–	35	–	–	–	–	–	44	0,56
Albania	14	16	12	–	6	69	96	1,04	96	1,04	81	1,09
Alemania	7	21	–	–	–	–	99	1,01	96	1,02	85	0,98
Angola	163	120	30	–	25	62	82	0,78	76	0,76	18	0,71
Antigua y Barbuda	28	–	–	–	–	–	99	1,02	99	0,99	87	1,02
Arabia Saudita	9	–	–	–	–	–	95	1	98	0,98	96	0,94
Argelia	12	–	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argentina	50	69	–	–	5	–	100	–	99	0,99	89	1,09
Armenia	19	53	5	–	5	66	90	1	90	1,02	92	1,14
Aruba	21	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–
Australia	9	37	–	–	3	–	99	1	98	1	94	1,03
Austria	6	–	–	–	4	–	100	1	99	1,01	90	1,02
Azerbaiyán	48	93	11	–	5	–	90	1,04	99	1	100	1
Bahamas	29	–	–	–	–	–	–	–	78	1,02	73	1,07
Bangladesh	74	59	51	–	23	64	95	–	74	1,1	63	1,11
Barbados	50	77	29	–	–	–	97	0,99	96	1	94	1,04
Bahrein	13	–	–	–	–	–	98	0,99	96	1,07	87	1,14
Belarús	12	19	5	–	6	–	99	0,98	99	1	99	1,02
Bélgica	6	21	–	–	5	–	99	1,01	100	1	98	1
Belice	58	71	34	–	8	–	100	0,99	85	0,98	69	1,11
Benin	108	86	31	9	15	36	93	0,94	58	0,87	34	0,75
Bolivia (Estado Plurinacional de)	71	105	20	–	18	–	95	1	93	0,97	78	1,01
Bosnia y Herzegovina	10	20	4	–	3	–	–	–	–	–	81	1,04
Botswana	52	97	–	–	17	–	89	1,01	–	–	–	–
Brasil	49	67	26	–	7	–	99	1	98	1,02	85	1,02
Brunei Darussalam	10	–	–	–	–	–	98	1	100	1	83	1,07
Bulgaria	39	29	–	–	6	–	85	1	85	0,99	84	0,95
Burkina Faso	132	75	52	76	11	20	76	1	53	1,1	33	1,08
Burundi	58	98	19	–	22	44	90	1,04	70	1,1	38	1,16
Bhután	59	48	26	–	9	–	96	1,03	88	1,15	72	1,16
Cabo Verde	12	102	18	–	11	–	92	0,99	87	0,98	73	1,08
Camboya	30	69	19	–	9	76	89	1	85	1,06	45	0,95
Camerún (República del)	122	83	30	1	22	49	92	0,91	63	0,89	46	0,83

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

GÉNERO, DERECHOS Y CAPITAL HUMANO

Países, territorios y otras áreas	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Embarazos no intencionales por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años ²	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 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	Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, 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	Índice de paridad de género, 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	Tasa de embarazos no intencionales
	2004-2020	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2007-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020
Canadá	7	31	–	–	3	–	100	–	100	1	88	1
Chad	179	60	61	34	16	27	74	0,79	38	0,68	22	0,51
Chequia	11	35	–	–	4	–	99	1,01	100	1	96	1
Chile	23	70	–	–	6	–	100	0,99	96	0,99	95	1
China	9	65	–	–	8	–	–	–	–	–	–	–
China (Región Administrativa Especial de Hong Kong)	2	28	–	–	3	–	98	–	99	1	100	1
China (Región Administrativa Especial de Macao)	3	–	–	–	–	–	96	0,98	99	1,02	91	1,03
Chipre	8	–	–	–	3	–	99	1	99	1	93	0,97
Colombia	58	63	23	–	12	–	99	1,01	97	1,01	81	1,03
Comoras	70	95	32	–	8	21	82	1	81	1,02	50	1,07
Congo (República del)	111	106	27	–	–	27	84	0,98	–	–	–	–
Congo (República Democrática del)	109	117	29	–	36	31	–	–	–	–	–	–
Corea (República de)	1	35	–	–	8	–	100	1	95	1	93	1
Corea (República Popular Democrática de)	1	–	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	41	52	21	–	7	–	100	1	96	1,01	92	1,03
Costa Rica	123	96	27	37	16	25	96	0,93	58	0,88	42	0,77
Croacia	9	33	–	–	4	–	98	1,02	99	1,02	88	1,05
Cuba	53	72	29	–	5	–	100	1	88	1,01	85	1,05
Curaçao	23	–	–	–	–	–	93	0,99	85	1,01	77	1,08
Dinamarca	2	30	–	–	3	–	99	1,01	100	0,99	91	1,01
Djibouti	21	50	5	94	–	–	67	0,93	60	1,02	47	0,99
Dominica	47	–	–	–	–	–	99	1	97	1,02	80	0,85
Ecuador	64	80	22	–	8	87	99	–	98	1,03	79	1,02
Egipto	52	–	17	87	15	–	99	–	98	1,02	77	0,98
El Salvador	70	58	26	–	6	–	84	1,01	78	1,01	60	0,97
Emiratos Árabes Unidos	4	–	–	–	–	–	100	–	99	–	98	1,01
Eritrea	76	53	41	83	–	–	53	0,91	64	0,88	51	0,86
Eslovaquia	26	27	–	–	6	–	97	1	95	1	89	1
Eslovenia	4	33	–	–	3	–	100	1,01	99	1,01	99	1
España	6	20	–	–	3	–	97	1	100	–	99	1,01
Estado de Palestina ¹	43	–	13	–	19	–	95	1	97	1,04	77	1,21
Estados Unidos de América	17	35	–	–	6	–	99	1	100	1,02	96	0,98
Estonia	10	38	–	–	4	–	98	1,01	99	1,01	98	1
Eswatini	87	111	5	–	18	49	85	0,98	97	1	84	0,96
Etiopía	80	79	40	65	27	45	87	0,91	53	0,92	26	0,91
Federación de Rusia	22	64	–	–	–	–	100	1,01	100	1,01	98	1,01
Fiji	23	–	–	–	23	–	99	0,99	96	–	74	1,09
Filipinas	36	71	17	–	6	81	97	0,99	89	1,07	80	1,09
Finlandia	4	33	0	–	8	–	98	1,01	100	1	96	0,98
Francia	9	29	–	–	5	–	100	1	100	1	96	1,01
Gabón	91	112	22	–	22	48	–	–	–	–	–	–
Gambia	68	54	26	76	10	23	87	1,13	69	1,03	–	–
Georgia	29	94	14	–	3	82	99	1,01	99	1,01	95	1,03
Ghana	78	102	19	2	10	52	94	1,02	92	1,04	75	1

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

GÉNERO, DERECHOS Y CAPITAL HUMANO

Países, territorios y otras áreas	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Embarazos no intencionales por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años ¹	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 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	Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, 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	Índice de paridad de género, 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	Tasa de embarazos no intencionales
	2004-2020	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2007-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020
Granada	36	–	–	–	8	–	99	–	97	–	97	1
Grecia	9	33	–	–	5	–	99	1,01	97	0,99	99	0,98
Guadalupe	9	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guam	35	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	77	63	30	–	7	65	89	1,01	65	0,94	37	0,94
Guyana	74	76	30	–	11	71	98	0,97	93	1,02	70	1,11
Guayana Francesa	76	71	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	120	70	47	95	21	29	86	0,85	49	0,7	33	0,59
Guinea Ecuatorial	176	–	30	–	29	–	45	1,02	–	–	–	–
Guinea-Bissau	84	99	26	52	–	–	73	0,95	–	–	–	–
Haití	55	107	15	–	12	59	–	–	–	–	–	–
Honduras	89	68	34	–	7	70	84	1,02	57	1,06	42	1,15
Hungría	22	27	–	–	6	–	95	1	97	1	88	1,01
India	12	62	27	–	18	–	95	1,02	85	1,04	58	1,04
Indonesia	36	40	16	–	9	–	94	0,95	84	1,07	77	1,01
Irán (República Islámica del)	70	–	28	7	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	31	–	17	–	18	–	100	0,99	95	0,97	74	0,97
Irlanda	6	–	–	–	3	–	100	–	99	–	98	1,01
Islandia	5	33	–	–	3	–	100	1	100	1	84	1,04
Islas Salomón	78	114	21	–	28	–	93	1,05	–	–	–	–
Islas Turcas y Caicos	21	–	–	–	–	–	99	–	80	1,06	68	0,9
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	39	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	8	–	–	–	6	–	100	–	100	–	98	–
Italia	4	28	–	–	4	–	97	1	98	1	94	1,01
Jamaica	52	87	8	–	7	–	–	–	76	1,06	54	1,57
Japón	3	21	–	–	4	–	98	1	98	1	99	1,02
Jordania	27	–	10	–	14	61	80	0,99	72	1	57	1,1
Qatar	7	–	4	–	–	–	98	1,03	93	0,94	–	–
Kazajstán	23	57	7	–	6	–	90	1,01	100	–	99	–
Kenya	96	113	23	21	23	56	81	1,04	–	–	–	–
Kirguistán	38	40	13	–	13	77	100	0,99	99	0,99	73	1,06
Kiribati	51	–	18	–	25	–	97	–	–	–	–	–
Kuwait	5	–	–	–	–	–	97	1,04	94	1,05	82	1,03
Lesotho	91	99	16	–	17	61	98	1,01	83	1,11	66	1,15
Letonia	12	34	–	–	6	–	99	1,01	98	1,01	95	1,02
Líbano	12	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	128	106	36	44	27	62	79	1,01	79	0,9	74	0,86
Libia	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	11	26	0	–	5	–	100	–	100	–	97	1,02
Luxemburgo	5	–	–	–	4	–	99	1	98	0,98	81	1,04
Macedonia del Norte	15	23	8	–	4	88	99	1	–	–	–	–
Madagascar	151	95	40	–	–	74	98	–	70	1,03	36	0,97
Malasia	9	–	–	–	–	–	99	1	88	1,04	64	1,14
Malawi	138	115	42	–	17	47	98	–	81	1,01	31	0,64
Maldivas	9	60	2	13	6	58	98	1,03	91	–	–	–
Malí	164	68	54	89	18	8	59	0,9	47	0,86	25	0,74

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

GÉNERO, DERECHOS Y CAPITAL HUMANO

Países, territorios y otras áreas	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Embarazos no intencionales por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años ²	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 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	Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, 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	Índice de paridad de género, 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	Tasa de embarazos no intencionales
	2004-2020	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2007-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020
Malta	12	–	–	–	4	–	100	–	98	–	92	1,03
Marruecos	19	–	14	–	11	–	100	1	93	0,97	75	0,96
Martinica	17	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauricio	23	–	–	–	–	–	100	1,02	97	1,03	78	1,12
Mauritania	84	68	37	67	–	–	77	1,05	72	1,08	39	1,12
México	62	60	21	–	10	–	99	–	92	1,03	73	1,06
Micronesia (Estados Federados de)	44	–	–	–	21	–	83	1,02	87	1,06	–	–
Moldova (República de)	21	26	12	–	9	73	99	–	99	–	88	1,01
Mongolia	31	31	12	–	12	63	99	0,99	92	1,01	88	1,07
Montenegro	10	11	6	–	4	–	100	1	94	1	88	1,03
Mozambique	180	88	53	–	16	49	99	0,97	57	0,87	31	0,76
Myanmar	28	35	16	–	11	67	98	0,99	79	1,03	57	1,16
Namibia	64	104	7	–	16	71	98	1,03	–	–	–	–
Nepal	63	60	33	–	11	48	96	–	97	1,03	81	1,18
Nicaragua	103	56	35	–	6	–	96	1,03	88	1,03	64	1,08
Níger	154	49	76	2	13	7	59	0,88	35	0,79	14	0,67
Nigeria	106	68	43	20	13	46	66	0,84	–	–	–	–
Noruega	3	34	–	–	4	–	100	1	100	0,99	92	1,01
Nueva Caledonia	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	13	41	–	–	4	–	100	1,01	100	1	99	1,03
Omán	8	–	4	–	–	–	98	1,02	97	0,99	90	0,9
Países Bajos	3	18	–	–	5	–	100	1,01	97	1,01	99	1,01
Pakistán	54	71	18	–	16	40	–	–	–	–	–	–
Panamá	74	73	26	–	8	79	89	1,02	76	0,97	69	1,06
Papua Nueva Guinea	68	80	27	–	31	57	98	0,94	72	0,9	45	0,8
Paraguay	72	67	22	–	6	–	80	1	76	1,01	70	1,05
Perú	44	90	17	–	11	–	98	–	98	1	96	0,94
Polinesia Francesa	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	10	29	–	–	3	–	99	1	97	0,98	98	1
Portugal	7	21	–	–	4	–	100	0,99	100	1	100	0,99
Puerto Rico	22	54	–	–	–	–	87	1,04	90	1,07	76	1,05
Reino Unido	12	36	0	–	4	–	99	1	100	1	97	1,01
República Árabe Siria	22	–	13	–	–	–	72	0,98	62	0,97	34	1
República Centroafricana	229	90	61	22	21	–	67	0,8	44	0,61	16	0,48
República Democrática Popular Lao	83	51	33	–	8	–	92	0,98	70	1	53	0,92
República Dominicana	54	84	36	–	10	77	96	1,01	91	1,01	74	1,04
Reunión	28	52	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	41	98	7	–	24	63	94	1	96	1,04	50	1,02
Rumania	36	44	–	–	7	–	87	1	89	0,99	80	1,03
Sáhara Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	39	66	7	–	18	–	100	–	–	–	90	1,11
Saint Kitts y Nevis	46	–	–	–	–	–	99	–	–	–	96	0,99
San Marino	1	–	–	–	–	–	96	0,97	92	1	43	0,81
San Martín	–	–	–	–	–	–	97	–	88	1,06	78	0,95
San Vicente y las Granadinas	52	–	–	–	–	–	97	–	98	–	85	1,02
Santa Lucía	25	69	24	–	–	–	97	1,06	91	0,99	84	0,95

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

GÉNERO, DERECHOS Y CAPITAL HUMANO

Países, territorios y otras áreas	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Embarazos no intencionales por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años ¹	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 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	Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, 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	Índice de paridad de género, 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	Tasa de embarazos no intencionales
	2004-2020	2015-2019	2005-2020	2004-2020	2018	2007-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020	2010-2020
Santo Tomé y Príncipe	86	130	28	–	18	46	94	1	90	1,06	83	1,03
Senegal	68	61	31	25	12	7	75	1,14	40	1,19	20	1,13
Serbia	12	21	6	–	4	96	97	1	97	1	86	1,03
Seychelles	68	–	–	–	–	–	99	–	97	–	86	1,13
Sierra Leona	102	88	30	86	20	36	98	–	51	0,99	35	0,93
Singapur	2	19	0	–	2	–	100	–	100	1	100	1
Somalia	118	100	36	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	21	39	10	–	4	–	99	–	100	1	84	1,06
Sudáfrica	41	81	4	–	13	65	89	1,02	90	1,01	79	1,01
Sudán	87	–	34	87	17	–	67	0,93	66	0,97	48	1,08
Sudán del Sur	158	54	52	–	27	–	38	0,77	44	0,72	36	0,65
Suecia	4	36	–	–	6	–	100	–	100	–	99	0,99
Suiza	2	20	–	–	2	–	100	–	99	0,99	81	0,96
Suriname	54	67	36	–	8	–	88	1,04	85	1,09	62	1,15
Tailandia	23	38	20	–	9	–	–	–	–	–	79	1
Tanzania (República Unida de)	139	105	31	10	24	47	84	1,04	28	–	14	0,76
Tayikistán	54	37	9	–	14	33	99	0,99	94	0,94	61	0,74
Timor-Leste (República Democrática de)	42	50	15	–	28	40	95	1,04	90	1,04	76	1,07
Togo	79	100	25	3	13	30	99	0,98	79	0,85	44	0,64
Tonga	30	49	10	–	17	–	99	–	89	1,15	59	1,33
Trinidad y Tabago	32	84	11	–	8	–	99	0,99	–	–	–	–
Túnez	7	–	2	–	10	–	99	–	–	–	–	–
Turkmenistán	22	23	6	–	–	59	–	–	–	–	–	–
Turquía	19	–	15	–	12	–	95	0,99	97	0,99	82	0,97
Tuvalu	27	–	10	–	20	–	83	1,03	67	0,92	35	1,21
Ucrania	18	27	9	–	9	81	92	1,02	96	1,01	94	1,03
Uganda	111	145	34	0	26	62	96	1,03	–	–	–	–
Uruguay	36	41	25	–	4	–	99	1,01	99	1,01	89	1,06
Uzbekistán	19	29	7	–	–	–	99	0,98	99	0,98	86	0,99
Vanuatu	51	87	21	–	29	–	97	0,99	75	1,04	44	1,14
Venezuela (República Bolivariana de)	95	–	–	–	9	–	90	1	86	1,02	77	1,12
Viet Nam	35	86	11	–	10	–	99	–	–	–	–	–
Yemen	67	–	32	19	–	–	84	0,88	72	0,85	44	0,59
Zambia	135	123	29	–	28	49	85	1,05	–	–	–	–
Zimbabwe	108	74	34	–	18	60	86	1,02	98	0,95	52	0,9

NOTAS

– No existen datos disponibles.

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 [...]”.

² Datos proporcionados por el Instituto Alan Guttmacher.

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).

Tasa de embarazos no intencionales: Estimación de la cifra anual de embarazos no intencionales por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años.

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 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 y niñas 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 salud, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales con la pareja (indicador 5.6.1 de los ODS).

Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria: Número total de estudiantes del grupo de edad oficial para concurrir a la enseñanza primaria matriculados en cualquier nivel de enseñanza, expresado como porcentaje de la población correspondiente.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria: Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria.

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, 2021.

Tasa de embarazos no intencionales: Bearak, Jonathan *et al.*, 2022. “Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019”. *BMJ Global Health*, en imprenta. Información sobre la metodología disponible en: <https://data.guttmacher.org/countries>

Matrimonio antes de cumplir los 18 años: UNICEF, 2021. 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, 2021. 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, 2022.

Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2022.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2022.

Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2022.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2022.

Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2022.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2022.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	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 total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años, 2022	
Datos mundiales y regionales	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	hombres	mujere
Total mundial	7 954	1,0	25	16	24	65	10	2,4	71	76
Regiones más desarrolladas	1 277	0,1	16	11	17	64	20	1,6	77	83
Regiones menos desarrolladas	6 677	1,1	27	17	25	65	8	2,5	70	74
Países menos adelantados	1 107	2,2	38	22	32	58	4	3,8	64	68
Regiones del UNFPA										
África Occidental y Central	483	2,6	43	23	32	55	3	4,8	58	60
África Oriental y Meridional	649	2,5	41	23	32	56	3	4,1	62	67
América Latina y el Caribe	661	0,8	23	16	24	67	9	2,0	73	79
Asia y el Pacífico	4 149	0,8	23	16	23	68	9	2,1	71	75
Estados Árabes	393	2,0	34	19	28	61	5	3,2	70	74
Europa Oriental y Asia Central	251	0,5	23	15	21	66	11	2,1	71	78
Países, territorios, otras zonas	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	hombres	mujere
Afganistán	40,8	2,2	41	25	35	57	3	3,9	64	67
Albania	2,9	-0,3	17	12	19	67	16	1,6	77	80
Alemania	83,9	-0,1	14	9	15	64	22	1,6	80	84
Angola	35	3,2	46	24	33	52	2	5,2	59	65
Antigua y Barbuda	0,1	0,8	22	14	21	68	10	2	76	79
Arabia Saudita	35,8	1,4	24	14	21	72	4	2,2	74	77
Argelia	45,4	1,6	31	16	23	62	7	2,8	76	79
Argentina	46	0,9	24	16	23	64	12	2,2	74	80
Armenia	3	0,1	21	13	19	67	13	1,8	72	79
Aruba ¹	0,1	0,4	17	13	19	67	16	1,9	74	79
Australia ²	26,1	1,1	19	12	19	64	17	1,8	82	86
Austria	9,1	0,2	15	10	15	66	20	1,6	80	84
Azerbaiján ³	10,3	0,7	23	14	20	69	8	2	71	76
Bahamas	0,4	0,9	21	16	24	71	8	1,7	72	76
Bangladesh	167,9	0,9	26	18	27	69	6	1,9	72	75
Barbados	0,3	0,1	16	12	19	66	18	1,6	78	81
Bahrein	1,8	1,8	18	11	18	79	3	1,9	77	79
Belarús	9,4	-0,1	18	11	15	66	17	1,7	70	80
Bélgica	11,7	0,3	17	12	17	63	20	1,7	80	84
Belice	0,4	1,7	28	19	29	66	5	2,2	72	78
Benin	12,8	2,6	42	23	32	55	3	4,6	61	64
Bolivia (Estado Plurinacional de)	12	1,3	29	19	28	63	8	2,6	69	75
Bosnia y Herzegovina	3,2	-0,4	14	11	17	67	19	1,2	75	80
Botswana	2,4	1,8	33	20	29	63	5	2,7	67	73
Brasil	215,4	0,6	20	14	22	70	10	1,7	73	80
Brunei Darussalam	0,4	0,8	22	15	22	72	6	1,8	75	78
Bulgaria	6,8	-0,8	15	10	15	63	22	1,6	72	79
Burkina Faso	22,1	2,8	44	24	33	54	2	4,9	62	64
Burundi	12,6	2,9	45	23	32	53	3	5,1	61	64
Bhután	0,8	1	24	17	26	69	7	1,9	72	73
Cabo Verde	0,6	1	27	18	26	68	5	2,2	70	77
Camboya	17,2	1,3	30	19	27	65	5	2,4	68	73
Camerún (República del)	27,9	2,5	42	23	33	56	3	4,3	59	62
Canadá	38,4	0,8	16	11	17	65	19	1,5	81	85
Chad	17,4	2,9	46	25	34	52	3	5,4	54	57

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	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 total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años, 2022	
	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	hombres	mujere
Chequia	10,7	0,1	16	10	15	64	21	1,7	77	82
Chile	19,3	0,1	19	13	20	68	13	1,6	78	83
China ⁶	1 448,50	0,3	18	12	17	70	13	1,7	75	80
China (Región Administrativa Especial de Hong Kong) ⁵	7,6	0,7	13	8	12	67	20	1,4	82	88
China (Región Administrativa Especial de Macao) ⁴	0,7	1,3	15	8	12	72	14	1,3	82	88
Chipre ⁷	1,2	0,6	16	12	19	69	15	1,3	79	83
Colombia	51,5	0,4	22	15	24	69	10	1,7	75	80
Comoras	0,9	2,1	39	22	31	58	3	4	63	67
Congo (República del)	5,8	2,4	41	23	32	57	3	4,2	64	67
Congo (República Democrática del)	95,2	3	45	24	32	52	3	5,5	60	63
Corea (República de)	51,3	0	12	9	15	71	17	1,1	80	86
Corea (República Popular Democrática de)	26	0,4	20	13	21	70	10	1,9	69	76
Côte d'Ivoire	27,7	2,5	41	23	33	56	3	4,4	57	60
Costa Rica	5,2	0,8	20	14	21	69	11	1,7	78	83
Croacia	4,1	-0,5	14	10	16	64	22	1,4	76	82
Cuba	11,3	-0,1	16	11	17	68	16	1,6	77	81
Curaçao ¹	0,2	0,4	18	13	19	64	19	1,7	76	82
Dinamarca ⁸	5,8	0,4	16	11	18	63	21	1,8	79	83
Djibouti	1	1,3	28	18	27	67	5	2,5	66	70
Dominica	0,1	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	18,1	1,2	27	17	26	65	8	2,3	75	80
Egipto	106,2	1,8	34	19	27	61	6	3,2	70	75
El Salvador	6,6	0,5	26	17	27	65	9	2	69	78
Emiratos Árabes Unidos	10,1	0,9	15	9	17	83	2	1,3	78	80
Eritrea	3,7	1,7	40	25	33	56	4	3,8	65	70
Eslovaquia	5,5	0	16	10	15	67	18	1,6	75	81
Eslovenia	2,1	-0,1	15	10	14	63	22	1,6	79	84
España ⁹	46,7	-0,1	14	10	15	65	21	1,4	81	87
Estados Unidos de América ¹⁰	334,8	0,6	18	13	19	65	17	1,8	77	82
Estonia	1,3	-0,3	16	11	15	63	21	1,6	75	83
Eswatini	1,2	1,1	36	24	33	60	4	2,8	57	66
Etiopía	120,8	2,4	39	23	33	57	4	3,9	66	70
Federación de Rusia	145,8	-0,1	19	11	16	65	17	1,8	68	78
Fiji	0,9	0,7	29	18	26	65	6	2,7	66	70
Filipinas	112,5	1,3	29	19	28	65	6	2,4	68	76
Finlandia ¹¹	5,6	0,1	15	11	17	61	23	1,4	80	85
Francia ¹²	65,6	0,2	17	12	18	61	21	1,8	80	86
Gabón	2,3	2,2	37	19	27	59	4	3,8	65	69
Gambia	2,6	2,8	44	23	32	54	3	4,9	62	65
Georgia ¹³	4	-0,3	20	12	18	64	16	2	70	79
Ghana	32,4	2	37	21	30	60	3	3,7	64	66
Granada	0,1	0,4	24	15	22	66	10	2	70	75
Grecia	10,3	-0,5	13	10	15	64	23	1,3	80	85
Guadalupe ¹⁴	0,4	0	18	14	21	62	21	2,1	79	86
Guam ¹⁵	0,2	0,8	23	16	24	65	11	2,2	78	84

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	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 total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años, 2022	
	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	hombres	mujere
Guatemala	18,6	1,8	33	21	31	62	5	2,7	72	78
Guyana	0,8	0,5	27	18	27	65	8	2,4	67	73
Guayana Francesa ¹⁴	0,3	2,4	32	19	27	63	6	3,2	78	83
Guinea	13,9	2,7	42	24	34	55	3	4,4	62	63
Guinea Ecuatorial	1,5	3,1	37	20	29	61	2	4,2	59	61
Guinea-Bissau	2,1	2,3	41	23	32	56	3	4,2	57	61
Haití	11,7	1,2	32	20	30	63	5	2,8	63	67
Honduras	10,2	1,5	30	20	30	65	5	2,3	73	78
Hungría	9,6	-0,3	14	10	15	65	21	1,5	74	81
India	1 406,60	0,9	25	18	27	68	7	2,1	69	72
Indonesia	279,1	1	25	17	25	68	7	2,2	70	75
Irán (República Islámica del)	86	1,1	25	14	21	68	7	2,1	76	78
Iraq	42,2	2,3	37	22	31	60	4	3,5	69	73
Irlanda	5	0,7	20	14	20	65	15	1,8	81	84
Islandia	0,3	0,6	19	13	20	65	17	1,7	82	85
Islas Salomón	0,7	2,4	40	22	31	57	4	4,2	72	75
Islas Turcas y Caicos	0	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	0,1	-0,3	19	14	20	60	22	2	79	83
Israel	8,9	1,5	28	17	24	60	13	2,9	82	85
Italia	60,3	-0,2	13	10	14	64	24	1,3	82	86
Jamaica	3	0,4	23	15	24	68	10	1,9	73	77
Japón	125,6	-0,4	12	9	14	59	29	1,4	82	88
Jordania	10,3	0,3	31	21	31	64	4	2,6	73	77
Kazajstán	19,2	1	29	16	21	63	8	2,6	70	78
Kenya	56,2	2,2	37	24	33	60	3	3,3	65	70
Kirguistán	6,7	1,4	33	18	25	62	5	2,8	68	76
Kiribati	0,1	1,6	36	20	29	60	5	3,4	65	73
Kuwait	4,4	1,1	21	14	19	76	4	2	75	77
Lesotho	2,2	0,8	32	20	29	63	5	3	52	59
Letonia	1,8	-1	17	10	14	62	21	1,7	71	80
Líbano	6,7	-1,3	24	16	24	68	8	2	77	81
Liberia	5,3	2,4	40	23	32	57	3	4,1	64	66
Libia	7	1,1	27	18	25	68	5	2,1	71	76
Lituania	2,7	-1	16	9	14	63	22	1,7	71	82
Luxemburgo	0,6	1,1	16	11	17	69	15	1,4	81	85
Macedonia del Norte	2,1	-0,1	16	11	17	69	15	1,5	74	78
Madagascar	29,2	2,6	40	23	32	57	3	3,9	66	70
Malasia ¹⁶	33,2	1,2	23	15	24	69	8	1,9	75	79
Malawi	20,2	2,7	42	25	34	55	3	3,9	62	69
Maldivas	0,5	-0,7	20	12	19	76	4	1,8	78	81
Mali	21,5	2,9	46	25	34	51	3	5,5	60	61
Malta	0,4	0,3	15	9	15	63	22	1,5	81	85
Marruecos	37,8	1,1	26	17	24	66	8	2,3	76	79
Martinica ¹⁴	0,4	-0,2	15	12	19	62	23	1,8	80	86
Mauricio ¹⁷	1,3	0,1	16	13	20	70	14	1,3	72	79
Mauritania	4,9	2,6	39	22	31	57	3	4,3	64	67
México	131,6	1	25	17	25	67	8	2	73	78

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	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 total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años, 2022	
	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	hombres	mujere
Micronesia (Estados Federados de)	0,1	1	31	20	29	64	5	2,9	67	70
Moldova (República de) ¹⁸	4	-0,3	16	11	16	71	14	1,3	68	76
Mongolia	3,4	1,4	31	16	23	64	5	2,8	66	75
Montenegro	0,6	0	18	12	19	66	17	1,7	75	80
Mozambique	33,1	2,8	44	24	34	54	3	4,6	59	65
Myanmar	55,2	0,8	25	18	26	69	7	2,1	65	71
Namibia	2,6	1,8	37	21	30	60	4	3,2	62	68
Nepal	30,2	1,7	27	20	30	67	6	1,8	70	73
Nicaragua	6,8	1,1	29	19	27	65	6	2,3	72	79
Níger	26,1	3,7	49	25	33	48	3	6,6	62	65
Nigeria	216,7	2,5	43	23	32	54	3	5,1	55	57
Noruega ¹⁹	5,5	0,8	17	12	18	65	18	1,7	81	85
Nueva Caledonia ¹⁴	0,3	0,9	21	15	23	68	10	1,9	76	81
Nueva Zelandia	4,9	0,8	19	13	19	64	17	1,8	81	84
Omán	5,3	1,7	23	12	18	74	3	2,6	77	81
Países Bajos ²¹	17,2	0,2	15	11	17	64	21	1,7	81	84
Pakistán	229,5	1,8	34	20	30	61	5	3,3	67	69
Estado de Palestina ²²	5,3	2,3	38	22	31	59	3	3,4	73	76
Panamá	4,4	1,4	26	17	25	65	9	2,4	76	82
Papua Nueva Guinea	9,3	1,9	35	21	31	62	4	3,4	64	67
Paraguay	7,3	1,2	28	18	27	65	7	2,3	73	77
Perú	33,7	0,9	25	15	23	66	9	2,2	75	80
Polinesia Francesa ¹⁴	0,3	0,6	22	15	23	69	10	1,9	76	80
Polonia	37,7	-0,2	15	10	15	65	20	1,5	75	83
Portugal	10,1	-0,3	13	10	15	64	24	1,3	80	85
Puerto Rico ¹⁵	2,8	0,3	14	14	20	64	22	1,2	77	84
Qatar	3	1,6	14	9	17	84	2	1,8	80	82
Reino Unido ²³	68,5	0,4	18	12	17	63	19	1,7	80	83
República Árabe Siria	19,4	5,5	31	18	26	65	5	2,7	72	79
República Centroafricana	5	2	43	26	36	55	3	4,4	52	57
República Democrática Popular Lao	7,5	1,3	31	20	29	64	5	2,5	67	71
República Dominicana	11,1	0,9	27	18	26	65	8	2,2	72	78
Reunión ¹⁴	0,9	0,7	22	15	23	65	14	2,2	78	84
Rwanda	13,6	2,4	39	22	31	58	3	3,8	68	72
Rumania	19	-0,5	15	11	16	65	20	1,6	73	80
Sáhara Occidental	0,6	2,2	27	16	25	69	4	2,3	69	73
Samoa	0,2	1,1	37	21	30	58	5	3,7	72	76
Saint Kitts y Nevis	0,1	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	0	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
San Martín ¹	0	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	0,1	0,2	21	15	24	68	10	1,8	71	76
Santa Lucía	0,2	0,4	18	13	21	72	11	1,4	75	78
Santo Tomé y Príncipe	0,2	1,9	41	25	34	56	3	4,1	68	73
Senegal	17,7	2,6	42	23	32	55	3	4,4	67	71
Serbia ²⁴	8,7	-0,5	15	11	17	65	20	1,4	74	79
Seychelles	0,1	0,5	24	15	21	68	9	2,4	70	78
Sierra Leona	8,3	2	40	23	33	57	3	3,9	55	57

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	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 total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años, 2022	
	2022	2020-2025	2022	2022	2022	2022	2022	2022	hombres	mujere
Singapur	5,9	0,8	12	8	14	72	15	1,2	82	86
Somalia	16,8	2,9	46	25	34	51	3	5,7	57	60
Sri Lanka	21,6	0,3	23	16	23	65	12	2,1	74	81
Sudáfrica	60,8	1,1	28	18	26	66	6	2,3	61	68
Sudán	46	2,4	39	23	32	57	4	4,2	64	68
Sudán del Sur	11,6	2,1	41	23	33	56	3	4,4	57	60
Suecia	10,2	0,6	18	11	17	62	21	1,8	82	85
Suiza	8,8	0,6	15	10	15	65	20	1,6	82	86
Suriname	0,6	0,8	26	17	25	66	7	2,3	69	75
Tailandia	70,1	0,2	16	12	18	70	14	1,5	74	81
Tanzanía (República Unida de) ²⁵	63,3	2,9	43	24	33	54	3	4,7	65	68
Tayikistán	10	2	37	19	27	59	4	3,4	69	74
Timor-Leste (República Democrática de)	1,4	1,9	36	22	32	59	4	3,7	68	72
Togo	8,7	2,3	40	23	32	57	3	4,1	61	63
Tonga	0,1	0,9	34	22	31	60	6	3,4	69	73
Trinidad y Tabago	1,4	0,2	20	14	20	68	12	1,7	71	77
Túnez	12	0,9	24	14	21	66	10	2,1	75	79
Turkmenistán	6,2	1,3	31	17	25	64	5	2,6	65	72
Turquía	85,6	0,6	23	16	24	67	10	2	75	81
Tuvalu	0	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania ⁵	43,2	-0,6	16	11	15	67	18	1,4	68	77
Uganda	48,4	2,7	45	25	35	53	2	4,5	62	67
Uruguay	3,5	0,3	20	14	21	64	16	1,9	75	82
Uzbekistán	34,4	1,2	29	17	24	66	5	2,3	70	74
Vanuatu	0,3	2,3	38	22	30	59	4	3,6	69	73
Venezuela (República Bolivariana de)	29,3	2	26	18	26	66	8	2,2	69	76
Viet Nam	99	0,8	23	14	21	68	9	2	72	80
Yemen	31,2	2,1	38	23	32	59	3	3,5	65	68
Zambia	19,5	2,8	43	25	34	55	2	4,4	62	68
Zimbabwe	15,3	1,6	41	25	34	56	3	3,3	60	64

NOTAS

- No existen datos disponibles.
- 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 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..
- 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 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.
- 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 Canarias, Ceuta y Melilla.
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ Incluye las Islas Åland.
- ¹² 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.
- ¹³ Incluye Abjasia y Osetia del Sur.
- ¹⁴ A efectos estadísticos, los datos de Francia no incluyen esta zona.
- ¹⁵ A efectos estadísticos, los datos de los Estados Unidos de América no incluyen esta zona
- ¹⁶ Incluye Sabah y Sarawak.
- ¹⁷ Incluye Agalega, Rodrigues y San Brandon.
- ¹⁸ Incluye Transnistria.
- ¹⁹ Incluye las Islas Svalbard y Jan Mayen.
- ²⁰ A efectos estadísticos, los datos correspondientes a Nueva Zelanda no incluyen las Islas Cook, Niue ni Tokelau.
- ²¹ A efectos estadísticos, los datos correspondientes a los Países Bajos no incluyen Aruba, Bonaire, San Eustaquio y Saba, Curaçao ni San Martín (parte holandesa).
- ²² Incluye Jerusalén Oriental.
- ²³ 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.
- ²⁴ Incluye Kosovo.
- ²⁵ Incluye Zanzibar.
- ²⁶ Abarca el territorio nacional en el momento del censo de 2001.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

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

Tasa media de crecimiento anual de la población: Tasa media de crecimiento exponencial de la población en un período dado, basada en las proyecciones según la variante media.

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 años en adelante.

Tasa total de fecundidad: Número de nacimientos por mujer en caso de que viva hasta el final de su edad reproductiva 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: División de Población de las Naciones Unidas, 2019.

Tasa media de crecimiento anual de la población: División de Población de las Naciones Unidas, 2019.

Población de 0 a 14 años, en porcentaje: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2019.

Población de 10 a 19 años, en porcentaje: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2019.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2019.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2019.

Población de 65 años en adelante, en porcentaje: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2019.

Tasa total de fecundidad: División de Población de las Naciones Unidas, 2019.

Esperanza de vida al nacer: División de Población de las Naciones Unidas, 2019.

Notas técnicas

La edición de 2022 del *Estado de la Población Mundial* incluye indicadores que reflejan el avance hacia los objetivos del Marco de Medidas para el Seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en las esferas de la salud materna, el acceso a la educación y la salud sexual y reproductiva. Además, en los cuadros figuran diversos indicadores demográficos. Los cuadros estadísticos respaldan el trabajo del UNFPA centrado en el avance y la obtención de resultados para conseguir un mundo donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo.

Distintas autoridades nacionales y organizaciones internacionales pueden emplear diferentes metodologías para recopilar, extrapolar y analizar los datos. A fin de facilitar la comparación internacional de los datos, el UNFPA utiliza las metodologías estándar empleadas por las principales fuentes de datos. Por consiguiente, en algunos casos, los datos que figuran en estos cuadros tal vez difieran de los generados por determinadas autoridades nacionales. Los datos que se recogen en los cuadros no son comparables con los de informes anteriores del *Estado de la Población Mundial* debido a las actualizaciones de las clasificaciones regionales, las actualizaciones metodológicas y las revisiones de los datos de las series temporales.

Los cuadros estadísticos se basan en encuestas de hogares representativas en el ámbito nacional, como las encuestas demográficas y de salud (EDS) y las encuestas a base de indicadores múltiples (MICS, por sus siglas en inglés), estimaciones de organizaciones de las Naciones Unidas y estimaciones interinstitucionales. También incluyen las estimaciones de población más recientes y proyecciones de *World Population Prospects: The 2019 revision* y "Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2021" (División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). Los datos van acompañados de definiciones, fuentes y notas. Los cuadros estadísticos que se recogen en el *Estado de la Población Mundial* 2022 por lo general recogen la información disponible hasta febrero de 2022.

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

Salud sexual y reproductiva

Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos y rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior y superior. Fuente: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas), 2019. Este indicador presenta la cifra de muertes maternas durante un período concreto por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo. Los cálculos han sido elaborados por el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna a partir de datos extraídos de sistemas de registro civil, encuestas de hogares y censos de población. El Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Materna y otros organismos e instituciones académicas revisan las estimaciones y las metodologías, siempre que sea necesario, como parte del proceso continuo de mejora de los datos sobre mortalidad materna. Las estimaciones no deben compararse con otras estimaciones interinstitucionales previas (indicador 3.1.1 de los ODS).

Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje. Fuente: Base de datos mundial conjunta sobre asistencia cualificada durante el parto, 2021, UNICEF y OMS. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la base de datos mundial conjunta. Los datos de partos atendidos por profesionales sanitarios (personal médico, de enfermería o de partería) indican el porcentaje de partos con atención de personal capacitado para proporcionar atención obstétrica que salva vidas, incluida la necesaria supervisión, atención e instrucción a las mujeres durante el embarazo, el parto y el período posparto; para atender el parto sin ayuda y por sí mismos; y para cuidar a los recién nacidos (indicador 3.1.2 de los ODS). 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, 2021. 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, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje, cualquier método. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2021. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo. 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 reproductiva y de mujeres casadas (así como las mujeres que viven en unión libre) que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo.

Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje, métodos modernos. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2021. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo moderno. 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 reproductiva y de mujeres casadas (así como las mujeres que viven en unión libre) que actualmente utilizan cualquier tipo de método 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, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2021. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que desean impedir o retrasar la maternidad pero no emplean un método anticonceptivo. 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 la demanda de planificación familiar satisfecho con métodos modernos, todas las mujeres de 15 a 49 años. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2021. 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). Esta cifra se calcula dividiendo el uso de anticonceptivos modernos 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 y mayores 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, 2021. 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 de los ODS 3.8.1).

Género, derechos y capital humano

Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2021. Número de partos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años (indicador 3.7.2 de los ODS). 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 nacimientos, la forma en que se inscriban los niños y niñas nacidos vivos pero que mueren antes del registro 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.

Embarazos no intencionales por cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años Fuente: Bearak *et al.*, 2022. Cuando este informe estaba en imprenta, estaba prevista la publicación de estas estimaciones y metodología en el centro de datos del Instituto Alan Guttmacher, concretamente en la dirección: <https://data.guttmacher.org/countries>.

Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje. Fuente: UNICEF, 2021. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de UNICEF. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio o empezaron a vivir en unión libre antes de cumplir 18 años (indicador 5.3.1 de los ODS).

Prevalencia de la mutilación genital femenina en mujeres y niñas de 15 a

49 años, en porcentaje.

Fuente: UNICEF, 2021. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de UNICEF. Porcentaje de mujeres y niñas 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, 2022. 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 salud, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales con la pareja (indicador 5.6.1 de los ODS).

Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, en porcentaje.

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2022. Número total de estudiantes del grupo de edad oficial para concurrir a la enseñanza primaria matriculados en cualquier nivel de enseñanza, expresado como porcentaje de la población correspondiente.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria.

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2022. Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria.

Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje.

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2022. 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, 2022. 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, 2022. 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, 2022. 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: División de Población de las Naciones Unidas, 2019. Magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Crecimiento de la población

Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2019. Tasa media de crecimiento exponencial de la población en un período dado, basada en las proyecciones según la variante media.

Composición de la población

Población de 0 a 14 años, en porcentaje.

Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2019. 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, 2019. 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, 2019. 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, 2019. 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, 2019. Proporción de la población de 65 años en adelante.

Fecundidad

Tasa total de fecundidad, por mujer.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2019. 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 prevalentes para cada grupo de edad.

Esperanza de vida

Esperanza de vida al nacer, en años.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 2019. Número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalentes en una muestra representativa de la población.

Clasificación por regiones

Los totales regionales del UNFPA que se presentan al final de los cuadros estadísticos se han calculado a partir de los datos procedentes de los países y las zonas con arreglo a la siguiente clasificación.

Región de 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 de Timor-Leste, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Samoa, Sri Lanka, Tailandia, 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, Turkmenistán, Turquía, Ucrania y Uzbekistán.

Región de África Oriental y Meridional

Angola, Botswana, Burundi, Comoras, Congo (República Democrática del), Eritrea, Eswatini, Etiopía, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, Rwanda, Sudáfrica, Sudán del Sur, Tanzania (República Unida de), Uganda, Zambia y Zimbabue.

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 Occidental y Central

Benin; Burkina Faso; Camerún (República del); Cabo Verde; Chad; Congo (República del); Côte d'Ivoire; Guinea Ecuatorial; Gabón; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Malí; Mauritania; Níger; Nigeria; República Centroafricana; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Togo.

La expresión **regiones más desarrolladas** —que engloba las regiones de la DPNU 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 DPNU 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). De estos, 33 corresponden a África, 8 a Asia, 4 a Oceanía y 1 a 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 Popular Lao, República Democrática de Timor-Leste, 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.

Nota sobre las correlaciones entre las tasas de ingreso nacional bruto, resultados educativos y embarazo no intencional (página 22)

Correlaciones en el período 2015-2019

		Índice de desarrollo humano en 2019	Media de años de educación (ambos sexos) en 2019	Ingreso nacional bruto per cápita en 2019	Índice de desigualdad de género en 2019
Embarazo no intencional	Mundial	***	***	***	***
	Países de ingreso mediano bajo	***	***	***	***
	Países de ingreso alto	***	*	***	***
	África Subsahariana	**	**		
Porcentaje de embarazos no intencionales que terminan en aborto	Mundial				
	Países de ingreso mediano bajo	*	*	*	***
	Países de ingreso alto	*	**		

***: valor $p < 0,001$
 **: $0,001 \leq \text{valor } p < 0,01$
 *: $0,01 \leq \text{valor } p < 0,05$

Rojo: correlación negativa
 Verde: correlación positiva
 Blanco: ninguna correlación significativa

1. Observaciones de carácter general: A escala mundial, los niveles más altos de desarrollo social y económico medidos por el índice de desarrollo humano, el ingreso nacional bruto y los resultados educativos guardaron una estrecha relación con una menor incidencia de los embarazos no intencionales. Una de las explicaciones es que los países con mayores índices de desarrollo probablemente sean aquellos en los que los servicios de anticoncepción resultan más accesibles y en los que las mujeres se encuentran con menos obstáculos culturales para gestionar sus preferencias en materia de fecundidad. En África Subsahariana se observó un patrón notoriamente diferente. En esta región, el desarrollo social y económico se asoció con tasas más elevadas de embarazo no intencional. De esto se desprende que el acceso a medios de control de la fecundidad, como los servicios de anticoncepción, y el uso de ellos no han ido a la par del desarrollo social y económico que podría haber propiciado que las mujeres y las parejas quisieran tener menos hijos en estos países.

2. Resultados del embarazo: Si bien tanto en los países de ingreso bajo y mediano fuera de África Subsahariana como en los países de ingreso alto se observó una relación entre un mayor desarrollo socioeconómico y tasas inferiores de embarazo no intencional, los resultados del embarazo tendían a diferir. En los países de ingreso alto, los índices más altos de desarrollo se asociaban a una probabilidad más baja de interrupción de embarazos, mientras que se constató que a menor índice de desarrollo, mayor la probabilidad de que los embarazos terminen en aborto. Este hallazgo podría haberse debido al antiguo bloque de países soviéticos, que arroja un índice inferior en indicadores de desarrollo y donde las tasas de aborto suelen ser más elevadas que en otros países de ingreso alto. Sin embargo, la correlación negativa persistió después de eliminar el antiguo bloque de países soviéticos del análisis. Otra teoría para explicar esta situación consiste en que, en los países con mayores cotas de desarrollo, las mujeres con una mayor convicción respecto a no querer tener hijos están en mejores condiciones de evitar el embarazo por medio de, entre otras opciones, el uso de anticonceptivos. Asimismo, es posible que las redes de protección social y seguridad económica propicien que las mujeres de países más desarrollados lleven a término los embarazos no intencionales.

En los países de ingreso bajo y mediano, los niveles más altos de desarrollo social y económico se asociaron con una mayor proporción de interrupciones de embarazos no intencionales (incluso después de examinar las diferencias en la situación jurídica del aborto). Este dato parece respaldar la hipótesis de que, conforme se incrementan los costos de oportunidad asociados a la maternidad, las mujeres con un embarazo no intencional tienen un acicate mayor para no convertirse en madres. También se observó el mismo patrón en las tendencias de estos países durante el período de 30 años comprendido entre 1990 y 2019: la mejoría de los índices de desarrollo nacionales estaba vinculada a un aumento de la proporción de embarazos no intencionales que se interrumpían.

3. INB y educación por sexo: El ingreso nacional bruto (INB) per cápita y los resultados educativos de la población femenina no guardaban una relación más estrecha con la incidencia de los embarazos no intencionales ni con la proporción de embarazos interrumpidos que los mismos índices en el caso de la población masculina.

4. IDG y tasa de natalidad adolescente: Cabe señalar que el IDG incluye la tasa de natalidad adolescente como componente de su puntaje y, puesto que muchos embarazos adolescentes son no intencionales, este podría provocar una sobreestimación del valor de la correlación entre el IDG y el embarazo no intencional. No obstante, también es cierto que probablemente muchos partos de madres adolescentes no se clasifiquen como embarazos no intencionales, ya que muchos de ellos tienen lugar en el contexto de un matrimonio o una unión libre por los que el embarazo suele ser una expectativa social, sobre todo en entornos con índices altos de desigualdad de género.

5. IDG y resultados del embarazo: En países de ingreso bajo y mediano, los puntajes inferiores en igualdad de género se asociaron con proporciones más bajas de embarazos no intencionales que terminan en aborto. Dicha correlación se mantuvo pese a las grandes disparidades en materia de leyes sobre el aborto que existen en esos países. En los países de ingreso alto, por el contrario, se observó una ligera relación no significativa entre mejores puntajes de igualdad de género y una proporción más baja de abortos en embarazos no intencionales. (Prácticamente todos los países de ingreso alto permiten el aborto por muchos motivos, por lo que la situación jurídica del aborto no es una explicación plausible de este hallazgo).

Nota sobre las correlaciones entre la mortalidad materna y el embarazo no intencional (página 26)

- Las tasas más elevadas de mortalidad materna están correlacionadas con tasas más elevadas de embarazo no intencional en todas las regiones, independientemente del nivel de ingreso, con la excepción de África Subsahariana.
- En África Subsahariana, los países con razones inferiores de mortalidad materna solían arrojar tasas más elevadas de embarazo no intencional. Una hipótesis que podría explicar esta situación es que, en estos países, el aumento del desarrollo puede provocar una disminución en la tasa de mortalidad materna y un aumento de los costos de oportunidad del embarazo no intencional, pero sin que esto venga acompañado de una mayor capacidad de evitar el embarazo.

Nota sobre las tendencias del aborto (página 21)

	Tasa por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva			Porcentaje de TODOS los embarazos que terminan en aborto	Porcentaje de los embarazos NO INTENCIONALES que terminan en aborto
	embarazo	embarazo no intencional	aborto		
1990-94	162	79	40	24.7	50.6
2014-19	133	64	39	29.3	60.9

Fuente: Bearak *et al.*, 2020.

Nota sobre el embarazo en la adolescencia y la capacidad de decisión (página 30)

La maternidad y el matrimonio se han convertido en opciones menos habituales entre los adolescentes. Las tasas de natalidad entre adolescentes han descendido a escala mundial entre el año 2000 y 2020, de 56 a 41 partos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años (DAES, 2019). A pesar de este considerable descenso, la tasa de natalidad entre adolescentes de África Subsahariana es de 100 partos por 1.000 mujeres adolescentes, más del doble de la tasa mundial. Asimismo, en América Latina y el Caribe todavía se observan niveles relativamente altos de fecundidad entre las adolescentes (61 partos por 1.000 mujeres de 15 a 19 años), si bien la región ha experimentado un descenso sustancial en el nivel total de fecundidad. Durante los decenios más recientes, el descenso de la fecundidad entre las adolescentes ha coincidido con disminuciones en la proporción de las adolescentes de 15 a 19 años que están casadas o en una unión libre (a escala mundial, del 16% al 12% entre el año 2000 y 2020); los cambios más rápidos han tenido lugar en Asia Central y Meridional y África Subsahariana.

El análisis de la secuencia de los primeros partos antes de cumplir 18 años y en un matrimonio revela una diversidad considerable entre las regiones y los países, la cual requiere análisis más detallados del contexto específico de cada país para comprender mejor la influencia que ejercen las intenciones y las circunstancias en las transiciones que tienen lugar en las primeras etapas de la vida en relación con la escolarización, la iniciación sexual, el uso de anticonceptivos, el matrimonio y la maternidad.

Hallazgos de DAES (2013) y datos de investigación sin publicar del mismo, a partir de análisis adicionales de datos de encuestas demográficas y de salud:

- Las tendencias muestran un aumento en el promedio de las proporciones de mujeres adolescentes de África Subsahariana que nunca han tenido relaciones sexuales, una disminución de las tendencias en América Latina y el Caribe, y niveles altos y estables en Asia.
- Sin embargo, el contexto de la iniciación sexual está cambiando: en muchos países, esta ahora tiene lugar antes del matrimonio en lugar de dentro del matrimonio.
- Las mujeres solteras con una vida sexual activa suelen tener problemas socioeconómicos y de salud reproductiva diferentes a los de las mujeres casadas, en especial en lugares donde la maternidad fuera del matrimonio es causa de estigma social. Muchas mujeres jóvenes de estos entornos que se quedan embarazadas se casan antes de lo que lo habrían hecho si no se hubieran quedado embarazadas.
- El uso de anticonceptivos entre adolescentes fue menor al 30% en la mayoría de países; e incluso menor (menos del 10%) entre quienes tenían de 15 a 17 años. Los aumentos en el uso de anticonceptivos se asociaron con descensos en la tasa de natalidad entre mujeres adolescentes de 18 a 19 años en todas las regiones (DAES, 2022).
- Las mujeres adolescentes casadas suelen tener, de manera sistemática, unos niveles de educación, vida y adquisitivos más bajos, así como una menor movilidad y exposición a los medios de comunicación modernos que las adolescentes y las mujeres adultas no casadas. Asimismo, tienden a estar aisladas y no contar con los conocimientos y las aptitudes para negociar situaciones perjudiciales para su salud y bienestar. También suelen enfrentarse a la presión de demostrar su fecundidad. Por lo general, sus maridos son mucho más mayores que los maridos de mujeres casadas de mayor edad (Haberland *et al.*, 2004; DAES, 2022). La actividad sexual temprana con una pareja más mayor se ha vinculado con relaciones que tienen carencias desde el punto de vista del género, así como con resultados deficientes en materia de salud reproductiva (Ryan *et al.*, 2008).

Nota sobre el gráfico de primeros nacimientos a la edad de 18 años (página 33)

Los datos subyacentes utilizados para confeccionar el gráfico incluyen la encuesta demográfica y de salud más reciente de todos los países que, como mínimo, disponían de una encuesta demográfica y de salud realizada desde 2010 (inclusive).

El grupo de población del denominador se definió como: 1) mujeres de 18 a 24 años (inclusive) en el momento de la encuesta, 2) que tenían una edad registrada de menos de 18 años en el momento del primer nacimiento, 3) y de las cuales se disponía de la fecha de su primer parto. En consecuencia, el denominador refleja el número total de primeros nacimientos que han tenido lugar antes de cumplir 18 años correspondiente a mujeres de 18 a 24 años en el momento de la encuesta. Cuatro encuestas arrojaron menos de 50 nacimientos antes de cumplir 18 años y, por consiguiente, fueron excluidas.

Los nacimientos se clasificaron en una de las tres categorías mutuamente excluyentes:

- Primer nacimiento fuera del matrimonio:* Fecha del primer nacimiento antes de la fecha de matrimonio O BIEN en una mujer que nunca ha estado casada.
- Primer nacimiento durante los 7 primeros meses de matrimonio:* Fecha del primer nacimiento en la fecha de matrimonio o después del matrimonio Y antes de la fecha de matrimonio más 7 meses.
- Primer nacimiento tras 7 meses y antes de cumplir 18 años:* Fecha del primer nacimiento después de la fecha de matrimonio más 7 meses.

Todas las estimaciones se calcularon utilizando las ponderaciones de muestras proporcionadas. En total, se incluyeron 54 países en el gráfico final. Entre todos sumaban 61.490 primeros nacimientos antes de cumplir 18 años.

Limitaciones de los datos: Un país tenía menos de 100 nacimientos antes de cumplir 18 años. Además, hubo cinco países que únicamente realizaron la muestra en mujeres no solteras, lo cual puede provocar una subestimación de la proporción de nacimientos que tienen lugar fuera del matrimonio.

Referencias

- Acharya, Dev R. and others, 2010. "Women's Autonomy in Household Decision-Making: A Demographic Study in Nepal." *Reproductive Health* 7: 15.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2020. "Comprehensive Sexuality Education." Committee Opinion Number 678. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/11/comprehensive-sexuality-education, accessed 1 December 2021.
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), 2017. "Access to Contraception." Committee Opinion Number 615. Website: acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2015/01/access-to-contraception, accessed 1 December 2021.
- Ahrens, Katherine A and others, 2018. "Unintended Pregnancy and Interpregnancy Interval by Maternal Age." *Contraception* 98: 52-55.
- Aiken, Abigail and others, 2016. "Comparison of a Timing-Based Measure of Unintended Pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 48(3): 139-146.
- Aiken, Abigail and others, 2015. "A Blessing I Can't Afford: Factors Underlying the Paradox of Happiness about Unintended Pregnancy." *Social Science and Medicine* 132: 149-155.
- Akoth, Catherine and others, 2021. "Prevalence and Factors Associated with Covert Contraceptive Use in Kenya: A Cross-Sectional Study." *BMC Public Health* 21: 1316.
- Ali, Mohamed M. and others, 2012. "Causes and Consequences of Contraceptive Discontinuation: Evidence From 60 Demographic and Health Surveys." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/handle/10665/75429, accessed 26 November 2021.
- Alio, Amina P. and others, 2009. "Intimate Partner Violence and Contraception Use among Women in Sub-Saharan Africa." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 107(1): 35-38.
- Allotey, Pascale and others, 2021. "Trends in Abortion Policies in Low- and Middle-Income Countries." *Annual Review of Public Health* 42: 505-518.
- Alvarez, R.O., 1993. "'We Will Not Rest.' Filipino Women Want a Fertility Management Program that Respects Women's Dignity, Women's Bodies and Women's Choices." *Integration* 35: 22-23.
- Ameyaw, Edward Kwabena and others, 2019. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys." *PLOS ONE* 14(8): e0220970.
- Amo-Adjei, Joshua and Derek Anamaale Tuoyire, 2016. "Effects of Planned, Mistimed and Unwanted Pregnancies on the Use of Prenatal Health Services in Sub-Saharan Africa: A Multicountry Analysis of Demographic and Health Survey Data." *Tropical Medicine & International Health* 21(12): 1552-1561.
- Ampt, Frances H. and others, 2018. "Incidence of Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BMJ Open* 8(9): e021779.
- Ashburn-Nardo, Leslie, 2017. "Parenthood as a Moral Imperative? Moral Outrage and the Stigmatization of Voluntarily Childfree Women and Men." *Sex Roles* 76: 393-401.
- Atake, Esso-Hanam and Pitaloumani Gnakou Ali, 2019. "Women's Empowerment and Fertility Preferences in High Fertility Countries in Sub-Saharan Africa." *BMC Women's Health* 19: 54.
- Austin, Judy and others, 2008. "Reproductive Health: A Right for Refugees and Internally Displaced Persons." *Reproductive Health Matters* 16(31): 10-21.
- Baiden, Frank and others, 2016. "Covert Contraceptive Use Among Women Attending a Reproductive Health Clinic in a Municipality in Ghana." *BMC Women's Health* 16: 31.
- Bain, Luchuo Engelbert and others, 2020. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review." *African Journal of Reproductive Health* 24(2): 187-205.
- Bakour, Shagaf H. and others, 2017. "Contraceptive Methods and Issues Around the Menopause: An Evidence Update." *The Obstetrician and Gynaecologist* 19(4): 289-297.
- Baldwin, Maureen K. and Jeffrey T. Jensen, 2013. "Contraception During the Perimenopause." *Maturitas* 76(3): 235-242.

- Bansode, Oshin M. and others, 2021. "Contraception." In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, Florida: StatPearls Publishing. Website: ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536949/#_NBK536949_pubdet_, accessed 15 November 2021.
- Bauserman, Melissa and others, 2020. "Maternal Mortality in Six Low and Lower-Middle Income Countries from 2010 to 2018: Risk Factors and Trends." *Reproductive Health* 17(Suppl 3): 173.
- BBC (British Broadcasting Corporation), 2017. "Contraception Fails in Quarter of Abortions, Say Experts." BBC News, 7 July 2017. Website: bbc.co.uk/news/health-40520235, accessed 17 November 2021.
- Barak, Jonathan and others, 2022. "Country-Specific Estimates of Unintended Pregnancy and Abortion Incidence: A Global Comparative Analysis of Levels in 2015–2019." *BMJ Global Health*, in press.
- Barak, 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." *Lancet Global Health* 8(9): e1152–e1161.
- Behre, Hermann M., and others, 2016. "Efficacy and Safety of an Injectable Combination Hormonal Contraceptive for Men." *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 101(12): 4779–4788.
- Bellizzi, Saverio and others, 2020. "Reasons for Discontinuation of Contraception Among Women with a Current Unintended Pregnancy in 36 Low and Middle-Income Countries." *Contraception* 101(1): 26–33.
- Bietsch, Kristin and Priya Emmart, 2022. *Couple Concordance Index: Construction of the Couple Concordance Index and its Relationship with Contraceptive Use*. Washington, DC: USAID MOMENTUM.
- Biggs, M. Antonia and others, 2017. "Women's Mental Health and Well-Being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion. A Prospective, Longitudinal Cohort Study." *JAMA Psychiatry* 74(2): 169–178.
- Bitto, A. and others, 1997. "Adverse Outcomes of Planned and Unplanned Pregnancies among Users of Natural Family Planning: A Prospective Study." *American Journal of Public Health* 87(3): 338–343.
- Boyce, Sabrina C. and others, 2020. "Women's and Girls' Experiences of Reproductive Coercion and Opportunities for Intervention in Family Planning Clinics in Nairobi, Kenya: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 17(1): 1–12.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2019. "Global Contraceptive Failure Rates: Who is Most at Risk?" *Studies in Family Planning* 50(1): 3–24.
- Bradley, Sarah E. K. and others, 2009. *Levels, Trends, and Reasons for Contraceptive Discontinuation*. DHS Analytical Studies No. 20. Calverton: ICF Macro.
- Brito, Cynthia Nunes de Oliveira and others, 2015. "Postpartum Depression among Women with Unintended Pregnancy." *Revista de Saúde Pública* 49: 33.
- Brodsky, Alexandra, 2017. "Rape-Adjacent: Imagining Legal Responses to Nonconsensual Condom Removal." *Columbia Journal of Gender and Law* 32: 183–210.
- Calliope, n.d. The Contraceptive Pipeline Database. Website: pipeline.ctiexchange.org, accessed 31 January 2022.
- Campbell, Oona M. and Wendy J. Graham, 2006. "Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting On with What Works." *Lancet* 368(9543): 1284–1299.
- Canada: Immigration and Refugee Board of Canada, 2013. "Tanzania: Consequences for a Woman who gets Pregnant out of Wedlock, Including the Possibility of Arrest and Criminal or Civil Proceedings; Whether the same Consequences Apply if the Woman Marries Before the Birth of the Child (2012–July 2013)." TZA104531.E. Website: refworld.org/docid/53e481264.html, accessed 18 December 2021.
- Carter, Marion and Ilene S. Speizer, 2005. "Pregnancy Intentions Among Salvadoran Fathers: Results from the 2003 National Male Reproductive Health Survey." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 31(4): 179–182.
- Castle, Sarah and Ian Askew, 2015. *Contraceptive Discontinuation: Reasons, Challenges, and Solutions*. New York: Population Council and FP2020.
- Castle, Sarah and others, 1999. "A Qualitative Study of Clandestine Contraceptive Use in Urban Mali." *Studies in Family Planning* 30(3): 231–248.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 2015. "The 6|18 Initiative. Evidence Summary, Prevent Unintended Pregnancy." Website: cdc.gov/sixteen/docs/6-18-evidence-summary-pregnancy.pdf, accessed 1 December 2021.
- Chae, Sophia and others, 2017. "Characteristics of Women Obtaining Induced Abortions in Selected Low- and Middle-Income Countries." *PLOS ONE* 12(3): e0172976.
- Chant, Sylvia, 2013. "Cities Through a 'Gender Lens': A Golden 'Urban Age' for Women in the Global South?" *Environment and Urbanization* 25(1): 9–29.

- Chebets, Joy J. and others, 2015. "Every Method Seems to have its Problems' – Perspectives on Side Effects of Hormonal Contraceptives in Morogoro Region, Tanzania." *BMC Womens Health* 15: 97.
- Chung, Hye Won and others, 2018. "Comprehensive Understanding of Risk and Protective Factors Related to Adolescent Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review." *Journal of Adolescence* 69: 180-188.
- Clements, K. C., 2018. "Can Men Get Pregnant?" *Healthline*, 20 December 2018. Website: [healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant](https://www.healthline.com/health/transgender/can-men-get-pregnant), accessed 18 November 2021.
- Coker, Ann L., 2007. "Does Physical Intimate Partner Violence Affect Sexual Health? A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 8(2): 149-177.
- Cook, Rebecca J. and Bernard M. Dickens, 2014. "Reducing Stigma in Reproductive Health." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 125(1): 89-92.
- Costantino, Antonietta and others, 2007. "Current Status and Future Perspectives in Male Contraception." *Minerva Ginecologica* 59(3): 299-310.
- Darteh, Eugene Kofuor Maafo and others, 2019. "Women's Reproductive Health Decision-Making: A Multi-Country Analysis of Demographic and Health Surveys in Sub-Saharan Africa." *PLOS ONE* 14(1): e0209985.
- Dehingia, Nabamallika and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Maternal Health Complications: Cross-Sectional Analysis of Data from Rural Uttar Pradesh, India." *BMC Pregnancy and Childbirth* 20(1): 188.
- Dietz, Patricia M. and others, 1999. "Unintended Pregnancy Among Adult Women Exposed to Abuse or Household Dysfunction During Their Childhood." *Journal of the American Medical Association* 282(14): 1359-1364.
- ECLAC (Economic Commission for Latin America and the Caribbean), 2020. Gender Equality Observatory for Latin America and the Caribbean. Website: oig.cepal.org/es/indicadores/matrimonio-infantil, accessed 1 March 2022.
- ENDES (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), 2020. "ENDES Realizadas." Perú Instituto Nacional de Estadística e Informática. Website: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes>, accessed 17 November 2021.
- Everett, Bethany G. and others, 2019. "Do Sexual Minorities Receive Appropriate Sexual and Reproductive Health Care and Counseling?" *Journal of Women's Health (Larchmont)* 28(1): 53-62.
- Everett, Bethany G. and others, 2017. "Sexual Orientation Disparities in Mistimed and Unwanted Pregnancy Among Adult Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 49(3): 157-165.
- Faini, Diana and others, 2020. "I Did Not Plan to Have a Baby. This is the Outcome of Our Work': A Qualitative Study Exploring Unintended Pregnancy Among Female Sex Workers." *BMC Women's Health* 20: 267.
- Fanslow, Janet and others, 2008. "Pregnancy Outcomes and Intimate Partner Violence in New Zealand." *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 48(4): 391-397.
- Festin, Mario Philip R. and others, 2016. "Moving Towards the Goals of FP2020 – Classifying Contraceptives." *Contraception* 94(4): 289-294.
- Fine, Johanna and others, 2017. "The Role of International Human Rights Norms in the Liberalization of Abortion Laws Globally." *Health and Human Rights* 19(1): 69-80.
- Finer, Lawrence B., 2010. "Unintended Pregnancy Among U. S. Adolescents: Accounting for Sexual Activity." *Journal of Adolescent Health* 47(3): 312-314.
- Finer, Lawrence B. and Mia R. Zolna, 2016. "Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011." *New England Journal of Medicine* 374(9): 843-852.
- Foster, Angel and others, 2017. "The 2018 Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings: Revising the Global Standards." *Reproductive Health Matters* 25(51): 18-24.
- Foster, Diana Greene, 2020. *The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having – or Being Denied – an Abortion*. New York: Scribner.
- Frederiksen, Line and others, 2018. "Risk of Adverse Pregnancy Outcomes at Advanced Maternal Age." *Obstetrics & Gynecology* 131(3): 457-463.
- Friedman and others, 2019. *Interest Among U.S. Men for New Male Contraceptive Options Consumer Research Study*. Male Contraceptive Initiative.
- Frost, Jennifer J. and Jacqueline E. Darroch, 2008. "Factors Associated With Contraceptive Choice and Inconsistent Method Use, United States, 2004." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(2): 94-104.
- FP2030, 2020. Sierra Leone Commitments. Website: fp2030.org/sierra-leone, accessed 31 January 2022.
- FP2030, 2020a. Philippines Commitments. Website: fp2030.org/philippines, accessed 31 January 2022.

- FSRH (The Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists). 2021. "FSRH statement: Home use of abortion medicines is safe, more accessible and preferred by women, new national study shows." Website: <https://www.fsrh.org/news/fsrh-statement-new-study-telemedicine-abortion-2021/>, accessed November 2021.
- Gambir, Katherine and others, 2020. "Effectiveness, Safety and Acceptability of Medical Abortion at Home Versus in the Clinic: A Systematic Review and Meta-Analysis in Response to COVID-19." *BMJ Global Health* 5: e003934.
- Ganatra, Bela and others, 2017. "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model." *Lancet* 390(10110): 2372-2381.
- Garraza, Lucas Godoy and others, 2020. "Out-Of-Pocket Spending for Contraceptives in Latin America." *Sexual and Reproductive Health Matters* 28(2): 1833429.
- Gerdt, Caitlin and others, 2016. "Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy." *Women's Health Issues* 26(1): 55-59.
- Gipson, Jessica D. and others, 2008. "The Effects of Unintended Pregnancy on Infant, Child, and Parental Health: A Review of the Literature." *Studies in Family Planning* 39(1): 18-38.
- Gold, Rachel Benson and Kinsey Hasstedt, 2017. "Publicly Funded Family Planning Under Unprecedented Attack." *American Journal of Public Health* 107(12): 1895-1897.
- Gottschall, Jonathan A. and Tiffani A. Gottschall, 2003. "Are Per-Incident Rape-Pregnancy Rates Higher than Per-Incident Consensual Pregnancy Rates?" *Human Nature* 14: 1-20.
- Grace, Karen Trister and Jocelyn C. Anderson, 2018. "Reproductive Coercion: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 19(4): 371-390.
- Grimes, David and others, 2006. "Unsafe Abortion: The Preventable Pandemic." *Lancet* 368(9550): 1908-1919.
- Haberland, Nicole and Deborah Rogow, 2015. "Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S15-S21.
- Haberland, Nicole and others, 2004. "Married adolescents: An overview," paper prepared for the WHO/UNFPA/Population Council Technical Consultation on Married Adolescents. New York: Population Council.
- Habib, Muhammad Ali and others, 2017. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancies Amongst Women Attending Antenatal Clinics in Pakistan." *BMC Pregnancy and Childbirth* 17(1): 156.
- Haddad, Lisa B. and others, 2021. "Addressing Contraceptive Needs Exacerbated by COVID-19: A Call for Increasing Choice and Access to Self-Managed Methods." *Contraception* 103: 377-379.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2017. "London Measure of Unplanned Pregnancy: Guidance for its Use as an Outcome Measure." *Patient Related Outcome Measures* 8: 43-56.
- Hall, Jennifer Anne and others, 2016. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy in Mchinji District, Malawi: Using a Conceptual Hierarchy to Inform Analysis." *PLOS One* 11(10): e0165621.
- Hamberger, L. Kevin and others, 2015. "Screening and Intervention for Intimate Partner Violence in Healthcare Settings: Creating Sustainable System-Level Programs." *Journal of Women's Health* 24(1): 86-91.
- Hannaford, Philip C. and others, 2010. "Mortality Among Contraceptive Pill Users: Cohort Evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study." *BMJ* 340: c927.
- Heaman, Maureen and others, 2013. "Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review." *Maternal and Child Health Journal* 17: 816-836.
- Heidari, Shirin and others, 2019. "Sexual and Reproductive Health and Rights in Humanitarian Crises at ICPD25+ and Beyond: Consolidating Gains to Ensure Access to Services for All." *Sexual and Reproductive Health Matters* 27(1): 1676513.
- Heinemann, Klaas and others, 2005. "Attitudes Toward Male Fertility Control: Results of a Multinational Survey on Four Continents." *Human Reproduction* 20(2): 549-556.
- Hindin, Michelle J. and others, 2014. "Misperceptions, Misinformation and Myths About Modern Contraceptive Use in Ghana." *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 40(1): 30-35.
- Hindin, Michelle J. and others, 2008. *Intimate Partner Violence Among Couples in 10 DHS Countries: Predictors and Health Outcomes.* DHS Analytical Studies 18. Washington DC: USAID. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/AS18/AS18.pdf, accessed 10 February 2022.
- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020. "Supply Chain Management: Investing in Contraceptive Security and Strengthening Health Systems." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/briefs/supply-chain-management/, accessed 26 November 2021.

- HIP (High Impact Practices in Family Planning), 2020a. "Family Planning Vouchers: A Tool to Boost Contraceptive Method Access and Choice." Washington, DC: HIPs Partnership. Website: fphighimpactpractices.org/wp-content/uploads/2019/06/family-planning-vouchers-en-june-2020.pdf, accessed 1 December 2021.
- Hodson, K. and others, 2016. "Lesbian and Bisexual Women's Likelihood of Becoming Pregnant: A Systematic Review and Meta-Analysis." *BJOG* 124(3): 393-402.
- Horii, Hoko, 2021. "Child Marriage as a 'Solution' to Modern Youth in Bali." *Progress in Development Studies* 20(4): 282-295.
- Horner-Johnson, Willi and others, 2020. "Pregnancy Intendedness by Maternal Disability Status and Type in the United States." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 31-38.
- Hromi-Fiedler, Amber and Rafael Pérez-Escamilla, 2006. "Unintended Pregnancies Are Associated with Less Likelihood of Prolonged Breast-feeding: An Analysis of 18 Demographic and Health Surveys." *Public Health Nutrition* 9(3): 306-312.
- Huda, Fauzia Achter and others, 2013. *Understanding Unintended Pregnancy in Bangladesh: Country Profile Report*. STEP UP Research Report. Dhaka: icddr.b.
- Human Rights Watch, 2018. "Africa: Pregnant Girls, Young Mothers Barred from School." Website: hrw.org/news/2018/06/14/africa-pregnant-girls-young-mothers-barred-school, accessed 18 November 2021.
- Human Rights Watch, 2018a. "Leave No Girl Behind in Africa. Discrimination in Education against Pregnant Girls and Adolescent Mothers." Website: hrw.org/report/2018/06/14/leave-no-girl-behind-africa/discrimination-education-against-pregnant-girls-and#, accessed 1 December 2021.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 1977. "Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and Relating to the Protection of Victims of International Armed Conflicts (Protocol I)." Website: refworld.org/docid/3ae6b37f40.html, accessed 26 November 2021.
- Ikamari, Lawrence and others, 2013. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in Nairobi, Kenya." *BMC Pregnancy and Childbirth* 13: 69.
- Ilankoon, I. M. P. S. and others, 2021. "Menopause is a Natural Stage of Aging: A Qualitative Study." *BMC Women's Health* 21: 47.
- ILO (International Labour Organization), 2017. *World Social Protection Report 2017-19: Universal Social Protection to Achieve the Sustainable Development Goals*. Website: ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf, accessed 1 December 2021.
- ILO (International Labour Organization), 2012. *Maternity Resource Protection Package: From Aspiration to Reality For All*. Website: itcilo.org/pages/en/introduction.html, accessed 1 December 2021.
- Im, Eun-Ok and others, 2010. "Black Women in Menopausal Transition." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 39(4): 435-443.
- IRC (International Rescue Committee), 2020. "IRC Data Shows an Increase in Reports of Gender-Based Violence Across Latin America." Website: reliefweb.int/report/el-salvador/irc-data-shows-increase-reports-gender-based-violence-across-latin-america, accessed 8 February 2022.
- Jackson, Ashley and Léonce Dossou, 2021. "The Appeal and Potential of On-Demand Contraceptive Options." Washington DC: PSI. Website: psi.org/2021/12/the-appeal-and-potential-of-on-demand-contraceptive-options, accessed 9 February 2022.
- Jacobstein, Roy, 2015. "The Kindest Cut: Global Need to Increase Vasectomy Availability." *Lancet Global Health* 3(12): e733-e734.
- Jain, Rakhi and Sumathi Muralidhar, 2011. "Contraceptive Methods: Needs, Options and Utilization." *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India* 61(6): 626-634.
- Jain, Aparna and others, 2021. "Not All Women Who Experience Side Effects Discontinue Their Contraceptive Method: Insights from a Longitudinal Study in India." *Studies in Family Planning* 52(2): 165-178.
- Johnson-Mallard, Versie and others, 2017. "Unintended Pregnancy: A Framework for Prevention and Options for Midlife Women in the US." *Women's Midlife Health* 3: 8.
- Kantorová, Vladmíra and others, 2021. "Contraceptive Use and Needs Among Adolescent Women Aged 15-19: Regional and Global Estimates and Projections from 1990 to 2030 from a Bayesian Hierarchical Modelling Study." *PLOS ONE* 16(3): e0247479.
- Kaufman, Julia and Rachel Silverman, 2021. "Bridging the Gap Between Health Financing and Family Planning: How to Effectively Advocate for Contraception in UHC." Washington DC: Center for Global Development. Website: cgdev.org/blog/bridging-gap-between-health-financing-and-family-planning-how-effectively-advocate, accessed 1 December 2021.
- Keogh, Sarah C. and others, 2021. "Hormonal Contraceptive Use in Ghana: The Role of Method Attributes and Side Effects in Method Choice and Continuation." *Contraception* 104(3): 235-245.

- Khan, Md Nuruzzaman and others, 2019. "Effects of Unintended Pregnancy on Maternal Healthcare Services Utilization in Low- and Lower-Middle-Income Countries: Systematic Review and Meta-Analysis." *International Journal of Public Health* 64(5): 743-754.
- Kholsa, Rajat and others, 2016. "International Human Rights and the Mistreatment of Women During Childbirth." *Health and Human Rights* 18(2): 131-143.
- Kibira, Simon P. S. and others, 2020. "Covert Use of Contraception in Three Sub-Saharan African Countries: A Qualitative Exploration of Motivations and Challenges." *BMC Public Health* 20: 865.
- Kimport, Katrina and others, 2017. "Patient-Provider Conversations About Sterilization: A Qualitative Analysis." *Contraception* 95(3): 227-233.
- Kingsbury, Ann M. and others, 2015. "Trajectories and Predictors of Women's Depression Following the Birth of an Infant to 21 Years: A Longitudinal Study." *Maternal and Child Health Journal* 19: 877-888.
- Korenman, Sanders and others, 2002. "Consequences for Infants of Parental Disagreement in Pregnancy Intention." *Perspectives in Sexual and Reproductive Health* 34(4): 198-205.
- Kost, Kathryn and others, 1998. "Predicting Maternal Behaviors During Pregnancy: Does Intention Status Matter?" *Family Planning Perspectives* 23(1): 79-88.
- Kupoluyi, Joseph Ayodeji, 2020. "Intimate Partner Violence as a Factor in Contraceptive Discontinuation among Sexually Active Married Women in Nigeria." *BMC Womens Health* 20(1): 128.
- Le, Hoa H. and others, 2014. "The Burden of Unintended Pregnancies in Brazil: A Social and Public Health System Cost Analysis." *International Journal of Women's Health* 6: 663-670.
- Le Guen, Mireille and others, 2021. "Reasons for Rejecting Hormonal Contraception in Western Countries: A Systematic Review." *Social Science and Medicine* 284: 114247.
- Luchsinger, Gretchen, 2021. *No Exceptions, No Exclusions: Realizing Sexual and Reproductive Health, Rights and Justice for All*. High-Level Commission on the Nairobi Summit on ICPD25 Follow-up. Website: nairobisummitcpd.org/publication/no-exceptions-no-exclusions, accessed 24 November 2021.
- Ludermir, Ana Bernarda and others, 2011. "Postnatal Depression in Women After Unsuccessful Attempted Abortion." *British Journal of Psychiatry* 198(3): 237-238.
- Lundgren, Rebecka and Avni Amin, 2015. "Addressing Intimate Partner Violence and Sexual Violence Among Adolescents: Emerging Evidence of Effectiveness." *Journal of Adolescent Health* 56(1 Suppl): S42-S50.
- Macleod, Catriona Ida, 2016. "Public Reproductive Health and 'Unintended' Pregnancies: Introducing the Construct 'Supportability'." *Journal of Public Health* 38(3): e384-e391.
- Mansur, Yusuf and others, n.d. *The Economic Underpinnings of Honor Crimes in Jordan*. Information and Research Center, King Hussein Foundation. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/JOR/INT_CRC_NGO_JOR_15745_E.pdf, accessed 18 December 2021.
- Marston, Cicely and John Cleland, 2003. "Do Unintended Pregnancies Carried to Term Lead to Adverse Outcomes for Mother and Child? An Assessment in Five Developing Countries." *Population Studies* 57(1): 77-93.
- Maxwell, Lauren and others, 2018. "Intimate Partner Violence and Pregnancy Spacing: Results from a Meta-Analysis of Individual Participant Time-to-Event Data from 29 Low- and Middle-Income Countries." *BMJ Global Health* 3: e000304.
- 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.
- Mbadu, Fidele Muanda and others, 2017. "Barriers to Modern Contraceptive Use in Rural Areas in DRC." *Culture, Health and Sexuality* 19(9): 1011-1023.
- McCarragher, Donna R. and others, 2006. "The Influence of Method-Related Partner Violence on Covert Pill Use and Pill Discontinuation Among Women Living in La Paz, El Alto and Santa Cruz, Bolivia." *Journal of Biosocial Science* 38(2): 169-186.
- Measure Evaluation, 2017. "The Importance of Gender in Family Planning and Reproductive Health Data." Website: measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205b/at_download/document, accessed 1 December 2021.
- Melian, María Mercedes, 2013. ["Reproductive Intentions and Factors Related to Unplanned Births, Paraguay, 1995-2008."] *Revista Panamericana de Salud Pública* 33(4): 244-251. [In Spanish]
- Miller, Elizabeth and Jay G. Silverman, 2010. "Reproductive Coercion and Partner Violence: Implications for Clinical Assessment of Unintended Pregnancy." *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 5: 511-515.
- Miller, Elizabeth and others, 2010. "Reproductive Coercion: Connecting the Dots Between Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(6): 457-459.

- Miller, Elizabeth and others, 2010a. "Pregnancy Coercion, Intimate Partner Violence and Unintended Pregnancy." *Contraception* 81(4): 316-322.
- Moges, Yohannes and others, 2020. "Factors Associated with the Unplanned Pregnancy at Suhul General Hospital, Northern Ethiopia, 2018." *Journal of Pregnancy* 2020: 2926097.
- Mohllajee, Anshu P. and others, 2007. "Pregnancy Intention and Its Relationship to Birth and Maternal Outcomes." *Obstetrics & Gynecology* 109(3): 678-686.
- Molitoris, Joseph and others, 2019. "When and Where Birth Spacing Matters for Child Survival: An International Comparison Using the DHS." *Demography* 56(4): 1349-1370.
- Moreau, Caroline and others, 2014. "Unplanned or Unwanted? A Randomized Study of National Estimates of Pregnancy Intentions." *Fertility and Sterility* 102(6): 1663-1670.
- Moreira, Laísa Rodrigues and others, 2019. "Reasons for Nonuse of Contraceptive Methods by Women with Demand for Contraception Not Satisfied: An Assessment of Low and Middle-Income Countries using Demographic and Health Surveys." *Reproductive Health* 16: 148.
- Moseson, Heidi and others, 2021. "Pregnancy Intentions and Outcomes Among Transgender, Nonbinary, and Gender-Expansive People Assigned Female or Intersex at Birth in the United States: Results From a National, Quantitative Survey." *International Journal of Transgender Health* 22(1-2): 30-41.
- Mukasa, Bakali and others, 2017. "Contraception Supply Chain Challenges: A Review of Evidence from Low- and Middle-Income Countries." *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 22(5): 384-390.
- 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.
- Mwaisaka, Jefferson and others, 2020. "Exploring Contraception Myths and Misconceptions Among Young Men and Women in Kwale County, Kenya." *BMC Public Health* 20: 1694.
- Napyo, Agnes and others, 2020. "Prevalence and Predictors for Unintended Pregnancy Among HIV-Infected Pregnant Women in Lira, Northern Uganda: A Cross-Sectional Study." *Scientific Reports* 10: 16319.
- Neal, Sarah and others, 2020. "Trends in Adolescent First Births in Sub-Saharan Africa: A Tale of Increasing Inequity?" *International Journal for Equity in Health* 19: 151.
- November, Lucy and Jane Sandall, 2018. "Just Because She's Young, It Doesn't Mean She Has to Die: Exploring the Contributing Factors to High Maternal Mortality in Adolescents in Eastern Freetown: A Qualitative Study." *Reproductive Health* 15(1): 31.
- Nuevo-Chiquero, Ana, 2014. "The Labor Force Effects of Unplanned Childbearing." *Labour Economics* 29: 91-101.
- Nyarko, Samuel H., 2019. "Unintended Pregnancy among Pregnant Women in Ghana: Prevalence and Predictors." *Journal of Pregnancy* 2019: 2920491.
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2018. "Your Health, Your Choice, Your Rights: International and Regional Obligations on Sexual and Reproductive Health and Rights." Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/OHCHRfactsheetYourHealth.pdf, accessed 1 December 2021.
- Oladeji, Olusola and others, 2021. "Sexual Violence-Related Pregnancy among Internally Displaced Women in an Internally Displaced Persons Camp in Northeast Nigeria." *Journal of Interpersonal Violence* 36(9-10): 4758-4770.
- Orr, Suezanne and others, 2000. "Unintended Pregnancy and Preterm Birth." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 14(4): 309-313.
- Paterno, Mary T. and others, 2021. "Exploring Reproductive Coercion in Relationship Contexts Among Young Adult, Primarily African American Women at Three Women's Health Clinics." *Journal of Interpersonal Violence* 36(3-4): NP2248-2271NP.
- Paul, Mandira and others, 2019. "Contraception and Youth: Being Responsive to their Sexual and Reproductive Health Needs and Rights." Issue Paper. New York: UNFPA and Guttmacher Institute.
- Petroni, Suzanne and others, 2017. "New Findings on Child Marriage in Sub-Saharan Africa." *Annals of Global Health* 83(5-6): 781-790.
- Pierotti, Rachael S., 2013. "Increasing Rejection of Intimate Partner Violence: Evidence of Global Cultural Diffusion." *American Sociological Review* 78(2): 240-265.
- Pile, John M. and Mark A. Barone, 2009. "Demographics of vasectomy - USA and international." *Urologic Clinics of North America* 36(3): 295-305.
- Polis, Chelsea B. and others, 2018. "There Might be Blood: A Scoping Review on Women's Responses to Contraceptive-Induced Menstrual Bleeding Changes." *Reproductive Health* 15: 114.

- Population Council, 2015. "Conceptualizing and Measuring Unintended Pregnancy and Birth: Moving the Field Forward". STEP UP Meeting Report. Accra: Population Council. Website: popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_ConceptualizingMeasuringUP.pdf, accessed 24 November 2021.
- Qiu, Xing and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Postpartum Depression: A Meta-Analysis of Cohort and Case-Control Studies." *Journal of Psychosomatic Research* 138: 110259.
- Qureshi, Zahida and others, 2021. "Understanding Abortion-Related Complications in Health Facilities: Results from WHO Multicountry Survey on Abortion (MCS-A) Across 11 Sub-Saharan African Countries." *BMJ Global Health* 6: e003702.
- Rahman, Mosfequr, 2015. "Is Unwanted Birth Associated with Child Malnutrition in Bangladesh?" *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 41(4): 80-88.
- Rahman, Mosfequr and others, 2019. "Maternal Pregnancy Intention and Its Association with Low Birthweight and Pregnancy Complications in Bangladesh: Findings from a Hospital-Based Study." *International Health* 11(6): 447-454.
- Raj, Anita and others, 2015. "Associations of Marital Violence with Different Forms of Contraception: Cross-Sectional Findings from South Asia." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 130(S3): E56-E61.
- Ralph, Lauren J. and others, 2020. "Comparing Prospective and Retrospective Reports of Pregnancy Intention in a Longitudinal Cohort of U.S. Women." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 52(1): 39-48.
- Raymond, Elizabeth G. and David A. Grimes, 2012. "The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 119(2 pt 1): 215-219.
- Riley, Taylor and others, 2020. "Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 46: 73-76.
- Romero, Mariana and others, 2021. "Abortion-Related Morbidity in Six Latin American and Caribbean Countries: Findings of the WHO/HRP Multi-Country Survey on Abortion (MCS-A)." *BMJ Global Health* 6: e005618.
- Rominski, Sarah D. and Rob Stephenson, 2019. "Toward a New Definition of Unmet Need for Contraception." *Studies in Family Planning* 50(2): 195-198.
- Rothman, Emily F. and others, 2011. "The Prevalence of Sexual Assault Against People Who Identify as Gay, Lesbian or Bisexual in the United States: A Systematic Review." *Trauma, Violence, & Abuse* 12(2): 55-66.
- Rothschild, Claire W. and others, 2021. "Incorporating Method Dissatisfaction into Unmet Need for Contraception: Implications for Measurement and Impact." *Studies in Family Planning* 52(1): 95-102.
- Rowlands, Sam and Susan Walker, 2019. "Reproductive Control by Others: Means, Perpetrators and Effects." *BMJ Sexual and Reproductive Health* 45: 61-67.
- Rutstein, Shea O., 2008. "Further Evidence of the Effects of Preceding Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Years Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Surveys." Demographic and Health Surveys Working Paper No. 41. Calverton, Maryland: Macro International. Website: dhsprogram.com/pubs/pdf/WP41/WP41.pdf, accessed 25 November 2021.
- Ryan, Suzanne and others, 2008. "Older Sexual Partners during Adolescence: Links to Reproductive Health Outcomes in Young Adulthood." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40(1): 17-26.
- Sarder, Alamgir and others, 2021. "Prevalence of Unintended Pregnancy and its Associated Factors: Evidence from Six South Asian Countries." *PLOS ONE* 16(2): e0245923.
- Say, Laie and others, 2014. "Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis." *Lancet Global Health* 2(6): e323-e333.
- Sedgh, Gilda and others, 2016. *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries, accessed 17 November 2021.
- Sedgh, Gilda and others, 2016a. "Abortion Incidence Between 1990 and 2014: Global, Regional, and Subregional Levels and Trends." *Lancet* 388(10041): 258-267.
- Seifu, Canaan Negash and others, 2020. "Association of Husbands' Education Status with Unintended Pregnancy in their Wives in Southern Ethiopia: A Cross-Sectional Study." *PLOS ONE* 15(7): e0235675.

- Senderowicz, Leigh, 2020. "Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator." *Studies in Family Planning* 51(2): 161-176.
- Shaka, Mohammad Fayesso and others, 2020. "Determinants of Undernutrition among Children under Five Years Old in Southern Ethiopia: Does Pregnancy Intention Matter? A Community-Based Unmatched Case-Control Study." *BMC Pediatrics* 20(1): 101.
- Shapiro-Mendoza, Carrie and others, 2005. "Parental Pregnancy Intention and Early Childhood Stunting: Findings from Bolivia." *International Journal of Epidemiology* 34(2): 387-396.
- Skovlund, Charlotte Wessel and others, 2016. "Hormonal Contraception With Depression." *JAMA Psychiatry* 73(11): 1154-1162.
- Shelton, James and Roy Jacobstein, 2016. "Vasectomy: A Long, Slow Haul to Successful Takeoff." *Global Health: Science and Practice* 4(4): 514-517.
- Silverman, Jay G. and Anita Raj, 2014. "Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control." *PLoS Medicine* 11(9): e1001723.
- Silverman, Jay and others, 2020. "Associations of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence with Overt and Covert Family Planning Use Among Married Adolescent Girls in Niger." *EClinicalMedicine* 22: 100359.
- Silverman, Jay G. and others, 2019. "Reproductive Coercion in Uttar Pradesh, India: Prevalence and Associations with Partner Violence and Reproductive Health." *SSM - Population Health* 9: 100484.
- Silverman, Jay G. and others, 2007. "Intimate Partner Violence and Unwanted Pregnancy, Miscarriage, Induced Abortion, and Still Births among a National Sample of Bangladeshi Women." *BJOG* 114(10): 1246-1252.
- Singh, Susheela and Isaac Maddow-Zimet, 2016. "Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting From Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, 2012: A Review of Evidence from 26 Countries." *BJOG* 123: 1489-1498.
- Skracic, Izidora and others, 2021. "Types of Lifetime Reproductive Coercion and Current Contraceptive Use." *Journal of Women's Health* 30(8): 1078-1085.
- Smith, Julia, 2020. "Improving Adolescent Access to Contraception in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence." *African Journal of Reproductive Health* 24(1): 152-164.
- Solo, Julie and Mario Festin, 2019. "Provider Bias in Family Planning Services: A Review of Its Meaning and Manifestations." *Global Health: Science and Practice* 7(3): 371-385.
- Sonfield, Adam and Kathryn Kost, 2015. *Public Costs from Unintended Pregnancies and the Role of Public Insurance Programs in Paying for Pregnancy-Related Care: National and State Estimates for 2010*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/public-costs-unintended-pregnancies-and-role-public-insurance-programs-paying-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- Sonfield, Adam and others, 2013. *The Social and Economic Benefits of Women's Ability to Determine Whether and When to have Children*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/social-economic-benefits.pdf, accessed 1 December 2021.
- Stamatakis, Caroline E. and others, 2020. "Sexual Violence Prevalence and Related Pregnancy Among Girls and Young Women: A Multicountry Analysis." *Journal of Interpersonal Violence* July 2020. 37: 3-4.
- Starrs, Ann M. and others, 2018. "Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission." *Lancet* 391: 2642-2692.
- Stats SL (Statistics Sierra Leone) and ICF, 2020. *Sierra Leone Demographic and Health Survey 2019*. Freetown, Sierra Leone, and Rockville, Maryland, USA: Stats SL and ICF.
- Steinberg, Julia R. and others, 2020. "Psychosocial Factors Associated with Postpartum Contraceptive Method Use after an Unintended Pregnancy." *Obstetrics & Gynecology* 135(4): 821-831.
- Sully, Elizabeth A. and others, 2020. *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. New York: Guttmacher Institute. Website: guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019, accessed 28 November 2021.
- Suttie, David, 2019. *Overview: Rural Poverty in Developing Countries: Issues, Policies and Challenges*. International Fund for Agricultural Development (IFAD). Website: un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2019/03/Rural-poverty-EGM_IFAD-overview.pdf, accessed 16 November 2021.
- Svoboda, Elizabeth, 2020. "Better Birth Control." *Nature* 588: S166-S167.
- Tarzia, Laura and Kelsey Hegarty, 2021. "A Conceptual Re-Evaluation of Reproductive Coercion: Centring Intent, Fear and Control." *Reproductive Health* 18(1): 87.

- Taylor, Diana and Evelyn Angel James, 2012. "Risks of Being Sexual in Midlife: What We Don't Know Can Hurt Us." *The Female Patient* 37: 17-20.
- Thiel de Bocanegra, Heike and others, 2010. "Birth Control Sabotage and Forced Sex: Experiences Reported by Women in Domestic Violence Shelters." *Violence Against Women* 16: 601-612.
- Thirumalai, Arthi and John K. Amory, 2021. "Emerging Approaches to Male Contraception." *Fertility and Sterility* 115(6): 1369-1376.
- Thomas, Adam, 2012. "Policy Solutions for Preventing Unplanned Pregnancy." Washington DC: Brookings Institution. Website: brookings.edu/research/policy-solutions-for-preventing-unplanned-pregnancy/, accessed 1 December 2021.
- Tran, Nguyen Toan and others, 2021. "Strengthening Health Systems in Humanitarian Settings: Multi-Stakeholder Insights on Contraception and Postabortion Care Programs in the Democratic Republic of Congo and Somalia." *Frontiers in Global Women's Health* 62
- Tsui, Amy O. and others, 2010. "Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies." *Epidemiologic Reviews* 32(1): 152-174.
- United Nations, Statistics Division, 2022. Global SDG Indicators Database. Website: unstats.un.org/sdgs/dataportal, accessed 3 March 2022.
- United Nations, 2021. *The Sustainable Development Goals Report 2021*. Website: unstats.un.org/sdgs/report/2021/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2021.pdf, accessed 1 December 2021.
- United Nations, 2020. *Conflict-Related Sexual Violence: Report of the United Nations Secretary-General*. Website: undocs.org/en/S/2020/487, accessed 17 November 2021.
- UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36: Article 6, Right to Life: Human Rights Committee." CCPR/C/GC/36. Website: digitallibrary.un.org/record/3884724?ln=en, accessed 26 November 2021.
- UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women), 2017. "General Recommendation No. 35 on Gender-Based Violence Against Women, Updating General Recommendation No. 19." Website: digitallibrary.un.org/record/1305057?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2016. "General Comment No. 20 (2016) on the Implementation of the Rights of the Child during Adolescence." Website: digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2003. "General Comment No. 4 (2003): Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child." Website: digitallibrary.un.org/record/503074?ln=en, accessed 25 November 2021.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2022. Forthcoming
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021. Website: https://www.un.org/development/desa/pd/data/family-planning-indicators Accessed 3 March 2022.
- United Nations (Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2021a. *World Contraceptive Use 2020* (POP/DB/CP/Rev2020).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020. Estimates and Projections of Women of Reproductive Age Who Are Married or in a Union.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2020a. *World Family Planning 2020 Highlights: Accelerating Action to Ensure Universal Access to Family Planning*. (ST/ESA/SER.A/450).
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2019. *World Population Prospects 2019*.
- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2015. "World Contraceptive Use 2015." Website: un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2015.asp, accessed 26 November 2021.

- UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), Population Division, 2013. *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*.
- United Nations Statistics Division, 2020. Global SDG Indicators Database.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2020. *Human Development Report*. Technical Notes. Website: hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_technical_notes.pdf, accessed 15 November 2021.
- UNDP (United Nations Development Programme), 2005. *Investing in Development. A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*.
- UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 1990. "General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant)." Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCESCR%2fGEC%2f4758&Lang=en, accessed 1 December 2021.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 16 November 2021.
- UN ESCWA (United Nations Economic and Social Commission for Western Asia), 2004. "Arab Regional Ten-Year Review and Appraisal of Implementation of the Beijing Platform for Action." Website: un.org/womenwatch/daw/Review/english/documents/ESCWASummaryNationalResponses-English.pdf, accessed 16 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2022. *Motherhood in Childhood: The Untold Story*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2021. "My Body is My Own. Claiming The Right to Autonomy and Self-Determination." *State of World Population 2021*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. Annual report. New York: UNFPA.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. *Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6*. Website: unfpa.org/sdg-5-6, accessed 24 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Against My Will. Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. *Impact of COVID-19 on Access to Contraceptives in the LAC Region*. Website: lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/technical_report_impact_of_covid_19_in_the_access_to_contraceptives_in_lac_1_2.pdf, accessed 1 December 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund) 2020d. *Technical Note on Gender-Transformative Approaches: A Summary for Practitioners*. Website: unfpa.org/resources/technical-note-gender-transformative-approaches-summary-practitioners, accessed 10 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Sexual and Reproductive Health and Rights An Essential Element of Universal Health Coverage*.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 2018. *Women and Young Persons with Disabilities. Guidelines for Providing Rights-Based and Gender-Responsive Services to Address Gender-Based Violence and Sexual and Reproductive Health and Rights for Women and Young Persons with Disabilities*. Website: unfpa.org/featured-publication/women-and-young-persons-disabilities, accessed 7 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. "Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994." Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 26 November 2021.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d. *Adolescents and Youth Dashboard – Sierra Leone*. Website: unfpa.org/data/adolescent-youth/SL, accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund), n.d.a. *World Population Dashboard – Sierra Leone*. Website: unfpa.org/data/world-population/SL, accessed 9 February 2022.
- UNFPA (United Nations Population Fund) El Salvador, 2021. *Llegar a cero embarazos en niñas y adolescentes – Mapa El Salvador 2020*. Website: <https://elsalvador.unfpa.org/es/publicaciones/llegar-cero-embarazos-en-ni%C3%B1as-y-adolescentes-%E2%80%93-mapa-el-salvador-2020>, accessed 1 March, 2022.
- United Nations Population Fund, global databases, 2022. Based on official responses to the United Nations 13th and 12th Inquiry among Governments on Population and Development.
- UNFPA (United Nations Population Fund) Sierra Leone, n.d. "Gender-Based Violence." Website: unfpa.org/en/topics/gender-based-violence-11, accessed 9 February 2022.

- UN General Assembly, 2007. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. A/RES/61/106. Website: un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html, accessed 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1998. "Rome Statute of the International Criminal Court." Website: icc-cpi.int/resource-library/documents/rs-eng.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 17 November 2021.
- UN General Assembly, 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. A/RES/34/180. Website: ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf, accessed 15 November 2021.
- UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx, accessed 17 November 2021.
- UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2012. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, Rashida Manjoo." A/HRC/20/16. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/A.HRC.20.16_En.pdf, accessed 18 December 2021.
- UN Women, 2021. *Beyond COVID-19: A Feminist Plan for Sustainability and Social Justice*. Website: unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2021/Feminist-plan-for-sustainability-and-social-justice-en.pdf, accessed 1 December 2021.
- UN Women, 2012. *Facts & Figures: Rural Women and the Millennium Development Goals*. Website: <https://www.un.org/womenwatch/feature/ruralwomen/facts-figures.html>, accessed 1 December 2021.
- 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: 2.
- Vanden Broek, Jana and others, 2016. "Antenatal Care Use in Urban Areas in Two European Countries: Predisposing, Enabling and Pregnancy-Related Determinants in Belgium and The Netherlands." *BMC Health Services Research* 16: 337.
- Vlassoff and others, 2018. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies (IDS Research Reports 59).
- Vu, Alexander and others, 2014. "The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: A Systematic Review and Meta-Analysis." *PLOS Currents Disasters*. Edition 1, doi: 10.1371/currents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
- Wellings, Kaye and others, 2013. "The Prevalence of Unplanned Pregnancy and Associated Factors in Britain: Findings from the Third National Survey Of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3)." *Lancet* 382(9907): 1807-1816.
- Westhoff, Charles F., 2010. *Desired Number of Children: 2000-2008*. DHS Comparative Reports No. 25. Calverton, Maryland: ICF Macro.
- White, Kari and others, 2015. "Contraception after Delivery and Short Interpregnancy Intervals Among Women in the United States." *Obstetrics & Gynecology* 125: 1471-1477.
- White Ribbon Alliance, 2019. *What Women Want: Demands for Quality Reproductive and Maternal Healthcare from Women and Girls*. Website: whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2019/06/What-Women-Want_Global-Results.pdf, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021. WHO Guideline on Self-Care Interventions for Health and Well-Being. Website: who.int/publications/i/item/9789240030909, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2021a. "Infant and Young Child Feeding: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020. "Preventing Unsafe Abortion: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion, accessed 15 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020a. "Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: Interim Report, 27 August 2020." Website: who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1, accessed 24 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020b. "Adolescent Pregnancy: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2020c. "Family Planning/Contraception Methods: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception, accessed 15 November 2021.

- WHO (World Health Organization), 2019. "Global Health Estimates: Life Expectancy and Leading Causes of Death and Disability." Website: who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates, accessed 27 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019a. *Breaking Barriers. Towards More Gender-Responsive and Equitable Health Systems*. Website: who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/gender_gmr_2019.pdf, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019b. "High Rates of Unintended Pregnancies Linked to Gaps in Family Planning Services: New WHO Study." Geneva: WHO. Website: who.int/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study, accessed 1 December 2021.
- WHO (World Health Organization), 2019c. *RESPECT Women: Preventing Violence Against Women*. WHO/RHR/18.19. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf?ua=1
- WHO (World Health Organization), 2018. *Family Planning. A Global Handbook for Providers*. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf, accessed 26 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2017. Unpublished report.
- WHO (World Health Organization), 2016. "WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience." Geneva: WHO. Website: who.int/publications/i/item/9789241549912, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2015. "Safe Abortion: Technical & Policy Guidance for Health Systems." Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173586/WHO-RHR_15.04_eng.pdf, accessed 18 November 2021.
- WHO (World Health Organization), 2014. "Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations." Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2007. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland, 13-15 June 2005*. WHO/RHR/07.1. Geneva: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69855/?sequence=1, accessed 25 November 2021.
- WHO (World Health Organization) and others, 2019. "Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017." Geneva: WHO. Website: data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT, accessed 15 November 2021.
- Wilcox, Allen J. and others, 2001. "Likelihood of Conception with a Single Act of Intercourse: Providing Benchmark Rates for Assessment of Post-Coital Contraceptives." *Contraception* 63(4): 211-215.
- Women's Refugee Commission and others, 2012. *Adolescent Sexual and Reproductive Health Programs in Humanitarian Settings: An In-Depth Look at Family Planning Services*. New York: Women's Refugee Commission. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf
- Wondemagegn, Amsalu Taye and others, 2018. "The Effect of Antenatal Care Follow-Up on Neonatal Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Public Health Reviews* 39: 33.
- World Bank, 2021. *Gender Indicator Report: Women Who Believe A Husband Is Justified In Beating His Wife When She Refuses Sex With Him*. Databank: Gender Statistics. Website: data.worldbank.org/indicator/SG.VAW. ARGU.ZS, accessed 20 October 2021.
- World Bank, 2021a. *Women, Business and the Law, 2021*. Washington, DC: World Bank. Website: wbl.worldbank.org/content/dam/sites/wbl/documents/2021/02/WBL2021_ENG_v2.pdf, accessed 1 December 2021.
- Xu, Fujie and others, 2010. "Women Who Have Sex With Women in the United States: Prevalence, Sexual Behavior and Prevalence of Herpes Simplex Virus Type 2 Infection - Results From National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2006." *Sexually Transmitted Diseases* 37(7): 407-413.
- Yazdkhasti, Mansureh and others, 2015. "Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article." *Iranian Journal of Public Health* 44(1): 12-21.
- Zhou, Jacy and others, 2020. "Systematic Review of Early Abortion Services in Low- and Middle-Income Country Primary Care: Potential for Reverse Innovation and Application in the UK Context." *Globalization and Health* 16: 91.
- Zuniga, Carmela and others, 2020. "The Impacts of Contraceptive Stock-Outs on Users, Providers, and Facilities: A Systematic Literature Review." *Global Public Health* 2020 doi: 10.1080/17441692.2020.1850829, online ahead of print.

Entre las ilustraciones originales se incluyen imágenes de varios fotógrafos. Las composiciones e ilustraciones incluyen imágenes de las siguientes fuentes:

AllGo en Unsplash: página 36

Christina @ wocintechchat.com en Unsplash: página 37

Eye for Ebony en Unsplash: página 36

Faisal Hijjaz de Pexels: página 66

HeneyYanibel Minaya Cruz en Unsplash: página 11

Ian Kiragu en Unsplash: página 36

Irene Streng en Unsplash: páginas 40, 90 y 91

JESHOOTS en Unsplash: páginas 36 y 37

Jessica Felicio en Unsplash: páginas 14, 15, 18 y 19

Joanna Nix-Walkup en Unsplash: página 36

Joshua Hansen en Unsplash: página 36

Juan Encalada en Unsplash: página 40, 90 y 91

Kimsen Doan en Unsplash: páginas 36 y 37

Manuel Lino: páginas 8 y 9, 18 y 19, 36 y 37, 40, 57, 66 y 67, 90 y 91, 97, 106 y 107, 118, PORTADA

Mateus Campos Felipe en Unsplash: página 36

Mathilda Khoo en Unsplash: página 37

Mustafa Omar en Unsplash: páginas 8 y 9, 19, 114 y 115

Olha Ivanova en Unsplash: páginas 90 y 91, 97, PORTADA

Panitan Punpuang en Unsplash: páginas 9 y 36

Parij Borgohain en Unsplash: página 37

Rachel Mcdermott en Unsplash: páginas 36 y 117

Taylor Hernandez en Unsplash: página 36

© UNFPA/Roger Anis: páginas 8 y 37

© UNFPA/Sima Diab: página 95

Vitor Camilo en Unsplash: página 36

Vgajic en iStock: página 106



ASEGURANDO DERECHOS Y OPCIONES PARA TODOS

Fondo de Población de las Naciones Unidas
605 Third Avenue
New York, NY 10158
Tel.: +1 (212) 297-5000
www.unfpa.org/es
@UNFPA

eISBN: 9789210015028
Print ISSN: 2518-671X
Online ISSN: 2519-8998

Impreso en papel reciclado