

ACCELERAR EL PROGRESO: SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA TODOS

El informe de la Comisión Guttmacher-Lancet
sobre SDSR

Esta es una traducción no oficial
del informe de la
Comisión Guttmacher-Lancet
sobre salud y derechos sexuales y
reproductivos realizado como
parte de la colaboración de
Balance con la Comisión



Traducido al español por Emilio Rodríguez
El informe original se publicó en mayo de 2018 y está disponible en inglés en el sitio web de The Lancet:
www.thelancet.com/commissions/sexual-and-reproductive-health-and-rights

Los autores del informe original y su afiliación en el momento de la publicación son:

GUTTMACHER INSTITUTE, NUEVA YORK, NY, EE.UU.

(AM Starrs MIA, S Singh PhD, A Biddlecom PhD, A Popinchalk MPH, C Summers DrPH);

CENTRO AFRICANO DE INVESTIGACIÓN EN POBLACIÓN Y SALUD (APHRC), NAIROBI, KENIA, UNIVERSIDAD DE WITWATERSRAND, JOHANNESBURGO, SUDÁFRICA

(AC Ezeh PhD);

PROMUNDO, WASHINGTON, DC, EE.UU.

(G Barker PhD);

CORNELL UNIVERSITY, NUEVA YORK, NY, EE.UU.

(A Basu MSc);

UNIVERSIDAD DE TULANE, NUEVA ORLEANS, LA, EE.UU.

(JT Bertrand PhD);

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, BALTIMORE, MD, EE.UU.

(R Blum PhD);

GOBIERNO DE SENEGAL, DAKAR, SENEGAL

(AM Coll-Seck MD);

LAWYER'S COLLECTIVE, DELHI, INDIA

(A Grover LLB);

EARLY SIGNAL FOUNDATION, NUEVA YORK, NY, EE.UU.

(L Laski MD);

CONSULTOR INDEPENDIENTE

(M Roa LLM);

CONSEJO DE POBLACIÓN, ISLAMABAD, PAKISTÁN

(ZA Sathar PhD);

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, GINEBRA, SUIZA

(L Say MD, K Stenberg MSc);

CENTRO INTERNACIONAL ISLÁMICO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN DE POBLACIÓN, UNIVERSIDAD DE AL AZHAR

(GI Serour MD);

Y UNIVERSIDAD AGA KHAN, NAIROBI, KENIA

(M Temmerman PhD);

CONSULTORA INDEPENDIENTE

(LS Ashford MSc)

Correo de contacto:

SRHRCommission@guttmacher.org

RESUMEN EJECUTIVO

La salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) son fundamentales para la salud, la sobrevivencia, el desarrollo económico y el bienestar de la humanidad. Varias décadas de investigación han demostrado, y continúan mostrando, los beneficios profundos y medibles de invertir en salud sexual y reproductiva (SSR). A través de numerosos acuerdos internacionales los gobiernos se han comprometido con dicha inversión; sin embargo, el progreso se ha visto obstaculizado debido a compromisos políticos débiles, a recursos inadecuados, a la discriminación persistente contra mujeres y niñas, y a la falta de voluntad para abordar los problemas relacionados con la sexualidad de manera abierta y amplia.

Las iniciativas de salud y desarrollo incluidas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el movimiento hacia la cobertura universal de salud, generalmente se centran en ciertos componentes de SDSR: anticoncepción, salud materna y neonatal y VIH/SIDA. Los países de todo el mundo han logrado avances notables en estas áreas durante las últimas décadas, pero los beneficios no han sido equitativos entre países y al interior de ellos, y la cobertura y calidad de los servicios a menudo no son suficientes; además, en gran parte del mundo las personas no tienen acceso a un paquete básico de servicios de SSR y sus DSR no se respetan ni se protegen. Por lo tanto, para acelerar el progreso es necesario adoptar una visión más holística de SDSR y abordar los problemas que a menudo se descuidan, como la sexualidad de los y las adolescentes, la violencia de género, el aborto y la diversidad en las orientaciones sexuales e identidades de género.

Para progresar en materia de SDSR es necesario enfrentar las barreras integradas en las leyes, políticas, economía y las normas y valores sociales, especialmente la desigualdad de género, que impiden que las personas alcancen la SSR. Mejorar el bienestar de las personas depende de que puedan tomar decisiones sobre sus propias vidas sexuales y reproductivas y de respetar las decisiones de los demás. En otras palabras, lograr la salud sexual y reproductiva depende de que se vuelvan realidad los derechos sexuales y reproductivos, muchos de los cuales a menudo se pasan por alto, como el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, definir la sexualidad, elegir a la pareja y recibir información confidencial, respetuosa, y servicios de buena calidad.

La evidencia presentada en este informe revela el alcance de la agenda incompleta de SDR. Cada año, en las regiones en desarrollo, más de 30 millones de mujeres no dan a luz a sus hijos(as) en un centro de salud, más de 45 millones reciben atención prenatal inadecuada o nula, y más de 200 millones de mujeres quieren evitar el embarazo pero no están usando anticonceptivos modernos. En todo el mundo se realizan 25 millones de abortos inseguros, más de 350 millones de hombres y mujeres necesitan tratamiento para una de las cuatro Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) curables, y cada año hay casi dos millones de nuevas infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Además, en algún momento de sus vidas, casi una de cada tres mujeres experimenta violencia en pareja o violencia sexual sin pareja. En última instancia, casi todas las 4,3 mil millones de personas en edad fértil en el mundo carecerán de uno o más de los servicios esenciales de SDR en el transcurso de su vida fértil (de los 15 a los 49 años).

Otras condiciones de SDR siguen siendo menos conocidas, pero también son potencialmente devastadoras para individuos y familias. Entre 49 y 180 millones de parejas en todo el mundo pueden verse afectadas por la infertilidad, para la cual los servicios están disponibles principalmente sólo para "estratos socioeconómicos altos". Se calcula que 266,000 mujeres mueren anualmente por cáncer cérvico-uterino (CaCu) a pesar de que es casi totalmente prevenible. Los hombres también padecen infecciones como las ITS y el cáncer de próstata, que no se detectan ni se tratan debido a que el estigma social y las normas sobre masculinidad les desalientan a buscar atención médica.

Este informe propone una definición completa e integrada de SDR y recomienda un paquete esencial de servicios e información de SDR que debería estar disponible universalmente. El paquete es consistente con, pero más amplio que, los objetivos de SDR de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nuestro paquete recomendado incluye los componentes comúnmente reconocidos de SDR: servicios de anticoncepción, atención materna y neonatal, y prevención y tratamiento del VIH/SIDA. Además, incluye componentes que se proporcionan con menos frecuencia: atención para ITS que no sean VIH; educación integral en sexualidad; atención segura del aborto; prevención, detección y asesoramiento para la violencia de género; prevención, detección y tratamiento de la infertilidad y CaCu; y asesoramiento y cuidado de la salud y el bienestar sexual. Reconociendo que muchos países no están preparados para brindar la gama completa de servicios señalados, recomendamos que los gobiernos se comprometan a lograr el acceso universal a SDR y a realizar un progreso continuo y constante en este tema, independientemente de su punto de partida.

La evaluación realizada por la Comisión sobre los costos de los componentes principales de servicios de SDR, para los cuales hay datos disponibles, muestra que satisfacer todas las necesidades de estos servicios sería asequible para la mayoría de países. El costo de brindar atención médica a mujeres embarazadas -incluidas las que tienen abortos involuntarios, mortinatos, abortos e hijos(as) nacidos(as) vivos(as)- y a los y las recién nacidos(as) se estima en US\$9 *per cápita* por año, en promedio, en las regiones en desarrollo y las inversiones producirían enormes rendimientos: la evidencia muestra que el acceso a los servicios de SDR salva vidas, mejora la salud y el bienestar, promueve la igualdad de género, aumenta la productividad y los ingresos del hogar, y tiene beneficios multigeneracionales al mejorar la salud y el bienestar de los(as) niños(as). Estos beneficios pagan dividendos durante muchos años y facilitan el logro de otros objetivos de desarrollo.

Se cuenta con los medios y el conocimiento, en forma de directrices, protocolos, tecnología y evidencia, de las mejores prácticas globales, para garantizar que todas las personas reciban los servicios de SSR confidenciales, respetuosos y de alta calidad que necesitan. Se han puesto a prueba intervenciones exitosas en muchos países de ingresos bajos y medianos, algunos de los cuales se destacan en este informe, pero muchos enfoques efectivos no se han implementado a gran escala. Por lo tanto, los grupos de la sociedad civil y las personas comprometidas con el avance de la SDSR deben trabajar en todos los sectores y responsabilizar a los gobiernos de sus compromisos, no sólo para mejorar la salud sino también para defender los derechos humanos.

Notas clave:

- Los DSR son esenciales para el desarrollo sostenible al estar ligados con la igualdad de género y el bienestar de la mujer; por su impacto en la salud materna, de neonatos(as), de niños(as) y adolescentes; y su papel en la construcción del desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental.
- Todos tienen el derecho a tomar decisiones sobre sus cuerpos, libres de estigma, discriminación y coerción. Estas decisiones incluyen aquellas relacionadas con la sexualidad, la reproducción y el uso de servicios de SSR.
- Los servicios e información de SDSR deben ser accesibles y asequibles para todas las personas que los requieran sin importar su edad, estado civil, nivel socioeconómico, raza o etnicidad, orientación sexual o identidad sexual.
- La inversión necesaria en SDSR es baja en términos per cápita y es asequible para la mayoría de países de bajos y medianos ingresos. Sin embargo, los países de recursos más bajos enfrentarán huecos en su financiamiento y seguirán requiriendo asistencia externa.
- Los países deben incorporar los servicios básicos definidos en este informe a sus seguros sociales universales, prestando especial atención a la población más pobre y vulnerable.
- Los países también deben realizar acciones fuera del sector salud para cambiar normas sociales, leyes y políticas para hacer valer los derechos humanos. Las reformas más críticas son aquellas que promueven la igualdad de género y les dan a las mujeres mayor control sobre sus cuerpos y sus vidas.

SECCIÓN 1

Introducción

Durante mucho tiempo la SDR se han tratado como un conjunto limitado de problemas aislados de salud, con poco reconocimiento sobre su importancia para la salud y el bienestar general de las personas. Este enfoque está arraigado en las particularidades culturales y políticas relacionadas con la sexualidad, la elección reproductiva y la desigualdad de género. Para que todas las personas tengan vidas saludables y satisfactorias y alcancen su máximo potencial, su SDR deben cumplirse y respetarse. Se han logrado importantes avances en salud desde que los líderes mundiales alcanzaron acuerdos históricos que definían la SDR hace más de 20 años en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, pero alcanzarla a cabalidad sigue siendo difícil para muchas personas. Ahora es el momento de adoptar la SDR en su totalidad.

La SDR tienen implicaciones de gran alcance para la salud de las personas y para el desarrollo social y económico. El embarazo no deseado, las complicaciones del embarazo y el parto, el aborto inseguro, la violencia de género, las ITS incluido el VIH, y los cánceres reproductivos amenazan el bienestar de mujeres, hombres y familias. Por lo tanto, la SDR "no sólo son esenciales para hacer realidad la justicia social, sino que son fundamentales para el logro de los compromisos mundiales, regionales y nacionales para el desarrollo sostenible".¹

1. El embarazo no planeado se refiere a aquél que no se esperaba en el momento de referencia pero sí en uno posterior. Sin embargo, el embarazo no deseado se refiere a aquél que no se esperaba ni en ese momento ni en uno posterior.

Dos objetivos de la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, adoptada a nivel mundial, mencionan explícitamente la SSR. La meta 3.7, bajo la meta de salud, establece que “para 2030 se garantizará el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluso para la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales”.² La meta 5.6, parte de la meta de igualdad de género, tiene como objetivo “garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos” de conformidad con los acuerdos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) previamente negociados. Estos objetivos ofrecen una base sólida para avanzar, pero no ofrecen una agenda integral para SDR.

Para ayudar a alcanzar una visión más amplia de SDR, este informe presenta una agenda positiva, progresiva y basada en evidencia para el progreso mundial, regional y nacional en el tema hasta 2030 y más allá; define las prioridades según las necesidades, las brechas y el potencial de cambio, y presenta recomendaciones para emprender acciones; examina siete componentes de SDR, incluidos algunos que a menudo se pasan por alto en el ámbito de las políticas internacionales: servicios de aborto seguro, tratamiento de la infertilidad, prevención del CaCu, ITS y violencia contra mujeres y niñas. Reconociendo que la SDR a menudo se consideran un problema de mujeres, este informe reconoce las necesidades de los hombres y los roles que pueden y deben desempeñar para participar en igualdad de la SDR y apoyar los derechos de las mujeres y su acceso a los servicios de salud necesarios; también destaca grupos específicos, como adolescentes y personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, cuyas necesidades deben ser mejor comprendidas y atendidas.

En este informe se propone una definición nueva y detallada de SDR que se basa en varios acuerdos internacionales y regionales, así como en informes técnicos y directrices; se describe la evolución del consenso mundial sobre SDR, que ha progresado de forma intermitente en las últimas décadas; se examinan las tendencias globales que dan forma a la SDR así como los determinantes sociales, culturales y estructurales de la SSR de los individuos; se presenta evidencia sobre necesidades de SSR en áreas definidas, brechas en la cobertura de servicios y barreras para satisfacer las necesidades; se examinan las poblaciones con necesidades específicas de información y servicios, incluidos adolescentes, hombres y grupos de personas que enfrentan desventajas específicas. Para cada subsección, se presentan los datos comparativos más recientes de estimaciones con base en encuestas nacionales y otras evidencias de estudios multinacionales. A continuación, a partir de la evidencia disponible, se presenta el caso de inversión para SDR, utilizando los datos más recientes sobre costos y beneficios de la atención de SSR. Finalmente, se destacan las intervenciones efectivas y prometedoras en SSR y se presentan recomendaciones para acciones de alta prioridad basadas en evidencia y fundamentadas en los derechos humanos, para que sirvan de guía para aquellos que desean trabajar por el cambio.

La definición de SDR y la agenda prospectiva forjada por esta Comisión están diseñadas para desafiar e inspirar a la comunidad global a actuar. Las recomendaciones se fundamentan en un análisis exhaustivo de la evidencia existente y se basan en el trabajo de expertos técnicos de países en cada región del mundo. Por lo tanto, se hace un llamado a la comunidad sobre SDR, incluidos gobiernos, agencias multilaterales y organizaciones no gubernamentales (ONG), para que adopten y utilicen la nueva definición de SDR, unificando así el campo en torno a un enfoque holístico y unificado de este tema. También se insta a esta comunidad a abrazar el paquete recomendado de intervenciones esenciales de SDR que asegure su inclusión en los planes y marcos nacionales e internacionales que trabajan para la cobertura universal de salud.

Tal inclusión reconocería lo nuclear de la SDSR dentro de los sistemas que apuntan a mejorar la salud y los derechos de todas las personas.

La Comisión Guttmacher-Lancet sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos está formada por 16 comisionados de África, Asia, Europa, Medio Oriente, América del Norte y América Latina, con experticia multidisciplinaria y experiencia en una amplia gama de temas de SDSR. De 2016 a 2018, la Comisión realizó numerosas consultas y sintetizó la evidencia disponible con el apoyo de investigadores del Instituto Guttmacher, el Centro de Investigación de Población y Salud de África y otras organizaciones afiliadas con varios comisionados. El Grupo Asesor para la Comisión, compuesto por 23 representantes de SDSR, salud mundial y organizaciones de financiación, también proporcionó comentarios generales sobre los borradores del informe.

SECCIÓN 2

Definición de salud y derechos sexuales y reproductivos

El consenso internacional en evolución

Las organizaciones mundiales de salud y derechos humanos han trabajado durante décadas para definir y avanzar en SDR, enfrentando avances y retrocesos. El primer acuerdo global que creó un lenguaje común fue el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrado en El Cairo en 1994.³ Definió la SR y enumeró los elementos para su atención, es decir, la PF, atención de salud materna, aborto seguro donde no está en contra de la ley, educación sobre sexualidad y SR, y prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad, infecciones del sistema reproductivo e ITS, incluido el VIH/SIDA; describió los derechos reproductivos como "el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir de forma libre y responsable el número, el espaciamiento de sus hijos(as) y tener la información y los medios para hacerlo". La CIPD también definió la SS como "la mejora de la vida y las relaciones personales", pero no utilizó el término "derechos sexuales".

La CIPD innovó al vincular los DR con los derechos humanos que ya estaban protegidos por las leyes internacionales (panel 1).⁴ También se le atribuye el haber cambiado el objetivo principal de los programas de PF; de reducir la fecundidad y frenar el crecimiento de la población a empoderar a las mujeres y promover la elección individual con respecto a la maternidad.⁵ La comunidad de DSR y especialmente activistas de los derechos de las mujeres y ONG desempeñaron un papel importante en este cambio: argumentaron que las políticas de población y desarrollo deberían promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y que la PF debería ser parte de la atención integral de la SR.⁶

Panel 1: Los principios de los derechos humanos aplicados a la salud sexual y reproductiva

El derecho a la SSR es una parte integral del "derecho al más alto nivel posible de salud física y mental", consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Economía, Derechos Sociales y Culturales.⁷ Al igual que con el derecho a la salud, el derecho a la SSR implica libertades y derechos. Las libertades incluyen el derecho a tomar decisiones y elecciones libres y responsables con respecto a sus cuerpos y su SSR. Los derechos incluyen el acceso sin trabas a una variedad de establecimientos de salud, bienes, servicios e información que permitan a las personas cumplir con el derecho a la SSR.⁸ La libertad y la autonomía corporal son derechos civiles que los estados están obligados a reconocer y respetar, mientras que los derechos pueden requerir que los estados avancen gradualmente hacia la plena materialización del derecho a la salud (materialización progresiva)⁹ debido a capacidad limitada y problemas de asequibilidad.

Un año después de la CIPD, los delegados a la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing reafirmaron el acuerdo de la CIPD y definieron los derechos humanos de las mujeres como "el derecho a tener control y decidir de manera libre y responsable sobre asuntos relacionados con su sexualidad [...] libre de coerción, discriminación y violencia".¹⁰ El documento de Beijing también afirmó que "las relaciones iguales entre mujeres y hombres en materia de relaciones sexuales y reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, requieren respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida del comportamiento sexual y sus consecuencias."¹⁰

Sin embargo, en éstas y posteriores conferencias de la ONU fue difícil lograr un consenso sobre algunos elementos de SDR. Sobre el aborto, por ejemplo, un debate prolongado y muy publicitado en El Cairo en 1994 terminó con concesiones en su redacción que pedían que el aborto sea seguro "donde no esté en contra de la ley".³ El acuerdo de Beijing agregó palabras que piden a los países revisar leyes que criminalizan el aborto. Los DS también han sido desafiantes: en varias conferencias mundiales y regionales, algunos gobiernos se han resistido a incluir el término "derechos sexuales" en los documentos de consenso porque no estaban dispuestos a respaldar el derecho de las mujeres y las niñas a la autonomía corporal, el derecho de los y las adolescentes a tomar decisiones independientes sobre la actividad sexual, o la aceptación de diversas orientaciones sexuales e identidades de género.¹¹

En el año 2000, los artífices de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el plan de la ONU para reducir la pobreza en todo el mundo para 2015, omitieron por completo la SSR debido a la preocupación de que esto podría poner en riesgo la adopción de la Declaración del Milenio.¹² A los defensores les llevó siete años lograr un acuerdo global para agregar un objetivo a los ODM que exige el acceso universal a la SR.¹³

La agenda de desarrollo actual de la ONU, *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, adoptada por todos los estados miembros de la ONU en 2015, incluye la SSR y los DR, aunque aún excluye cualquier mención de los DS. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la agenda contienen 169 objetivos que deben alcanzarse para 2030,² de los cuales uno llama al “acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos reproductivos” de conformidad con los acuerdos de El Cairo y Beijing. La redacción señaló una aceptación de los principios y compromisos expresados en estos documentos, pero también la falta de consenso entre los países para ir más allá de ellos.

Desde 2013 los países han hecho compromisos de mayor alcance en varios acuerdos de consenso regional. Aunque son muy diferentes en alcance y enfoque, los documentos de consenso regional de África (Plan de Acción de Maputo 2016-2030),¹⁴ de América Latina y el Caribe (Consenso de Montevideo),¹ Asia¹⁵ y Europa y Asia Central¹⁶ utilizan el término más amplio “Salud y derechos sexuales y reproductivos” y contienen un lenguaje más progresivo en una variedad de temas. Los ejemplos incluyen enumerar “atención segura del aborto” como un componente de SDRS y pedir a los países que “aseguren el acceso a abortos seguros en toda la extensión de las leyes y políticas nacionales” (Plan de Acción de Maputo); promover, proteger y garantizar SDRS para contribuir a la justicia social (Consenso de Montevideo) y la organización de servicios dedicados para quienes carecen de acceso, tales como adolescentes, personas solteras, personas que viven en instituciones, migrantes y solicitantes de asilo, personas con VIH, personas con discapacidades y personas lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales (Región de Europa).

Crear una definición integrada de salud y derechos sexuales y reproductivos

En los últimos 20 a 25 años, el lenguaje en torno a SDRS ha evolucionado considerablemente. La comunidad de SDRS reconoce ampliamente que cada uno de sus componentes está vinculado con los demás, y que cumplir con los DSR es esencial para alcanzar la SSR. En el **panel 2** se presentan los componentes de SDRS que se basan en diversos documentos negociados a nivel regional y de las Naciones Unidas, así como en publicaciones técnicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluido un marco recientemente publicado para la SS.^{17, 18} Los componentes de SDRS se presentan conceptualmente como distintos en la medida de lo posible, aunque en la literatura las definiciones a menudo se combinan o se superponen.

Panel 2: Componentes de SDR

Salud sexual

"[...] estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos."¹⁸

La SS implica que todas las personas tienen acceso a:

- asesoramiento y atención relacionados con la sexualidad,¹⁹ servicios de identidad sexual y relaciones sexuales para la prevención y el tratamiento de ITS, incluido el VIH/SIDA,²⁰ y enfermedades del sistema genitourinario,²¹
- asesoramiento psicosexual y tratamiento de la disfunción sexual y trastornos,¹⁸
- prevención y tratamiento de cánceres del sistema reproductivo.²²

Salud reproductiva

"La salud reproductiva es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos."³ La SR implica que todas las personas pueden:

- recibir información precisa sobre el sistema reproductivo y los servicios necesarios para mantener la SR,
- manejar la menstruación de manera higiénica, en privado y con dignidad,²³
- tener acceso a servicios multisectoriales para prevenir y responder a la violencia de pareja y otras formas de violencia de género,²⁴
- contar con métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de anticoncepción, de su elección,²⁵
- acceso a servicios de atención médica apropiada para garantizar un embarazo y parto seguros y saludables e infantes sanos,
- tener acceso a los servicios de aborto seguro, incluyendo atención post-aborto,^{3,24,26}
- acceso a servicios para la prevención, manejo y tratamiento de la infertilidad.²⁰

Derechos sexuales^{19,16}

Los DS son derechos humanos e incluyen el derecho libre de discriminación, coerción y violencia de todas las personas, a:

- lograr el más alto nivel posible de SS, incluido el acceso a servicios de SSR,¹⁰
- buscar, recibir e impartir información relacionada con la sexualidad,
- recibir educación integral sobre sexualidad, basada en evidencia,²⁰
- hacer que su integridad corporal sea respetada,
- elegir a su pareja sexual,
- decidir sobre ser sexualmente activo o no,
- tener relaciones sexuales consensuales,
- elegir si, cuándo y con quién contraer matrimonio,

Derechos reproductivos¹⁰

Los DR se basan en el reconocimiento del derecho humano de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número, el espaciamiento y el momento de tener hijos(as) y tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho a alcanzar el más alto estándar de SR e incluyen:

- el derecho a tomar decisiones relativas a la reproducción sin discriminación, coerción y violencia,
- el derecho a la privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado,
- el derecho a relaciones de género mutuamente respetuosas y equitativas.

- contraer matrimonio con el consentimiento libre y completo y con la igualdad entre los cónyuges durante y en la disolución del matrimonio,¹⁷
- buscar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera, libre de estigma y discriminación,
- tomar decisiones libres, informadas y voluntarias sobre su sexualidad, orientación sexual e identidad de género.¹

Con base en los acuerdos y publicaciones de la OMS citados anteriormente, y en los tratados y principios internacionales de derechos humanos,²⁷ se presenta como fundamento para el resto de este informe una definición amplia e integrada de la SDR (panel 3). Aunque la definición se aplica a todos, los temas son especialmente relevantes para las mujeres debido a factores biológicos y a los roles de género socialmente definidos que las discriminan.

La definición refleja un consenso emergente sobre los servicios e intervenciones necesarias para abordar las necesidades de SDR de todos los individuos. Además, contempla temas como la violencia, el estigma y la autonomía corporal, que afectan profundamente el bienestar psicológico, emocional y social de las personas, y considera las necesidades y los derechos de grupos anteriormente ignorados. Como tal, ofrece un marco universal para guiar a los gobiernos, las agencias de las Naciones Unidas, la sociedad civil y otros en el diseño de políticas, servicios y programas que traten todos los aspectos de SDR de manera efectiva y equitativa.

Panel 3: Definición integrada de salud y derechos sexuales y reproductivos

La SSR es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, no sólo la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. Por lo tanto, un enfoque positivo de la sexualidad y la reproducción debe reconocer el papel desempeñado por las relaciones sexuales placenteras, la confianza y la comunicación en la promoción de la autoestima y el bienestar general.

Todas las personas tienen el derecho de tomar decisiones que rigen sus cuerpos y de tener acceso a los servicios que respaldan ese derecho. El logro de la *salud* sexual y reproductiva se basa en hacer realidad los *derechos* sexuales y reproductivos, que se fundamentan en los derechos humanos de todos los individuos para:

- respetar su integridad física, privacidad y autonomía personal,
- definir libremente su propia sexualidad, incluida la orientación sexual, la identidad y expresión de género,
- decidir sobre ser y cuándo ser sexualmente activo,
- elegir a su(s) pareja(s) sexual(es),
- tener experiencias sexuales seguras y placenteras,
- decidir si, cuándo y con quién casarse,
- decidir si, cuándo y por qué medios tener un hijo(a) o hijos(as) y cuántos tener,
- tener acceso a lo largo de sus vidas a información, recursos, servicios y apoyo necesarios para lograr todo lo anterior, libre de discriminación, coerción, explotación y violencia.

Los servicios esenciales de SSR deben cumplir con los estándares de salud pública y de derechos humanos, incluido el marco de "disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad" del derecho a la salud,²⁸ y deben ofrecerse sin discriminación, coerción o falta de respeto. Los servicios deben incluir:

- información precisa y asesoramiento sobre SSR, incluida la educación integral en sexualidad basada en evidencia,
- información, asesoramiento y atención relacionada con la función sexual y la satisfacción,
- prevención, detección y manejo de la violencia y la coacción sexual y de género,
- elección de métodos anticonceptivos seguros y efectivos,
- atención prenatal, de parto y postnatal segura y efectiva,
- atención y servicios seguros y efectivos de aborto,
- prevención, manejo y tratamiento de la infertilidad,
- prevención, detección y tratamiento de ITS, incluido el VIH, e infecciones del sistema reproductivo, y
- prevención, detección y tratamiento de los cánceres reproductivos.

La adopción e implementación de esta definición a nivel mundial y al interior de los países tendrá amplias implicaciones sociales, económicas y políticas.²⁹ Dependerá de que las personas reclamen sus derechos, que las organizaciones de la sociedad civil (OSC) defiendan a las personas, y que los gobiernos respeten, protejan y cumplan con esos derechos. Las implicaciones del programa incluyen proporcionar educación sexual integral, basada en evidencia y apropiada para la edad de todos los niños y adolescentes; desarrollar y monitorear los estándares de atención médica que cumplan con los derechos enumerados en el **panel 3**, y garantizar el acceso a la gama completa de servicios de SSR. Lograr estos objetivos puede necesitar cambios fundamentales en los sistemas de salud para garantizar que la fuerza laboral de salud tenga los medios y las habilidades para proporcionar lo que se necesita. Además, se requerirán acciones en sectores distintos a la salud para abordar los determinantes subyacentes de SDR, como la educación, el acceso al agua y el saneamiento, la alimentación y la nutrición, y los sistemas legales y de justicia.⁸ El sector privado y las OSC tienen importantes funciones que desempeñar en todos estos sectores.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) proporcionan un conjunto común de objetivos e indicadores para que los gobiernos monitoreen su progreso; los puntos de referencia seleccionados se refieren explícitamente a algunos aspectos de SDR, pero no llegan a abordar el alcance completo de las necesidades de las personas en SDR. Los objetivos de los ODS más estrechamente relacionados con SDR se encuentran en el Objetivo 3 (salud), el Objetivo 4 (educación) y el Objetivo 5 (igualdad de género; **Apéndice, Tabla 1**). Los Objetivos se establecen explícitamente o están vinculados a ocho componentes clave de SDR en la definición de la Comisión, cada uno de los cuales se analiza en este informe. Además, el Objetivo¹⁶, que promueve sociedades pacíficas e inclusivas, implica lograr una mayor igualdad de género y abordar la violencia de género.³⁰

SECCIÓN 3

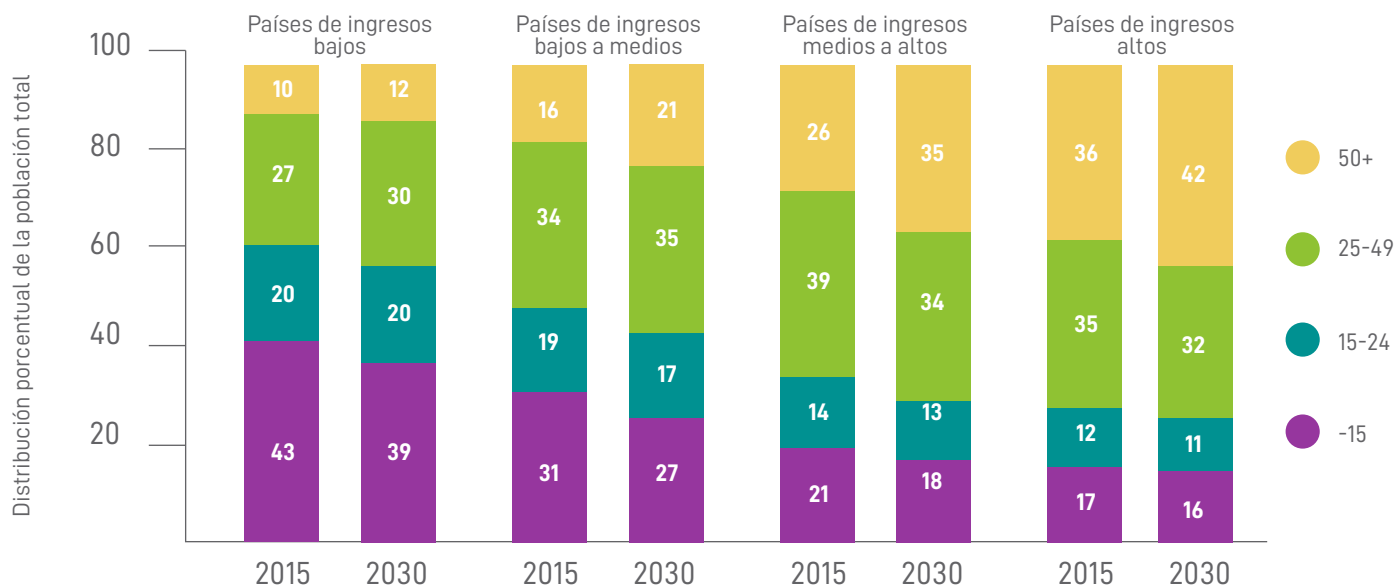
Tendencias globales que afectan la SDSR

Si bien los DSR se centran en la autonomía y las decisiones individuales, el cumplimiento de estos derechos se realiza en un contexto social, económico, cultural y de salud más amplio. Esta compleja serie de factores ha cambiado considerablemente en las últimas dos décadas y continúa haciéndolo.

Cambios en el tamaño y la composición de las poblaciones

Así como las personas necesitan información y servicios de SDSR durante el transcurso de su vida, las necesidades se concentran entre las mujeres y los hombres en edad fértil (mujeres de 15 a 49 años y hombres de 15 a 59 años). Este grupo representa 4.3 miles de millones de personas, aproximadamente la mitad de la población mundial. El tamaño del grupo de edad varía según la región (**Figura 1**) e influye en la demanda de servicios de SSR. De 2015 a 2030 el tamaño de este grupo etáreo crecerá en los países de recursos más bajos, mientras que en los dos grupos de países de ingresos más altos, este grupo se reducirá.

Figura 1. Distribución porcentual de la población total por principales grupos de edad, según agrupaciones de ingresos de los países del Banco Mundial



Notas: La clasificación de los países por nivel de ingresos se basa en la RNB per cápita de 2016 del Banco Mundial. Los ingresos bajos corresponden a un RNB per cápita de 2016 de US\$ 1,005 o menos, inferior a medio de US\$ 1,006–3,955; medio superior US\$ 3,956–12,235, y alta > US\$ 12,235. Las proyecciones para 2030 suponen que las agrupaciones de ingresos se mantendrán constantes a lo largo del tiempo.

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, proyecciones de variante media, revisión 2017.³¹

El tamaño promedio de la familia en gran parte del mundo es de dos a tres hijos(as).³² Sin embargo, hay muchas excepciones, especialmente en el África Subsahariana. Las mujeres en Níger y la República Democrática del Congo, por ejemplo, tienen un promedio de seis o más hijos(as) y, según las tendencias recientes, se proyecta que tengan una familia numerosa de cinco a seis hijos(as) en promedio en 2030. Los países de bajos ingresos seguirán creciendo durante algún tiempo y representarán una gran proporción del crecimiento de la población mundial en el siglo XXI.

Como resultado, las autoridades de salud en los países de ingresos bajos y medios deben satisfacer las necesidades existentes de servicios de SSR y planificar las necesidades de las poblaciones en crecimiento. Además, estos países también están experimentando un aumento en las enfermedades crónicas no transmisibles. La creciente prevalencia de factores de riesgo como hipertensión, diabetes y obesidad agregan complejidad a la atención de SSR.³³

Finalmente, a medida que las mujeres y los hombres de todo el mundo se casan a edades más tardías y se demoran en tener hijos(as), es más probable que busquen atención relacionada con la infertilidad. La necesidad de tal atención está surgiendo en países de todos los niveles de ingresos, pero es probable que los servicios estén menos disponibles en países de bajos ingresos. En Estados Unidos, aproximadamente 17% de todas las mujeres de 25 a 44 años ha utilizado servicios de infertilidad y 41% de las personas con problemas de fertilidad lo ha hecho.³⁴

Desplazamiento y conflicto

Los problemas de SDRS se acentúan entre poblaciones desplazadas y refugiadas, cuyo número ha aumentado dramáticamente en las últimas décadas. Se estima que había 65,6 millones de personas desplazadas por la fuerza a fines de 2016, y el número de retornos de refugiados ha disminuido considerablemente, lo que refleja que muchos más refugiados permanecen en el exilio y en situaciones prolongadas, que en décadas anteriores.³⁵ El desplazamiento a menudo ocurre a causa de la guerra y conflictos políticos, pero también puede ser resultado de estrés ambiental o conflictos por recursos limitados. En los últimos 20 años ha habido un promedio de 340 desastres naturales por año, que afectan a 200 millones de personas anualmente.³⁶

Las mujeres y las niñas en situaciones de emergencia tienen mayor necesidad de servicios de SSR debido a estar en más riesgo de contraer ITS, incluido VIH, de tener embarazos no deseados o no planeados, de muerte y enfermedad materna y de violencia sexual y de género.³⁶ En Colombia, durante un periodo de conflicto interno, aproximadamente 21 niñas de 10 a 14 años fueron violadas diariamente, aproximadamente 7,500 por año.³⁷ Las agencias humanitarias mundiales se ven forzadas a abordar las necesidades básicas en contextos frágiles, y muchas no responden adecuadamente a las necesidades de SDRS. Las perspectivas de mejora no son favorables, ya que el número de personas desplazadas sigue en aumento.

Cambio climático

El cambio climático podría llevar a movimientos de población aún mayores, así como a revertir los beneficios del desarrollo; los científicos consideran que es la mayor amenaza para la salud en el siglo XXI.³⁸ Combatir el cambio climático y sus impactos también es uno de los ODS (**Apéndice, Tabla 1**). Los efectos directos del cambio climático, que incluyen golpes de calor, inundaciones, sequías y tormentas intensas, amenazan la salud de las personas a través de cambios adversos en la contaminación del aire, la propagación de enfermedades, la inseguridad alimentaria y la desnutrición, el desplazamiento debido a la destrucción de hogares y comunidades, y mala salud mental.³⁹

La SDRS está vinculada con el cambio climático porque la salud de las poblaciones futuras afectará la capacidad de los países para resistir y adaptarse. Las estrategias de salud pública probablemente acompañarán los esfuerzos de adaptación y mitigación del clima de los países. Muchos expertos ven el acceso universal a la planificación familiar (PF) voluntaria como una estrategia de desarrollo "compatible con el clima"⁴⁰ porque ayuda a las mujeres y les permite a las parejas elegir el número y el espaciamiento de sus hijos(as).

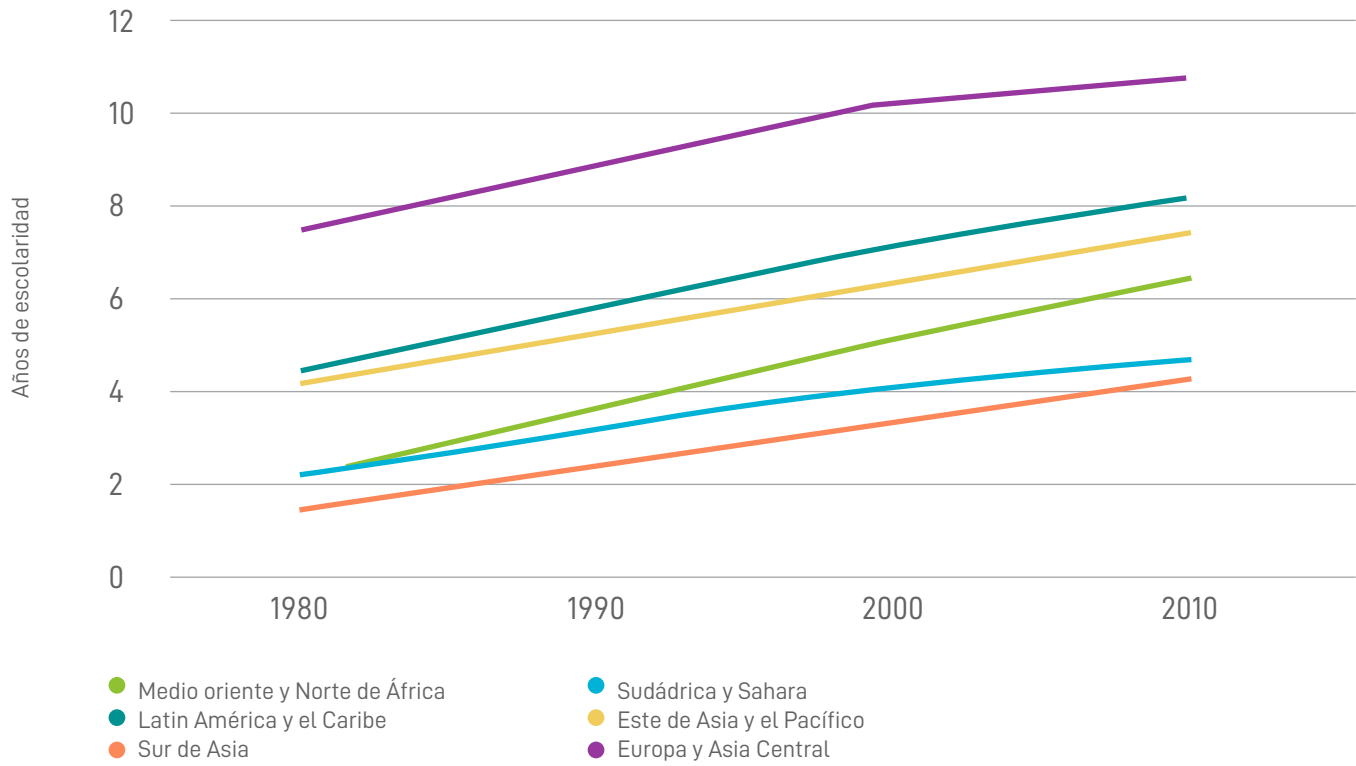
El crecimiento de la población es uno de los factores que impulsan el cambio climático, pero la relación es compleja.⁴¹ Si bien las naciones de recursos más bajos tienen tasas más altas de crecimiento de población, sus ciudadanos contribuyen menos a las emisiones globales de carbono, en una base *per cápita*, incluso mientras soportan una carga desproporcionada del impacto del cambio climático en la salud del planeta. El exceso de consumo de los países ricos y las ineficiencias en la producción y el consumo se encuentran entre las principales causas del cambio climático.⁴² La adopción de un enfoque basado en los derechos humanos y la equidad es un principio central para la salud de la población y la sostenibilidad ambiental, y ofrece una manera constructiva y positiva de avanzar en este desafiante tema.

Determinantes sociales, económicos y culturales de SDRS

La evidencia de todo el mundo muestra consistentemente que ciertas características (educación superior, mayor riqueza del hogar y residencia urbana) se asocian con menores niveles de muerte y discapacidad debido a problemas de SSR. Un mayor logro educativo mejora la capacidad de las mujeres para tener acceso a la información y a los servicios y para ejercer un mayor control sobre sus vidas reproductivas.⁴³ Para las mujeres, una mayor educación se asocia con un mejor acceso a la atención médica, menos nacimientos⁴⁴ y niños(as) más sanos(as) y mejor educados(as), y para los hombres se asocia con una mayor participación en el cuidado infantil y actitudes más equitativas sobre los roles de hombres y mujeres.⁴⁵

El mundo ha visto mejoras dramáticas en la educación de las mujeres; sin embargo, los niveles siguen siendo bajos en algunas regiones. El promedio de años de escolaridad para mujeres de 15 años y más ha aumentado constantemente en todas las regiones desde la década de 1980 (**Figura 2**). A partir de 2010, la mayoría de hombres y mujeres jóvenes en las regiones en desarrollo ya han tenido alguna educación secundaria o superior.⁴⁶ En particular, la brecha entre la educación femenina y masculina en todo el mundo se está cerrando gradualmente, en consonancia con los objetivos de desarrollo mundial.

Figura 2. Promedio de años de escolaridad en mujeres de 15 años y más, 1980-2010, por región del mundo



Nota: Datos no disponibles para América del Norte. El promedio de años de escolaridad de mujeres en EE. UU. fue de 11.9 en 1980 y ha sido sistemáticamente superior a 12 desde 1985.⁴⁶
Fuente: Barro & Lee, 2013.⁴⁶

El aumento de participación de las mujeres en la fuerza laboral formal, junto con las cambiantes normas de género y las familias más pequeñas, ha abierto el camino para que los hombres asuman un papel más activo en el cuidado y la administración del hogar. Un estudio de 20 países desarrollados encontró que entre 1965 y 2003 la participación en el trabajo doméstico y el cuidado de los(as) niños(as) por parte de los hombres casados que laboran, aumentó sustancialmente seis horas a la semana en promedio, desde un promedio de referencia de 11 horas a la semana.⁴⁷ A pesar de estos logros, el reparto de responsabilidades domésticas sigue siendo extremadamente desigual. Las mujeres ahora representan 40% de la fuerza laboral formal a nivel mundial, pero continúan desempeñando de dos a 10 veces más el cuidado y el trabajo doméstico que los hombres.⁴⁸

La disminución en la proporción de personas que viven en pobreza en todo el mundo también es una tendencia que contribuye al bienestar porque las familias con más ingresos disponibles pueden evitar riesgos de salud y pagar por atención médica. Además, un nivel socioeconómico más alto generalmente se asocia con mejor salud, incluida mejor SSR. Sin embargo, debido

al rápido crecimiento de la población, gran número de personas todavía vive en la pobreza en algunas regiones. En el África Subsahariana, por ejemplo, la proporción de personas que viven por debajo del umbral de pobreza disminuyó de 57% a 43% entre 2002 y 2012, pero el número absoluto apenas cambió.⁴⁹

La urbanización está aumentando en todo el mundo,⁵⁰ con impactos potencialmente positivos y negativos en SDR. La concentración de los servicios de salud en áreas urbanas ha mejorado la salud para algunos, pero también ha intensificado las inequidades en su atención dentro de áreas urbanas y entre poblaciones urbanas y rurales.⁵¹ Un estudio de 2015 encontró que 56% de la población rural mundial carece de acceso a servicios esenciales de atención médica, en comparación con 22% de los residentes urbanos.⁵² Sin embargo, las ciudades son heterogéneas y casi todas en países de ingresos bajos y medios tienen grandes poblaciones en barrios marginales que generalmente tienen mayores riesgos para la salud y menor acceso a la atención, en comparación con otros residentes urbanos. Un estudio de cinco ciudades principales en África Subsahariana, por ejemplo, reveló una iniciación de la sexualidad a edades más tempranas, menor uso de condones y más parejas sexuales entre residentes de barrios marginales, en comparación con no-residentes de barrios marginales en los cinco entornos.⁵³

Desvinculación del sexo, el matrimonio y la reproducción

Históricamente, la mayoría de las sociedades ha aprobado la actividad sexual y la maternidad de las mujeres sólo dentro del matrimonio. Pero a medida que los(as) jóvenes permanecen en la escuela por más tiempo y se casan más tarde, estos eventos se desvinculan cada vez más, cambiando el tiempo y el tipo de información y servicios de SSR necesarios. El matrimonio no siempre precede a la actividad sexual y ni la actividad sexual ni el matrimonio conducen necesariamente al embarazo y al parto.

Además, en parte debido al aumento en la edad al primer matrimonio y en parte debido a las normas y valores cambiantes, la maternidad fuera de un matrimonio formal se ha vuelto más común en todo el mundo. Se estima que 15% de los nacimientos en el mundo se encuentra en esta categoría, con enorme variación entre países y regiones. En los países donde los nacimientos fuera del matrimonio conllevan una fuerte desaprobación social, incluidos China, India y la mayoría de los países del norte de África, Asia Occidental y Meridional, la proporción de nacimientos fuera del matrimonio es baja, por lo general menos de 1%. En contraste, en muchos países de Europa, América Latina y América del Norte, más de la mitad de nacimientos ocurre fuera de matrimonios formales.⁵⁴ Muchos de estos niños(as) viven con padres que conviven.⁵⁴

Cambio de las normas de género

Entre los cambios sociales y culturales que se producen en todo el mundo, se están reconsiderando los roles que desempeñan mujeres y hombres en la familia, la sociedad y la economía. Las normas de género, que están definidas por la cultura y se expresan a través de los roles que desempeñan hombres y mujeres, ejercen una poderosa influencia en SDR. Hombres y mujeres tienen un estatus desigual en casi todas las sociedades, lo que resulta en menos oportunidades fuera del hogar y menos autonomía de las mujeres con respecto al comportamiento sexual, el matrimonio y la toma de decisiones reproductivas.^{55, 56}

Las investigaciones han demostrado que hombres y niños que tienen puntos de vista más rígidos sobre masculinidad, como creer que los hombres necesitan el sexo más que las mujeres, que los hombres deben dominar a las mujeres y que las mujeres son “responsables” de las tareas domésticas, tienen más probabilidades de informar haber usado violencia contra una pareja, haber tenido una ITS, haber sido arrestados y haber abusado de sustancias.⁵⁷ Las normas sobre masculinidad también pueden desalentar que los hombres busquen atención médica, siendo sujetos de vulnerabilidades como ITS no tratadas, bajas tasas de pruebas y tratamiento de VIH y menor cumplimiento del tratamiento.⁵⁸ Cuando las mujeres se casan con hombres que tienen más experiencia sexual, sin saberlo, pueden exponerse a estas infecciones.

Las normas de género a menudo crean un doble estándar con respecto al comportamiento sexual de hombres y mujeres; por ejemplo, las mujeres solteras que participan en actividades sexuales se avergüenzan mientras se celebra a sus compañeros hombres que hacen lo mismo. El estigma social puede impedir que las mujeres solteras busquen atención de SSR, especialmente la anticoncepción y el aborto.⁵⁵ En sociedades donde los hombres son socialmente dominantes, pueden actuar como guardianes, limitando el acceso de las mujeres a la información y los servicios sexuales y reproductivos.⁵⁹ La desigualdad del poder también puede resultar en mala comunicación entre parejas sobre sexo y anticoncepción. Las mujeres que actúan de forma independiente para prevenir el embarazo podrían provocar una reacción violenta de sus parejas, lo que llevaría a las mujeres a recurrir al uso de anticonceptivos de manera encubierta.⁶⁰ Por el contrario, en sociedades con normas de género más equitativas, el apoyo de los hombres a la autonomía y los derechos de las mujeres puede facilitar el acceso de éstas a información y servicios.

Leyes, políticas y programas que afectan la salud y la atención médica

Las leyes y políticas nacionales también han evolucionado a lo largo del tiempo, proporcionando marcos y estableciendo reglas para la implementación de programas y servicios relacionados con SDR. En algunos casos, brindan garantías o protecciones de derechos humanos; en otros, imponen limitaciones. Por ejemplo, las leyes que restringen el acceso de mujeres y adolescentes a los servicios de salud al exigir la autorización de terceros, las leyes que exigen que los prestadores de servicios faciliten información personal -violando la confidencialidad del usuario(a)- y las leyes que penalizan las relaciones entre personas del mismo sexo, pueden impedir que las personas busquen y reciban la información y los servicios que necesitan. De manera similar, muchos países aplican la ley penal para prohibir la disposición y el acceso a servicios de aborto, lo que tiene importantes implicaciones para las mujeres que experimentan un embarazo no planeado o no deseado.

La coerción en la toma de decisiones reproductivas, cualquiera que sea la forma que tome, es una violación de los derechos humanos. Obligar a una mujer a interrumpir un embarazo que desea o a continuar con un embarazo que no desea, viola el derecho a decidir libremente si se desea tener un hijo(a) y cuándo, así como el derecho a que el gobierno respete y garantice esa decisión.⁶¹ Uno de los ejemplos más extremos de intervención gubernamental en la reproducción, la política de un(a) solo(a) hijo(a) de China, se promulgó en 1980 para restringir el crecimiento de la población y maximizar el crecimiento del PIB. La política se relajó en 2016 como respuesta a sus consecuencias sociales y económicas involuntarias, incluido el envejecimiento de la población y la proporción de sexos inclinada hacia los hombres.⁶²

El entorno político puede determinar si los países defienden, ignoran o suprimen la salud y los DSR. La política en Estados Unidos, por ejemplo, el mayor donante gubernamental para programas de salud a nivel mundial, ha tenido repercusiones en países de ingresos bajos y medios que reciben asistencia de salud de Estados Unidos. Bajo administraciones conservadoras, el gobierno de EE.UU. ha aplicado una política que prohíbe la financiación a ONG extranjeras que brindan o abogan por el aborto, incluso con fondos no estadounidenses. Los efectos de esta regla se han sentido ampliamente, incluyendo recortes en programas efectivos de SSR en África subsahariana y en América Latina y el Caribe. La evidencia muestra que la política incluso tuvo un efecto contrario a la intención original, lo que incrementó los abortos y embarazos no deseados.^{63,64} En cambio, en otros países, la política ha cambiado a favor de la expansión de los programas de SSR. El fuerte liderazgo político en Ruanda y Malawi ayudó al aumento importante en el uso de anticonceptivos modernos y atención de salud materna entre las poblaciones de recursos más bajos, rurales y menos educadas.^{65,66}

Los recursos humanos y financieros limitados, y la falta de compromiso político en algunos casos, han impedido que los sistemas de atención médica en países de ingresos bajos y medios ofrezcan servicios integrales de SSR. Por lo general, los servicios de atención médica financiados con fondos públicos brindan servicios de salud materna, neonatal e infantil y, en menor medida, de PF.⁶⁷ Donde el VIH es endémico, los servicios de VIH/SIDA a menudo han recibido asistencia prioritaria y de donantes externos. Sin embargo, los financiamientos nacional e internacional para otros servicios de SSR relacionados con el aborto, las ITS, la violencia sexual, la función sexual, la infertilidad y los cánceres reproductivos, han sido mucho más limitados.

Como parte de los ODS, los gobiernos han acordado trabajar hacia la cobertura universal de salud (CUS), para que todos puedan obtener atención médica sin ser forzados a la pobreza.² Pagar por atención médica como gasto extra supone una pesada carga financiera para los hogares en muchos entornos y puede evitar que algunas personas busquen atenderse. El objetivo de la CUS es que todos tengan acceso a atención médica esencial de alta calidad sin riesgo de dificultades financieras (**panel 4**).

Panel 4. Cobertura universal de salud y salud y derechos sexuales y reproductivos

En consonancia con el tema general "No dejar a nadie atrás", el ODS 3 sobre salud se centra en lograr la CUS. Varios principios están incorporados en la CUS: la equidad en el acceso a los servicios de salud sin el riesgo de dificultades financieras; la prestación de servicios de alta calidad que puedan mejorar la salud, y la realización progresiva, lo que significa que cada país puede hacer un progreso continuo independientemente de su punto de partida. La equidad en el acceso significa que todos deben recibir servicios, no sólo los que pueden pagarlos. Un enfoque progresivo hacia la CUS daría prioridad a las reformas que abordan las inequidades desde el principio, beneficiando a las personas menos favorecidas en mayor o igual grado que las personas que tienen más ventajas.^{67,68}

Sin embargo, los esfuerzos para implementar la CUS no han tenido un éxito uniforme. Un estudio reciente que creó un índice de cobertura de servicios esenciales de salud en 183 países determinó que el valor de la mediana era de sólo 65 sobre 100 (rango 22-86). La cobertura de servicios mediana fue 27% menor en el quintil de riqueza más pobre en comparación con la población nacional. Las lecciones de la implementación en países han demostrado que para que la CUS pueda abordar con éxito la inequidad, los sistemas de salud deben enfocar sus esfuerzos para llegar a los grupos desfavorecidos, en lugar de atender a aquellos que son más fáciles de alcanzar.⁶⁸ Los sistemas financieros deben recaudar y aportar recursos, y comprar y proporcionar estratégicamente los servicios prioritarios acordados.

El ODS 3 responsabiliza a los países de brindar acceso a servicios de salud básicos, incluida información y asesoramiento, en áreas como salud materna e infantil, PF, nutrición y prevención y manejo de enfermedades infecciosas y no transmisibles.² Sin embargo, los objetivos e indicadores de los ODS omiten muchos servicios de SDRS y, como resultado, los gobiernos pueden asignarles una prioridad baja.

Tecnología e innovación

Los avances tecnológicos han transformado la SSR de muchas maneras y se puede esperar que lo sigan haciendo. La anticoncepción moderna es sin duda la intervención más revolucionaria en la SSR del siglo XX, lo que facilita la desvinculación de las relaciones sexuales y la reproducción, y permite a las parejas elegir el número y espaciamiento de sus hijos(as). La terapia antirretroviral para el VIH ha salvado millones de vidas y ha cambiado el curso de la pandemia del SIDA. Los métodos de aborto con medicamentos han permitido a las mujeres reducir la dependencia de los sistemas de salud débiles e interrumpir un embarazo en la privacidad de sus hogares. La tecnología de la información del siglo XXI ya ha transformado la forma en que las personas forman y mantienen relaciones y reciben información sobre salud.

Las nuevas tecnologías tienen el potencial para otras mejoras en SDRS e incluyen implantes anticonceptivos más nuevos y más fáciles de usar;⁷⁰ nuevos métodos anticonceptivos para hombres; nuevas formas de tratamiento antirretroviral para personas que viven con el VIH, y tecnologías de reproducción asistida de bajo costo para parejas infértiles. Además, la explosión de los medios digitales a nivel mundial, especialmente el uso de teléfonos móviles, está creando nuevas oportunidades de información y asesoramiento sobre SDRS. En este informe se discutirán muchas de estas innovaciones en las secciones 4 y 7.

SECCIÓN 4

Necesidades de información y servicios de SDSR

Para cumplir con su SDSR, prácticamente todos(as) necesitan información y servicios en múltiples momentos durante sus vidas. Este informe revisa siete áreas de información y servicios de SSR, que se muestran en la **Figura 3**, que deberían estar disponibles universalmente y especialmente para aquellos que enfrentan obstáculos inusuales para recibir atención. Los grupos de personas que tienen necesidades distintas o que enfrentan mayores obstáculos para la atención, se analizan en la **Sección 5**. Nuestro enfoque principal es en las personas que viven en países de bajos y medianos ingresos, para quienes las necesidades son mayores, pero también proporcionamos comparaciones con países de altos ingresos y con promedios mundiales, si están disponibles.

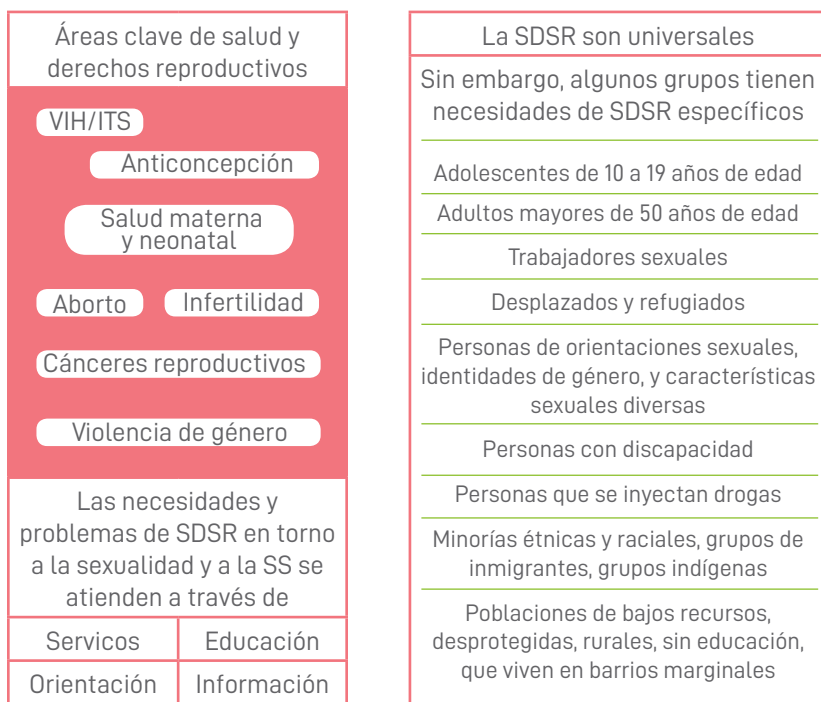
Para cada componente de la SDSR en la Figura, en esta sección se analizarán las necesidades humanas, las brechas en los servicios y los obstáculos que deben superarse. Algunos componentes del servicio se han estudiado extensamente (anticoncepción, atención médica materna y neonatal y VIH/SIDA), mientras que otros, como las ITS distintas del VIH, la violencia de género, la infertilidad y los cánceres relacionados con el sistema reproductivo, han recibido mucha menos atención. Aunque cada uno de estos siete componentes es importante por sí mismo, las personas pueden necesitar más de un servicio a la vez durante su vida, cuando se interconectan.

Algunas limitaciones en el informe son inevitables. Si bien la SS se define de manera integral para incluir la función, la satisfacción y el placer, estos aspectos han estado muy ausentes de los programas organizados de SDSR y sus vínculos con la SR se han estudiado muy poco.⁷¹

Del mismo modo, los grupos de edad cubiertos en el informe se limitan a lo que permite la evidencia disponible. La evidencia que se presenta corresponde principalmente a estudios de mujeres de 15 a 49 años y hombres de 15 a 59 años, edades para las que los datos de las encuestas de SR están generalmente disponibles. Las mujeres de 15 a 49 años y los hombres de 15 a 59 son 1,9 mil millones y 2,4 mil millones respectivamente.³¹ También se proporciona información limitada sobre

adolescentes de 10 a 14 años de edad, población que merece más estudio. Se reconoce que el límite superior de edad de reproducción es superior a 59 años para los hombres y puede ser superior a 49 años para algunas mujeres, y la sexualidad no tiene límite de edad superior. Los aumentos en la esperanza de vida y el envejecimiento saludable están llevando a un mayor número de personas sexualmente activas a edades mayores, con implicaciones para la salud y los DS. Más adelante se hacen recomendaciones para investigaciones adicionales sobre grupos de personas poco estudiados y el espectro de cuestiones relacionadas con la sexualidad. Sin embargo, este informe se centra en gran medida en las edades fértiles centrales para las que hay evidencia disponible y hace recomendaciones basadas en éstas.

Figura 3: Áreas de enfoque de la SDSR y poblaciones necesitadas



Los individuos tienen autonomía y elección para el acceso a servicios

En todo el mundo los resultados de las encuestas generalmente muestran que las personas con menos educación, que viven en áreas rurales y tienen menos recursos, tienen mayores necesidades insatisfechas de servicios de SSR que aquellas que tienen más educación, viven en áreas urbanas, y tienen una mejor condición. Los datos representativos sobre otras personas marginadas, como las trabajadoras sexuales, las personas desplazadas, los refugiados y los residentes de barrios marginales, son limitados porque a menudo no se les puede realizar una encuesta en un hogar. Los grupos de personas que tienen necesidades distintas o que enfrentan mayores obstáculos para la atención, se analizan en la Sección 5.

El informe aborda las necesidades de SDR a nivel mundial, en la medida en que los datos lo permiten. Dado el interés de la Comisión para atender las necesidades de las personas en países de ingresos bajos y medios, se proporcionan datos sobre países agrupados por nivel de ingresos, cuando sea posible. Sin embargo, debido a las restricciones de información para algunos aspectos de SDR, se muestran datos para las regiones en desarrollo, la composición utilizada por la División de Población de las Naciones Unidas. Solo 3% de la población de regiones en desarrollo vive en países de altos ingresos; los pocos países involucrados están en Asia y América Latina y el Caribe. Puede encontrar una lista completa de países incluidos en cada uno de los sistemas de agrupación en la **Tabla 2 del apéndice**.

Prevención y atención de la violencia de género

En todo el mundo, más de una de cada tres mujeres experimenta violencia de pareja íntima o violencia sexual sin pareja en su vida.⁷² La violencia de pareja íntima, la forma más común de violencia de género, ocurre a temprana edad; se estima que 29% de las adolescentes de 15 a 19 años que alguna vez tuvieron pareja la han experimentado. La violencia está profundamente arraigada en la desigualdad de género y tiene graves consecuencias para la salud física y mental y el bienestar, lo que dificulta el logro de otros objetivos sociales y económicos. Si bien la violencia contra las mujeres es un problema existente desde hace tiempo, no se han implementado respuestas efectivas, especialmente la prevención, a gran escala.

Definición del problema

La violencia de género es cualquier acto de violencia que se inflige a una persona debido a su género u orientación sexual. La violencia puede tomar diferentes formas: físicas, sexuales y/o psicológicas, y abarca prácticas dañinas como el matrimonio infantil, el tráfico sexual, los asesinatos por honor, el aborto selectivo, la mutilación genital femenina, y el acoso, hostigamiento y abuso sexual;⁷³ se usa a menudo como arma de guerra en situaciones de conflicto.⁷⁴ Aunque la mayor parte de la violencia de género se inflige a mujeres y niñas, los hombres y los niños también pueden verse afectados, especialmente durante la infancia, si no se ajustan a las normas sociales sobre orientación sexual e identidad de género, y durante períodos de conflicto.⁷⁵ La mayoría de perpetradores son parejas íntimas, definidas como parejas sexuales pasadas o actuales, aunque a veces son familiares, amigos(as), conocidos(as), extraños(as), maestros(as), colegas, militares o policías.⁷²

El Objetivo 5 de los ODS incluye metas que exigen la eliminación de la violencia contra las mujeres y todas las prácticas dañinas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación (o corte) genital femenina, para 2030. La mutilación o corte genital femenino, usualmente realizada a edades tempranas, en las niñas de 0 a 14 años de edad, es una práctica tradicional que tiene como objetivo reducir el deseo sexual en las mujeres y hacerlas "casaderas" desde una perspectiva cultural. Es una forma extrema de discriminación contra las mujeres y una violación de sus derechos humanos, es decir, su derecho a la salud, la seguridad y la integridad física, y a no sufrir tortura ni tratos crueles, inhumanos o degradantes.⁷⁶ Se asocia con una variedad de complicaciones, que incluyen sangrado severo, problemas para orinar, infecciones y complicaciones en el parto. Al menos 200 millones de niñas y mujeres en 30 países, principalmente en África, Medio Oriente y Asia, han sido sometidas a esta práctica.⁷⁷

Alcance de la violencia de pareja y la violencia sexual contra las mujeres

La violencia de pareja íntima (VPI) es alarmantemente común. En todo el mundo se estima que 30% de las mujeres de 15 años o más, que se han emparejado alguna vez, reportaron haber sufrido violencia física o sexual en algún momento de sus vidas⁷² (no se dispone de datos comparables entre países sobre violencia emocional o psicológica). La proporción de mujeres que informan de VPI varía ampliamente según el país (**Figura 4**). Parte de esta variación podría deberse a diferentes niveles de subregistro, pero se necesita más investigación para comprender las variaciones. Los informes de mujeres sobre VPI en los últimos 12 meses varían de 1% en Canadá a 51% en Bangladesh. Algunas mujeres experimentan violencia durante el embarazo, que generalmente es perpetrada por el padre biológico del niño(a) que está gestando. En países con datos de encuestas demográficas y de salud, de 2 a 16% de mujeres embarazadas reportó haber sufrido violencia durante el embarazo.⁷⁸

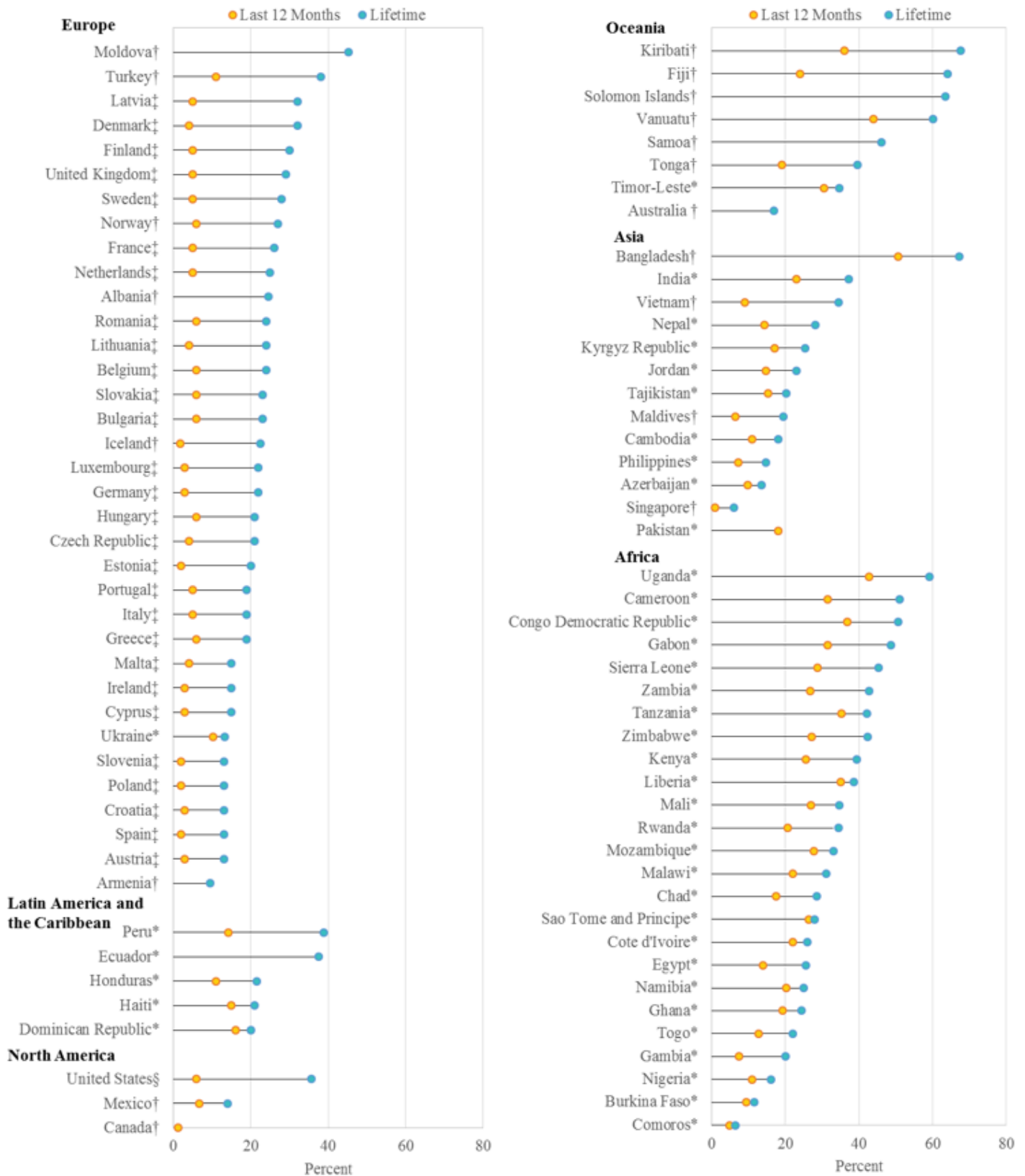
La violencia sexual no relacionada con la pareja, perpetrada principalmente por conocidos(as) o extraños(as), afecta a aproximadamente a 7% de mujeres en todo el mundo.⁷⁹ Las estimaciones de prevalencia para este tipo de violencia son más altas en África Central (21%), África meridional (17%) y Australasia (Australia y Nueva Zelanda) 16%.⁷⁹

Los estudios muestran que los hombres son los perpetradores habituales de VPI y violencia sexual. La Encuesta Internacional de Hombres y Equidad de Género, una encuesta multipaís sobre actitudes y prácticas masculinas, reveló que entre 18% y 46% de los hombres informa haber participado en violencia física con una pareja íntima, y proporciones ligeramente más altas de mujeres informan haber experimentado tal violencia.^{80, 81} Los factores asociados con el uso de la violencia de los hombres contra sus parejas incluyen presenciar o experimentar violencia en la infancia, actitudes rígidas de género, poder económico y social de los hombres sobre las mujeres, estrés laboral, desempleo, pobreza y abuso del alcohol.⁴⁵

Consecuencias de la violencia de pareja

En términos generales, la violencia de pareja resulta de, y perpetúa, un desequilibrio de poder entre las parejas en una relación íntima, con graves consecuencias para la salud y el bienestar. Específicamente, la VPI o sin pareja puede provocar trauma psicológico y estrés, lesiones físicas leves a graves y, en los casos más extremos, la muerte.⁷² Las mujeres que han experimentado la VPI son más propensas a tener problemas de salud física y problemas de salud mental, a intentar suicidio y, en algunos entornos, a tener tasas más altas de VIH que aquellas que no la han experimentado.⁷² Además, las mujeres que experimentan violencia durante el embarazo tienen más probabilidades de tener embarazos no deseados, abortos inducidos, abortos involuntarios, mortinatos e hijos(as) con bajo peso al nacer.^{82, 83} Las mujeres que experimentan violencia sexual sin pareja también corren mayor riesgo de abuso de alcohol, drogas y trastornos de salud mental.⁷²

Figura 4. Proporción de mujeres que ha experimentado violencia de pareja (física y/o sexual) durante su vida y en los últimos 12 meses, 2000–2015



Nota: No todos los países tienen datos disponibles para la prevalencia de la violencia de pareja en los últimos 12 meses y para toda la vida.

† Los datos de los grupos de edad cubiertos difieren entre países desde 2000-2013, Tabla 6.3 en Naciones Unidas. The World's Women 2015: Tendencias y estadísticas.⁸⁴

‡ Datos de mujeres de 17 a 74 años que se han emparejado alguna vez en 2012 de las Tablas 2.1 y 2.3 de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2014, Violencia contra las mujeres: una encuesta en toda la UE.⁸⁵

* Datos de Encuestas de Salud Demográfica (Statcompiler). Mujeres alguna vez emparejadas entre 15 y 49 años en 2000-2015.⁷⁸

§ Datos de mujeres de 18 años o más sobre sus experiencias de violación, violencia física y/o acoso en la Tabla 4.1 en Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., *et al.*⁸⁶

Obstáculos para la atención y el apoyo

En los países que tienen políticas sobre la violencia de género, la traducción de las políticas a programas nacionales e institucionalizados ha sido extremadamente lenta. La atención pública generalizada se centró en el asunto de manera relativamente reciente (**Panel 5**).¹³⁴ Si bien la evidencia sobre la magnitud y el impacto de la VPI y la violencia sexual de no-parejas ha crecido en los últimos años, con más estudios de prevalencia a nivel nacional que utilizan métodos comparables, el mayor desafío ha sido llevar la programación prometedor y basada en evidencia a una escala suficiente.¹³⁵ Además, hay pruebas limitadas sobre cómo prevenir la violencia basada en género en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos, así como brechas masivas en los servicios para sobrevivientes de violencia sexual en estas situaciones.

4

Panel 5. Puntos de inflexión

Una tarde de diciembre de 2012, una pasante de paramédico de 23 años en Delhi, India, fue violada brutalmente por un grupo de seis jóvenes que viajaban en un autobús público al cual subió. Por lo general, la violencia sexual y el acoso sexual contra mujeres, en la mayoría de países son lo suficientemente comunes como para no ser noticia. No se reportan en muchos casos y, por lo general, la policía no los persigue de manera efectiva incluso cuando se reportan.

Pero este evento sacudió a las comunidades locales, nacionales e internacionales. En los días y meses posteriores a la violación, especialmente después de que la joven murió por las lesiones sufridas, hubo decenas de protestas públicas, demandas de mejores leyes y llamados para una aplicación más rápida de las leyes en toda la India y en otros países. El caso "Nirbhaya" (el seudónimo dado a la joven, que significa intrépida) de violación tumultuaria, marcó un punto de inflexión en el activismo contra la violencia sexual en varios frentes: una atención más seria al tema en los medios de comunicación, informes más frecuentes de tales crímenes, procedimientos acelerados para juzgar casos de violación en India, aceleraron reformas legales sobre la violencia sexual en el Parlamento de India y mantuvieron discusiones políticamente menos prudentes sobre violencia sexual en plataformas internacionales, como la ONU.

El caso también expuso la mentalidad que afecta a muchas partes del mundo, porque algunas figuras políticas, líderes religiosos, abogados y otros profesionales hicieron comentarios sexistas y degradantes sobre el asunto, culpando a la joven y a las víctimas de violación en general, por buscarse problemas por la forma en que se visten, cómo se mueven en público, cómo socializan con amigos varones sin pareja, etc. Esta exposición pública de prejuicios, a su vez, impulsó a los activistas a hacer demandas más fuertes de cambio.

En octubre de 2017, el *hashtag* #MeToo de Twitter se volvió viral, con miles de mujeres compartiendo sus experiencias de violencia y abuso sexual. La explosión de historias personales se produjo después de una avalancha de acusaciones contra un destacado productor de películas, que resultó en su expulsión de la Academia de Artes y Ciencias Cinematográficas de EE.UU. Sin embargo, la atención sobre acoso y abuso sexual no se limitó a Hollywood, sino que se extendió por todo Estados Unidos y en todo el mundo. Las historias iban desde la calle hasta el lugar de trabajo, desde avances no deseados hasta la coerción y la violación. #MeToo fue crucial para enfrentar el estigma y la vergüenza asociados con el hostigamiento o el abuso sexual; demostró que la violencia sexual no es un hecho aislado sino un problema profundamente arraigado en la sociedad.

#MeToo logró lo que Tarana Burke quería cuando lo tuiteó por primera vez en 2006: creó conciencia sobre la abrumadora prevalencia del acoso sexual y pidió que los responsables rindan cuentas. En EE.UU. #MeToo logró eliminar a los perpetradores, desde directores ejecutivos a funcionarios electos, de sus posiciones de poder, posiciones que les habían permitido cometer estos actos en primer lugar. Este movimiento de las redes sociales no sólo demostró el poder de la fuerza en los números, sino también la posibilidad de provocar un cambio cultural rechazando la vergüenza y el estigma, y exigiendo estándares más altos.

Para las y los sobrevivientes de violencia, las barreras para tener acceso al tratamiento y a los servicios relacionados son numerosas. Quizás lo más importante es que las creencias y prácticas normativas profundamente arraigadas en comunidades dominadas por hombres, que ponen a las mujeres en riesgo de violencia, también les impiden buscar atención y apoyo. Además, las fuerzas del orden no capacitadas, ineptas y/o corruptas, a menudo victimizan aún más a las mujeres que han sufrido violencia;¹³⁴ y contar con flujos de financiación estables, integrados en los ministerios y los presupuestos nacionales para combatir la VPI y la violencia sexual, sigue siendo un gran desafío.

La promesa de prevención

La ampliación de los esfuerzos de prevención para poner fin a la violencia de género ha sido lenta, a pesar de la creciente evidencia sobre una gama de programas efectivos: iniciativas de microfinanzas para mujeres vinculadas con la capacitación que busca transformar las relaciones de género; intervenciones comunitarias para cambiar las normas sociales; educación grupal de hombres y niños combinada con alcance comunitario, y órdenes de protección y refugios.⁸⁷ Los programas de reducción de alcohol y los programas para padres para reducir el abuso infantil también han sido prometedores porque pueden reducir los factores de riesgo de violencia.

La falta de ampliación de los programas de prevención basados en la evidencia significa que la aceptación de las normas que apoyan la autoridad masculina, la obediencia femenina y las golpizas a la esposa, pueden continuar de una generación a la siguiente. Como es el caso de otros problemas de SDR, los gobiernos deben tener en cuenta la evidencia existente en la planificación a nivel nacional y destinar recursos adecuados para esos planes.

VIH/SIDA y otras ITS

El VIH, la ITS más mortal, sigue siendo una gran amenaza para la salud pública a pesar del enorme progreso en el control de la epidemia y la salvación de vidas en los últimos 15 años.⁸⁸ Jóvenes, hombres de todas las edades y poblaciones clave se están quedando atrás, y cada vez hay más pruebas de que el objetivo de ONUSIDA 90-90-90 (que 90% de todas las personas que viven con VIH conozca su estado de VIH, que 90% de personas con diagnóstico de VIH reciba terapia antirretroviral y que 90% de personas que recibe terapia antirretroviral logre la supresión viral) no controlarán la epidemia.^{89, 90} Al mismo tiempo, las ITS distintas del VIH reciben poca atención en las políticas y servicios de salud, aunque también contribuyen en gran medida a la carga de las infecciones de SSR en todo el mundo. La OMS estima que más de 1 millón de ITS se adquieren todos los días alrededor del mundo. La falta de conocimiento, combinada con el estigma social persistente que rodea a las ITS, impiden que muchas personas busquen y reciban asesoramiento, pruebas y tratamiento.

Definición del problema

De más de 30 bacterias, virus y parásitos que se transmiten por contacto sexual, ocho son los más comunes. Actualmente, cuatro de éstos son curables: sífilis, gonorrea, clamidia y tricomoniasis. Los otros cuatro -VIH, hepatitis B, virus del herpes simple y virus del papiloma humano (VPH)-son infecciones virales y son incurables, aunque sus síntomas pueden controlarse y la progresión de la enfermedad puede alterarse.⁹¹ Los y las jóvenes son especialmente susceptibles a las ITS, pero las personas sexualmente activas pueden estar en riesgo de infección a lo largo de la vida.

La gonorrea y la clamidia son causas importantes de enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad en mujeres (página 50). El VPH es una de las ITS más comunes y algunos tipos pueden provocar cáncer de cuello cérvico-uterino. Ciertas ITS como el herpes, la sífilis y la gonorrea, pueden aumentar el riesgo de contraer VIH, (página 53) y varias ITS, incluidos el VIH y la sífilis, pueden transmitirse de madre a hijo(a).⁹¹ La transmisión de madre a hijo(a) de la sífilis puede causar muerte fetal, muerte neonatal, bajo peso al nacer y parto prematuro, sepsis, neumonía y deformidades congénitas.⁹²

Si bien el VIH (y algunas otras ITS) también se puede transmitir a través de otros medios, como sangre contaminada y equipos de inyección de drogas. La prevención de la transmisión sexual y de madre a hijo(a) del virus es una preocupación importante para los programas de SDR.

Alcance de las infecciones y poblaciones clave

Cada año hay 358 millones de nuevas infecciones con una de las cuatro ITS curables (**Tabla 1**): clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis.⁹³ Más de 500 millones de personas viven con herpes genital y, en cualquier momento, más de 290 millones de mujeres tienen una infección por VPH.⁹¹

Tabla 1. Estimaciones globales para 2012 de nuevos casos de cuatro ITS curables en mujeres y hombres de 15 a 49 años (en millones)

	Mujeres	Hombres	Total
Clamidia	69	63	131
Gonorrea	34	44	78
Tricomoniasis	68	74	143
Sífilis	3	3	6
Total	174	184	358

Fuente: OMS, 2016.⁹⁴

Según ONUSIDA, hubo 1,8 millones de nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo en 2016, una disminución de 16% desde 2010, y 36,7 millones de personas vivían con el VIH.⁹⁵ Las muertes relacionadas con el SIDA fueron 1 millón en 2016, una disminución de 48% desde el pico de la epidemia en 2005.

El África Subsahariana sigue siendo el epicentro de la pandemia mundial de SIDA y representa 64% de las nuevas infecciones por VIH y 73% de muertes relacionadas con el SIDA en 2016.⁹⁵ Los datos de vigilancia sobre otras ITS son mucho más débiles, porque su detección en entornos de bajos recursos generalmente se limita a asistentes para atención prenatal y donadores de sangre.⁹⁶ Sin embargo, se sabe que las poblaciones con mayor riesgo se superponen con las que están en riesgo de contraer el VIH.⁹⁷

En 2016, los hombres que tenían relaciones sexuales con hombres, personas que ejercen el trabajo sexual, personas transgénero, personas que se inyectan drogas y usuarios(as) y parejas sexuales de estas poblaciones representaron 44% de las nuevas infecciones por VIH en todo el mundo.⁹⁵ ONUSIDA informó que en 2014 las trabajadoras sexuales tenían 10 veces más probabilidades de contraer el VIH que los adultos en la población general; los hombres que tienen sexo con hombres tenían 24 veces más probabilidades de contraer el VIH, y las personas transgénero tenían 49 veces más probabilidades de vivir con el VIH. La criminalización y estigmatización de las relaciones entre personas del mismo sexo y el trabajo sexual hacen que sea más difícil para estos grupos tener acceso a los servicios de prevención del VIH. La homofobia aleja a los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres de las pruebas de VIH y las actividades de prevención y se asocia con un menor cumplimiento del tratamiento.⁹⁵

Las mujeres jóvenes de 15 a 24 años también corren un alto riesgo de infección por VIH: representaron 26% de las nuevas infecciones de adultos en todo el mundo en 2015, (página 52) a pesar de representar sólo a 10% de la población adulta.⁹⁵

Logros en la respuesta al VIH y otras ITS

Entre la amplia gama de servicios e intervenciones para controlar el VIH y el SIDA, la terapia antirretroviral destaca por haber cambiado el curso de la epidemia:⁸⁸ Estos medicamentos disminuyen la carga viral en personas infectadas, lo que les permite vivir más tiempo y reducir el riesgo de futuras transmisiones. El suministro de estos medicamentos a mujeres embarazadas y lactantes prácticamente ha eliminado la transmisión del VIH de madre a hijo(a) en algunas partes del mundo.⁸⁸ Hasta 2016, 21 millones de personas que viven con SIDA (57%) reciben tratamiento, en comparación con menos de un millón en 2000.⁹⁵

Para ser efectiva, la prevención del VIH y otras ITS debe enfocarse en las comunidades con altas proporciones de personas infectadas y personas con múltiples parejas, al mismo tiempo que poner a disposición de la población en general información y servicios. Por lo tanto, donde los programas de VIH se han implementado de manera correcta y en escala suficiente, han sido acompañados por una respuesta de salud más sólida a las ITS en general, como en Sri Lanka y Tailandia.^{97, 98} Sin embargo, en ausencia de programas integrales que aborden tanto el VIH como las ITS, la mayoría de ellas permanece sin diagnosticar ni tratar en el mundo en desarrollo.

Diferencias entre el riesgo, prevención y tratamiento de las ITS en hombres y mujeres

Los datos de las encuestas sobre el comportamiento sexual de los hombres en las regiones en desarrollo revelan que una minoría significativa está expuesta al riesgo de las ITS (incluido el VIH) porque han tenido relaciones sexuales con múltiples parejas. La proporción de hombres sexualmente activos de 15 a 59 años que ha tenido más de una pareja sexual o que ha pagado por sexo en el último año oscila entre 2% en Níger y 39% en Gabón, y promedia 19% en 37 países (**Tabla 2**).³² Además de la abstinencia, el uso correcto y constante del condón es la única forma de prevenir las ITS. Si bien la mayoría de hombres conoce y usa correctamente los condones, la proporción de los que corren el riesgo de contraer ITS que informaron que los usaron la última vez que tuvieron relaciones sexuales varía mucho, con un promedio de 40% en estos países. Esto significa que grandes proporciones de hombres con múltiples parejas (la mayoría en algunos países) no usan condones o los usan de manera inconsistente.

Los autoinformes de hombres de haber experimentado una ITS o un síntoma de ésta en los últimos 12 meses, que probablemente se sub-estiman enormemente, también proporcionan evidencia de la exposición de los hombres a las ITS. Una proporción sustancial de hombres que experimentaron síntomas indicó que buscaron asesoramiento o tratamiento: aproximadamente dos tercios en promedio, en 38 países.

Tabla 2. Necesidad de los hombres de servicios y prevención de VIH/ITS, 38 países* con encuestas demográficas y de salud, 2010-2015

	Rango	Promedio (no ponderado)
% de hombres sexualmente activos de 15 a 59 años que incurre en conductas de riesgo * †	2-39	19
% de los que necesitan prevención de VIH / ITS que usó condones en su última relación*	13-73	40
% de hombres sexualmente activos de 15-59 años que informa haber tenido una ITS o síntomas de una ITS en el último año	1-17	6
% de aquellos que informa síntomas de una ITS, que busca asesoramiento o tratamiento ‡	24-89	68

Nota: "sexualmente activo" incluye a todos los hombres casados y solteros que han sido sexualmente activos en los últimos tres meses.

* Incluye datos de 30 países en África Subsahariana, 5 en Asia y 3 en América Latina y el Caribe. En las primeras dos filas, los datos están disponibles sólo para 37 países.

† Hombres que pagaron por sexo, hombres casados con parejas distintas de la esposa (o esposas) o parejas que conviven u hombres solteros con dos o más parejas en el último año.

‡ De una fuente formal o informal.

Fuente: DHS Health Surveys, tabulaciones de Guttmacher, 2016.³²

Es difícil estimar el riesgo de las mujeres de contraer ITS: es posible que no informen múltiples relaciones debido al estigma social y a que no están conscientes de las conductas sexuales de alto riesgo de sus parejas. Además, el riesgo de contraer una ITS puede ser difícil de medir cuando uno o ambos integrantes de la pareja tienen una sin síntomas obvios. Un estudio de Guttmacher de 2014 encontró que las mujeres con alto riesgo de contraer una ITS debido a múltiples parejas sexuales tienen más probabilidades de reportar el uso de condones que las que tienen bajo riesgo; aun así, sólo una minoría los usa consistentemente.⁹⁹ Además, el mismo estudio estimó que ocho de cada 10 mujeres casadas, con ITS curables, no reciben tratamiento, la mayoría de ellas porque no tiene o no reconoce síntomas y no sabe que está infectada.

Obstáculos para prevenir y controlar las ITS

En entornos de bajos recursos, factores como el poco uso de condones, infecciones asintomáticas y falta de pruebas simples y asequibles para las ITS obstaculizan los esfuerzos para prevenir, detectar y controlar las infecciones. Además, la resistencia a los antibióticos ha aumentado en los últimos años, lo que lleva a la búsqueda de nuevos medicamentos y opciones de tratamiento.¹⁰⁰

Estudios han demostrado que los hombres tienen menos probabilidades de hacerse la prueba del VIH que las mujeres y también menos probabilidades de buscar tratamiento.^{101, 102} Dado que el tratamiento es la mayor historia de éxito en el control del VIH/SIDA, las tasas más bajas de pruebas y tratamiento de los hombres son un impedimento para la próxima ola de progreso.

En 2015, la Comisión Lancet sobre el SIDA realizó un análisis sobre la respuesta global al VIH/SIDA y planteó un camino para poner fin a la enfermedad como una amenaza para la salud pública en 2030.⁸⁸ Su informe concluyó que la atención global y la movilización de recursos responsables de la caída de mortandad por SIDA después de 2005 debe ser sostenida y aumentada nuevamente, para lograr un mayor progreso.^{88, 103} La disminución de nuevas infecciones por el VIH se ha ralentizado e incluso revertido en algunos lugares y el uso del condón se ha estancado, lo que indica que los esfuerzos de prevención deben fortalecerse, junto con los esfuerzos para aumentar la proporción de personas que viven con el VIH que están en tratamiento.^{88, 104}

La Comisión del SIDA también destacó la atención insuficiente a las causas estructurales y fundamentales de la epidemia del VIH. En la mayor parte del mundo las barreras como el estigma, la discriminación, la desigualdad de género, la violencia de género y las dificultades para llegar a las poblaciones vulnerables, incluidos los(as) adolescentes, siguen frenando el progreso. Para empeorar las cosas, las leyes y políticas represivas e ineficaces, como las que penalizan las relaciones entre personas del mismo sexo y el trabajo sexual, empujan a las poblaciones de alto riesgo a la clandestinidad y disminuyen su acceso a los servicios. Una mayor atención a estos factores más amplios aceleraría el progreso en el tratamiento del VIH/SIDA, así como de otras ITS.

Anticoncepción

La necesidad de servicios anticonceptivos modernos sigue siendo considerable en los países de bajos y medianos ingresos. Según las estimaciones de 2017, 214 millones de mujeres en edad fértil (13% de las mujeres de 15 a 49 años) en regiones en desarrollo tienen una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos, es decir, quieren evitar un embarazo pero no están utilizando un método moderno.¹⁰⁵ El uso de anticonceptivos modernos en 2017 previene aproximadamente 308 millones de embarazos no deseados, y satisfacer las necesidades de todas las mujeres para estos métodos evitaría 67 millones adicionales anualmente.

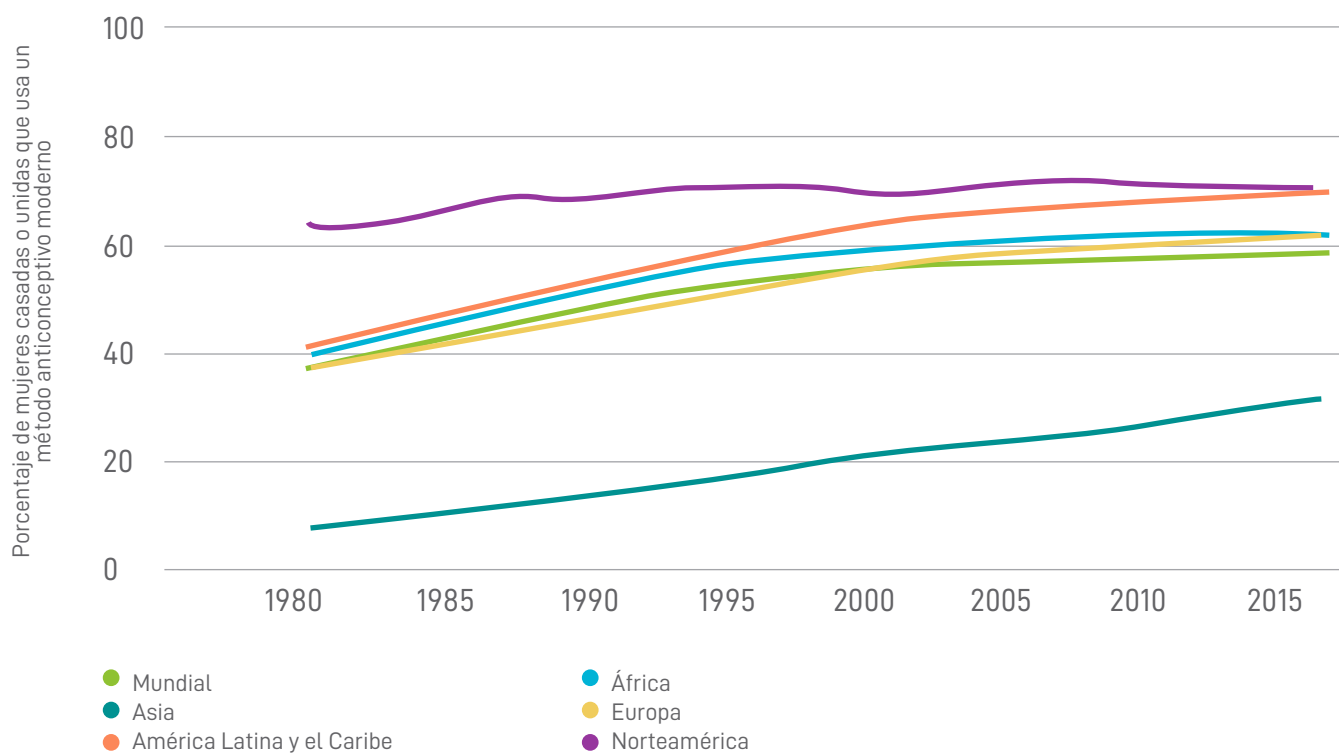
Uso de anticonceptivos modernos

Los servicios de anticoncepción de alta calidad son esenciales para permitir que las mujeres y las parejas tengan la cantidad de hijos(as) que deseen, cuando los(as) deseen, para evitar embarazos no deseados o no planeados, y abortos. Además, muchas mujeres, hombres y adolescentes necesitan métodos anticonceptivos que pueden ayudar a prevenir las ITS, incluido el VIH.¹⁰⁶

La evidencia presentada aquí se centra en los métodos anticonceptivos modernos porque están basados sólidamente en la biología reproductiva, un protocolo para el uso correcto y evidencia acerca de su eficacia.¹⁰⁷ En este análisis, los métodos anticonceptivos modernos se definen para incluir la oclusión tubaria bilateral (OTB) y la vasectomía; dispositivos intrauterinos (DIU); implantes hormonales, inyectables y píldoras; condones masculinos y femeninos y otros métodos de suministro; y métodos modernos de concientización sobre la fertilidad (es decir, métodos que tienen un protocolo de uso definido, como el método de días fijos),¹⁰⁸ y píldoras anticonceptivas de emergencia. Como se muestra en la **Figura 5**, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado de manera constante desde 1980 en África, Asia, América Latina y el Caribe y Europa.

Para 2015, más de la mitad de todas las mujeres casadas (y en unión) en todo el mundo y en todas las regiones, usaban un método anticonceptivo moderno, excepto África, donde se situó en 32%. Nueve de cada 10 usuarias de métodos anticonceptivos, casadas o unidas en todo el mundo, confían en un método moderno,¹⁰⁹ aunque con una amplia variación entre países.

Figura 5: Porcentaje de mujeres casadas o unidas que utiliza un método anticonceptivo moderno, mundial y por región geográfica, 1980-2017



Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2017.¹⁰⁹

Amplia gama de factores como la disponibilidad de métodos y el conocimiento individual, las preferencias y las preocupaciones, influye en los patrones de uso de métodos anticonceptivos modernos. Entre las principales regiones, en África los anticonceptivos inyectables son más comunes que otros métodos, mientras que la OTB es más común en Asia, América Latina y el Caribe.^{108, 110} Los métodos utilizados por hombres (condón, vasectomía y retiro) representaron 21% de todo el uso de anticonceptivos en todo el mundo en 2015 (entre las mujeres casadas que informaron el uso del método), prácticamente la misma tasa que a mediados de la década de 1990.¹⁵⁷ La vasectomía es mucho menos común que la OTB, aunque es técnicamente más fácil, tiene menos complicaciones y es menos costosa.¹¹⁰

Las altas tasas de interrupción y las bajas tasas de cambio de anticonceptivos conducen a un fenómeno de "fugas", por lo que los servicios de salud no sólo deben centrarse en atraer nuevos(as) usuarios(as), sino también en mejorar los índices de retención de los(as) mismos(as) y alentar a los(as) usuarios(as) activos(as) que quieren evitar embarazos a continuar con el uso de métodos.¹¹¹ En 19 países en desarrollo con datos de encuestas recientes, 38% de mujeres en promedio dejó de usar métodos reversibles en el primer año de uso. Los efectos secundarios o complicaciones de salud fueron la causa dominante, representando 20% de todas las mujeres que interrumpieron su uso.¹¹²

Necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna y necesidad total

El concepto de necesidad insatisfecha de anticoncepción (NIA) se centra en la prevención del embarazo y en el fortalecimiento de los programas de PF.¹¹³ Investigadores identifican a las mujeres con necesidad insatisfecha utilizando los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud (DHS por sus siglas en inglés) y de encuestas similares. Las mujeres con NIA moderna son aquellas que están casadas, en unión o solteras y sexualmente activas, en edad fértil (fértil), que no desean un(a) u otro(a) hijo(a) en los próximos dos años o más, pero no están usando anticonceptivos o están utilizando un método tradicional. Las mujeres que identifican su embarazo como no deseado, o quienes experimentan amenorrea postparto después de un embarazo no deseado, también se incluyen porque su experiencia indica que querían evitar embarazarse en algún momento del año.¹¹⁴

La necesidad insatisfecha total de anticoncepción (también conocida como demanda total) es el número total de mujeres fértiles y sexualmente activas que desean evitar un embarazo. Es igual a la suma de la prevalencia anticonceptiva de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil más las que presentan NIA moderna. La demanda total de anticoncepción, ambos como número absoluto y como proporción de todas las mujeres, cambia con el tiempo a medida que cambian las preferencias reproductivas de las mujeres. Por ejemplo, la proporción de mujeres casadas o en unión de 15 a 49 años que quería evitar el embarazo en África Oriental aumentó de 43% en 1990 a 65% en 2017, en comparación con niveles relativamente estables y altos en América del Sur (82% en 1990 y 87% en 2017).¹⁰⁹

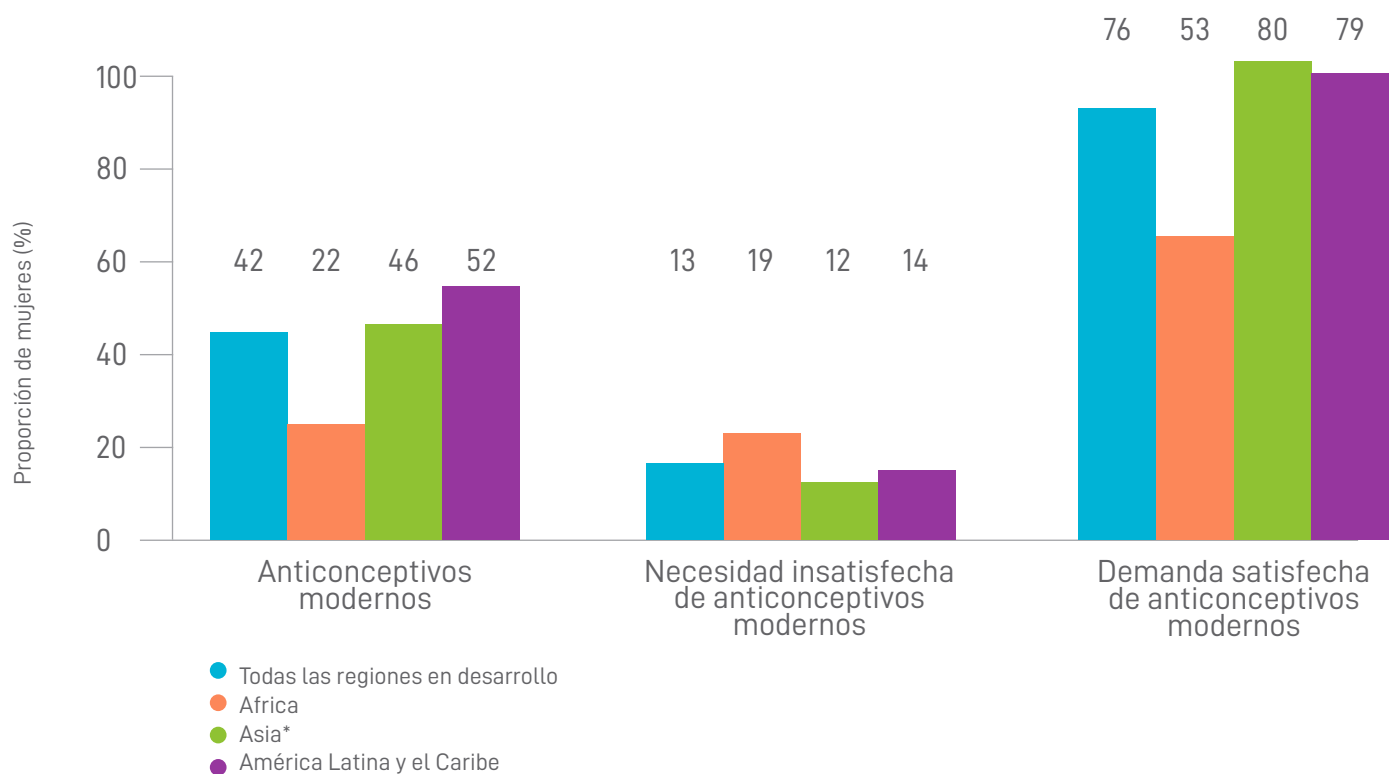
Nuevas estimaciones para todas las mujeres en edad fértil muestran que en 2017, aproximadamente la mitad de las 1,6 mil millones de mujeres en edad fértil que vive en las regiones en desarrollo desea evitar un embarazo (espaciar o limitar la maternidad) y, por lo tanto, necesita anticoncepción. Entre las mujeres con NIA casi una de cada cuatro (214 millones) no está utilizando métodos modernos.

Debido al creciente número de mujeres sexualmente activas que desean evitar un embarazo, los datos de encuestas sobre el uso de anticonceptivos para todas las mujeres, independientemente del estado civil, están cada vez más disponibles. A pesar de que estos datos son más inclusivos, que aquellos acotados a mujeres unidas o casadas, se obtienen estimaciones más bajas de prevalencia anticonceptiva. A partir de 2017, 42% de todas las mujeres en edad fértil en regiones en desarrollo está utilizando métodos anticonceptivos modernos, que va de 22% en África a 52% en América Latina y el Caribe (**Figura 6**).

La demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos es un indicador utilizado para medir el progreso global hacia el acceso universal a la SSR para 2030, según el Objetivo 3 de los ODS (para garantizar una vida sana).¹¹⁵ Si todas las mujeres que quisieran evitar o espaciar el embarazo usaran métodos modernos, la proporción de demanda satisfecha alcanzaría 100%. En realidad, no todas estas mujeres decidirán usar un método moderno, algunas usarán métodos tradicionales y otras no usarán ningún método por diversas razones, que varían en el grado en que las políticas y los programas pueden abordarlas.

A partir de 2017 el porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) con demanda satisfecha de PF con métodos anticonceptivos modernos fue de 76% en las regiones en desarrollo.¹⁰⁵ En África, sólo 53% de mujeres que necesitan anticonceptivos modernos lo está usando. Las mujeres de recursos más bajos tienden a tener los niveles más bajos de necesidad de PF que se satisface con el uso de métodos modernos.¹¹⁶

Figura 6: Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que usa anticonceptivos modernos, que tiene necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos, y porcentaje de demanda satisfecha de anticonceptivos modernos, 2017



Fuente: Darroch *et al.*, 2017.¹⁰⁵

* Incluye Asia Oriental (predominantemente China) y Oceanía.

Obstáculos para el uso de anticonceptivos

Los obstáculos legales, políticos, sociales, culturales y estructurales pueden impedir que las personas accedan y usen métodos anticonceptivos. Hasta 2015, 35 países tenían al menos una política que restringía el acceso a los servicios anticonceptivos, como excluir a las mujeres no unidas del abastecimiento de métodos (por ejemplo, Bangladesh e Indonesia) o exigir el consentimiento de los padres para menores (por ejemplo, México y Filipinas).¹¹⁷ Las normas sociales también impiden que las personas, especialmente las adolescentes y mujeres solteras, accedan a los servicios y utilicen métodos de manera efectiva. En algunos casos las suposiciones del personal de salud o de la comunidad acerca de las necesidades de las mujeres entran en conflicto con las propias evaluaciones de sus necesidades, especialmente en contextos donde ha habido un historial de coerción o discriminación anticonceptiva (por ejemplo, personas que viven con VIH¹¹⁸ o con una discapacidad). La aceptabilidad sexual de la anticoncepción -es decir, cómo el uso de los métodos influye en las experiencias sexuales de los(as) usuarios(as)-, incluidos factores como el placer y los cambios en los patrones de sangrado menstrual, afecta tanto la SS de las mujeres como el uso de anticonceptivos.⁷¹ Las razones comunes que las mujeres dan para no usar algún método anticonceptivo, a pesar de querer evitar el embarazo, a menudo se relacionan con si se consideran en riesgo de embarazo y/o tienen inquietudes acerca de los métodos.¹¹⁹

Los hombres pueden ayudar a sus esposas o parejas a planificar el número y el espaciamiento de los embarazos que ellas desean ayudándoles, en parte, con el uso efectivo de métodos usados por mujeres o utilizando un método anticonceptivo (condones y, con menos frecuencia, vasectomía). Las encuestas de hombres en África, Asia y América Latina y el Caribe muestran que los hombres generalmente apoyan la PF, pero algunos hombres tienen reservas sobre el uso de un método por parte de su esposa (página 64).¹²⁰

Atención de la salud materna y neonatal

La mortalidad materna y neonatal se concentra cada vez más en los países más pobres. En todo el mundo, más de 300,000 mujeres perdieron la vida en 2015 por causas relacionadas con el embarazo o su manejo, y dos de cada tres de esas muertes ocurrieron en África Subsahariana.¹²¹ Aunque las muertes de madres y recién nacidos(as) han disminuido sustancialmente en las últimas dos décadas gracias, en parte, a que más mujeres dieron a luz en centros de salud,¹²² persisten brechas en la cobertura, contenido y calidad de los servicios clave.

La necesidad de servicios

El embarazo y el parto deben ser eventos planeados y deseados, sin embargo, también conllevan riesgos de salud y muerte para las mujeres y sus hijos(as), la mayoría de los cuales se pueden prevenir. Los ODS exigen poner fin a la mortalidad materna y neonatal prevenible, para 2030.² Los riesgos para la salud relacionados con el embarazo, si no se identifican y tratan de manera oportuna y adecuada, pueden perjudicar la salud de mujeres y sus hijos(as), su capacidad de tener y cuidar a sus hijos(as), su capacidad de trabajo y la capacidad de los hogares para hacer frente a las crisis financieras y económicas.¹²³

Alcance y magnitud de la salud materna y del recién nacido

A nivel mundial, la tasa de mortalidad materna disminuyó 44% entre 1990 y 2015, de 385 muertes por cada 100,000 nacidos(as) vivos(as) a 216,¹²¹ ritmo que debe acelerarse si se pretende alcanzar la meta de los ODS de menos de 70 muertes por cada 100,000 nacidos(as) vivos(as) para 2030. Hay evidencia de aumentos en la mortalidad materna desde 2000 en países que han sido afectados por conflictos (por ejemplo, Afganistán) así como en algunos países de altos ingresos (por ejemplo, Estados Unidos).^{124, 125}

La salud de la madre y el recién nacido(a) están estrechamente vinculados. El avance en la prevalencia materna ha ayudado a mejorar el periodo de vida en el recién nacido: de 1990 a 2015, las muertes neonatales (que ocurrieron en los primeros 28 días después del nacimiento) disminuyeron 42% en todo el mundo, de 4,6 millones a 2,6 millones.¹²⁴ Sin embargo, debido a que la mortalidad neonatal ha disminuido más lentamente que la mortalidad de lactantes e infantil, una proporción creciente de mortalidad de lactantes se concentra en el período neonatal.¹²⁶ Las muertes neonatales representaron alrededor de 45% de todas las muertes de menores de cinco años en 2015.¹²⁴

El riesgo de muerte materna en 2015 se estimó en 1 de cada 3,300 en países de altos ingresos en comparación con 1 de cada 41 en países de bajos ingresos.¹²⁷ Los mortinatos (muertes fetales después de las 28 semanas de gestación) también reflejan inequidades persistentes en la salud. La tasa de muerte fetal en África Subsahariana en 2015 se estimó en más de ocho veces la tasa en las regiones desarrolladas (28.7 por 1000 nacimientos totales en África Subsahariana contra 3.4 en las regiones desarrolladas) y, dado el reciente ritmo de cambio, no se proyecta cerrar la brecha en este siglo.¹²⁸

Las morbilidades maternas graves son mucho más comunes que la muerte materna y tienen una relación directa con la sobrevivencia del feto y el recién nacido. Los datos de mujeres que asisten a hospitales en 28 países de ingresos bajos y medianos indican que por cada muerte materna hubo poco más de cinco incidentes menores (definidos como disfunción orgánica básica).¹²⁹ El riesgo de muerte fetal tardía o muerte neonatal aumenta significativamente en presencia de complicaciones maternas graves.¹³⁰

Algunas mujeres sufren trastornos de salud mental durante y después del embarazo, aunque hay menos información disponible para mujeres en países de ingresos bajos y medios en comparación con los países de ingresos altos. Una revisión sistemática de los estudios mostró una prevalencia media ponderada de trastornos mentales (incluida la depresión) de 16% durante el embarazo (según datos de nueve países en desarrollo) y de 20% en el período postnatal (datos de 17 países en desarrollo). Una combinación compleja de factores de riesgo incluyó desventaja socioeconómica, embarazos no deseados, edad temprana y estado de no casada.¹³¹

Se ha producido un cambio importante con respecto al estado nutricional y la salud materna y neonatal: se observa mayor prevalencia de madres con sobrepeso que madres con bajo peso en todas las regiones.¹³² Este cambio y en particular el aumento de la obesidad tiene consecuencias para los sistemas de salud que deben manejar los mayores riesgos de complicaciones de salud que enfrentan las mujeres embarazadas y obesas. También llama la atención sobre el gran problema de salud pública de prevención de la obesidad antes y después del embarazo.¹³³

Magnitud e impacto de los servicios de salud materna y neonatal

Las mujeres embarazadas y los recién nacidos necesitan una atención médica de calidad continua para reducir la mortalidad prevenible y mejorar la salud materna y neonatal.^{134, 135} Las intervenciones recomendadas basadas en evidencia incluyen atención prenatal con asistencia calificada, un parto a cargo de un agente calificado en un centro de salud, atención postnatal para la madre y el recién nacido (incluidas revisiones de rutina, apoyo para la lactancia materna y evaluación para la depresión postparto), y atención para después de un aborto espontáneo, muerte fetal o aborto.^{135, 136} Dentro de estas amplias intervenciones, existen numerosas acciones recomendadas, como la detección prenatal de preeclampsia, anemia, diabetes, restricción del crecimiento intrauterino y oportunidades para integrar servicios y brindar apoyo para infecciones como sífilis, VIH y hepatitis B, y proporcionar información sobre lactancia materna y anticoncepción, entre otras acciones.^{108, 135}

La cobertura de servicios esenciales para la salud materna y neonatal, como la atención prenatal y el parto por personal de salud calificado, ha mejorado sustancialmente en las últimas dos décadas.^{137, 138} Sin embargo, en toda la cadena de atención, la atención postnatal tiene una de las coberturas más bajas (por ejemplo, la cobertura nacional mediana de visitas de atención postnatal para hijos(as) fue de 28% en 35 países con datos)¹³⁷ y persisten brechas de cobertura

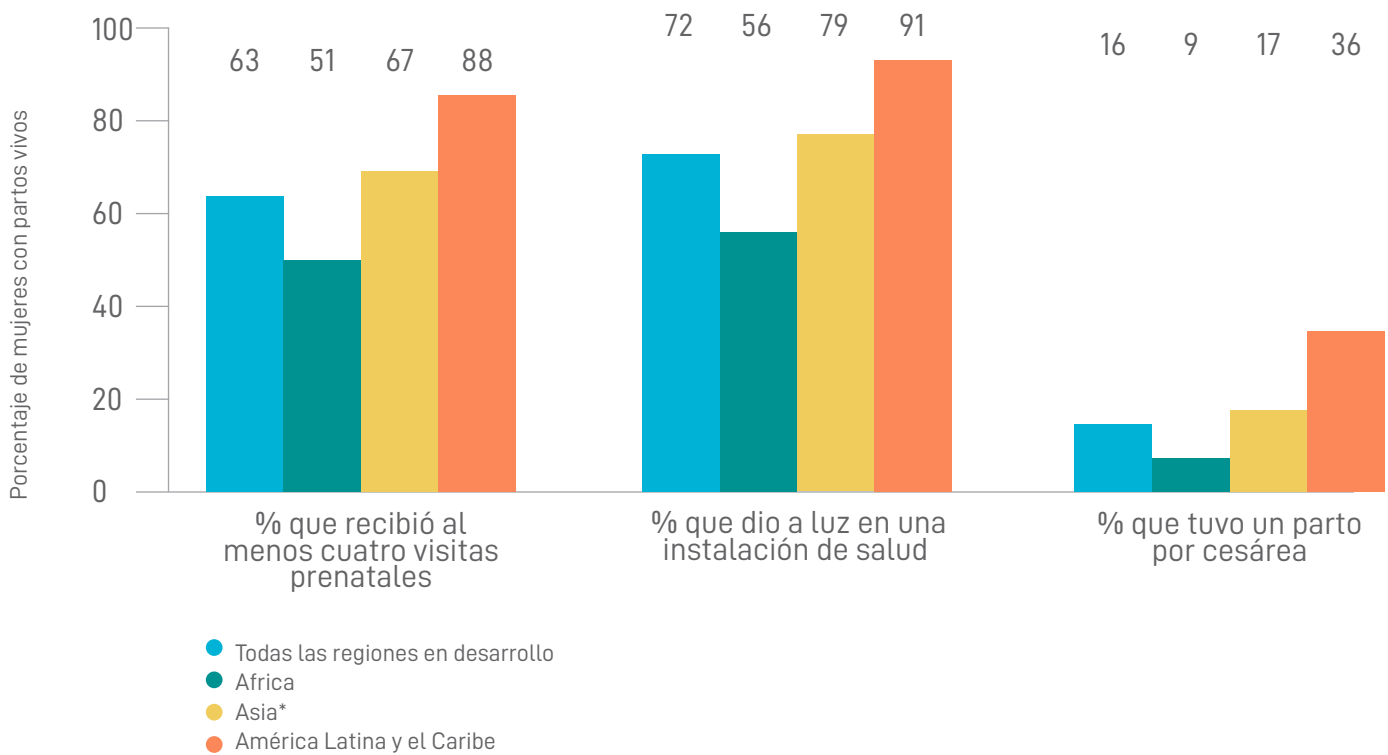
Para otros servicios esenciales de salud materna y neonatal en regiones en desarrollo.¹³⁸

Las estimaciones para 2017 muestran que 63% de mujeres embarazadas en regiones en desarrollo recibió cuatro o más visitas de atención prenatal, que van desde 51% de mujeres embarazadas en África hasta 88% en América Latina y el Caribe (**Figura 7**). Sin embargo, 37% (45 millones) no recibió atención prenatal o la que recibió no fue suficiente. Bajo la nueva recomendación de la OMS de un estándar ideal de al menos ocho visitas de atención prenatal, las brechas de cobertura serían aún mayores. Casi tres de cada cuatro mujeres (72%) dieron a luz en un centro de salud en regiones en desarrollo, mientras que más de una de cada cuatro mujeres dieron a luz en el hogar o en otro lugar (más de 45 millones), por lo general sin atención especializada o acceso a tratamiento por complicaciones del parto. Los partos llevados a cabo en instalaciones son más bajos en África (56%) y más altos en América Latina y el Caribe (91%).

Sin embargo, la recepción de servicios basados en instalaciones no significa que se proporcione toda la atención recomendada.¹³⁹ La atención básica de salud materna no es suficiente para salvar a mujeres embarazadas con complicaciones potencialmente mortales; más bien, se necesita atención integral de emergencia y mejoras en la calidad de la atención.¹²⁹

Los partos por cesárea se recomiendan sólo cuando están clínicamente indicados y los niveles de cobertura muestran evidencia de subutilización y sobreexplotación. Ambas situaciones indican lagunas en la calidad de la atención. Los niveles son bajos en África en general, donde sólo 9% de las mujeres tuvo un parto por cesárea (**Figura 7**), lo que refleja baja proporción de partos que ocurren en instalaciones y escasez en instalaciones quirúrgicas, equipos y personal capacitado, entre otros factores.¹³⁵ Los niveles altos (en América Latina y el Caribe, y en entornos privados y urbanos en otras regiones, (**Figura 7**) reflejan el uso de la cesárea por razones no médicas, lo que da como resultado costos más altos y un posible aumento de los riesgos para la salud materna y neonatal.¹³⁵ La evidencia reciente muestra que las tasas de cesárea superiores a 15-19% no se asocian con reducciones en las tasas de mortalidad materna y neonatal.¹⁴⁰

Figura 7: Cobertura de las intervenciones de salud materna seleccionadas, por región, 2017



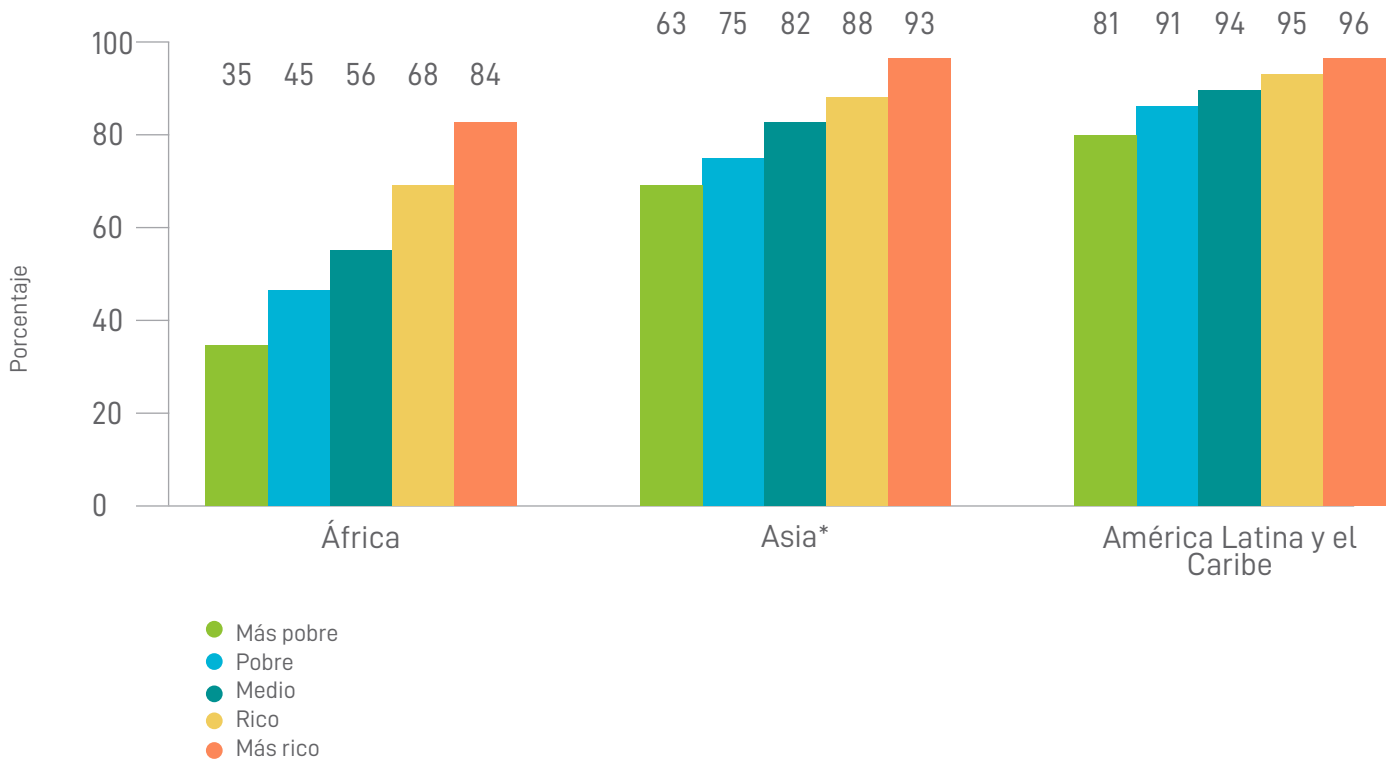
* Incluye Asia oriental (que es predominantemente China) y Oceanía.

Nota: Basado en los nacimientos en 2017 y en el cuidado de la mujer durante el embarazo para el último parto en los últimos dos o tres años (según la encuesta).

Fuente: Darroch *et al.*, 2017¹⁰⁵

La cobertura de servicios esenciales de salud materna y neonatal ha aumentado de manera constante en los últimos 20 años, con los incrementos más rápidos entre países de bajos ingresos y entre personas más pobres de los países (medidos como personas que viven en hogares en los dos quintiles más pobres).¹²² Sin embargo, a pesar de estas mejoras, la cobertura tiende a ser más baja para las mujeres más desfavorecidas, ya sea que se mida por el quintil de riqueza del hogar u otros indicadores del estrato socioeconómico. En 2017, en África, 35% de las mujeres en el quintil de menor riqueza dio a luz a su hijo(a) en un centro de salud en comparación con 84% en el quintil más alto (**Figura 8**).

Figura 8: Porcentaje de mujeres que dio a luz en un centro de salud, por quintil de riqueza, 2017



* Incluye Asia oriental (que es predominantemente China) y Oceanía.
 Tabulaciones basadas en Darroch et al., 2017.¹⁰⁵

Las brechas también persisten para grandes grupos de mujeres embarazadas con necesidades específicas de salud. Aproximadamente 1,5 millones de mujeres embarazadas en regiones en desarrollo viven con VIH y más de un tercio de ellas no recibe medicamentos antirretrovirales.⁹⁹ La recomendación de la OMS de "tratar a todos" elimina todas las limitaciones de elegibilidad para la terapia antirretroviral, como los recuentos de linfocito T CD4; por lo tanto, todas las mujeres embarazadas que viven con VIH deben recibir tratamiento para prolongar sus vidas y prevenir nuevas infecciones por el mismo en los(as) recién nacidos(as).¹⁴¹ Ofrecer de manera rutinaria pruebas y asesoramiento sobre VIH en la primera visita de atención prenatal (y en entornos de alta prevalencia, como parte del parto y la atención postparto) es crucial para lograr la cobertura universal del tratamiento antirretroviral para todas las mujeres embarazadas que viven con VIH.¹⁴¹



Aborto seguro

En todo el mundo, los embarazos no deseados y no planeados son desafíos comunes que enfrentan las mujeres y las parejas. Alrededor de 44% de todos los embarazos en el mundo no son planeados, y alrededor de 56% de éstos terminan en abortos inducidos.¹⁴² Una pequeña parte de los embarazos deseados también terminan en aborto porque llevarlo a término pondría en peligro la salud de la mujer, debido a anomalías fetales o porque las circunstancias de la mujer cambian después de quedar embarazada. La mayoría de países en desarrollo tiene leyes restrictivas sobre el aborto, por lo tanto, es mucho más probable que los abortos en regiones en desarrollo sean ilegales e inseguros que en regiones desarrolladas.

Incidencia mundial del aborto

Un estudio reciente, que implementó un nuevo enfoque estadístico para estimar la incidencia del aborto en todo el mundo, estimó que se realizaron anualmente 56 millones de abortos inducidos entre 2010-2014, lo que se traduce en una tasa anual de aborto de 35 abortos por cada 1,000 mujeres de 15 a 44 años (**Tabla 3**).¹⁴³ La tasa de aborto y la proporción de embarazos no deseados que terminan en aborto pueden verse influidos por muchos factores, incluido el nivel de NIA y la fuerza de la motivación de las mujeres y las parejas para tener familias pequeñas. La tasa de aborto varía ampliamente entre regiones, pero no hay un país o una subregión donde el aborto no ocurra. Además, la tasa no varía significativamente entre grupos de países clasificados por nivel de ingreso o estado legal del aborto.

Hace veinticinco años, la tasa de abortos era más alta en el Norte Global que en el Sur,¹⁴³ pero ha disminuido en las regiones desarrolladas a medida que el uso de anticonceptivos se ha generalizado. Ahora, la tasa de abortos es más alta en regiones en desarrollo, donde el deseo de familias más pequeñas está aumentando, pero el acceso y el uso de anticonceptivos son relativamente limitados.

Tabla 3. Número estimado de abortos y abortos por cada 1,000 mujeres, por región, nivel de ingresos y legalidad del aborto, 2010-2014

	Millones	90% UI*	Por cada 1000 mujeres 15-44	90% UI
Mundo	55.9	(51.8 a 68.6)	35	(32 a 43)
Países desarrollados	6.6	(6.0 a 8.8)	27	(24 a 36)
Países en desarrollo	49.3	(45.0 a 61.4)	36	(33 a 45)
Regiones geográficas de las Naciones Unidas				
África	8.2	(7.4 a 11.3)	34	(31 a 46)
Asia	35.5	(30.5 a 45.9)	36	(31 a 46)
América Latina	6.5	(5.3 a 8.9)	44	(36 a 61)
América del Norte	1.2	(1.1 a 1.3)	17	(16 a 18)
Europa	4.3	(4.0 a 5.5)	29	(27 a 37)
Oceanía	0.1	(0.1 a 0.2)	19	(15 a 28)
Categorías de ingresos del Banco Mundial				
Países de ingresos altos	7.8	(7.1 a 10.3)	29	(26 a 38)
Países de ingresos medio altos	20.9	(17.3 a 27.9)	38	(31 a 50)
Países de ingresos medio bajos	23	(20.1 a 30.1)	35	(31 a 47)
Países de bajos ingresos	4.2	(3.8 a 5.5)	33	(30 a 43)
Base legal para el aborto				
Prohibido por completo	3.2	(2.7 a 4.8)	33	(28 a 47)
Permitido				
Para salvar la vida de la mujer	12.8	(11.2 a 17.4)	39	(34 a 53)
Salud física	6.3	(5.9 a 7.9)	43	(40 a 53)
Salud mental de la mujer	2.5	(2.1 a 3.7)	32	(27 a 48)
Motivos socioeconómicos	10.3	(7.5 a 15.6)	31	(22 a 47)
A solicitud	20.7	(17.3 a 27.3)	34	(28 a 45)
Salud física o mental socioeconómica	19.2	(16.7 a 25.4)	34	(30 a 45)

* Intervalo de incertidumbre alrededor de la estimación

** Clasificaciones del Banco Mundial 2014

Fuente: Sedgh, G. et al., 2016.¹⁴³

Aborto inseguro: definición y estimaciones

El aborto es un procedimiento muy seguro cuando se realiza bajo supervisión médica. El riesgo de muerte por aborto es mucho menor que el riesgo asociado con la labor de parto y el parto mismo en entornos de altos recursos.¹⁴⁴⁻¹⁴⁶ En contraste, los abortos inseguros, los realizados por personal no calificado o utilizando un método anticuado, perjudicial o ambos, plantean una grave amenaza para la salud de la mujer.

Asegurar el bienestar de una mujer que tiene un aborto requiere más que un procedimiento médicamente seguro. De manera más integral, un aborto sólo puede considerarse seguro si una mujer puede obtenerlo sin riesgo de sanciones penales o legales, y sin riesgo de ser estigmatizada por su familia y su comunidad, lo que puede provocar estrés y aislamiento. Algunos han argumentado que la seguridad del aborto existe en una escala, y que los estudios sobre la incidencia del aborto inseguro deben tener en cuenta las dimensiones no médicas y médicas de la seguridad,^{147,148} pero la evidencia es demasiado escasa para clasificar los abortos de acuerdo con múltiples categorías de seguridad que tomen en cuenta todas estas dimensiones.

Las consideraciones más recientes de la OMS sobre la incidencia del aborto inseguro se basan en un modelo donde la proporción de abortos que se consideran seguros está en función de que los métodos de aborto seguro están disponibles, las mujeres pueden pagarlos y están empoderadas para buscar y utilizar servicios de aborto seguro.¹⁴⁹ Usando estos criterios, aproximadamente 45% de abortos (25 millones) que ocurrieron entre 2010-2014 fueron inseguros, y estos abortos se clasificaron como menos seguros o lo menos seguros posible; 31% de abortos se clasifican como menos seguros, lo que indica que se llevaron a cabo ya sea por personal capacitado pero utilizando un método obsoleto como el legrado, o se realizaron utilizando un método seguro como el misoprostol, pero sin tener acceso a información precisa y/o apoyo de personal capacitado. Se consideró que otro 14% de abortos fue lo menos seguro posible, es decir, que fue realizado por personas no capacitadas y que utilizan métodos peligrosos e invasivos, como la ingesta de sustancias nocivas o la inserción de cuerpos extraños. En regiones en desarrollo, 50% de abortos fueron inseguros, en comparación con 13% en el mundo desarrollado. Los abortos inseguros en regiones desarrolladas se concentran en gran medida en Europa del Este; muchos de éstos son procedimientos de D&C (dilatación y legrado, métodos no recomendados por la OMS). En África Occidental y Central, 85 y 88% respectivamente, se clasifican como inseguros.

Complicaciones y mortalidad por abortos inseguros

Las estimaciones recientes de la proporción de muertes maternas debido a abortos inducidos y espontáneos y embarazos ectópicos varían entre 8%¹⁵⁰ y 11%.¹⁵¹ La proporción puede cambiar a medida que cambia la incidencia de otras causas de muerte materna. Por lo tanto, la tasa de mortalidad por aborto (Case Fatality Rate, CFR, el número de muertes relacionadas con el aborto por cada 100,000 abortos) es una medida más apropiada para comparar la seguridad del procedimiento de aborto entre regiones y a lo largo del tiempo. Según el rango de estimaciones de mortalidad por aborto mencionadas anteriormente, la tasa de letalidad es de 42 a 63 mujeres por cada 100,000 abortos realizados.^{152, 153} A nivel mundial, la tasa se redujo en aproximadamente 40% entre 1990-1994 y 2010-2014. Es la más alta en África, con 141 por cada 100,000 abortos.

Sin embargo, las complicaciones no mortales de abortos inseguros son mucho más comunes que las muertes. La gravedad de estas complicaciones varía desde un aborto incompleto (que representa la mayoría de las complicaciones) hasta una minoría con síntomas muy graves, como sepsis y trauma en los órganos reproductivos. Un estimado de 6,9 millones de mujeres en regiones en desarrollo buscaron tratamiento por complicaciones de un aborto inducido inseguro en 2012.¹⁵⁴

Tendencias que han ayudado a hacer el aborto más seguro

Falta evidencia empírica sobre cómo la incidencia del aborto inseguro ha cambiado con el tiempo a nivel mundial y en cada región del mundo. Pero los abortos parecen haberse vuelto más seguros en los últimos años por varias razones: una proporción cada vez mayor de abortos se realiza utilizando medicamentos farmacéuticos en lugar de métodos más invasivos y menos seguros; las leyes sobre el aborto se han liberalizado en varios países, allanando el camino para la prestación de servicios de aborto legales y seguros; y en algunos países donde la atención médica es limitada, los prestadores de nivel medio están cada vez más autorizados para realizar abortos con medicamentos y están capacitados para realizar un aborto seguro, lo que aumenta el acceso de las mujeres a los servicios.¹⁵⁵

El aborto médico. En entornos de bajos recursos, el aborto con medicamentos (un aborto no quirúrgico que usa medicamentos farmacéuticos) presenta un riesgo menor de complicaciones graves que muchos de los métodos peligrosos e inseguros que los profesionales no capacitados o las mujeres han utilizado tradicionalmente.¹⁴⁹ De manera óptima, la mifepristona se usa en combinación con misoprostol para inducir médicamente el aborto, y este método combinado es altamente efectivo y seguro; pero la mifepristona puede ser costosa y generalmente no está disponible donde el aborto está altamente restringido por la ley. En tales entornos, el misoprostol solo se usa cada vez más, particularmente desde fines de la década de 1990, y como tiene una eficacia de 75-90% para inducir un aborto y no es invasivo, es probable que conduzca a mejoras en la seguridad del aborto.¹⁵⁶ Los problemas más comunes después del aborto inducido por el misoprostol son el sangrado prolongado y el aborto incompleto, complicaciones relativamente leves que tienen más probabilidades de ocurrir cuando se usan regímenes o dosis subóptimas de la medicación.¹⁵⁷ Dos análisis sistemáticos sobre el impacto del aborto con medicamentos concluyeron que el uso extendido del misoprostol para el aborto en América Latina y el Caribe ha llevado a una reducción en la incidencia y gravedad de las complicaciones del aborto.^{158, 159}

Ampliación de los fundamentos jurídicos del aborto. Más de 30 países, muchos en regiones en desarrollo, modificaron sus leyes para ampliar el acceso a servicios de aborto seguro y legal entre 1994 y 2014.¹⁶⁰ La liberalización de las leyes por sí sola no garantiza el acceso al aborto seguro; el cambio en la ley debe ser seguido por inversiones en la creación de un cuadro de personal capacitado, asegurando que brinden atención segura y confidencial y sensibilizando a las mujeres sobre su derecho a dicha atención, todo lo cual puede llevar años.¹⁶¹ En India, donde la reforma de la ley en 1971 permitía el aborto bajo un amplio criterio, la mayoría de abortos no cumplía con los requisitos legales para 2015, pero el uso generalizado de medicamentos abortivos, en gran parte de proveedores informales, ha hecho que el aborto sea mucho más seguro ahora, que hace una década o más.^{162, 163} Sin embargo, hay evidencia de que los abortos se han vuelto más seguros en algunos países en desarrollo donde se han ampliado las bases

para el aborto legal.¹⁶⁴⁻¹⁶⁶ Podría decirse que legalizar el aborto también mejora el bienestar de las mujeres porque les evita, a muchas, el daño que conlleva el riesgo de sanciones legales o penales por sus acciones.

Capacitación de personal de nivel medio para ampliar el acceso al aborto seguro. Las pautas para el aborto seguro de la OMS aclaran que los procedimientos de aborto del primer trimestre, en particular el aborto con medicamentos, pueden ser proporcionados de manera segura por personal no médico debidamente capacitado.¹⁵⁶ Una revisión reciente de la evidencia de 10 países en desarrollo demuestra que la atención brindada por personal capacitado de nivel medio, a menudo es de la misma calidad que la brindada por los médicos y que su capacitación ha llevado a un mayor acceso a servicios de aborto seguro.¹⁶⁷

Barreras persistentes para el aborto seguro: estigma sobre el aborto y actitudes del personal

El estigma es posiblemente el medio menos estudiado y más generalizado por el cual un aborto afecta el bienestar de una mujer. El estigma (incluido el miedo a ser estigmatizada, incluso si nadie se entera del aborto) puede llevar a sentimientos de aislamiento, vergüenza y culpa, que comprometen el bienestar emocional y psicológico de una mujer. El estigma asociado con el aborto existe en países de ingresos altos y bajos, y en países con leyes de aborto, liberales y restrictivas.¹⁶⁸

En algunos entornos, el estigma asociado con el aborto también limita el número de personas dispuestas a realizar el procedimiento, obstruyendo así el acceso de las mujeres a un aborto seguro. Un análisis sistemático encontró que algunos agentes tenían actitudes negativas hacia el aborto en la mayoría de países del sudeste asiático y África Subsahariana, para los que se disponía de evidencia.¹⁶⁹ Los prestadores de atención médica también informaron haber sido estigmatizados por sus familias, colegas y comunidades, por realizar abortos.

Ya sea para evitar ser estigmatizados o debido a sus propias actitudes hacia el aborto, algunos prestadores citan la objeción de conciencia como base para negarse a brindar atención de aborto. Sin embargo, las directrices de la OMS sobre el aborto seguro establecen que el derecho a la objeción de conciencia no se extiende al derecho de impedir o negar el acceso a servicios de aborto legal o de demorar la atención. Las pautas aconsejan que los prestadores de atención médica deben derivar a las mujeres a uno que sea fácilmente accesible. Sin embargo, en muchos entornos, la negativa de los prestadores a realizar abortos es generalizada e impide el derecho legal de las mujeres al aborto seguro.¹⁷⁰

Prevención y tratamiento de la infertilidad

La infertilidad o la incapacidad para concebir, es un área descuidada de la SDR, en particular en regiones con alta tasa global de fecundidad.¹⁷¹ Según la estimación, hasta 180 millones de parejas en todo el mundo podrían verse afectadas por la infertilidad, pero la falta de preocupación política combinada con el alto costo de las tecnologías de reproducción asistida han resultado en una gran división entre naciones ricas y pobres para brindar la atención necesaria a la fertilidad. Sin embargo, se podría hacer mucho más para crear conciencia y prevenir la infertilidad, investigar soluciones de bajo costo y hacer que el acceso a las nuevas tecnologías sea más equitativo en todo el mundo.

Necesidad de atender la infertilidad

La atención de la SR se ha definido para incluir "prevención y tratamiento apropiado" de la infertilidad desde la Conferencia de 1994 en El Cairo.³ La definición de DR, que incluye la capacidad de "decidir de forma libre y responsable sobre el número, el espaciamiento y el momento de tener sus hijos(as), y tener la información y los medios para hacerlo", implica apoyo para las mujeres que desean un embarazo y las que no.

Además de la justificación basada en los derechos, existe un fuerte argumento de salud pública para abordar la infertilidad. La investigación ha demostrado que la infertilidad se asocia con angustia psicológica,¹⁷² violencia de pareja¹⁷³ y conductas sexuales de riesgo,¹⁷⁴ así como consecuencias sociales como el estigma y la exclusión,¹⁷⁵ inestabilidad matrimonial¹⁷⁶ y dificultades económicas.¹⁷⁷ Si bien tanto hombres como mujeres pueden experimentar infertilidad, a menudo se culpa a las mujeres y viven las consecuencias más graves, incluso si no son la causa de ésta.¹⁷⁸ En sociedades donde la identidad y la posición social de las mujeres dependen en gran medida de tener hijos(as), la infertilidad de una pareja puede tener graves consecuencias para las mujeres.

Además, los temores relacionados con la infertilidad pueden disuadir a personas fértiles de usar métodos anticonceptivos.¹⁷⁹ En algunas sociedades, las jóvenes pueden sentirse presionadas a "probar" su fertilidad a edades tempranas, debido al alto valor que se le da a la maternidad.¹⁸⁰ Además, a medida que las mujeres de todo el mundo comienzan a tener hijos(as) a edades más tardías,^{181, 182} la demanda de diagnóstico y tratamiento de infertilidad podría aumentar, dada la correlación positiva entre edad avanzada e infertilidad.¹⁸³

Medición de la infertilidad

La OMS precisa la infertilidad clínica como una enfermedad del sistema reproductivo definida por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin protección".¹⁸⁴ Sin embargo, pocas estimaciones representativas a nivel nacional de prevalencia de infertilidad utilizan una definición clínica, y la variación en las definiciones y la medición de la infertilidad entre los estudios complica los esfuerzos para resumir las estimaciones actuales.¹⁸⁵ Varios factores tienen impacto sustancial en las estimaciones: población estudiada (por ejemplo, población general *versus* individuos que buscan tratamiento; mujeres *versus* personas *versus* parejas); el resultado considerado (es decir, la capacidad de concebir *versus* llevar un embarazo a término); y la cantidad de tiempo dedicado a intentar el embarazo (es decir, un año *versus* dos años *versus* 3-5 años, utilizado para estudios clínicos, epidemiológicos y demográficos, respectivamente).¹⁸⁶ Distinguir entre infertilidad primaria -incapacidad para tener hijos(as)- e infertilidad secundaria (incapacidad para tener hijos(as) después de un parto prematuro) también es importante.

No obstante, en los últimos 15 años, tres análisis a gran escala han generado estimaciones globales de infertilidad, con diferentes enfoques y resultados de medición, que van desde 48,5 millones¹⁸⁷ a 186 millones¹⁷⁶ de parejas afectadas por infertilidad primaria o secundaria. Un estudio de 2007 que usó un periodo de exposición de 12 meses, periodo después del cual se podría recomendar la intervención clínica, estimó que alrededor de 72 millones de mujeres vivían con infertilidad en todo el mundo, con aproximadamente 40 millones que probablemente busquen atención para ésta.¹⁸⁸ Recientemente se han aplicado enfoques innovadores de medición a los datos de la encuesta demográfica y de salud de 2013 en Nigeria, utilizando una técnica que

podría replicarse en otros países que tienen encuestas similares, para generar estimaciones económicas de la prevalencia de la infertilidad a nivel nacional.¹⁸⁹

No se han realizado grandes estudios prospectivos sobre las causas de infertilidad en entornos de bajos recursos, pero varios factores pueden desempeñar un papel importante: la edad y la OTB (que pueden provenir de ITS, infecciones postparto o post aborto, ocurriendo esta última debido al aborto inseguro, principalmente) así como a factores genéticos, de estilo de vida o ambientales.¹⁹⁰

Prevención y tratamiento de la infertilidad

La prevención de la infertilidad puede empezar por reducir los factores de riesgo de la afección, que incluyen educación y asesoramiento integral sobre sexualidad que incorpora información sobre prevención de ITS y conciencia sobre la fertilidad para abordar, por ejemplo, las irregularidades menstruales y el momento óptimo de las relaciones sexuales para lograr el embarazo.¹⁹¹⁻¹⁹³ La educación para la salud también podría dirigirse a otros factores modificables, como el tabaco, alcohol, nutrición y exposición ocupacional a ciertos químicos.¹⁹⁴⁻¹⁹⁶ Los proveedores locales que trabajan en centros de salud y comunidades podrían educar a las personas y contrarrestar algunos de los mitos y percepciones erróneas que rodean la infertilidad, y derivar a las parejas afectadas a los servicios apropiados a nivel de hospital distrital o regional.¹⁹⁰

La infertilidad secundaria, la incapacidad de quedar embarazada después de un parto prematuro, que tiene causas prevenibles y tratables en gran medida, es más común en todo el mundo que la infertilidad primaria -incapacidad de concebir un hijo(a)-.¹⁸⁷ La infertilidad secundaria podría reducirse mediante el acceso al parto seguro y la atención segura del aborto; disponibilidad de opciones anticonceptivas para prevenir embarazos no deseados; y prevención, detección y tratamiento de infecciones.^{197,198}

En donde estén disponibles, los medicamentos para inducir la ovulación pueden abordar la infertilidad debida a trastornos de la ovulación, mientras que la inseminación intrauterina puede usarse para bajos recuentos de espermatozoides e infertilidad inexplicada. La cirugía puede tratar los tubos obstruidos y los fibromas uterinos u otras anomalías del sistema reproductivo. Las tecnologías de reproducción asistida pueden ser útiles en cualquiera de estas condiciones, cuando sea apropiado.¹⁹⁹ La disponibilidad de atención puede ser importante para poblaciones específicas, como parejas VIH-cero discordantes, poblaciones LGBTTTI y mujeres con problemas médicos que afectan la fertilidad, como el cáncer.

Otras opciones para personas que no pueden tener hijos(as) incluyen la adopción y la subrogación, que requieren leyes y regulaciones para proteger los derechos y la salud de las personas involucradas. La subrogación, en la cual una mujer queda embarazada y da a luz con la intención de dar el niño a otra persona o pareja, está permitida en algunos países, pero tiene complejas implicaciones legales y éticas. Hay preocupación por la coerción y la explotación de madres sustitutas debido a los incentivos financieros, los riesgos para la salud que plantean los embarazos múltiples (incluido el aumento de exposición al riesgo y complicaciones) y los efectos psicológicos de la separación del niño después del parto.²⁰⁰

Barreras para la atención

La disponibilidad, el acceso y la calidad de las intervenciones para abordar la infertilidad siguen siendo limitadas en muchas partes del mundo, particularmente en países en desarrollo.¹⁹⁰ A menudo faltan intervenciones básicas, como asesoramiento, exámenes médicos e información sobre infertilidad y opciones de tratamiento.²⁰¹

Dado que la infertilidad no ha sido una prioridad alta en la salud pública mundial, persisten las brechas en la prestación de servicios desde la prevención hasta la atención y el tratamiento.¹⁹⁰ La educación y el asesoramiento sobre sexualidad y fecundidad están lejos de ser universales; la vigilancia y el tratamiento de ITS son limitados, y el acceso a la atención de SSR varía. El tratamiento avanzado de la infertilidad requiere mano de obra altamente calificada y equipos costosos, que siguen siendo un desafío en países desarrollados y son prácticamente inexistentes en muchos países de bajos recursos.²⁰² La tecnología de reproducción asistida a menudo no se incluye en los paquetes esenciales de atención primaria de salud ni está cubierta por las compañías de seguros.²⁰³

El costo de los tratamientos es quizás la mayor barrera para aumentar el acceso. Sin embargo, un punto de partida es crear conciencia sobre el problema, reducir el estigma en torno a la infertilidad y aconsejar a las parejas sobre sus opciones.²⁰⁴ Para superar las barreras financieras al tratamiento de la infertilidad, redes internacionales como Walking Egg y Friends of Low-Cost IVF están investigando formas innovadoras de desarrollar tratamientos de bajo costo.²⁰⁵

Cánceres del sistema reproductivo

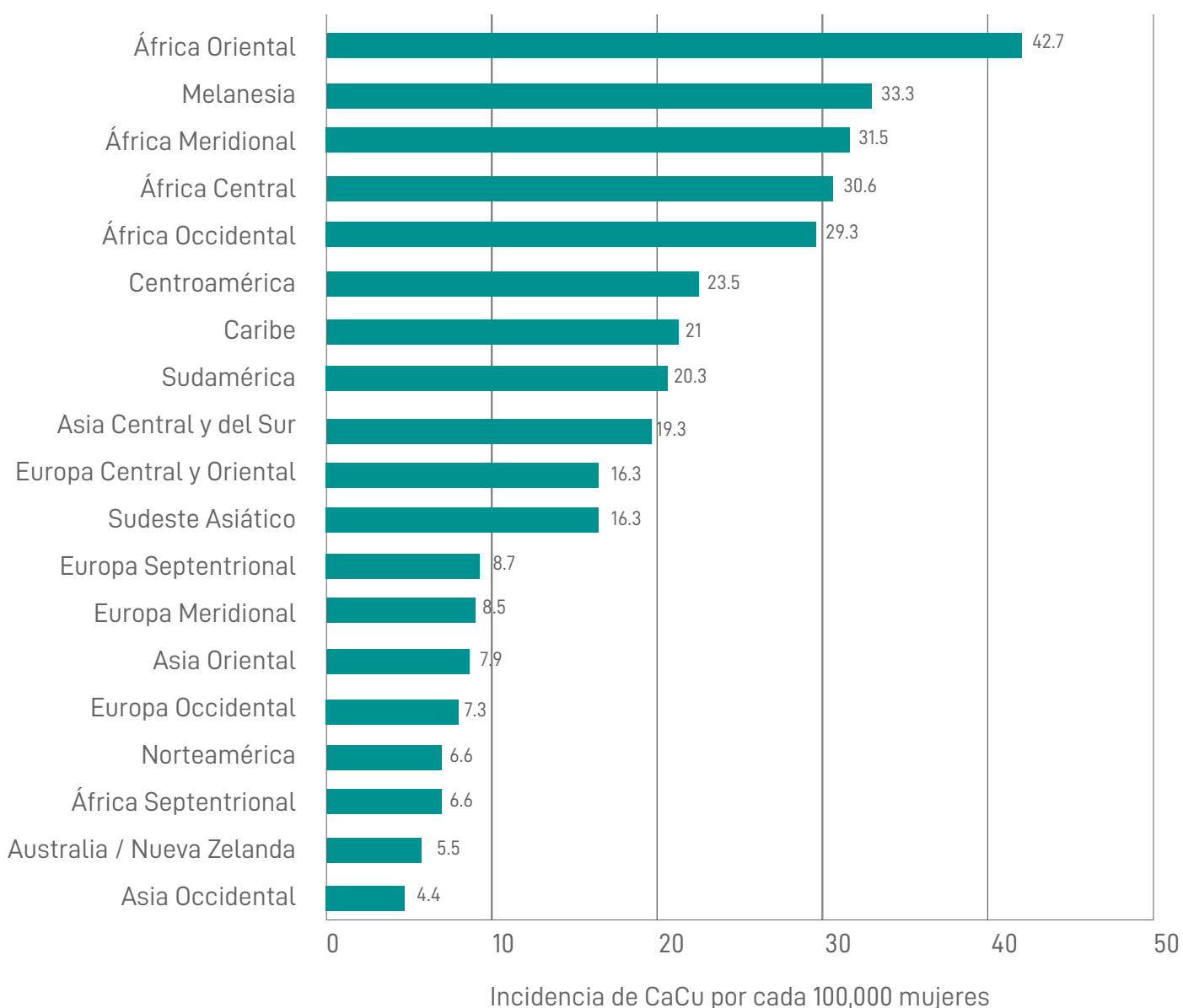
El acceso a servicios para prevenir y tratar los distintos tipos de cáncer del sistema reproductivo es muy desigual en todos los países, para las personas de bajos recursos y aún en los países más ricos.²⁰⁶ El cáncer es una crisis creciente en países de ingresos bajos y medianos, donde la carga de la enfermedad se está desplazando hacia enfermedades crónicas no transmisibles.²⁰⁶ Nos centramos aquí en el CaCu porque demasiadas mujeres mueren en el mejor momento de sus vidas por una enfermedad que podría prevenirse con tecnologías relativamente simples y asequibles. Si no se aborda, las muertes por CaCu en todo el mundo pronto podrían superar a las debidas al embarazo y parto.

Alcance y magnitud

Los distintos tipos de cáncer del sistema reproductivo ocurren tanto en mujeres como en hombres; en las mujeres incluyen cánceres ginecológicos y de mama, y en los hombres se pueden encontrar en la próstata, los testículos y el pene. Cada año, 2,7 millones de mujeres son diagnosticadas con algún tipo de cáncer ginecológico y de mama en todo el mundo, y más de 1 millón de mujeres muere, la gran mayoría en países de ingresos bajos y medianos.²⁰⁷ Un estimado de 1,1 millones de hombres en todo el mundo fueron diagnosticados con cáncer de próstata en 2012, el segundo cáncer más común en hombres²⁰⁸ (el cáncer testicular y de pene son mucho más raros). Aproximadamente la mitad de los 0,3 millones de muertes por cáncer de próstata se dan anualmente en países de ingresos bajos y medios.²⁰⁸

Una reciente serie de Lancet revisó los cánceres del sistema reproductivo de las mujeres y destacó las oportunidades de progreso, y recomendó que éstos se consideren “una parte integral de la política de salud de las mujeres tanto para lograr la atención médica universal como para los ODS”.²⁰⁹ Se estima que 530,000 mujeres fueron diagnosticadas con CaCu en 2012, y 266,000 murieron, casi 90% de las cuales estaba en un país de ingresos bajos o medios.²⁰⁷ Es el cuarto cáncer más común en mujeres en todo el mundo, y en gran parte del África Subsahariana es el cáncer más común. Las tasas de incidencia más altas se encuentran en África Oriental y Central, Asia Meridional y Sudoriental, el Pacífico Occidental y partes de América Central y del Sur (**Figura 9**).

Figura 9. Incidencia de CaCu por cada 100,000 mujeres, por subregión, 2012



Fuente: GLOBOCAN, IARC, 2012.²¹⁰

Las tasas de mortalidad varían hasta 18 veces entre las diferentes regiones del mundo, desde menos de 2 por 100,000 en Asia Occidental, Europa Occidental y Australia / Nueva Zelanda, hasta más de 20 por 100,000 en Melanesia (20.6), África Central (22.2) y África Oriental (27,6).²¹⁰ Junto con otros cánceres del sistema reproductivo, puede causar una discapacidad sustancial y muerte prematura entre mujeres en el mejor momento de su vida, alterar la vida familiar y reducir la productividad y los ingresos, exacerbando así el ciclo de pobreza.

Causas del CaCu y barreras para el tratamiento

El CaCu es causado principalmente por una infección persistente con uno o más de los subtipos de alto riesgo del VPH, la ITS más común, generalmente adquirida a una edad temprana. La mayoría de las infecciones por VPH se resuelve por sí sola, pero una minoría persiste y algunas conducen a un precáncer que, si no se trata, puede progresar a cáncer de 10 a 20 años después. Las muertes por CaCu son demasiado altas teniendo en cuenta que su causa y progresión son muy conocidas, que las vacunas contra el VPH altamente efectivas han existido durante casi una década y que existen opciones de detección y tratamiento rentables para lesiones tempranas (precancerosas).^{211, 212}

La prevención y el control integrales del CaCu requieren acceso equitativo y asequible a la atención.²¹³ Cuatro intervenciones son clave, junto con información, educación y asesoramiento: 1) prevención primaria con la vacuna contra el VPH para niñas de 9 a 13 años; 2) prevención secundaria con detección cervical, diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas; 3) tratamiento para el CaCu invasivo, y 4) cuidados paliativos.²¹¹

La gran mayoría de casos nuevos y las muertes por CaCu ocurren en países donde la cobertura de la vacuna contra el VPH²¹⁴ y la detección cervical son deficientes.²¹⁵ En países de altos ingresos, la incidencia y mortalidad por este cáncer se redujo drásticamente en los últimos 30 a 40 años debido a la detección eficaz (pruebas de Papanicolaou) y los servicios de tratamiento. Para las mujeres en países de ingresos bajos y medios se ha visto poco progreso. Cuando los recursos son limitados, la OMS recomienda una inspección visual de muy bajo costo con ácido acético (vinagre) y crioterapia para tratar las lesiones precancerosas.²¹¹ La prueba de ADN del VPH también se puede usar para detectar la presencia de tipos de VPH de alto riesgo; estas pruebas son cada vez más asequibles para los países de ingresos bajos y medios.

La prevención primaria y la secundaria del CaCu son las "mejores compras" según la OMS.²¹⁶ Desafortunadamente, la cobertura de vacunación contra el VPH ha aumentado poco a pesar de los precios especiales para los países elegibles ofrecidos a través de Gavi, la Alianza para las Vacunas, desde 2013 y el fondo revolvente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las niñas inmunizadas en los países de ingresos bajos y medios representan menos de 1% del total inmunizado en todo el mundo.²¹⁴ Si bien las niñas y los niños deberían recibir educación sobre el VPH, la OMS no recomienda actualmente la vacunación de los(as) niños(as) porque con recursos limitados, la vacunación de niñas es mucho más rentable y protege directamente a las personas con riesgo de desarrollar CaCu.²¹¹

En cuanto a la prevención secundaria, la OMS recomienda que se ofrezcan exámenes de detección al menos una vez en la vida para cada mujer en el grupo de edad de 30 a 49 años, donde se puede lograr el mayor beneficio.²¹¹ Sin embargo, a pesar de los esfuerzos mundiales para hacer que los enfoques de detección sean asequibles y accesibles, la mayoría de mujeres en países de ingresos bajos y medianos no se somete a pruebas de detección de CaCu.^{215, 217}

La implementación de las cuatro intervenciones de prevención y control requiere un sistema de salud sólido con vínculos efectivos entre los diferentes niveles de atención. Las lecciones de los últimos 5 a 10 años indican que la ampliación para llegar a toda la población en riesgo, incluso para una de estas intervenciones, por ejemplo la vacunación contra el VPH en los programas nacionales de inmunización,²¹⁷ ha sido mucho más difícil de lo previsto. Los programas de vacunación se han visto obstaculizados por problemas como la asequibilidad, la competencia por los escasos recursos de salud, los problemas logísticos y la falta de apoyo nacional e internacional (es decir, no todos los países son elegibles para Gavi).²¹⁴

SECCIÓN 5

Poblaciones con necesidad de servicios

Los grupos de población que tienen distintas necesidades de SDSR o que experimentan mayores obstáculos para obtener atención de SSR, se muestran en la **Figura 3** y se analizan a continuación. Primero, los(as) adolescentes son una población clave para casi todos los servicios de SSR: desde los 10 hasta los 19 años, tanto niñas como niños experimentan transiciones importantes, incluido el inicio de la pubertad y, para algunos(as), el comienzo de la actividad sexual, la convivencia o la vida matrimonial y la maternidad. En segundo lugar, los hombres, que representan la mitad de la población en edad fértil, a menudo son renuentes a buscar atención en centros de salud que atienden principalmente a mujeres embarazadas y sus hijos(as), lo cual los deja sin atención y les impide desempeñar un papel más importante en el apoyo a la SSR de las mujeres.

Tercero, se destacan las desventajas experimentadas por las personas con orientaciones sexuales y/o identidades de género disidentes, que enfrentan estigma y discriminación en todo el mundo y, en algunos países, están sujetas a violencia extrema. Debido a la exclusión social, experimentan obstáculos para recibir atención de SSR, que incluyen falta de prestadores de servicios bien informados y miedo a un trato discriminatorio.²¹⁸ En cuarto lugar, las necesidades de las personas desplazadas y las refugiadas también se describen en esta sección porque su número está creciendo en todo el mundo y sus precarias situaciones de vida las ponen en alto riesgo de problemas de SSR. La falta de datos limita lo que se pueda describir sobre los riesgos y necesidades de SDSR de muchos de estos grupos y es particularmente cierto para otros grupos marginados, como personas discapacitadas, personas mayores cuyos años fértiles han pasado, personas que viven en las calles, las y los trabajadores sexuales y personas que consumen drogas inyectables. Las encuestas por hogares convencionales pueden no llegar a esa población, o carecen de preguntas específicas que las involucre, o ambas. Sin embargo, las características que las excluyen de las encuestas (y limitan la disponibilidad de datos) pueden hacerlas más vulnerables a los problemas de SSR y, por lo tanto, a mayor necesidad de servicios.

Adolescentes

La adolescencia es un momento crítico para sentar las bases de una vida sexual y reproductiva saludable y para abordar cuestiones que son especialmente perjudiciales para la salud de las mujeres: normas de género no equitativas, matrimonio infantil y violencia de género.²¹⁹ También es un periodo crítico para el desarrollo sexual y la exploración de la orientación sexual, ya que estos son años formativos en los que la expectativa de adherirse a los roles y normas de género comienza a intensificarse y solidificarse.²²⁰

Las experiencias durante la adolescencia pueden determinar la trayectoria de vida de las personas. Aproximadamente la mitad de mujeres de 19 años en las regiones en desarrollo se han vuelto sexualmente activas, a menudo pero no siempre porque están casadas, y aproximadamente la mitad de sus embarazos no son intencionales.²²¹ Las niñas y mujeres adolescentes también son muy susceptibles a las ITS, incluido el VIH. Brindar a hombres y mujeres adolescentes la información y los servicios de SDR que necesitan requiere superar los obstáculos sociales, culturales, del sistema de salud y legales, y debe comenzar con el reconocimiento de que ya pueden ser sexualmente activos(as) o que podrían serlo pronto.

Si bien la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas definen a los(as) adolescentes como aquellos que tienen entre 10 y 19 años, los datos de la encuesta y la investigación sobre SDR de adolescentes suelen estar disponibles sólo para los de 15 a 19 años. Destacamos lo que sabemos sobre adolescentes más jóvenes en el **panel 6**.

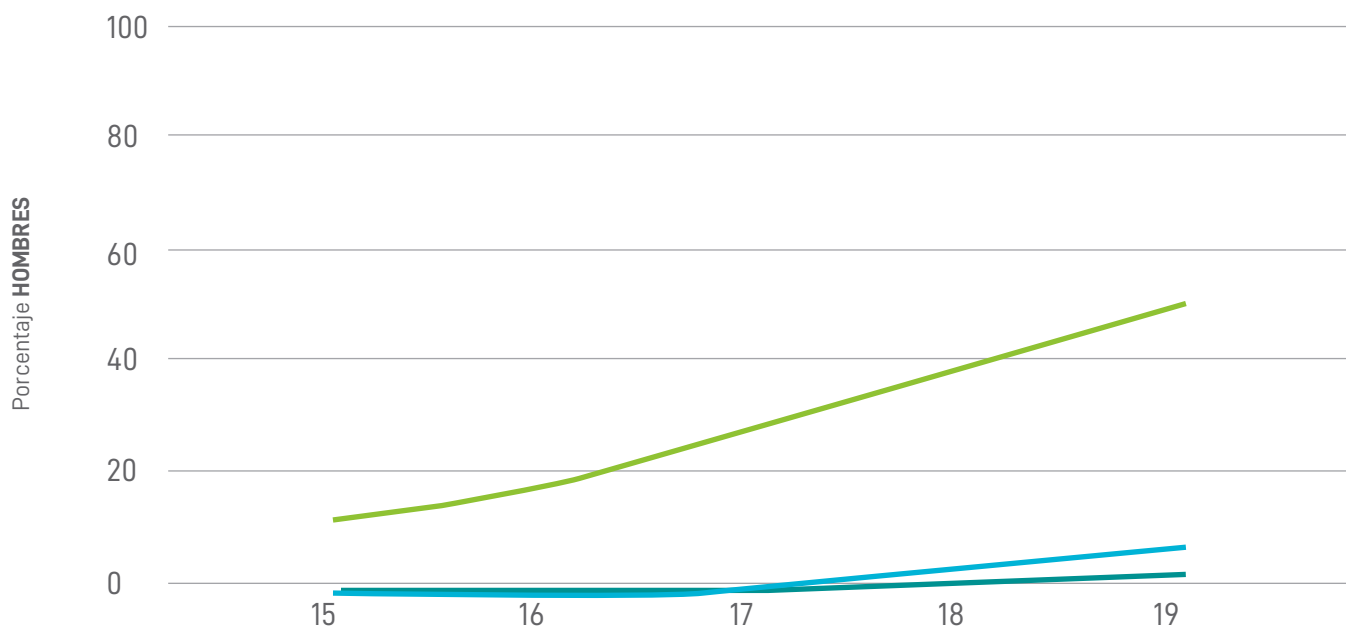
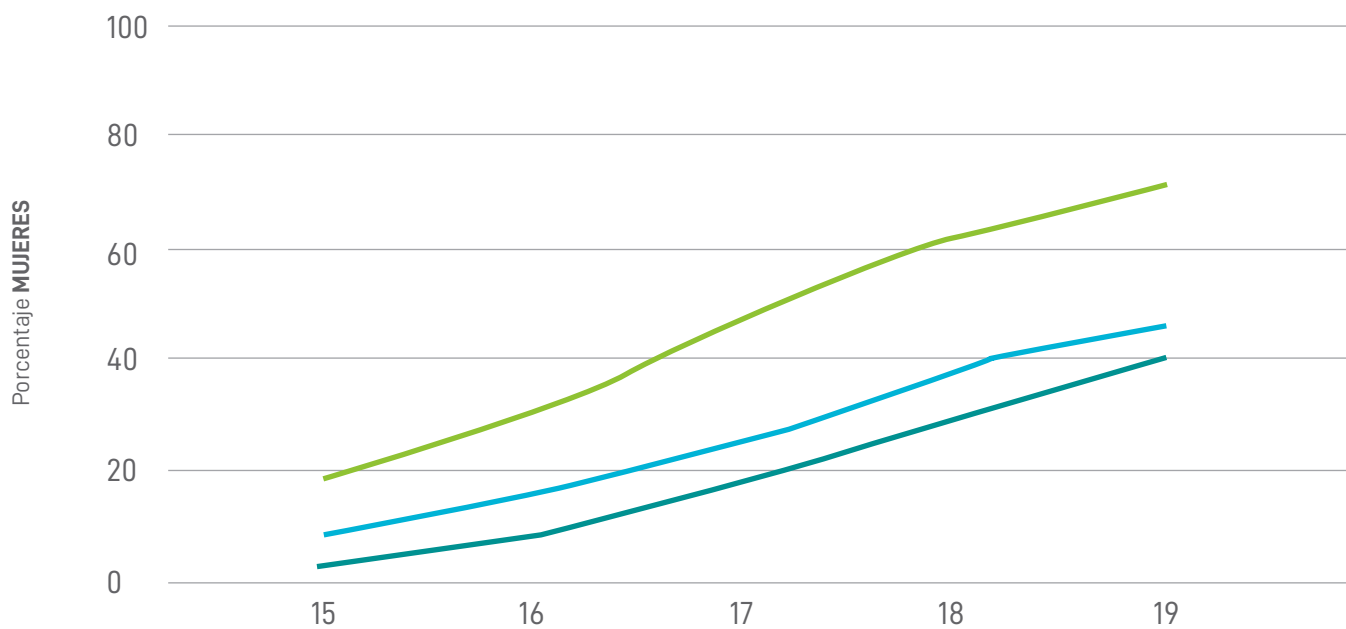
Matrimonio, actividad sexual y maternidad

Las mujeres adolescentes en regiones en desarrollo suelen experimentar la primera relación sexual, el matrimonio y la maternidad como una sucesión de eventos cercanos. Algunas adolescentes son sexualmente activas antes del matrimonio (en todas las subregiones, aunque en distintos grados) y algunas quedan embarazadas y/o adquieren alguna ITS. Sin embargo, la mayoría de actividad sexual y la maternidad se produce dentro del matrimonio o unión formal en estas regiones.²²¹

La **Figura 10** compara estos eventos de la vida entre hombres y mujeres adolescentes en África Subsahariana, región para la cual existen datos suficientes sobre los hombres para hacer posible tal comparación. Como era de esperar, las mujeres jóvenes tienen más probabilidades de casarse y tener un hijo(a) que los hombres jóvenes en cada etapa de la adolescencia. Los datos también muestran que algunos adolescentes, hombres y mujeres, son sexualmente activos antes del matrimonio; sin embargo, la brecha entre edad al inicio de la vida sexualmente activa y edad al matrimonio es mucho mayor para los hombres que para las mujeres adolescentes.

También otros estudios han encontrado que los hombres adolescentes de 15 a 19 años tienen más probabilidades que sus pares de tener relaciones sexuales no maritales, aunque esta relación varía entre países:²²² por ejemplo, en Vietnam 52% de adolescentes hombres de 15 a 19 años informó conductas sexuales no maritales en el último año, en comparación con 4% de las adolescentes; en Kenia, 98% de los hombres declaró tener relaciones sexuales no maritales, en comparación con el 56% de las mujeres.²²³

Figura 10. Actividad sexual, matrimonio y maternidad entre hombres y mujeres adolescentes de 15 a 19 años en África Subsahariana, 2016



- Tuvo sexo alguna vez
- Casadas /os
- Dio a luz alguna vez

Nota: "casados(as)" incluye matrimonios formales y uniones de convivencia.
 Fuente: Darroch, J.E. *et al.*, 2016,²²¹ DHS Health Surveys, tabulaciones de Guttmacher, 2016.³²

A pesar de los esfuerzos mundiales para terminar con el matrimonio infantil (antes de los 18 años), la práctica sigue siendo común en regiones en desarrollo, particularmente en el sur de Asia y en África Subsahariana.²²⁴ Se estima que 7% de niñas en regiones en desarrollo se casa antes de los 15 años y 28% antes de los 18. Los padres suelen casar a sus hijas pequeñas para preservar su virginidad prematrimonial y protegerlas del acoso sexual; también pueden hacerlo por razones económicas, para saldar deudas, formar alianzas o proteger el "honor familiar".²²⁵ Los hombres adolescentes, por otro lado, pueden retrasar el matrimonio hasta que tengan un trabajo o crean que tienen medios suficientes para mantenerse a sí mismos y a sus familias.

Panel 6. Experiencias sexuales y reproductivas de adolescentes de 10 a 14 años, en regiones en desarrollo

La adolescencia temprana, definida como la edad de 10 a 14 años, es un periodo de rápidos cambios físicos, sociales, emocionales y cognitivos que tienen implicaciones para el bienestar en la adolescencia posterior y edad adulta. Los datos de las encuestas nacionales en más de 100 países,²²⁶ junto con otros estudios a pequeña escala, ofrecen información sobre las experiencias sexuales y reproductivas de estos adolescentes a través del informe retrospectivo de adolescentes de 15 a 19 años.

- La mayoría de los(as) adolescentes de 10 a 14 años nunca ha tenido relaciones sexuales; sin embargo, algunos han comenzado a explorar las relaciones íntimas y a participar en actividades sexuales como besarse, abrazarse, acariciarse y tener sexo oral y anal.
- En encuestas representativas a nivel nacional, los autoinformes de mujeres adolescentes sobre relaciones sexuales antes de los 15 años oscilan entre 0 y 29%; estudios de menor escala muestran un rango menor: 1-20%.
- Para muchos adolescentes la primera relación sexual resulta de la coerción o la violencia. La probabilidad de que se coaccione el primer sexo es mayor cuando ocurre a edades muy tempranas (por ejemplo, 28%-62% entre niñas que tuvieron la primera relación sexual antes de los 12 años en tres países de África Subsahariana), en comparación con las que tuvieron el primer sexo entre los 12-14 años (21%-28%).²²⁷
- El matrimonio infantil afecta desproporcionadamente a las niñas. La proporción de adolescentes casadas antes de los 15 años varía según el país, de menos de 1% al 24%, así como la región, residencia y riqueza. Es más frecuente entre niñas que viven en zonas rurales y en los hogares más pobres.
- El matrimonio temprano está asociado con la maternidad temprana. Las adolescentes menores de 15 años tuvieron un estimado de 777,000 nacimientos en regiones en desarrollo en 2016; 58% de estos nacimientos tuvo lugar en África, 28% en Asia y 14% en América Latina y el Caribe.

Se necesita más investigación sobre las necesidades de SDR de niñas y niños de 10 a 14 años, con una cuidadosa consideración de las limitaciones metodológicas y éticas. La evidencia es crítica para informar sobre estrategias que satisfagan sus necesidades, como brindar educación sexual integral, reducir los niveles de matrimonio infantil, abordar la violencia sexual, promover normas equitativas de género y proporcionar incentivos financieros para la educación.

Las adolescentes casadas o unidas son altamente vulnerables a los problemas de SDR por varias razones: a menudo están socialmente aisladas; tienden a comenzar a tener hijos a edades tempranas; son vulnerables a las ITS, incluido el VIH/SIDA; y es común que no puedan negociar relaciones sexuales más seguras con sus esposos, que suelen ser mucho mayores.²²⁸ Las personas que dan a luz a edades muy tempranas (es decir, de 15 años o menos) tienen mayor riesgo de complicaciones relacionadas con el embarazo y la muerte. Además, quienes se casan antes de la edad adulta también corren mayor riesgo de violencia de pareja íntima y relaciones sexuales forzadas, que las mujeres que se casan a los 18 años o más.²²⁹

Asimismo, los(as) hijos(as) de madres adolescentes enfrentan mayores riesgos de salud que aquéllos(as) de madres mayores, debido, por una parte, a los riesgos más altos en los primeros nacimientos y, por otra, por el mal estado de salud de las madres jóvenes.²³⁰ Por ejemplo, el primer nacimiento de madres menores de 18 años tiene el mayor riesgo de mortalidad neonatal, parto prematuro y mortalidad infantil.²³¹ Los(as) hijos(as) de adolescentes también corren el mayor riesgo de mortalidad infantil y en la infancia, así como retraso en el crecimiento y anemia.²³²

Según datos de 2016, aproximadamente la mitad de embarazos adolescentes en regiones en desarrollo es no deseado, con variaciones según la región.²²¹ En América Latina y el Caribe, 74% de embarazos adolescentes es no deseado; aproximadamente la mitad de embarazos adolescentes no deseados en esta región y en África termina en aborto inducido y 65% lo hace en Asia.²²¹ En países desarrollados con estadísticas completas de aborto, la proporción de embarazos no deseados entre adolescentes que terminan en aborto, varía ampliamente, pero para la mayoría de estos países se encuentra dentro del rango de 35-55%.²³³

Necesidades y servicios de anticoncepción para adolescentes

En regiones en desarrollo las mujeres adolescentes que desean evitar un embarazo encuentran muchas barreras para usar anticonceptivos. Es posible que sientan presión social para tener un hijo(a), especialmente si están casadas, o pueden existir dificultades para tener acceso y usar servicios anticonceptivos. De las mujeres adolescentes "con necesidad insatisfecha de anticoncepción" (es decir, aquellas que son sexualmente activas y no quieren tener un hijo(a) durante dos años al menos), 60% no está utilizando un método moderno, que va de 34% en Sudamérica a 78% en África Central.²²¹ Estas mujeres se definen por tener necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna (véase también la página 39).

Los y las adolescentes que usan anticonceptivos en regiones en desarrollo suelen utilizar condones masculinos (38%), píldora (27%) e inyectables (19%);²²¹ relativamente pocos están

utilizando métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada, como implantes subdérmicos y DIU, que tienen mayores tasas de efectividad.²³⁴ La falla de los anticonceptivos es una preocupación importante: un análisis de 43 países en desarrollo encontró que mujeres menores de 25 años tenían tasas de falla mucho más altas para todos los métodos en comparación con mujeres de 25 años o más.²³⁵

Los servicios de salud suelen ofrecer condones u otros métodos de corta duración a adolescentes; muchos de ellos creen que los métodos de acción prolongada, como DIU e implantes subdérmicos, son inapropiados para mujeres que no han tenido un(a) hijo(a). Sin embargo, la Declaración de Consenso Mundial sobre la Ampliación de la Elección de Anticonceptivos para Adolescentes y Jóvenes afirma que no hay razón médica alguna para negarle a los(as) adolescentes los métodos reversibles de acción prolongada.²³⁶ Además, la anticoncepción de emergencia y los condones femeninos podrían satisfacer las necesidades de algunos(as) adolescentes, pero su disponibilidad a menudo es limitada.

El VIH e ITS entre adolescentes

Se estima que 250,000 adolescentes de 15 a 19 años se infectaron con VIH en 2015, de los cuales casi dos tercios (160,000) eran adolescentes de sexo femenino.²³⁷ En África Subsahariana las niñas representan tres de cada cuatro nuevas infecciones por VIH entre adolescentes de 15 a 19 años.²³⁸ En comparación con los hombres jóvenes, las mujeres jóvenes tienen más probabilidades de contraer VIH y la edad de infección es de 5 a 7 años antes, a menudo coincidiendo con el debut sexual (inicio de relaciones sexuales).²³⁹ Otras ITS, incluido el VPH, también se adquieren comúnmente en los primeros años fértiles, es decir, antes de los 25 años.²⁴⁰

La carga desproporcionada de VIH en mujeres jóvenes se debe a muchos factores: son fisiológicamente más susceptibles a contraer VIH que los hombres y las mujeres mayores de 25 años,²³⁹ y también pueden tener más dificultades para protegerse del mismo. Algunos de los desafíos pendientes de superar incluyen: acceso inadecuado a información y servicios de SSR de alta calidad; falta de educación secundaria y educación sexual integral; normas de género perjudiciales, incluido el matrimonio infantil; relaciones sexuales intergeneracionales (hombres mayores y mujeres más jóvenes); incapacidad para pedirles a sus parejas que usen condones, y mayor riesgo de violencia en situaciones de conflicto.²⁴¹⁻²⁴³ Cuando los hombres mayores que viven con VIH son compañeros de mujeres adolescentes, sus comportamientos de riesgo y algunas veces violentos, colocan a estas mujeres en peligro de contraer el virus.

En regiones en desarrollo, la proporción de adolescentes de 15 a 19 años que se ha realizado pruebas de VIH es sólo de 12% para mujeres y de 9% para hombres. Sólo una minoría de mujeres adolescentes sexualmente activas que tiene una ITS o sus síntomas busca atención en un centro de salud.²⁴⁴ Muchos adolescentes no saben dónde buscar servicios para ITS y aquellos que lo hacen pueden sentir vergüenza o temor de recibir tratamiento por parte de los prestadores de atención médica.

Enfrentando imágenes sexistas y estereotipos dañinos en los medios

A medida que el acceso a Internet y el uso de las redes sociales se vuelve universal, la exposición a imágenes sexistas y marcadas por estereotipos de hombres y mujeres puede proliferar rápidamente. Los hombres, particularmente niños y jóvenes, comúnmente ven pornografía y material erótico, lo cual tiene efectos negativos como lo muestra gran cantidad de investigaciones al respecto.²⁴⁵⁻²⁴⁸ En específico, un análisis encontró²⁴⁹ que la exposición de adolescentes y adultos jóvenes a medios que sexualizan a niñas y mujeres se asocia con mayor aceptación de estereotipos de género y roles sexuales, incluida la visualización de las mujeres como objetos sexuales.²⁴⁹ La exposición constante a las nociones dominantes de agresión masculina refuerza los prejuicios entre niños y hombres sobre la inferioridad de niñas y mujeres.

Sin embargo, proteger a los(as) adolescentes de la violencia sexual, la coerción y la explotación no significa protegerlos(as) de la sexualidad.²⁴⁹ Los(as) niños(as) pueden y deben recibir educación apropiada para su edad y basada en evidencia sobre sexo y sexualidad. La educación integral en sexualidad cubre el comportamiento sexual (incluido el placer sexual y las relaciones íntimas) puede crear conciencia sobre representaciones sexuales degradantes, sexistas y objetivamente incorrectas o distorsionadas.²⁵⁰ Los(as) adolescentes también necesitan que se les enseñe a ser consumidores informados(as) de Internet y que estén equipados para enfrentar el riesgo de ver contenido inadecuado.

Barreras para la atención de los(as) adolescentes

Muchas barreras sociales, de género, culturales y legales impiden que los(as) adolescentes obtengan información y servicios de SSR de alta calidad.²⁵¹⁻²⁵⁴ Las mujeres solteras sexualmente activas enfrentan barreras tales como políticas, regulaciones o normas comunitarias que las excluyen de recibir información y servicios.²⁵⁵ En muchos países, los(as) adolescentes menores de edad requieren el consentimiento de los padres para obtener atención médica, incluidas pruebas y asesoramiento sobre VIH.^{256, 257} En algunos países donde la actividad sexual de menores de 16 años es ilegal, es posible que los servicios de salud no puedan mantener la confidencialidad del paciente cuando atienden a estos(as) jóvenes.²⁴⁴ En otros países, las políticas gubernamentales restringen el acceso de los(as) adolescentes a los servicios y educación en SSR. El sesgo entre los servicios o centros de salud también puede ser un problema, ya que algunos pueden negarse a atender a adolescentes o mujeres solteras, incluso en ausencia de prohibiciones legales o administrativas. Finalmente, el costo de tener acceso a los servicios podría disuadir a los(as) adolescentes de buscar o utilizar los servicios de SSR.

Participación del hombre en la SSR

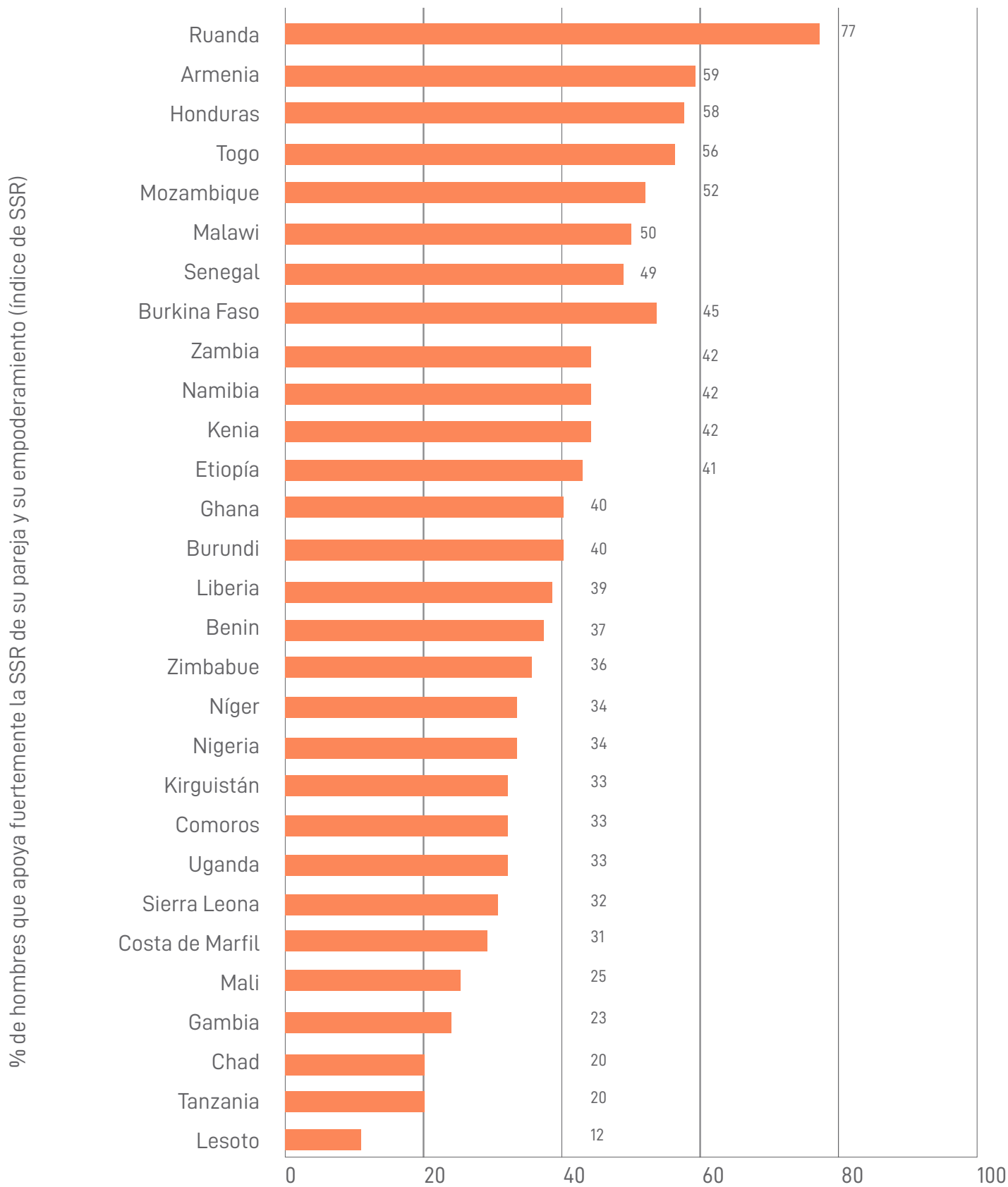
Los comportamientos sexuales y reproductivos de los hombres pueden ponerlos a ellos y a sus parejas en riesgo de embarazo no deseado e ITS, incluido VIH, sin embargo, a menudo carecen de información y servicios para prevenir comportamientos no saludables y sus consecuencias negativas. El Programa de Acción de la CIPD señaló:

Los hombres desempeñan un papel clave para lograr la equidad de género, ya que, en la mayoría de las sociedades, los hombres ejercen un poder preponderante en casi todas las esferas de la vida, desde decisiones personales sobre el tamaño de las familias hasta las decisiones de políticas y programas tomadas en todos los niveles de gobierno. Es esencial mejorar la comunicación entre hombres y mujeres sobre temas de sexualidad y salud reproductiva, y la comprensión de sus responsabilidades conjuntas, para que hombres y mujeres sean socios iguales en la vida pública y privada.³

Algunas investigaciones han mostrado, durante mucho tiempo, lagunas en la comprensión de la SSR de los hombres y las formas más efectivas de comunicarse con ellos, para mejorar su salud y comprometerlos a apoyar la salud de sus esposas y parejas.²⁵⁸ Esas investigaciones han aumentado en los últimos años, lo que refleja un creciente consenso sobre la necesidad de comprender mejor la masculinidad en general.

Un índice³² de participación de los hombres en la SSR y empoderamiento de sus parejas sugiere que dicha participación es baja por lo general. El índice se basa en el acuerdo o desacuerdo de los hombres con cuatro declaraciones. Los hombres se consideran partícipes de la vida SSR si: 1) están de acuerdo en que está justificado que la esposa o pareja le pida a su esposo o pareja que use un condón si tiene una ITS; 2) no está de acuerdo en que golpear a la esposa esté justificado por cualquier motivo; 3) no están de acuerdo en que el uso de anticonceptivos es asunto de mujeres y que los hombres no necesitan involucrarse en la toma de decisiones anticonceptivas, y 4) no están de acuerdo con que las mujeres que usan anticonceptivos puedan hacer mal uso de su sexualidad. La proporción de hombres que apoyan firmemente la SSR y el empoderamiento de sus parejas, es decir, respondieron en consecuencia a las cuatro declaraciones, varía de 12% en Lesoto a 77% en Ruanda (**Figura 11**). De las cuatro medidas consideradas, que la violencia de pareja esté justificada (2) y que las mujeres que usan métodos anticonceptivos hacen mal uso de su sexualidad (4), son las dos medidas que tienden a reducir el nivel de apoyo de los hombres a la SSR y el empoderamiento de sus parejas.

Figura 11: Apoyo de los hombres a la SSR de las mujeres con base en las respuestas a las Encuestas Demográficas y de Salud 2010-2015



* Índice de SSR: proporción de hombres que están de acuerdo con las cuatro afirmaciones siguientes: esposa / pareja está justificada al preguntarle a su esposo / pareja si tiene ITS; que una esposa que golpea nunca está justificada; el uso de anticonceptivos no es sólo un asunto de mujeres, y la anticoncepción no hace que las mujeres sean promiscuas.

Nota: Incluye hombres de 15 a 59 años para todos los países, excepto Bangladesh, Kenia, Malawi, Uganda y Zimbabue, que incluyen hombres de 15 a 54 años; y Armenia, República Kirguisa, Lesoto, Nepal, Nigeria, Tanzania y Timor Oriental, que incluyeron hombres de 15 a 49 años.

Fuente: DHS Health Surveys, tabulaciones de Guttmacher, 2016.³²

Las mujeres siguen asumiendo la responsabilidad del uso de anticonceptivos y ha habido pocos cambios en el uso de métodos anticonceptivos masculinos desde mediados de los años noventa. Una barrera es el número limitado de opciones masculinas disponibles, que podría abordarse mediante una mayor inversión en nuevos métodos para hombres.

Reconocer y ampliar el papel de los hombres en la salud materna e infantil también es clave. Un análisis sistemático de estudios en regiones en desarrollo encontró que la participación de los hombres se asoció significativamente con reducción de las probabilidades de depresión postparto y mejor utilización de la asistencia especializada al parto y la atención postnatal.²⁵⁹ La participación masculina durante el embarazo y el postparto parece tener mayores beneficios que la participación masculina durante el parto. Dado que los hombres a menudo son los guardianes del acceso de las mujeres a los servicios, involucrar a los hombres, cuando las mujeres lo desean, durante el embarazo, el parto y en adelante, puede aumentar la igualdad de género y el apoyo masculino para la SDR de las mujeres.

Programas que involucran a hombres y niños en SDR

Existen programas prometedores que se han puesto a prueba en diversos países para promover la SSR de los hombres y aumentar su apoyo a la salud de sus parejas. Una evaluación de la OMS sobre intervenciones con hombres, relacionadas con la SSR, la salud materna e infantil, la violencia de género, la paternidad y el VIH/SIDA, descubrió que tales intervenciones provocaron cambios importantes en actitudes y comportamientos de los hombres, a pesar de ser de corta duración.^{57, 80} Algunos de los programas más exitosos trabajan con individuos, grupos y comunidades para cambiar las normas sobre lo que significa ser hombres, para cultivar y reforzar la noción de que la masculinidad se puede asociar con el cuidado, para crear conciencia sobre la SR y alentar la búsqueda de la atención médica necesaria.

La creciente atención a los roles de los hombres como padres es prometedora, ya que la evidencia sugiere que hombres que están más involucrados en la vida de sus hijos(as) tienen más probabilidades de prestar atención a los problemas de SR. El "Programa Perinatal para Padres" de Brasil y su Iniciativa de Salud Masculina, desarrollada como parte de la política nacional de atención médica de Brasil para hombres, ofrecen ejemplos de cómo las intervenciones relativamente simples, como la capacitación de profesionales de la salud (incluida la capacitación en línea), ofrecen oportunidades para hombres y padres para satisfacer sus propias necesidades de salud (incluidas las pruebas de VIH) y darles a las mujeres la oportunidad de tener a sus parejas presentes al nacer, puede resultar en gran número de hombres que tienen acceso a los servicios y mayor sensación de seguridad y apoyo de las mujeres durante el proceso prenatal y de parto.²⁶⁰

Desafortunadamente, muchos programas exitosos nunca se amplían después de la etapa piloto, en parte debido a la falta de fondos. Otra razón es la renuencia de algunos donantes, gerentes de programas, defensores de la SR y activistas por los derechos de las mujeres, para promover la investigación y la prestación de servicios para hombres.²⁶¹ Algunos pueden considerar que invertir en las necesidades de SSR de los hombres equivale a quitar fondos limitados para satisfacer las necesidades de las mujeres. Los programas más recientes han evitado esta visión binaria y, en su lugar, adoptan un enfoque "sincronizado con el género" o "relacional de género" que involucra a hombres, mujeres, niñas y niños de todas las orientaciones sexuales e identidades de género para desafiar las rígidas construcciones de masculinidad y feminidad que son perjudiciales para la salud y el bienestar.²⁶² Bajo este enfoque, los programas dirigidos a hombres son responsables de su impacto en mujeres; los programas centrados en mujeres buscan formas de involucrar constructivamente a hombres, y algunos programas involucran a ambos sexos (es decir, adoptan un enfoque de pareja) desde su inicio. Los programas que involucran a ambos sexos trabajan hacia la comprensión mutua y objetivos compartidos; buscan igualar el equilibrio de poder entre mujeres y hombres, reconociendo cómo hombres y mujeres refuerzan las nociones de masculinidad y feminidad y, por lo tanto, deben comprometerse en la reconstrucción de estos roles. Se pueden encontrar enfoques prometedores en el programa Stepping Stones y Soul City en Sudáfrica y el Movimiento de Equidad de Género en las Escuelas de India.²⁶²

Personas con diversas orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y características sexuales

Las lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, queer e intersexuales (LGBTQI, en México LGBTTTI: lésbico, gay, bisexual, transexual, transgénero, travesti e intersexual) enfrentan serias barreras en muchos países para tener acceso a la información y los servicios de SSR, incluido el estigma generalizado y discriminación, criminalización de sus prácticas sexuales, violencia e incluso miedo por sus vidas. Por lo tanto, no pueden revelar su orientación sexual, actividades o identidad de género a sus centros de salud, lo que inhibe su capacidad de recibir la información y atención que necesitan.²¹⁸ Además, cuando reciben atención, puede ser de baja calidad porque los centros de salud son críticos o carecen de conocimiento sobre sus necesidades específicas.²¹⁸ Sus necesidades de SSR pueden abarcar una amplia gama, algunas comunes a todos los adolescentes y adultos, y otras específicas a su estado. Sus necesidades incluyen asesoramiento y servicios anticonceptivos; exámenes de SSR; acceso a tecnologías sexuales más seguras; asesoramiento sobre prevención de riesgos de ITS y su tratamiento; servicios relacionados con el embarazo, violencia de pareja y violencia sexual; asesoramiento sobre opciones de fertilidad, y terapia hormonal.^{218, 263, 264}

El subregistro es un problema importante en todo el mundo debido al estigma. Investigaciones en Filipinas, por ejemplo, encontraron que entre los(as) adolescentes de 15 a 24 años, más de la mitad (52%) tenía actitud de aceptación hacia las personas LGBTTTI.²⁶⁵ Sin embargo, sólo 1.3% dijo que se había sentido atraído o estaba enamorado del mismo sexo y entre aquellos que eran sexualmente activos, 11% indicó que alguna vez habían tenido relaciones sexuales con alguien del mismo sexo, 15% de encuestados hombres en comparación con 4% de mujeres.

Los estudios en Estados Unidos sobre jóvenes LGBTTTI, en particular, muestran que creen que deben "declarar su estatus" para buscar servicios de salud, por lo que el miedo por su seguridad puede evitar que busquen y usen la atención médica.²⁶⁶ La mayoría de jóvenes lesbianas,

homosexuales y transgénero no ha discutido su orientación sexual con su prestador de atención médica.²⁶⁷ El estigma, la intimidación y otras formas de discriminación basadas en la orientación sexual e identidad de género son factores clave que socavan el acceso a la atención médica. Además, es posible que los servicios de salud no brinden atención de buena calidad porque carecen de conocimiento sobre los problemas que enfrentan estos adolescentes, sobre las formas apropiadas de responder y porque se dedican pocos recursos para atender a esta población.^{218, 266}

Se necesitan pautas médicas integrales para abordar las necesidades de SSR de las personas LGBTTTI y los servicios de salud deben conocerlas.^{218, 268} Existen algunas pautas médicas globales para ayudar a los(as) profesionales de la salud y a sus pacientes a evaluar la gama de servicios disponibles para ellos de acuerdo con sus necesidades clínicas y objetivos para la expresión de género,²⁶⁴ aunque es probable que su uso en países de bajos y medianos ingresos sea limitado. Es necesario desarrollar y difundir pautas efectivas y mejorar la capacitación de los(as) prestadores de servicios de salud para atender las necesidades de esta población.

En el futuro, la recopilación de datos que evalúe las necesidades de SSR de personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género, expresiones y características sexuales, debe ampliarse y mejorarse. La terminología, nivel de segregación, definiciones y subpoblaciones cubiertas a menudo difieren, lo que da como resultado datos y pruebas que no son fácilmente comparables. El subregistro debido al estigma también afecta la calidad de los datos y la evidencia. Los investigadores deben evaluar y mejorar las metodologías existentes, explorar diferentes enfoques de recopilación de datos e incluir preguntas estandarizadas sobre orientación sexual e identidad de género en más encuestas basadas en la población.²¹⁸

Finalmente, los profesionales de la salud y los investigadores deben reconocer el rango de comportamientos e identidades agrupados bajo términos generales como "LGBTTTI" y "minorías sexuales". Si bien tienen algunos desafíos de salud en común, los individuos pueden tener necesidades de atención médica únicas y variadas.^{218, 269}

Personas desplazadas y refugiadas

La falta de servicios de SSR para mujeres y adolescentes que han sido desplazadas debido a conflictos o desastres naturales ha sido documentada desde hace mucho tiempo. Los(as) adolescentes en situaciones de conflicto y crisis enfrentan riesgos de salud inusualmente graves: las adolescentes corren mayor riesgo de ser forzadas a tener sexo (violadas), agresión sexual y explotación y, en algunos casos, matrimonio infantil y tráfico sexual. Los(as) adolescentes también están expuestos a violencia sexual y algunos(as) enfrentan presión para demostrar su destreza sexual, además de recibir una parte desproporcionada de las consecuencias del conflicto.²⁴⁵ Los servicios educativos, sociales y de salud pueden discontinuarse o no estar disponibles y las familias pueden separarse, lo que lleva a falta de seguridad y protección, lo que aumenta el riesgo de embarazo no deseado, ITS y aborto inseguro.²⁷⁰

A mediados de la década de 1990 se formó el Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Crisis (IAWG por sus siglas en inglés) para abordar las necesidades especiales de las personas en entornos de emergencia y desarrolló un manual de campo que define un Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para SR, que fue revisado en 2011.²⁷¹ La evaluación multipaís del IAWG de 2012-2014 encontró mayor conciencia del PSIM y la expansión de los

servicios en entornos humanitarios en comparación con 10 años antes, pero también encontró serias deficiencias:²⁷² por ejemplo, había disponibilidad limitada de atención obstétrica y neonatal de emergencia, uso limitado de anticoncepción de emergencia, anticoncepción de acción prolongada y permanente, diagnóstico y tratamiento limitados de ITS distintas al VIH y manejo deficiente de productos que condujo a tener desabasto. Los estudios de entornos de emergencia en Burkina Faso, República Democrática del Congo y Sudán del Sur descubrieron que faltaba un estándar mínimo de servicios de SSR a pesar de que las instalaciones informaron que estaban prestando servicios.²⁷³ Muchos prestadores de servicios de salud tenían poco conocimiento sobre los servicios de SSR e incluso cuando los servicios estaban disponibles, los refugiados y las personas desplazadas informaron que no los conocían.

Además, la evaluación del IAWG encontró que los servicios de aborto seguro rara vez se brindan en contextos de crisis humanitaria, hallazgo especialmente notable dado el alto riesgo de violencia sexual y embarazos no deseados en estos entornos. Una barrera importante es que los prestadores de servicios asuman que los servicios de aborto son ilegales.²⁷⁴ Sin embargo, en la mayoría de los países se permite el aborto para salvar la vida de una mujer o preservar su salud, y las leyes de aborto se han liberalizado en varios países que tienen gran número de personas desplazadas o refugiadas. Otro concepto erróneo que limita la prestación de servicios de aborto es la suposición de que "no hay necesidad" o que "el aborto es demasiado complicado para proporcionarlo en crisis,"²⁷⁴ lo que indica la necesidad de evidencia adicional para cuantificar la demanda de estos servicios.

Otros grupos con desventajas específicas

Las personas con discapacidades son otra población desatendida sujeta a estereotipos y mitos dañinos. Tienen necesidades similares de SDRS como las personas sin discapacidad, sin embargo, es mucho más probable que sean víctimas de abuso físico, sexual y violación, incluso por parte de sus cuidadores en algunas situaciones. También tienen más probabilidades de ser sometidos a procedimientos forzados o coaccionados, como esterilización, aborto y anticoncepción.²⁷⁵ La información inadecuada y la falta de recursos específicos contribuyen a sus vulnerabilidades; estas desventajas comienzan temprano en la vida y continúan en la edad adulta.²⁷⁶

Otros grupos también tienen riesgos más altos que el promedio de sufrir mala SS debido a sus circunstancias específicas. Por ejemplo, quienes viven en la calle, especialmente niños y jóvenes, corren alto riesgo de violencia sexual, tienen poco o ningún acceso a información y atención médica, y es probable que tengan un riesgo muy elevado de resultados deficientes de SDRS. Las minorías raciales y étnicas, los inmigrantes y los pueblos indígenas también pueden tener acceso limitado a los servicios de SSR por discriminación y deficiente atención médica en general. Sin embargo, debido a las necesidades específicas de estos grupos y el poco conocimiento sobre ellos, se necesita más investigación al respecto.

SECCIÓN 6

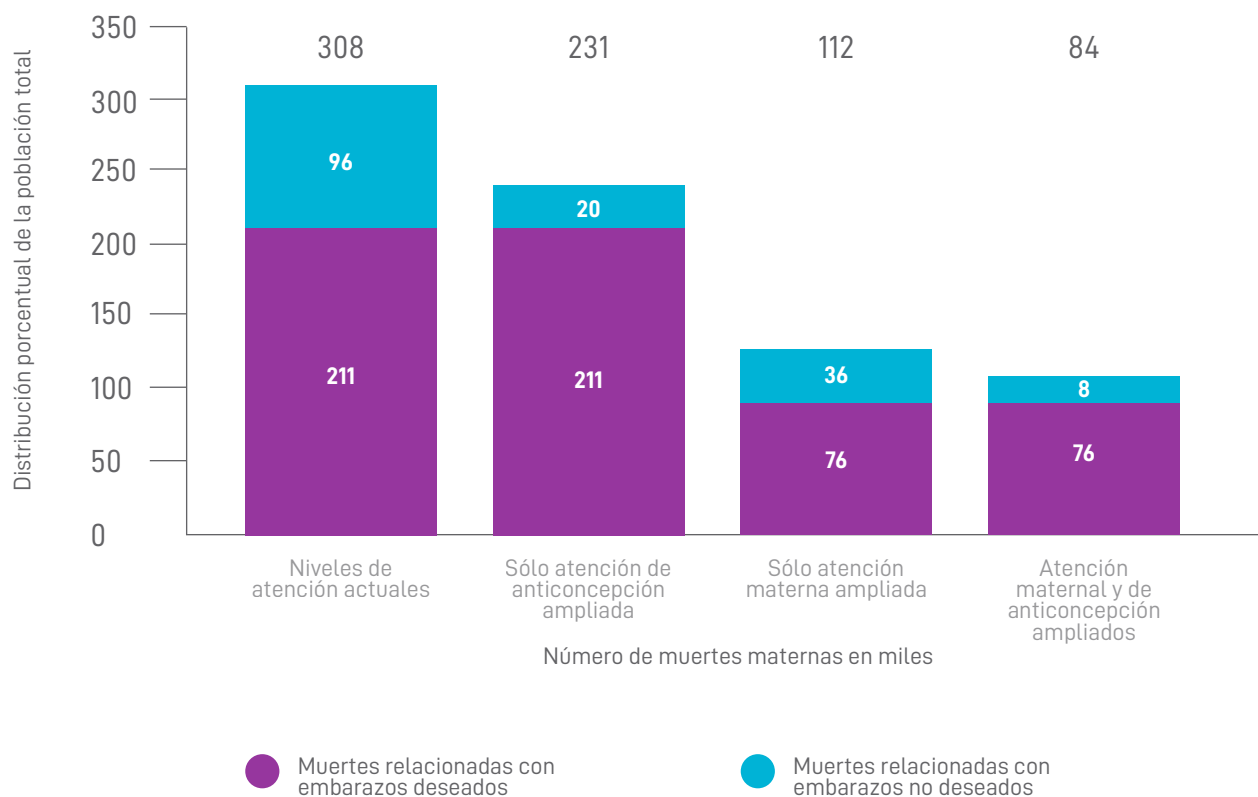
Beneficios y costos de invertir en SDR

Los servicios esenciales de SSR descritos en este informe ¿proporcionarían una buena relación calidad-precio? ¿Y los países pueden afrontarlos todos? La evidencia muestra que las inversiones producen beneficios en muchos niveles a través del tiempo, además de mejorar la salud individual y los derechos humanos. Estos beneficios incluyen reducciones en los costos de atención médica debido a la atención preventiva ampliada; mejoras en la salud y el bienestar de los(as) niños(as) como resultado de mejor atención para sus madres, y beneficios sociales y económicos para familias y sociedades, que pagan dividendos de generación en generación. Además, análisis recientes sugieren que el costo de alcanzar los ODS de salud en general para 2030 podría cubrirse con recursos internos en todos los países, excepto en los más pobres.²⁷⁷ Las inversiones en SDR son relativamente modestas y representan sólo una pequeña fracción del gasto en salud, actual y proyectado.

Beneficios para la salud como resultado de la inversión en anticoncepción y atención materna y neonatal

Los beneficios inmediatos para la salud, resultantes del uso de anticonceptivos modernos y la atención materna y neonatal, son dramáticos y están bien documentados. Los datos más recientes muestran que satisfacer plenamente la necesidad de anticoncepción para 214 millones de mujeres en regiones en desarrollo que actualmente quieren evitar el embarazo pero que no están utilizando un método moderno, evitaría 67 millones de embarazos no deseados adicionales en 2017, más allá de los 308 millones que se evitan debido al uso actual. Además, los nacimientos no deseados disminuirían de 30 millones a siete millones por año, y los abortos inducidos de 48 millones a 12 millones por año. La reducción de embarazos no deseados combinada con la atención completa para todas las mujeres embarazadas y los recién nacidos daría como resultado una disminución de 220,000 muertes maternas (de 308,000 a 84,000), disminución de 73% (**Figura 12**). Las muertes de recién nacidos disminuirían en una proporción similar de 2,7 millones a aproximadamente 538,000 anualmente.

Figura 12: Número de muertes maternas en diferentes escenarios de prestación de servicios anticonceptivos modernos y atención de salud materna y neonatal, 2017



Nota: Atención ampliada = 100% de cobertura para mujeres que necesitan los servicios especificados.
Fuente: Darroch, *et al.*, 2017.²⁷⁸

Estas estimaciones son conservadoras porque no incluyen el impacto del espaciamiento de nacimientos en la sobrevivencia y la salud infantil, ni cuantifican los beneficios a largo plazo de estas mejoras de salud para las familias y las sociedades. Además, las estimaciones incluyen inversiones en el sistema de salud, como mejorar las instalaciones y aumentar la fuerza de trabajo en el sector salud, que fortalecerían la atención de la salud de manera más amplia, especialmente en zonas rurales donde las cargas a menudo son mayores y los servicios son mínimos.⁹⁹

Muchos estudios a gran escala han encontrado que satisfacer las necesidades de anticoncepción de las mujeres en particular, puede tener gran impacto en muertes maternas, infantiles y de niños(as),^{279, 280} y que es una 'inversión inmejorable' entre las intervenciones de salud.^{281, 282} El *Proyecto Global de Prioridades para el Control de Enfermedades* identificó la PF y las intervenciones en salud materna y neonatal entre las intervenciones de salud más rentables, con beneficios sociales y económicos sustanciales.²⁸³ El proyecto descubrió que un mejor acceso y calidad de la atención en torno al parto pueden generar un "retorno cuádruple" de la inversión, al salvar vidas de madres y recién nacidos y prevenir la muerte fetal y la discapacidad.

Ganancias sociales y económicas de la inversión en SDRS

Los estudios también han documentado los costos relacionados con la falta de SDRS para individuos y sociedades. Un grupo de estudio de la OMS creó el Marco de inversión global para la salud de mujeres y niños(as) en 2014, cuyo objetivo era estimar los beneficios sociales y económicos de proporcionar servicios de anticoncepción, salud materna, neonatal e infantil en 74 países de ingresos bajos y medianos, lo que representa 87% de la población de las regiones en desarrollo.²⁸⁴ El estudio estimó una relación costo/beneficio promedio de 8,7 a 1 para todos los beneficios sociales y económicos, y proyectó que esta relación aumentará bruscamente a casi 39 a 1 para 2050 (utilizando una tasa de descuento de 3% para la inflación futura).

Los beneficios sociales y económicos de la reducción de la fertilidad, que se deben en parte a un mejor acceso a la anticoncepción, incluyen ganancias en la sobrevivencia infantil a través de la elección del momento más adecuado para el nacimiento de los(as) hijos(as), así como para su espaciamiento, la salud de niños(as), la educación y el bienestar, la productividad económica de las mujeres, los ingresos y ahorros del hogar, y PIB per cápita. Un estudio sobre evidencia disponible sobre el tema, realizado por Canning y Schultz en 2012, encontró que el descenso de la fecundidad conduce a un aumento en el ingreso *per cápita*, debido a menores tasas de dependencia juvenil y a cambios en la posición social y económica de las mujeres, que permiten que ingresen a la fuerza laboral formal.²⁸⁵ La disminución de la fecundidad puede tener efectos a largo plazo en el crecimiento económico, cuando la próxima generación de niños(as) más sanos y mejor educados ingrese a la fuerza laboral. Estos efectos, conocidos como el bono demográfico (**Panel 7**), podrían ayudar a impulsar las economías emergentes como las de África Subsahariana si se implementan políticas económicas y sociales apropiadas.²⁸⁶

Si las inversiones en SDRS incluyeran intervenciones para terminar con el matrimonio o unión infantil, los impactos podrían ser más grandes. Un estudio sobre los beneficios de terminar con el matrimonio infantil consideró cuál sería la fecundidad total si éste se eliminara (hipotéticamente en 2014) y se retrasara la maternidad hasta después de los 18 años.²⁸⁷ Los beneficios de bienestar por retrasar la maternidad se estimaron globalmente para 106 países en USD 22 mil millones en 2015 y USD 566 mil millones en 2030. El rápido aumento de los beneficios se debe al hecho de que el impacto del matrimonio infantil y los partos prematuros en el crecimiento de la población es acumulativo. Los beneficios de bienestar se acumularían en gran parte para quienes viven en pobreza porque tienen tasas más altas de matrimonio infantil y parto prematuro.²⁸⁷ Los beneficios adicionales de invertir en SDRS son potencialmente mayores; sin embargo, requieren más investigación e incluyen aumentar la capacidad de niñas y mujeres para tomar decisiones sobre su propia salud y fecundidad,²⁸⁸ el impacto de retrasar la maternidad hasta los 20 años o más en los ingresos de por vida de las mujeres,²⁸⁹ y los posibles impactos del crecimiento reducido de la población en los ya escasos recursos naturales.²⁹⁰

Además, muchos resultados de SDRS son valiosos para personas y sociedades, incluso si no son cuantificables: cumplir los derechos humanos, mejorar la equidad social, empoderar a las mujeres y generar sociedades más pacíficas.

Las inversiones en PF y educación de las niñas ocupan un lugar destacado en la lista de soluciones propuestas para el cambio climático, porque aumentan la igualdad de género, satisfacen las necesidades expresadas de las mujeres y dan como resultado menor fecundidad, todo lo cual beneficia al planeta como un efecto secundario positivo.^{291, 292} Algunos científicos han cuantificado los beneficios de estas dos intervenciones calculando la reducción en las

emisiones de carbono que resultaría del menor crecimiento de la población provocado por satisfacer la necesidad global no satisfecha de anticoncepción,²⁹² y reconocen que los países con alta fecundidad sólo representan una pequeña parte de las emisiones de CO₂; aun así, invertir en niñas y mujeres se considera benéfico para las sociedades y el planeta.

Panel 7: El bono demográfico: una “ventana de oportunidad” económica resultante de las inversiones en SDR

El “bono demográfico” se refiere a la oportunidad de crecimiento y desarrollo económico acelerado que surge de un cambio en la estructura de edad de la población, acompañado por políticas de desarrollo económicas y humanas. Cuando una gran cohorte de jóvenes se mueve hasta la edad adulta y tiene menos hijos(as) que las generaciones anteriores, se produce un aumento en la población en edad laboral. Cuando estos adultos tienen menos personas que mantener con los mismos ingresos y activos, los recursos del hogar y del estado pueden ser redirigidos para invertir en educación y economía. Un ciclo virtuoso puede ser el resultado de tener una fuerza laboral más grande y mejor educada con menos hijos(as) que mantener, niños(as) que a su vez tendrán más educación y mejores oportunidades laborales, siempre que los países mantengan la estabilidad política, fortalezcan las instituciones y tengan políticas económicas viables.²⁹³

En países con gran proporción de la población en edad fértil, como en África Subsahariana actual, la disminución en los nacimientos tiene el potencial de afectar profundamente la economía.²⁹⁴ Los países de Asia, América Latina y África del Norte que experimentaron estos cambios demográficos en décadas anteriores invirtieron en salud y educación y se beneficiaron de un mayor crecimiento del PIB. Los países que aprovecharon el bono demográfico mejoraron la salud y la educación, atrajeron inversión extranjera y promulgaron políticas económicas que ayudaron a crear empleos, lo que resultó en crecimiento económico y reducciones en la pobreza y la desigualdad.²⁸⁴

Cuantificar los costos de los servicios de SSR

Los encargados de los programas necesitan estimaciones de costos de la gama completa de servicios de SSR; sin embargo, la mayoría de datos disponibles se refieren sólo a las categorías de servicios más grandes: anticoncepción, atención materna y neonatal, atención de aborto y post aborto, y prevención y tratamiento del VIH. Hay menos información disponible para otras ITS y para el CaCu y de mama. Las brechas de datos son mayores para los servicios relacionados con la violencia de pareja íntima, infertilidad y SSR de los hombres, para la educación integral en sexualidad y para grupos de personas especialmente vulnerables.

Aquí se presentan estimaciones de costos globales para los principales componentes del servicio, con algunas comparaciones regionales, y se describen herramientas de costos para ayudar a los investigadores y planificadores nacionales.

Costos de la atención anticonceptiva, materna y neonatal en 2017

Las estimaciones más recientes y completas de los costos de la atención anticonceptiva, materna, neonatal y de abortos se pueden encontrar en *Adding Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017*.^{105,278} Este estudio identificó las necesidades satisfechas e insatisfechas de las mujeres para estos servicios, estimó el costo de satisfacer todas las necesidades y cuantificó los beneficios para la salud que se obtendrían al hacerlo.

Las estimaciones de costos incluyen los servicios directos (personal y suministros) para la provisión de métodos anticonceptivos modernos y atención relacionada con el embarazo para todos los resultados de éste: nacimientos vivos, mortinatos, abortos espontáneos y abortos, junto con la atención para recién nacidos. También se incluyen los costos indirectos (costos de programas y sistemas) de apoyar estos servicios. El costo de la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, también una categoría de costo importante de los servicios de SSR, no se incluye en este estudio; se discute en la página 72.

Las estimaciones de Adding It Up permiten una comparación del costo de la cobertura actual para servicios seleccionados en 2017, con el costo de satisfacer completamente la necesidad de los servicios. El análisis resume los precios de los insumos, que varían según la región. Los totales no representan gastos reales, ya que esto requeriría tener datos de gastos nacionales para cada servicio, que no están disponibles para muchos de éstos. Los costos totales y los resultados esperados se modelan con base en la evidencia existente para que se puedan comparar los costos y beneficios de escenarios alternativos. El análisis cubre todas las regiones en desarrollo, que incluyen 96% de la población de países de ingresos bajos y medianos.

Los costos se muestran en la **Tabla 4** para dos escenarios: cobertura actual de mujeres que reciben anticonceptivos y atención materna y neonatal (para todos los resultados del embarazo), para los cuales el contenido generalmente no cumple con los estándares recomendados por la OMS; y 100% de cobertura de mujeres que necesitan estos servicios con el contenido mejorado para cumplir con los estándares de la OMS.

El costo anual de los servicios anticonceptivos modernos en regiones en desarrollo, que refleja 671 millones de mujeres que utilizan métodos modernos en 2017, es de USD 6,3 mil millones, incluidos los costos directos e indirectos. Dado que se estima que 214 millones de mujeres tienen necesidad insatisfecha de métodos modernos en 2017, satisfacer todas sus necesidades de atención anticonceptiva moderna y mejorada en regiones en desarrollo, incluidas las usuarias actuales y aquellas con necesidades insatisfechas, costaría USD 12,1 mil millones anuales o USD 1.93 por persona en regiones en desarrollo.

El costo casi se duplica para satisfacer las necesidades de 885 millones de mujeres debido al aumento en el número de mujeres que se atenderían, la atención mejorada que todas (tanto usuarias actuales como nuevas) deberían recibir y porque las personas con necesidades insatisfechas tienden a concentrarse en regiones como África Subsahariana que tienen sistemas de salud débiles. Las inversiones sustanciales en programas y sistemas serán

esenciales para garantizar que las usuarias actuales sigan usando sus métodos correctamente y que las mujeres que tienen necesidad insatisfecha de métodos modernos puedan superar las barreras para usarlos. Las inversiones incluyen aumentar la disponibilidad y adecuación de los centros de servicios, capacitar a los trabajadores de la salud, ampliar los esfuerzos de información y educación, fortalecer la gestión y supervisión, y mejorar la logística para garantizar el suministro continuo de productos de salud reproductiva. De manera realista, estas mejoras extensas pueden no lograrse dentro de un año, algunos países, por ejemplo Ruanda⁶⁵ y Malawi,⁶⁶ mejoraron enormemente los servicios y aumentaron el uso de anticonceptivos modernos en un tiempo relativamente corto.

Tabla 4: Costos totales estimados para atención anticonceptiva, materna, neonatal y de aborto en los niveles actuales de atención y con una cobertura de 100% en las regiones en desarrollo (USD, 2017)

	Costo total, USD (en millones)	Costo por persona, USD
Costo del nivel de atención actual		
Uso de anticonceptivos modernos	6,332	1.01
Atención materna y neonatal*	23,829	3.81
Atención de aborto‡	1,848	0.30
Total	32,008	5.11
Costo de cumplir a cabalidad las necesidades de atención anticonceptiva, de aborto, y materna y neonatal en los niveles recomendados por la OMS		
Uso de anticonceptivos modernos	12,070	1.93
Atención materna y neonatal*	40,732	6.51
Atención de aborto‡^	756	0.12
Total	53,558	8.56
Costo de cumplir a cabalidad las necesidades, por región principal y grupo de ingresos		
Regiones Principales:		
África	22,348	17.93
Asia	24,738	5.67
América Latina y el Caribe	6,472	9.99
País por nivel de ingreso †		
Alto y medio alto	21,771	8.30
Medio bajo	23,001	\$7.73
Bajo	8,786	13.34
Países de ingresos bajos y medios	51,762	8.52

* Las estimaciones se aplican en todos los resultados del embarazo, excepto el aborto (abortos espontáneos, mortinatos y nacimientos vivos). Las estimaciones no incluyen pruebas de VIH o tratamiento para mujeres embarazadas y recién nacidos. ‡ Incluye el costo de obtener abortos (seguros e inseguros) y la provisión de atención post aborto. ** Las estimaciones se aplican a todos los resultados del embarazo (abortos, abortos espontáneos, mortinatos y nacimientos vivos). Las estimaciones no incluyen pruebas de VIH o tratamiento para mujeres embarazadas y recién nacidos. ^ Suponiendo que no haya cambios en las leyes de aborto. † Según las clasificaciones del Banco Mundial, los ingresos bajos corresponden a un INB *per cápita* de 2015 de USD 1,025 o menos, de bajos medios a USD 1,026–4,035, y de ingresos medios altos y altos a USD 4,036 o más. Datos basados en tabulaciones especiales de Darroch JE et al., Los costos y beneficios de invertir en SSR 2017116 y tablas complementarias: Estimaciones por región y grupo de ingresos del país.²⁷⁸

El costo en 2017 de brindar atención médica a mujeres embarazadas (incluidas las que tienen abortos espontáneos, mortinatos, abortos y nacimientos vivos) y a los recién nacidos se estima en USD 25.7 mil millones en regiones en desarrollo (USD 23.8 mil millones para atención materna y neonatal y USD 1.8 mil millones para atención del aborto). Satisfacer completamente las necesidades de las mujeres para ambos conjuntos de servicios costaría USD 53,6 mil millones, o USD 8.56 por persona en regiones en desarrollo, suma ligeramente menor que invertir sólo en una mejor atención relacionada con el embarazo. Invertir simultáneamente reduce los costos porque un mayor uso de anticonceptivos modernos evita los embarazos no deseados y el costo de la atención asociada con estos embarazos (atención materna, del recién nacido y del aborto). En resumen, cada dólar adicional invertido en anticoncepción por encima del nivel actual de servicios reduce los recursos necesarios para la atención relacionada con el embarazo en USD 2.20.

El costo anual promedio por persona para satisfacer todas las necesidades de las mujeres en cuanto a anticonceptivos y atención materna y neonatal varía según las regiones y categorías de ingresos del país. Es más bajo en Asia y más alto en África (**Tabla 4**), en parte debido a los mayores costos indirectos en África. El promedio para países de ingresos bajos y medios es de USD 8.52.

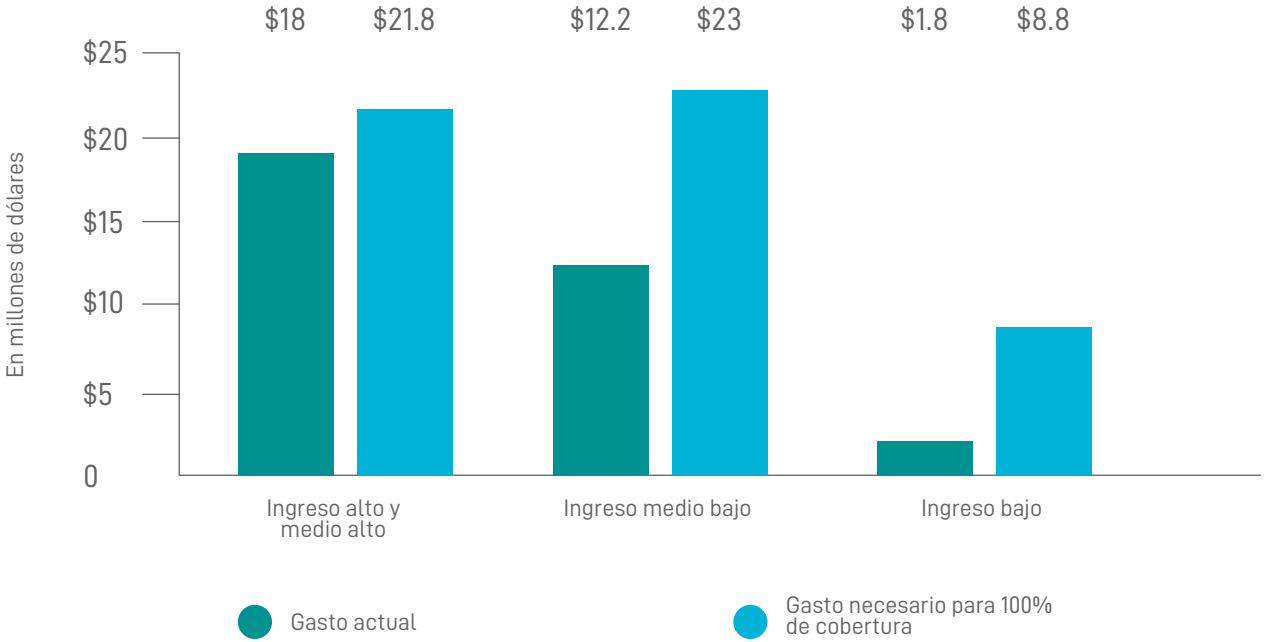
La inversión adicional necesaria para alcanzar la cobertura total de anticonceptivos y atención materna y neonatal es considerable, con un aumento promedio de 67% en las regiones en desarrollo en general, pero que varía mucho según la categoría de ingresos del país (**Figura 13**). El aumento es mayor en países de bajos ingresos porque sus necesidades insatisfechas son más altas y porque sus sistemas de salud requieren la mayor cantidad de mejoras para llegar a todas las mujeres que necesitan los estándares de atención recomendados. El aumento esperado en África para satisfacer plenamente las necesidades de las mujeres para estos servicios es de USD 12.68 *per cápita* (que refleja un aumento de USD 5.24 a USD 17.93). No se esperaría que los países logran tales aumentos de inmediato; más bien, estas estimaciones modeladas están destinadas a resaltar el tamaño de la brecha y los recursos necesarios para cerrarla.

Los aumentos que se muestran aquí son congruentes con la magnitud del aumento descrito en la Factura Sanitaria de los ODS (SDG Health Price Tag)²⁷⁷ desarrollada por la OMS para 67 países de bajos y medianos ingresos, de los cuales la SS, reproductiva, materna e infantil son parte de la gama completa de salud presupuestada. En el análisis de la OMS, si todos los países alcanzan los objetivos de salud de los ODS para 2030 (gradualmente en lugar de todos a la vez), el gasto total en atención de salud en el último año promediará USD 271 por persona en dólares de 2014. Alrededor de 75% del aumento para 2016–2030 sería para mejoras en los sistemas de salud, especialmente para agregar personal de salud más capacitado y expandir y mejorar

las instalaciones. El 85% de los costos podría cubrirse con recursos internos, aunque hasta 32 de los países más pobres del mundo enfrentarían brechas de financiamiento y requerirían asistencia externa.²⁷⁷

Incluso los países más pobres pueden avanzar hacia la universalidad: donde los servicios clínicos son débiles, existe la posibilidad de expandir progresivamente el paquete de servicios disponibles.²⁷⁷ La determinación de costos a nivel nacional requiere un análisis de contexto específico para evaluar las necesidades de SDR y los servicios apropiados para satisfacer estas necesidades. Las herramientas de planificación estratégica como la de la ONU "Una Salud" pueden ayudar a evaluar los costos de las estrategias de salud al vincular los objetivos de la prestación de servicios con las inversiones requeridas y el impacto anticipado en la salud.²⁹⁵ La herramienta vincula los objetivos y metas estratégicos de los programas de salud con las inversiones requeridas en sistemas de salud, brindando a los encargados del programa un marco para el análisis de escenarios, costos, análisis de impacto en la salud y presupuestación.

Figura 13. Aumento en el costo de la atención para alcanzar la cobertura total de anticonceptivos mejorados, atención materna y neonatal, por grupo de ingresos por país, 2017



Nota: Las clasificaciones del Banco Mundial se utilizan para agrupar países por ingresos: los ingresos bajos corresponden a un INB *per cápita* de 2015 de USD 1,025 o menos, medio bajo a USD 1,026-4,035; ingreso medio-alto y alto > USD 4,036. Los datos presentados cubren 96% de la población de los países LMIC. Fuente: Darroch, J.E. *et al.*, 2017¹⁰⁵

Invertir en otros componentes de SDR

Los costos del VIH/SIDA no se combinan con los modelos anteriores debido a las diferentes estructuras de servicios, poblaciones objetivo y métodos de estimación, y porque los países tienen perfiles epidemiológicos muy variados. Un estudio de 2016 realizado por Stover y sus colegas, estimó el costo de la ampliación rápida de los servicios clave de prevención y tratamiento del VIH a una cobertura casi universal, con el objetivo de reducir las nuevas infecciones por VIH y las muertes relacionadas con el SIDA en 90% entre 2010 y 2030.²⁹⁶ Las estimaciones incluyen intervenciones biomédicas (p. ej. pruebas de VIH y tratamiento antirretroviral) e intervenciones conductuales (p. ej. para aumentar el uso del condón y reducir el número de parejas sexuales), así como intervenciones 'habilitadoras' como transferencias de efectivo a familias para mantener a las niñas en la escuela (en países con bajas tasas de matriculación escolar femenina). En comparación con los USD 19,2 mil millones gastados en la respuesta al VIH/SIDA en países de ingresos bajos y medianos en 2014, se necesitarían USD 6 mil millones adicionales por año, un total de USD 25,2 mil millones anuales para 2020 para lograr el objetivo de cobertura casi universal.

Un análisis de 2014 mostró que los costos de tratamiento para las cuatro principales ITS curables (clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis) para todas las mujeres que necesitan estos servicios costarían USD 1,7 mil millones, pero ahorrarían USD 356 millones en costos de tratamiento para mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria por clamidia y gonorrea no tratadas.⁹⁹ Este estudio de 2014 también estimó que el costo de satisfacer plenamente la necesidad de atención relacionada con el VIH entre mujeres embarazadas que viven con SIDA y sus recién nacidos sería de USD 4,2 mil millones.

Entre otros componentes de SDR, la prevención del CaCu es relativamente barata y no requeriría grandes costos adicionales al paquete básico de servicios que se presentan aquí. Un estudio de 2016 realizado por la Escuela de Salud Pública de Harvard estimó los costos de una ampliación gradual de la prevención integral del CaCu en países de ingresos bajos y medianos, para lograr una cobertura total para 2024 a varios niveles de intensidad.²⁹⁷ El escenario de intensidad mínima, que involucra la vacunación contra el VPH para todas las niñas de 10 años de edad y la detección y tratamiento preventivo único en la vida para mujeres de 35 años, costaría USD 13,6 mil millones para el periodo 2015-2024 (de los cuales 8.6 mil millones serían para vacunación de niñas de 10 años de edad y 5.0 mil millones para detección y tratamiento de mujeres de 35 años). La detección y el tratamiento preventivo incluyen pruebas de detección primarias, pruebas de diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas utilizando tecnologías de bajo costo que han demostrado ser efectivas.

Si bien las inversiones en educación funcionan en conjunto con las inversiones en servicios de salud, faltan datos de costos sobre intervenciones clave como la educación de las niñas y la educación sexual integral. Sin embargo, los datos disponibles indican que los costos no son prohibitivos. Un estudio realizado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en 2011 sobre costos y rentabilidad de los programas de educación integral en sexualidad en seis países,²⁹⁸ encontró que los programas con costos relativamente bajos por estudiante eran aquellos que formaban parte del plan de estudios de la escuela, tenían una matrícula obligatoria de estudiantes y se implementaron a gran escala. En India, Estonia y los Países Bajos, por ejemplo, estos costos adicionales constituyeron sólo 0.5%, 0.2% y 0.1% respectivamente, del gasto corriente por estudiante en educación secundaria.

Pagar la atención y cerrar brechas

¿Quién paga la atención de SSR? Los gastos imprevistos de las personas y los hogares, junto con las contribuciones internacionales, tienden a ser proporcionalmente más altos en los países más pobres, mientras que los países más ricos dependen más de fondos mixtos, es decir, ingresos del gobierno y contribuciones de empleadores y empleados, al seguro de salud. En la mayoría de países de bajos y medianos ingresos, se da prioridad a la atención de salud materno-infantil como parte del paquete de servicios, con fondos nacionales.

Las donaciones externas juegan un papel importante en los servicios de SSR, particularmente en países con las mayores cargas de salud. En 2013, la asistencia en el extranjero para la atención de la SSR, materna y del recién nacido se estimó en USD 7,2 mil millones o 30% de la asistencia para el desarrollo para la salud.²⁹⁹ Sin embargo, no hay garantía de que se mantenga este nivel y en cualquier país los fondos de los donantes pueden variar de un año a otro,²⁹⁹ lo que complica el proceso local de planificación y presupuesto y hace que la sostenibilidad a largo plazo sea un tema crítico. En todos los países, los servicios de SSR deberían formar parte de la cobertura sanitaria universal (**Panel 4**, página 22), lo que implica ampliar la prestación de servicios y ampliar la protección contra riesgos financieros en forma de seguro público o privado.

La evidencia sugiere que las tarifas a los(as) usuarios(as), incluso cuando son muy bajas, pueden disuadir a las personas de bajos recursos de utilizar la atención médica preventiva. Además, en lugares donde los hombres controlan las finanzas de la familia, las mujeres enfrentan la barrera adicional de tener que pedir dinero para sus propias necesidades de atención médica de SSR. Los resultados de los ensayos de control aleatorio de las tarifas de usuario para productos de salud preventiva para mujeres embarazadas (por ejemplo, mosquiteros tratados con insecticida para prevenir la infección de malaria y la anemia), mostraron que tales tarifas redujeron la proporción de personas necesitadas que recibieron intervención.³⁰⁰ Para alejarse de la dependencia de estos aranceles, los países deben mejorar las políticas fiscales y la administración tributaria interna, confiando en mayor medida en los ingresos tributarios para proporcionar protección social para todos. Dichas reformas están en línea con la Agenda de Acción de Addis Abeba, el marco global para financiar el desarrollo después de 2015.³⁰¹

Muchos países de bajos y medianos ingresos ya se han embarcado en tales reformas. Por ejemplo, Colombia introdujo el seguro de salud social obligatorio con su Ley 100 en 1993, que se financia a través de contribuciones de nómina e ingresos fiscales generales e incluye atención médica totalmente subsidiada para personas de bajos recursos. Los beneficiarios se inscriben en aseguradoras públicas o privadas (fondos de salud), tienen derechos legales sobre un amplio conjunto de beneficios de salud (ampliado en 2017)³⁰² y reciben atención de una combinación de prestadores de servicios de salud públicos y privados. Desde que se aprobó la Ley 100, las mejoras han sido más pronunciadas entre personas de recursos más bajos y en áreas menos desarrolladas del país. El seguro ha sido fundamental para las familias rurales y de bajos recursos porque aumenta la probabilidad de recibir atención prenatal, asistencia de un proveedor calificado al nacer, atención cuando está enfermo y que los(as) niños(as) reciban todas sus vacunas.³⁰³

Un estudio de nueve países de bajos y medianos ingresos que buscaban reformas de los sistemas de salud en África y Asia (Ghana, India, Indonesia, Kenia, Mali, Nigeria, Filipinas, Ruanda y Vietnam) descubrió que los países generalmente buscan cobertura de salud universal en forma progresiva.³⁰⁴ Aunque no se adoptó un enfoque o camino único en los nueve países,

surgieron algunos patrones comunes, como el uso de ingresos fiscales para subsidiar a las poblaciones objetivo y creación de grandes grupos de seguros para proteger contra los riesgos de salud. Todos estos países han aumentado la inscripción en el seguro de salud del gobierno, han ampliado el paquete de beneficios que reciben las personas y han disminuido los gastos extra de los hogares al tiempo que aumentan la participación del gobierno en el gasto total en salud. Otros estudios han demostrado que los esquemas de financiamiento innovadores como los programas de cupones, el financiamiento basado en el desempeño, programas de seguro social y transferencias monetarias condicionadas a las familias, pueden mejorar la SSR en una amplia gama de entornos;³⁰⁵ por lo tanto, estas innovadoras intervenciones ofrecen una guía útil que se puede adaptar para otros contextos.

La inversión promedio por persona por año de USD 8.56 en 2017 para atención anticonceptiva, materna y neonatal es manejable para la mayoría de países, cuando se ve desde la perspectiva de los niveles actuales y las tendencias proyectadas de mayor gasto gubernamental en salud en las próximas dos décadas.³⁰⁶ Sin embargo, se espera que el gasto gubernamental en salud en países de bajos ingresos no cumpla con los objetivos establecidos internacionalmente para estos países; es posible que se necesite asistencia externa para ayudar a los países a progresar gradualmente hacia sus objetivos de SSR.

Dadas las altas tasas de retorno de los servicios de SSR y su relevancia para lograr los objetivos de desarrollo, estos servicios deben priorizar este tipo de inversiones, tanto por los gobiernos nacionales como por otras agencias donantes. Además, a menos que los gobiernos adopten un enfoque integrado para invertir en SDSR, existe un riesgo real de fragmentación, duplicación e ineficiencia como resultado de llamados a la acción separados, por ejemplo, en torno a la salud de adolescentes, la PF, la salud materna y del recién nacido, la violencia de género y el VIH/SIDA.

SECCIÓN 7

Áreas de acción para mejorar la SDSR

El avance de SDSR no sólo requiere mejoras en la atención médica; también depende de los cambios para lograr un entorno propicio. Reconociendo la importancia de los factores contextuales (globales, nacionales y comunitarios) para influir en la SDSR de las personas, en esta sección se describen cinco áreas de acción: 1) reformas legales y políticas, 2) atender los determinantes sociales de la SDSR, 3) educación y comunicaciones, 4) sistemas de salud, y 5) tecnología e innovación. Las intervenciones descritas en esta sección muestran intervenciones efectivas; si bien no son integrales, reflejan la complejidad de SDSR y la amplia gama de posibles estrategias para satisfacer las necesidades de las personas. Es probable que los cambios en cualquier área sean insuficientes; los enfoques más exitosos para mejorar los resultados de SDSR han utilizado estrategias múltiples.

Reformas legales y políticas

Si bien una amplia gama de reformas legales y políticas son críticas para mejorar la SDSR de las mujeres, una esencial es ampliar las bases bajo las cuales se permite el aborto. Dichos cambios allanan el camino para capacitar a los prestadores de servicios de salud en la atención segura del aborto, garantizando el acceso a métodos seguros y desestigmatizando la práctica. En Sudáfrica, donde entró en vigencia una ley liberal de aborto en 1997, la incidencia de complicaciones graves por abortos inseguros disminuyó entre dos períodos de estudio, 1994 y 1999-2001, y el número de muertes por aborto disminuyó en 91%.¹⁶⁴ En Nepal, donde entró en vigor una ley liberal sobre el aborto en 2004, la proporción de complicaciones del aborto que fueron graves disminuyó drásticamente entre 2001 y 2010.¹⁶⁵ Asimismo, en la Ciudad de México, después del primer trimestre en el que el aborto se hizo legal bajo demanda en 2007, hubo un cambio gradual de procedimientos como la dilatación y legrado, a

un mayor uso de procedimiento menos invasivos como el uso de medicamentos abortivos y la aspiración manual, que son métodos recomendados por la OMS.¹⁶⁶ En el sector público de la Ciudad de México, la proporción de abortos con medicamentos respecto del total de procedimientos legales de aborto, aumentó de 25% en 2007 a 83% en 2014.³⁰⁷

Otros ejemplos de reformas legales incluyen la despenalización de las relaciones sexuales consensuadas y la provisión sin discriminación de servicios de SSR. En Perú, más de 10,000 jóvenes desafiaron con éxito la ley establecida en la Constitución sobre la criminalización del sexo consensuado entre adolescentes, que tenía el efecto de prohibir los servicios preventivos de SR para adolescentes. En 2012 el tribunal falló a su favor, refiriéndose a los derechos humanos internacionales y la constitución del país (y al hecho de que muchos adolescentes ya eran padres), y declaró que los(las) jóvenes de 14 a 18 años tenían derecho a la autonomía personal y la autodeterminación respecto a su sexualidad.^{308, 309}

Abordar los determinantes sociales de SDR

Las intervenciones a nivel comunitario pueden alterar las normas y prácticas culturales y sociales que socavan y violan los derechos de las mujeres, incluidas las normas que las ponen en riesgo de violencia de género.³¹⁰ Ejemplos de tales intervenciones incluyen campañas de sensibilización, capacitación grupal, educación entre pares y entretenimiento popular con contenido educativo. Un ejemplo exitoso es SASA!, realizado en Uganda, que redujo la aceptabilidad social de la VPI entre hombres y mujeres y redujo la incidencia de VPI física y sexual.³¹¹ Debido a sus efectos probados (se puso a prueba utilizando un estudio de grupo controlado, aleatorio), ahora se replica en las áreas de control de Uganda y en otros 15 países. Otras formas de alterar las normas de género puede ser involucrar a hombres y niños directamente para examinar sus actitudes y comportamientos (**Sección 5**, página 61).

Otro ejemplo es el uso de incentivos monetarios para familias de bajos ingresos en forma de transferencias de efectivo, a menudo condicionadas a la asistencia a la escuela. Este enfoque, en el que los gobiernos nacionales o locales desembolsan fondos directamente a las familias para garantizar que sus hijos(as) permanezcan en la escuela y reciban la atención médica que necesitan, se puede combinar con otros programas como la educación en SSR y los servicios de SSR amigables para adolescentes, para mejorar su efectividad en promover comportamientos positivos.³¹²

Educación y comunicaciones para el cambio social

Algunos programas están aprovechando el potencial de Internet como una fuente de información de calidad y como fuerza para el cambio social, así como una forma de contrarrestar la información errónea y los estereotipos y comportamientos negativos que circulan hoy en día. Sitios web como www.youthhealthtalk.org y www.playingsafely.co.uk presentan información precisa sobre temas de salud de manera accesible y atractiva para jóvenes; Girl Effect Mobile (www.girleffect.org) está diseñado para conectar a las niñas en países en desarrollo, con historias inspiradoras y consejos para aumentar su autoestima y garantizar su salud, seguridad física, educación, seguridad económica y derechos.³¹³ Algunos esfuerzos de comunicación representan a mujeres y niñas en roles de liderazgo, cuestionan actitudes homofóbicas y apoyan debates abiertos sobre sexualidad:²⁴⁵ Everyday Sexism (www.everydaysexism.com) retrata debates sanos y francos sobre sexualidad y crea un espacio

para el activismo contra el sexismo; otros sitios web como Futures Without Violence (www.futureswithoutviolence.org), A Call to Men (www.acalltomen.org) y MenEngage Alliance (www.menengage.org) promueven versiones saludables de la virilidad y comprometen a los hombres jóvenes a poner fin al sexismo.

La Educación Integral en Sexualidad (CSE por sus siglas en inglés) en las escuelas, es una estrategia basada en evidencia que puede generar un cambio generalizado al proporcionarles a cientos de millones de niños(as) y adolescentes el conocimiento y las habilidades para navegar en temas de SR, SS y sexualidad en la adolescencia y la edad adulta.²⁵⁰ Estudios sistemáticos globales han demostrado que los programas exitosos mejoran el conocimiento y la autoestima, cambian positivamente las actitudes, las normas sobre género y las normas sociales, aumentan las habilidades de toma de decisiones y comunicación, retrasan la iniciación sexual e incrementan el uso de anticonceptivos.³¹⁴⁻³¹⁸ En términos de contenido, la CSE enfocada al desarrollo de habilidades y que utiliza métodos de enseñanza participativos y discute género, poder y derechos, es más probable que se asocie con resultados positivos de SSR que los programas que simplemente proporcionan información.³¹⁶

Invertir en sistemas de salud para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de SSR

Cerrar las brechas en la cobertura y la calidad de la atención de SSR requerirá una amplia gama de acciones, incluido un replanteamiento en las actividades básicas, integrar servicios, asegurar que los suministros de medicamentos y productos sean adecuados y que las instalaciones estén bien equipadas, y mejorar la calidad.

Cambio de tareas entre trabajadores(as) de la salud

Los países de ingresos bajos y medios bajos enfrentan serios déficits de trabajadores(as) de la salud en relación con las necesidades, y se prevé que la escasez continúe hasta 2030, incluso a medida que crece la fuerza laboral mundial de la salud.³¹⁹ Ante esta escasez, la evidencia sólida apoya el cambio de ciertas tareas de trabajadores(as) de salud de nivel superior a los de nivel inferior. La OMS define el cambio de tareas como "la capacitación de cuadrillas de personal que normalmente no cuenta con estas competencias para realizar tareas específicas, para repartir estas tareas y, por lo tanto, aumentar los niveles de acceso a la atención médica."³²⁰ Análisis de evidencia han demostrado que este enfoque puede ser seguro y efectivo.³²¹ El acceso a los anticonceptivos, por ejemplo, podría incrementarse cambiando la provisión de inyectables y DIU de médicos a parteras y enfermeras auxiliares; inserción y extracción de implantes de médicos a enfermeras, y vasectomía de médicos a clínicos asociados.³²⁰ Otro ejemplo es el valioso papel que desempeñan las parteras en la atención de la salud materna y neonatal cuando se integran en un equipo de prestadores de servicios de salud con mecanismos de referencia y recursos suficientes.³²²

Integración de servicios para evitar la pérdida de oportunidades

La evidencia muestra que la integración de los servicios de salud puede mejorar su eficiencia, aumentar el acceso de las personas a una gama de servicios esenciales, mejorar la satisfacción de las personas con su atención y mejorar los resultados de salud.³²³ Alejarse de la administración "vertical" de los servicios de SSR no significa ofrecer todos los servicios en

un solo lugar, sino garantizar que las referencias y los enlaces funcionen bien y evitar que los servicios pierdan oportunidades. Muchas condiciones de SSR están conectadas a lo largo del curso de la vida y se superponen en etapas específicas; por lo tanto, los servicios integrados están mejor posicionados para abordar múltiples necesidades.

Un ejemplo de ello es proporcionar servicios anticonceptivos como parte de la atención prenatal, postparto y postaborto. La necesidad insatisfecha de anticoncepción es alta durante un amplio periodo postparto porque algunas mujeres creen que no corren el riesgo de quedar embarazadas.³²⁴ Después de un aborto, las mujeres también necesitan asesoramiento crítico sobre anticoncepción. Los métodos que se ofrecen a las mujeres (p. ej. DIU postparto o implantes, píldoras o inyectables, o asesoramiento sobre la ineffectividad del método de amenorrea de la lactancia), deben considerar las preferencias de las mujeres y su capacidad para usar los métodos de manera efectiva.³²⁵ Se ha encontrado que el asesoramiento postparto y postaborto está asociado con mayor uso de anticonceptivos en países de bajos y medianos ingresos, pero la implementación está lejos de ser universal a pesar de las pautas en varios países, que exigen la inclusión de servicios anticonceptivos en la atención postaborto.³²⁶ Además, los programas que integran la PF con los servicios de VIH muestran evidencia de mayor uso de métodos anticonceptivos y disminución de las tasas de embarazo entre mujeres que viven con VIH, en comparación con los programas que ofrecen estos servicios por separado.^{327,328}

Los servicios de SR generalmente pierden oportunidades para detectar cáncer cervical en las mujeres, a pesar de que existen métodos comprobados y de bajo costo para detectar la infección por VPH y tratar a las mujeres por lesiones precancerosas. Se podrían salvar muchas vidas simplemente ofreciendo exámenes de detección según las pautas de la OMS al menos una vez en la vida para todas las mujeres después de los 30 años, seguido de un tratamiento inmediato con procedimientos relativamente simples, como la crioterapia, que se puede realizar en un entorno ambulatorio.²¹¹ Argentina, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua han conseguido avances mediante las pruebas de muestras auto-recolectadas para pruebas de VPH. Algunos países están probando mecanismos de seguimiento en comunidades para garantizar que las mujeres que han dado positivo regresen para recibir tratamiento y para registrar indicadores relevantes en los sistemas nacionales de información de salud.²¹⁵

Asegurar suministros constantes de productos de salud

Disminuir las brechas en las cadenas de suministro de medicamentos básicos, insumos y equipos también es una parte clave del fortalecimiento de los sistemas de salud; requiere esfuerzos globales para reducir la fragmentación y esfuerzos de los países para mejorar los pronósticos, la gestión logística y la distribución. Un ejemplo de esfuerzo global es la Comisión de la ONU Sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños, que identificó 13 productos básicos que se pasan por alto y que son de bajo costo y altos resultados, que podrían tener mayor impacto en la reducción de muertes prevenibles en SR, materna, neonatal e infantil.³²⁹ Un ejemplo en América Latina y el Caribe es la creación de comités coordinadores de seguridad anticonceptiva, que se han convertido en un mecanismo importante para garantizar que los ministerios de salud continúen apoyando la adquisición de anticonceptivos y una cadena de suministros que funcionen. Para evitar desabastos, muchos países de esta región han realizado la adquisición de suministros a través de donantes internacionales; asimismo, han introducido una partida específica en el presupuesto nacional para comprarlos.³³⁰ Esta experiencia es instructiva para otras regiones, particularmente África Subsahariana, donde

los datos recientes muestran problemas continuos con la falta de existencia de métodos anticonceptivos en establecimientos de salud, lo que indica problemas persistentes de la cadena de suministro que merecen atención urgente.³³¹

Cumplir el derecho de toda persona a la atención de alta calidad

La atención de alta calidad debe ser segura, efectiva, oportuna, eficiente, equitativa y centrada en las personas,³³² con todos los(as) pacientes tratados de manera respetuosa y digna. La evidencia documentada del maltrato de mujeres durante el parto ilustra que el abuso puede ocurrir en muchos niveles diferentes, desde interacciones con prestadores de servicios de salud hasta “fallas sistémicas en el establecimiento de salud y el sistema de salud”.³³³

Los servicios de alta calidad se basan en asesoramiento adecuado que, según la OMS, debe ser brindado por profesionales capacitados y debe ser privado, confidencial, adaptado a las necesidades de los pacientes y libre de juicio y coerción.³³⁴ Hay pautas disponibles para evaluar la calidad de la orientación y las pruebas de VIH,³³⁵ y se puede usar una variedad de indicadores para rastrear elementos de calidad en los servicios anticonceptivos.³³⁶ Con respecto a la atención materna y neonatal, la evidencia muestra que las auditorías de atención médica, los mecanismos de retroalimentación, la capacitación y el uso de listas de verificación (es decir, para la atención del parto) son enfoques efectivos para mejorar el desempeño de los(as) prestadores(as) de servicios de salud y el cumplimiento de los estándares de práctica y, como consecuencia, para mejorar los resultados maternos y neonatales.¹³⁴

La participación de grupos de mujeres y otras personas que representan a usuarios(as) o clientes de servicios de salud y el respeto por sus prioridades y puntos de vista, es otro elemento crucial para garantizar la calidad de la atención. Un ejemplo se puede encontrar en el trabajo de White Ribbon Alliance, red mundial para una maternidad segura. La Alianza ha creado conciencia sobre los compromisos del gobierno con la salud materna y ha movilizó a las comunidades para responsabilizar a los gobiernos a través de mecanismos como las community score cards (una herramienta de evaluación, monitoreo y planeación de servicios), listas de verificación de centros de salud y otras iniciativas de defensa comunitaria.³³⁷ Los procesos y reportes de monitoreo y análisis deben incluir o estar ligados a tales estructuras de rendición de cuentas, para garantizar que la información generada y compartida resulte en acciones.

Tecnología e innovación

Las innovaciones futuras para brindar mejor atención a más personas, que abarcan la gama de servicios cubiertos, sobrepasan los límites de este informe y son demasiado numerosas para describirlas todas aquí, por lo cual sólo se describirán algunas. Un área clave de innovación que abarca todos los elementos de SDRS es la tecnología digital, es decir, el contenido transmitido a través de Internet o redes de computadoras, incluidos texto, audio, video y gráficos. El uso de teléfonos móviles y otros medios digitales en la salud a menudo se conoce como mHealth (abreviatura de salud móvil). Los medios digitales pueden superar las barreras que se enfrentan para recibir atención de alta calidad en los servicios de salud tradicionales, como los largos tiempos de espera, falta de privacidad o confidencialidad percibida o real, estigma y prejuicios de los(as) prestadores(as) de servicios de salud. Para éstos, los gastos de mHealth suelen ser asequibles y la mensajería de texto es especialmente rentable.³³⁸

Recibir información de SSR a través de teléfonos móviles es especialmente atractivo para jóvenes porque es económico, conveniente y privado. Los análisis sistemáticos, que incluyen ensayos de control aleatorio, han encontrado que entregar la información a través de teléfonos móviles puede mejorar el conocimiento, reducir el comportamiento sexual de riesgo, aumentar la utilización de servicios de salud como las pruebas de ITS, y mejorar los resultados de salud entre los(as) jóvenes.³³⁹⁻³⁴¹

Los nuevos desarrollos en tecnologías anticonceptivas tienen el potencial de expandir las opciones de métodos anticonceptivos y las formas en que se administran, asimismo, permiten disminuir/atender las preocupaciones sobre efectos secundarios y otros problemas que desalientan a las mujeres a usar un método. La Sayana Press (DMPA subcutánea, también conocida como "Depo Provera", "inyección Depo" o "inyección anticonceptiva DMPA") por ejemplo, es un anticonceptivo inyectable que combina el medicamento y una aguja más corta en un dispositivo que se puede administrar con un entrenamiento mínimo, incluso mediante autoinyección.³⁴² Otros desarrollos anticonceptivos incluyen nuevos métodos anticonceptivos masculinos, tanto hormonales como no hormonales, que abordan la gran necesidad insatisfecha entre los hombres que desean controlar su fecundidad, y para las mujeres, anillos vaginales que extienden el período de prevención del embarazo de uno a tres meses.³⁴³

Las innovaciones futuras en el control de las ITS y el VIH, además de las vacunas, incluirán tecnologías de prevención multipropósito (TPM), productos que pueden prevenir más de una ITS o prevenir tanto el embarazo como las ITS. Las tecnologías en desarrollo actual incluyen anillos vaginales que protegen contra el VIH y el embarazo, así como geles vaginales que protegen contra el VIH y otras ITS.³⁴⁴ A pesar de la necesidad de TPM, su desarrollo se ha visto obstaculizado por la insuficiencia de fondos públicos y privados.

Finalmente, la atención de la infertilidad es un campo emergente en la medicina global que tiene el potencial de llegar a muchas más personas que las que actualmente reciben soluciones asequibles y basadas en evidencia.²⁰⁵ El costo de la reproducción asistida podría reducirse mediante el uso de un protocolo de medicamentos de menor costo para la estimulación ovárica, así como sistemas de laboratorio y cultivo más simples para la fertilización in vitro y la transferencia de embriones.³⁴⁵ Si bien estos procedimientos generalmente requieren un laboratorio sofisticado con equipos costosos como incubadoras, los(as) investigadores(as) están probando el uso de equipos sustitutos más baratos (por ejemplo, colocar cajas de Petri en baños calientes) que podrían reducir los costos de laboratorio de manera espectacular.¹⁹⁰

SECCIÓN 8

Implicaciones y recomendaciones

La SDSR son esenciales para la vida humana y para la salud y el bienestar en general a lo largo de la vida y, por lo tanto, deben ser parte integral de las estrategias de salud pública y desarrollo. Además del valor intrínseco de cumplir los derechos individuales y mejorar la salud, invertir en SDSR es benéfico para las sociedades porque fortalece a las familias y ayuda a aumentar la prosperidad. Como se ha demostrado en este informe, las personas con menos capital social y menos acceso a la atención médica llevan una carga desproporcionada de mala SSR. Por lo tanto, un enfoque integral es crítico: debe abordar las brechas en los servicios de salud así como las barreras sociales, culturales, económicas y de género, que impiden que las personas alcancen la SDSR por completo, como se define al principio de este informe.

Para promover la SDSR para todos(as), la Comisión hace las siguientes recomendaciones a los encargados de formular políticas nacionales, regionales y mundiales, profesionales de la salud, educadores y defensores de la salud y los derechos.

Adoptar y aplicar la definición integral de SDSR en este informe, con atención específica a los DSR

La definición de SDSR presentada en este informe (**Panel 3**) es amplia, inclusiva y se basa en los principios de derechos humanos, así como en acuerdos de consenso internacional y pautas técnicas que adoptan un enfoque progresivo para garantizar la salud y el bienestar. Reconocemos que es poco probable que todos los gobiernos negocien y adopten un acuerdo mundial progresivo sobre SDSR en el futuro. El uso de esta definición por parte de quienes formulan las políticas de salud y profesionales, educadores, planificadores de programas, ONG y activistas ayudará a avanzar en una agenda común para SDSR y, al hacerlo, avanzará en el progreso hacia el desarrollo sostenible. Las acciones específicas para lograr esta visión deben basarse en la evidencia de las necesidades de las personas en cada país y en enfoques probados y prometedores como los descritos en este informe.

Un punto de partida para mejorar la SSR y cumplir los derechos relacionados es hablar con franqueza y precisión sobre sexualidad y reproducción. Durante mucho tiempo, los temas relacionados con la sexualidad humana se han omitido de las políticas públicas, se han dejado de lado los planes de estudio fuera de la escuela y se han evitado en el discurso público. Sin embargo, existe evidencia suficiente para identificar las necesidades de SSR de las personas y las formas efectivas de abordarlas, incluida la provisión de un paquete esencial de intervenciones de SSR (**Panel 8**). Además, la SDRS abarca más que simplemente prevenir enfermedades: incluye el derecho a tomar decisiones que gobiernen el cuerpo propio y a buscar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

Apoyar cambios en leyes, políticas, normas y estructuras sociales que permitan a toda la población comprender, proteger, cumplir y respetar la SDRS propia y de los(as) demás

Enfrentar las normas de género, especialmente aquellas que representan a los hombres como personas agresivas y dominantes y a las mujeres como objetos sexuales y vulnerables, y dependientes de los hombres, es una responsabilidad compartida que requiere la acción de organizaciones de la sociedad civil, educadores(as), medios de comunicación y líderes de opinión. La manifestación más extrema de estos estereotipos y guiones es la violencia de género, para la cual es posible que existan leyes y sanciones, pero que a menudo no se aplican; por lo que promover la igualdad de género es uno de los mayores intereses por muchas razones, por ejemplo, el logro de una población mejor educada y una fuerza laboral más productiva, además de frenar la violencia sexual y de género.

Las reformas legales y políticas de alta prioridad que respaldan la SDRS incluyen prohibir el matrimonio infantil, promover la igualdad de género y la autonomía de las mujeres, aprobar las leyes de aborto y prohibir la discriminación contra personas con diversas orientaciones sexuales e identidades y expresiones de género. Las leyes y políticas deben respaldar el derecho de todas las personas a decidir si, cuándo y con quién casarse, y el derecho a tener acceso a servicios que protejan la elección reproductiva. La protección y el cumplimiento de SDRS para todos(as), incluye el apoyo de los derechos de las parejas infértiles y del mismo sexo a formar familias, lo que puede requerir reformas en las leyes y reglamentos relacionados con el tratamiento de la infertilidad, la adopción y la subrogación.

Hacer cumplir las leyes civiles es un tema crítico porque las leyes de usos y costumbres pueden continuar perpetuando las violaciones de los derechos individuales, incluso cuando el sistema legal apoya la SDRS. Para contrarrestar la oposición basada en costumbres y creencias de mucho tiempo, los(as) defensores(as) de la SSR deben trabajar en las comunidades locales para involucrar a los padres, maestros(as) y líderes comunitarios y religiosos. Respetar los valores culturales y religiosos es importante, pero estos valores no deben usarse para justificar la negación de los derechos de las personas. Una continuación del statu quo significaría que persistirán las violaciones de los derechos humanos, como el matrimonio infantil, la mutilación genital femenina, la VPI y la coerción y violencia sexuales, junto con grandes desigualdades en la salud y el acceso a la atención médica.

Para avanzar en la agenda de políticas de SDRS, los y las defensoras y encargadas de formular políticas deben aportar evidencia científica a los debates legislativos y políticos, incluidos los que tienen lugar en los tribunales. Activistas y abogados(as) deben usar y basarse en los

estándares legales internacionales comparables existentes siempre que sea posible, para argumentar casos relacionados con los derechos de las personas a SDR, ya sea para la atención de salud materna de calidad, aborto o tratamiento del VIH/SIDA. Los(as) científicos(as) también pueden contribuir a los debates legislativos y de políticas, proporcionando datos relevantes y citando resultados de estudios nacionales o internacionales que documenten la necesidad de servicios de SSR y respalden soluciones viables.

Cambiar normas y valores para reducir los tabúes negativos y el estigma en torno a la SDR es fundamental para mejorar la salud. Existen muchas campañas de información y educación y programas a nivel comunitario que han trabajado para hacerlo (algunos se describen en la Sección 7). Los programas deben prestar especial atención a aquellos que son más vulnerables a la discriminación y la exclusión social, para que nadie se quede atrás en los esfuerzos por mejorar la salud.

Ampliar el acceso a un paquete básico en SSR, asegurando que se aborden las necesidades de poblaciones vulnerables y marginadas

A partir de la visión de SDR y la evidencia presentada aquí, la Comisión Guttmacher-Lancet recomienda que cada país proporcione un paquete básico en SSR, consistente con las recomendadas por la OMS,¹⁸ que se muestra en el **Panel 8**. Este paquete se alinea con la definición integral de la Comisión de SDR (página 14) y las necesidades específicas y brechas de servicio identificadas en este informe, para las cuales existen intervenciones comprobadas y efectivas. Los servicios deben prestarse de manera que respeten los derechos humanos, la ética médica global (según lo definido por la OMS) y las normas de salud pública.

Reconociendo que los sistemas nacionales de salud se encuentran en diferentes etapas de desarrollo, puede ser necesario un enfoque gradual, en el que los países determinen sus prioridades a corto plazo, mientras hacen reformas institucionales para sentar las bases para el progreso. Las discusiones políticas participativas y transparentes sobre qué intervenciones agregar y en qué orden, son críticas para definir un paquete apropiado.³⁴⁶ Deben establecerse prioridades y existen sacrificios inevitables, pero la equidad debe ser un valor fundamental,³⁴⁷ es decir, los países deben trabajar para garantizar un paquete básico para toda la población y garantizar que las personas y las comunidades reciban los servicios que necesitan, sin dificultades financieras. La protección del riesgo financiero es un principio clave de la cobertura sanitaria universal; se puede lograr mediante una combinación de subsidios y fondos combinados para servicios de salud.

Panel 8. Paquete básico de intervenciones de SSR

- Educación integral en sexualidad
- Asesoramiento y servicios para una variedad de anticonceptivos modernos, con número y tipos definidos de métodos
- Atención prenatal, del parto y postnatal, incluida la atención obstétrica y neonatal de emergencia
- Servicio de aborto seguro y tratamiento de complicaciones del aborto inseguro
- Prevención y tratamiento del VIH/SIDA y otras ITS
- Prevención, detección, servicios inmediatos y derivaciones para casos de violencia sexual y de género
- Prevención, detección y manejo de cánceres reproductivos, especialmente CaCu
- Información, asesoramiento y servicios para subfertilidad e infertilidad e
- Información, asesoramiento y servicios para la salud y el bienestar sexual

Los ministerios de salud y los centros o servicios de salud deben considerar los puntos de entrada para la atención médica y la mejor manera de integrar las intervenciones de SSR con otros servicios de atención médica, con el objetivo de agrupar los servicios para evitar la pérdida de oportunidades. Algunos ejemplos incluyen: integrar la prevención del VIH/ITS con otros servicios de SSR, incluidos los servicios anticonceptivos en la atención postparto y postaborto, y asegurar que las mujeres mayores de 30 años que reciben atención de SSR también sean examinadas para detectar CaCu.

Se deben utilizar campañas de información innovadoras, a través de los medios tradicionales, Internet y canales de redes sociales, para comunicar información precisa sobre SSR, disipar mitos y percepciones erróneas sobre la anticoncepción moderna, el VIH/SIDA y los cánceres del sistema reproductivo, y abordar el estigma en torno a la sexualidad adolescente, el aborto, la orientación sexual y la identidad y expresión de género. Los medios digitales (es decir, teléfonos móviles, tabletas y computadoras personales) deben explotarse para aumentar el acceso de las personas a información precisa de SSR. Incluso el asesoramiento individual puede llevarse a cabo utilizando tecnología digital, superando las brechas de servicios en áreas remotas.

Los sistemas de salud y los prestadores de atención médica deben brindar asesoramiento en todos los centros de salud que ofrecen anticonceptivos, que debe incluir información sobre métodos anticonceptivos y otros problemas de SDRS relevantes, como ITS, VIH, cáncer, embarazo y parto. El asesoramiento que reciben las mujeres también debe ofrecerse a hombres y parejas siempre que sea posible, respetando los derechos de las personas a la confidencialidad y privacidad. La asesoría también debe estar disponible y ser apropiada para los(as) adolescentes, respetando su necesidad de confidencialidad.

Los programas de salud a niveles mundial y nacional deberían aprovechar al máximo las nuevas tecnologías de SSR que han demostrado su eficacia, como las inyecciones de anticonceptivos autoadministrados, el aborto con medicamentos en centros de atención primaria y los enfoques

de bajo costo para prevenir el CaCu. Los métodos multipropósito para prevenir embarazos e ITS también son prometedores. La comunidad mundial de la salud debe abogar y apoyar la investigación y el desarrollo de éstas y otras tecnologías que tienen el potencial de mejorar la SDR. Sin embargo, no todos los cambios ocurrirán en el sector público; las asociaciones con el sector privado serán clave para la innovación tecnológica y la prestación de servicios.

Asegurar los financiamientos nacional e internacional sostenibles para lograr el acceso completo al paquete básico de SSR

Para satisfacer la necesidad insatisfecha de un paquete de servicios de anticoncepción, aborto, salud materna y neonatal, incluida información, educación y asesoramiento, este análisis muestra que se necesita una inversión mínima global de USD 54 mil millones en países de bajos y medianos ingresos. Sin embargo, el total asciende a sólo USD 9 *per cápita* al año, que es asequible dado lo que la mayoría de países gasta actualmente en salud cada año de todas las fuentes: pagos fuera de presupuesto, fondos combinados (seguros) e ingresos del gobierno. Estas inversiones representan una buena relación calidad-precio teniendo en cuenta los dividendos que se pueden obtener de la atención de SSR de alta calidad y los mejores resultados de SSR.

Para lograr estas ganancias en la provisión de servicios, los sistemas de salud necesitan un financiamiento sostenible y predecible. Dado que los países se encuentran en diferentes etapas de desarrollo y tienen diferentes capacidades para invertir, los ministerios de salud y finanzas deben hacer de los servicios esenciales de SSR una prioridad conjunta y garantizar que se incluyan en los presupuestos nacionales de salud. Para seguir un enfoque que cubra a todos(as) pero favorezca a las personas de bajos recursos, los pagos no previstos en el presupuesto deben minimizarse para el paquete de beneficios definidos, incluidos los servicios básicos de SSR.³⁴⁸ Se puede lograr un financiamiento sostenible mediante la combinación de ingresos fiscales nacionales y mecanismos aseguradores, que se describen brevemente en este informe. En países con recursos insuficientes para garantizar servicios de salud esenciales o protección de riesgos financieros para personas de bajos recursos, los donantes internacionales y los socios para el desarrollo deben continuar brindando apoyo. Además, en países de bajos ingresos, garantizar múltiples flujos de financiamiento, incluida la movilización de recursos internos, puede proteger contra cambios repentinos en las políticas o el financiamiento de un solo donante.

Los gobiernos nacionales y las agencias donantes deben garantizar que los componentes esenciales de SDR continúen siendo incluidos explícitamente en los marcos de financiamiento para iniciativas de desarrollo global, tales como los ODS y la cobertura universal de salud, la Estrategia Global para la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes,²⁷⁷ y el Mecanismo Mundial de Financiamiento del Banco Mundial.

Tomar medidas sobre los componentes de SDR que a menudo se descuidan en la implementación del programa, pero que afectan a gran número de personas

La comunidad global de salud y los diseñadores de políticas nacionales deben dedicar mayor atención a los problemas de SDR y los componentes del servicio que afectan a gran número de personas con necesidades de mayor atención, los beneficios potenciales se extienden más

allá del grupo afectado a través del tiempo, para lo cual hay evidencia suficiente de enfoques efectivos. Los problemas específicos que cumplen con estos criterios pero que a menudo se pasan por alto o se subfinancian incluyen servicios de aborto seguro, educación integral en sexualidad y servicios de SSR para adolescentes, prevención y tratamiento de la violencia de género, e involucrar a los hombres como participantes en SDSR.

Proporcionar acceso a servicios de aborto seguro, liberalizando las leyes de aborto cuando sea necesario

La evidencia muestra que las restricciones legales al aborto no reducen su ocurrencia: las tasas de aborto son esencialmente las mismas en países donde el procedimiento está prohibido que en países donde está disponible bajo pedido. Sin embargo, donde el aborto es ilegal generalmente es menos seguro. Dado que más de 40% de embarazos en todo el mundo son no deseados y casi 60% de éstos terminan en aborto inducido, este problema es demasiado grande para que los encargados de formular políticas lo ignoren.

Un punto de partida en la atención del aborto es garantizar que los servicios de aborto seguro estén disponibles y accesibles en la medida permitida por la ley, que la atención para complicaciones del aborto inseguro esté disponible, que estos servicios sean integrales y de alta calidad, y que las mujeres que obtienen un aborto o los prestadores de servicios de salud que los realizan no sean castigados. A largo plazo, se deben promulgar reformas legales y políticas que amplíen los criterios bajo los cuales se permite un aborto.

Garantizar que todos(as) los(as) adolescentes tengan acceso a información y servicios de SSR sin discriminación

Reconociendo que las actitudes y comportamientos relacionados con la salud se forman temprano en la vida, todos los países deben establecer planes de estudio nacionales para una educación integral en sexualidad basada en evidencia y en la obtención de orientación técnica internacional. Dicha orientación está disponible para los ministerios de educación y los sistemas escolares para ayudar a construir un currículo culturalmente relevante y apropiado para la edad en las escuelas primarias y secundarias.³⁴⁹ Los programas de educación sexual deben hacer más que incrementar el conocimiento: deben incluir estrategias para aumentar la igualdad de género. Los programas exitosos incluyen el desarrollo de habilidades para capacitar a las personas a entablar relaciones saludables y proteger su salud. Frente a la oposición a la educación sexual, los educadores y defensores deberían usar la evidencia de evaluaciones rigurosas de programas para disipar el mito de que enseñar a los(as) jóvenes sobre sexualidad aumenta la promiscuidad sexual y los riesgos.³¹⁷

Los(as) adolescentes deben tener acceso a información y servicios de SDSR independientemente de su edad o estado civil. Los líderes políticos deben reconocer y aceptar que la actividad sexual consensuada ocurre entre jóvenes solteros(as) que necesitan información sobre SSR y que estos servicios deben estar disponibles para proteger su salud y mejorar los resultados en salud. Dados los estereotipos de género dañinos y la información falsa que circula en Internet, para padres, educadores y autoridades políticas, debería ser una prioridad proporcionar información precisa a los(as) adolescentes antes y al comenzar sus vidas sexuales y reproductivas.

Abordar la violencia sexual y de género a través de políticas, servicios y programas de prevención

Los programas de salud mundiales que trabajan para poner fin a la violencia sexual y de género están desarrollando rápidamente una base de evaluación rigurosa, encontrando enfoques que funcionan y utilizando la evidencia para adoptar dichos enfoques, para graduarlos e integrarlos en instituciones y políticas. Hay pasos críticos e inmediatos que los prestadores de servicios de salud pueden tomar para responder a las mujeres que han experimentado violencia.⁸⁷ La prevención de la violencia, en primer lugar, es crítica y requerirá esfuerzos a largo plazo que se superpongan con los cambios descritos anteriormente, en el entorno propicio para la SDR. Los programas de prevención deben abordar los factores de riesgo de violencia y, junto con el empoderamiento de mujeres y niñas, involucrar a hombres, niños y comunidades en el cambio de las normas sociales sobre masculinidad, que pueden conducir a la violencia sexual y de género.

Involucrar a los hombres en el apoyo a la salud, los derechos y la autonomía de las mujeres; abordar las necesidades de SDR de los hombres

Los programas deben involucrar a los hombres para que se conviertan en partícipes de la SDR mientras se protege la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sexuales y reproductivas. Invertir en la SDR de los hombres no necesariamente quita la SDR de las mujeres; los enfoques "relacionales" más recientes buscan comprender y abordar las necesidades tanto de mujeres como de hombres. La educación sexual integral y otras actividades de información y educación pueden contribuir a redefinir la masculinidad y la femineidad, combatir la violencia y promover comportamientos más saludables y más equitativos, comenzando a una edad temprana. Además, debería haber una mayor inversión y promoción de métodos anticonceptivos masculinos (condones, vasectomía y métodos hormonales masculinos cuando estén disponibles) para aumentar la responsabilidad compartida en la prevención del embarazo. La igualdad total en la reproducción también implica que los hombres deben ser partícipes informados en la atención de la salud materno-infantil, y que deben ser alentados y responsabilizados para realizar su parte del trabajo de cuidado no remunerado en el hogar.

Los hombres a menudo son educados para disuadir o discutir los problemas de SDR; por lo tanto, podrían evitar buscar atención médica por temor a parecer débiles o vulnerables. Además, pueden llegar a evitar las clínicas de atención primaria de salud que perciben como centros de atención principalmente de mujeres y niños(as). Por lo tanto, las políticas y programas de salud deben involucrar de manera proactiva a los hombres en los servicios de SDR, ya sea mediante el uso de métodos anticonceptivos masculinos, buscando pruebas y tratamiento de ITS y VIH, o apoyando el uso de los servicios de SDR por parte de sus parejas. Se han puesto a prueba muchos programas prometedores para aumentar la participación de los hombres en la SDR propia y de sus parejas, pero deben ser introducidos y ampliados en más países.

Brindar apoyo adicional a grupos a menudo marginados, desfavorecidos y sujetos a discriminación

Como se indicó, los programas y servicios de SDR deben prestar especial atención a las necesidades de personas vulnerables y marginadas para mejorar la equidad y ayudar a los que tienen menos acceso a los servicios. Estas poblaciones varían de un país a otro e incluyen a aquéllas que a menudo son más difíciles de alcanzar, como las personas de recursos más

bajos en áreas rurales remotas o en barrios marginales, minorías raciales y étnicas, personas con discapacidad, trabajadores(as) sexuales, personas que se inyectan drogas, niños(as) que viven en situación de calle y poblaciones migrantes. Destacamos dos grupos aquí para quienes la evidencia muestra que los servicios están muy por debajo de las necesidades.

Fortalecer los servicios de SSR en situaciones de crisis humanitaria y proteger la SDR de poblaciones desplazadas y refugiadas

Las personas desplazadas internamente y las refugiadas que viven en entornos frágiles y potencialmente volátiles enfrentan un riesgo particularmente alto de violencia sexual y de género, VIH y otras ITS, y embarazos no deseados. Por lo tanto, necesitan acceso a una amplia gama de servicios de SSR que cumplan con los estándares mínimos de calidad, comenzando por los servicios de SSR más comúnmente provistos e incluyendo otros componentes como la atención a sobrevivientes de violencia sexual, tratamiento para ITS y atención para aborto seguro. Las mejores formas de prestar servicios de SSR pueden ser particulares en cada contexto, pero la orientación internacional (el paquete básico en salud) está disponible para establecer prioridades, gestionar los suministros de SR y capacitar a los prestadores de SSR en situaciones de crisis.²⁷¹ El alcance comunitario también es esencial porque el estigma, la discriminación y la violencia en estos entornos pueden inhibir el uso de los servicios de SSR.

Reconocer y abordar la SDR de personas con diversas orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género y características sexuales

En todo el mundo las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, homosexuales e intersexuales se enfrentan a discriminación persistente, a veces sancionada legalmente y otras violenta. Estas personas sufren tasas más altas de embarazos no deseados, VIH, otras ITS, violencia y afecciones de salud mental que la población en general, y muchas son reacias a buscar atención o revelar información sobre su sexualidad a los(as) prestadores(as) de atención médica. Las políticas y los programas de SDR deben reconocer y responder a sus necesidades, tanto para proteger sus derechos humanos como para abordar condiciones de salud urgentes. En esta área con poca atención, la investigación es crítica para aprender más sobre las necesidades de salud de subpoblaciones específicas y programas y servicios efectivos para satisfacer estas necesidades.

Abordar las brechas en evidencia y priorizar la investigación de SDR necesaria para la toma de decisiones de políticas y programas

Este informe identificó varias poblaciones que tenían necesidades acrecentadas o descuidadas de SDR pero que no se discuten a detalle por falta de evidencia. Se necesitan datos de encuestas más representativas sobre estos grupos, que incluyan: adolescentes de 10 a 14 años; hombres adolescentes; población infantil en situación de calle / barrios marginados; hombres en edad fértil; mujeres y hombres mayores de 50 años; gente con discapacidades; población trabajadora sexual; personas que se inyectan drogas; individuos LGTBTTI; refugiados y migrantes, y personas que viven en zonas de conflicto. Gran parte de la investigación actual en SDR se enfoca en mujeres en edad fértil, especialmente aquellas que están casadas y en sus necesidades más comunes, para servicios de anticoncepción y salud materna.

Debido a que los comportamientos como la violencia por parte de la pareja, la violencia sexual sin pareja y el aborto, generalmente están ocultos a la vista del público, se necesitan enfoques para mejorar la calidad y comparabilidad de los datos y la evidencia sobre prevalencia, consecuencias y necesidades de servicio. Además, se necesita más investigación de evaluación sobre la mejor manera de prevenir la VPI en lugar de simplemente responder a ella, cómo prevenir la violencia sexual en situaciones de conflicto y postconflicto, y cómo graduar programas efectivos.

Para fortalecer otros programas y servicios de SDR que no han recibido suficiente atención, se necesitan estudios exhaustivos y de evaluación sobre la calidad, disponibilidad e impacto de los programas integrales de educación sexual; sobre cómo involucrar en mayor grado a los hombres en SDR de manera que respeten la autonomía de las mujeres; sobre detección, diagnóstico y manejo de ITS que no sean VIH, y enfoques de bajo costo para prevenir y tratar la infertilidad y el CaCu y de mama. Los avances tecnológicos continuarán siendo importantes para mejorar la SSR; por lo tanto, las inversiones en investigación y desarrollo deben continuar, prestando atención a cómo las nuevas tecnologías impactan el comportamiento de las personas.

Un componente clave de SDR para el cual la literatura es escasa es el bienestar sexual y el placer. El desarrollo de intervenciones relacionadas con la función sexual y la satisfacción también son muy necesarias, dada la ausencia casi total de estos servicios en muchas partes del mundo. La mayoría de programas consideran la SS desde la perspectiva de la enfermedad y educan a las personas sobre cómo evitar las consecuencias nocivas del sexo en lugar de como vivir una vida sexual plena. Para desarrollar una programación más positiva, los investigadores podrían comenzar realizando investigaciones para medir y comprender la magnitud de las necesidades de información, asesoramiento y servicios en esta área.

En los próximos años, las políticas y programas de salud y desarrollo deben abordar cada vez más las causas y consecuencias del cambio climático. En los países de ingresos bajos y medianos, las complejas interconexiones entre el crecimiento de la población y la migración, SDR y el cambio climático deben continuar siendo estudiadas, con un enfoque en la protección de los derechos de las personas de bajos recursos y marginadas.

También se deben realizar esfuerzos para mejorar la medición de SSR a través de la gestión de la salud y los sistemas de información, registros vitales y evaluaciones de programas. Además de la investigación, estas actividades ayudan a llenar los vacíos de conocimiento, identificar prioridades, ajustar programas y garantizar la responsabilidad.

Fortalecer y utilizar procesos de rendición de cuentas en todos los niveles para garantizar que se cumplan los objetivos y compromisos de SDR

La Comisión reconoce que los marcos para monitorear y evaluar los programas y servicios de SDR ya existen como parte de numerosas iniciativas mundiales de salud lanzadas desde 2010 (que se muestran en la **Tabla 3 del Apéndice**). Por lo tanto, no se recomienda un nuevo marco de monitoreo específico de SDR o un conjunto de objetivos y metas. Como mínimo, los ministerios de salud del gobierno deben garantizar que se cumplan los compromisos

actuales mediante el uso de los marcos desarrollados bajo la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la Estrategia Global para la Salud de las Mujeres, Niños y Adolescentes, Poner Fin a la Mortalidad Materna Prevenible, Plan de Acción para Todos los Recién Nacidos, Cuenta Regresiva para 2030, Planificación Familiar 2020, y el monitoreo de la OMS del progreso hacia la cobertura universal de salud.

Los indicadores actuales utilizados por estas iniciativas globales incluyen algunos de los componentes clave de la atención cubiertos en este informe: atención de SSR para adolescentes; detección de VPI; prevención, detección y manejo del VIH y otras ITS; servicios anticonceptivos; cuidado materno y neonatal, y detección de CaCu. Sin embargo, se quedan cortos de manera significativa. Hay objetivos limitados o nulos relacionados con la SDSR de los hombres, el aborto seguro, la infertilidad, otros cánceres reproductivos o la atención de las necesidades de personas de diversas orientaciones sexuales e identidades y expresiones de género. Los encargados de políticas nacionales y las organizaciones asociadas que trabajan en los programas de SDSR deben colaborar para ampliar la agenda e incluir un conjunto más amplio de servicios, cubriendo las necesidades de SDSR de las personas a lo largo del curso de la vida e incluyendo personas que a menudo se pierden en los entornos de servicios tradicionales.

La adopción de un paquete básico de servicios de salud que incluya SDSR integral es un compromiso claro que ayuda a promover la responsabilidad. Una vez que forma parte de las leyes nacionales y la política de salud del gobierno, las personas tienen derecho a recibir los servicios (y a ciertos estándares de atención) y buscar recursos si no pueden obtenerlos.

Los órganos de vigilancia de derechos humanos son otro mecanismo para promover la acción. Dado que los principios y las convenciones de derechos humanos subyacen a la SDSR, los estados que han firmado y ratificado las convenciones están obligados a implementarlos a través de leyes, políticas, presupuestos y decisiones judiciales nacionales, o pueden ser responsables ante un tribunal de justicia. Los acuerdos de consenso, como los ODS y los documentos técnicos, como la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, no tienen la misma posición legal que los tratados y convenciones, pero sirven como guía para los gobiernos de todo el mundo y como fuentes de influencia para la salud, desarrollo y defensores de los derechos.

Una cultura de rendición de cuentas es importante porque lo que no se cuenta a menudo no cuenta y, por lo tanto, no se hace. Además, debe existir una cultura de cuidado y una cultura de respeto por los derechos de todas las personas. Idealmente, el liderazgo nacional en los niveles más altos, incluidos los jefes de estado, respaldará que la SDSR sea una realidad para todos(as). Los gobiernos nacionales, a su vez, deben responsabilizar a las comunidades locales para la defensa de los derechos individuales y la implementación de estándares globales para la ética médica y la salud pública. Donde exista oposición a derechos o servicios específicos, o cuando los servicios no cumplan con los estándares aceptables, será esencial la defensa de las OSC, respaldada por los acuerdos de la ONU y los tratados de derechos humanos.

Acelerar el progreso hacia 2030

Este informe presenta una visión audaz para avanzar la SDR más allá de los límites que la política, la financiación y las estructuras de programas existentes han impuesto hasta la fecha. Se inspira en el consenso internacional alcanzado hace más de 20 años en la CIPD y sitúa el debate sobre la SDR en el contexto actual, utilizando la evidencia más reciente sobre las necesidades y las brechas de servicios.

Movilizar a grupos de mujeres y de derechos humanos e involucrar a adolescentes, hombres y activistas de la salud será esencial para avanzar en la agenda de SDR. Del mismo modo que los grupos de la sociedad civil encabezaron los movimientos de SDR y VIH/SIDA en los años 90 y 2000, deberán ocupar un lugar destacado en los esfuerzos futuros, especialmente en áreas sensibles de SDR que los gobiernos son reacios a abordar. Las OSC deberán abogar por el cambio y responsabilizar a los gobiernos y otras organizaciones ejecutoras por las promesas hechas y las obligaciones contraídas.

La agenda inacabada es grande. Sin embargo, el rápido ritmo del cambio tecnológico, las ganancias en salud, educación y economía de los últimos 20 años, y la renovación de los objetivos de desarrollo global ofrecen esperanza de que sea posible avanzar en el logro del acceso universal a SDR. No obstante, el progreso inclusivo y equitativo sólo es posible si también se presta atención a la protección de los

3.7 Para 2030, asegurar el acceso universal a los servicios de SSR, incluida la PF, información y educación, y la integración de la SR en las estrategias y programas nacionales	E	V	E	E	E	V	V	V
3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluyendo la protección contra riesgos financieros, el acceso a los servicios de salud básicos de calidad y acceso a los medicamentos y vacunas seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos	V		E	E	E	V	V	V
Objetivo 4 de los ODS: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos(as)								
4.7 De aquí a 2030, asegurar que todos los alumnos adquieran los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y los estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y la contribución de la cultura al desarrollo sostenible	V	V						V
Objetivo 5 de los ODS: Lograr la igualdad de géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas								
5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y niñas en todo el mundo	V	V						
5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y niñas en las esferas pública y privada, incluida la trata sexual y otros tipos de explotación	V	E						
5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina	V	E						
5.6 Asegurar el acceso universal a la SSR y los DR según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la CIPD, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias y sus revisiones	E	V	E	E	E	V	V	
5.c Adoptar políticas acertadas y fortalecer las leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas a todos los niveles	V	V						

Objetivo 10 de los ODS: Reducir la desigualdad en y entre países

Si bien no hay objetivos en virtud de este objetivo de los ODS que explícitamente establezcan o se vinculen con las áreas clave de SDR, el cumplimiento de SDR contribuye a lograr este objetivo.

Objetivo 13 de los ODS: Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos

Si bien no hay objetivos en virtud de este objetivo de los ODS que explícitamente establezcan o se vinculen con las áreas clave de SDR, el cumplimiento de SDR contribuye a lograr este objetivo.

Objetivo 16 de los ODS: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, proporcionar acceso a la justicia para todas las personas y construir un sistema de instituciones efectivas, inclusivas y con capacidad de rendir cuentas

16.1 Reducir significativamente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad correspondientes en todo el mundo	V	V						
16.2 Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los(as) niños(as)	V	V						

Datos de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015. La palabra "expresada" significa que el tema se menciona en el objetivo ODS o en la redacción del indicador. La palabra "vinculada" significa que el tema se relaciona con el ODS pero no se menciona específicamente en el objetivo.

APÉNDICE TABLA 2

Países enumerados por regiones y subregiones según lo definido por la División de Estadística de las Naciones Unidas; codificado de acuerdo con las agrupaciones de ingresos del Banco Mundial, y población total de países en 2017

Naciones Unidas- Región, subregión y país	Banco Mundial Agrupación por ingresos*	Población total 2017 (en miles)
Regiones en desarrollo		
ÁFRICA		
África Oriental		
Burundi	4	11,936
Comoras	4	826
Eritrea	4	5,482
Etiopía	4	104,345
Kenya	3	48,467
Madagascar	4	25,613
Malawi	4	18,299
Mauricio	2	1,281
Mozambique	4	29,538
Réunion y estados pequeños	2	1,224
Ruanda	4	12,160
Somalia	4	11,392
Sudán del Sur	4	13,096
Uganda	4	41,653
Tanzania	4	56,878
Yibuti	3	911
Zambia	3	17,238
Zimbabue	4	16,338
África Central		
Angola	2	26,656
Camerún	3	24,514
República Centroafricana	4	5,099
Chad	4	14,965
Congo	3	4,866
Congo, República Democrática del	4	82,243
Guinea Ecuatorial	2	894
Gabón	2	1,801
Santo Tomé y Príncipe	3	198

Naciones Unidas- Región, subregión y país	Banco Mundial Agrupación por ingresos*	Población total 2017 (en miles)
Regiones en desarrollo		
ÁFRICA		
África Occidental		
Benin	4	11,459
Burkina Faso	4	19,173
Cabo Verde y pequeños estados	3	537
Costa de Marfil	3	23,816
Gambia	4	2,120
Ghana	3	28,657
Guinea	4	13,291
Guinea-Bissau	4	1,933
Liberia	4	4,730
Mali	4	18,690
Mauritania	3	4,266
Níger	4	21,564
Nigeria	3	191,836
Senegal	4	16,054
Sierra Leona	4	6,733
Togo	4	7,692
África del Norte		
Argelia	2	41,064
Egipto	3	95,215
Libia	2	6,409
Marruecos	3	35,241
Sudán	3	42,166
Túnez	3	11,495
Sahara Occidental	3	596
ASIA		
Asia Oriental		
China	2	1,388,233
China, Hong Kong	1	7,402
China, Macao y países no especificados	1	24,012
Japón	1	126,045
Corea, República Popular Democrática de (Norte)	4	25,405
Corea, República de (Sur)	1	50,705
Mongolia	3	3,052
Asia Central		
Kazajistán	2	18,064
Kirguistán	3	6,125
Tayikistán	3	8,858
Turkmenistán	2	5,503
Uzbekistán	3	30,691

Naciones Unidas- Región, subregión y país	Banco Mundial Agrupación por ingresos*	Población total 2017 (en miles)
Regiones en desarrollo		
ASIA		
Asia Meridional		
Afganistán	4	34,169
Bangladesh	3	164,828
Bután	3	793
India	3	1,342,513
Irán (República Islámica del)	2	80,946
Maldivas	2	376
Nepal	4	29,187
Pakistán	3	196,744
Sri Lanka	3	20,905
Sudeste Asiático		
Birmania	3	54,836
Brunei Darussalam	1	434
Camboya	3	16,076
Indonesia	3	263,510
Lao, República Democrática Popular de	3	7,038
Malasia	2	31,744
Filipinas	3	103,797
Singapur	1	5,785
Tailandia	2	68,298
Timor Oriental	3	1,237
Vietnam	3	95,415
Asia occidental		
Arabia Saudita	1	32,743
Armenia	3	3,032
Azerbaiyán	2	9,974
Bahrein	1	1,419
Catar	1	2,338
Chipre	1	1,188
Emiratos Árabes Unidos	1	9,398
Georgia	2	3,973
Irak	2	38,654
Israel	1	8,323
Jordania	2	7,877
Kuwait	1	4,100
Líbano	2	6,039
Omán	1	4,741
República Árabe Siria	3	18,907
Territorios Palestinos Ocupados	3	4,928
Turquía	2	80,418
Yemen	3	28,120

Naciones Unidas- Región, subregión y país	Banco Mundial Agrupación por ingresos*	Población total 2017 (en miles)
Regiones en desarrollo		
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE		
Caribe		
Bahamas	1	397
Barbados	1	286
Cuba	2	11,390
Guadalupe	2	472
Haití	4	10,983
Islas Vírgenes y pequeños estados	1	917
Jamaica	2	2,813
Martinica	1	396
Puerto Rico	1	3,679
República Dominicana	2	10,767
Santa Lucía	2	188
San Vicente y las Granadinas	2	110
Trinidad y Tobago	1	1,369
Centroamérica		
Belice	2	375
Costa Rica	2	4,906
El Salvador	3	6,167
Guatemala	3	17,005
Honduras	3	8,305
México	2	130,223
Nicaragua	3	6,218
Panamá	2	4,051
Sudamérica		
Argentina	2	44,272
Bolivia	3	11,053
Brasil	2	211,243
Chile	1	18,313
Colombia	2	49,068
Ecuador	2	16,626
Guayana Francesa y estados pequeños	2	286
Guyana	2	774
Paraguay	2	6,812
Perú	2	32,166
Surinam	2	552
Uruguay	1	3,457
Venezuela	2	31,926
OCEANÍA		
Australia / Nueva Zelanda		
Australia	1	24,642
Nueva Zelanda	1	4,605

Naciones Unidas- Región, subregión y país	Banco Mundial Agrupación por ingresos*	Población total 2017 (en miles)
Regiones en desarrollo		
OCEANÍA		
Melanesia		
Fiji	2	903
Islas Salomón	3	606
Nueva Caledonia	1	270
Papúa Nueva Guinea	3	7934
Vanuatu	3	276
Polinesia		
Polinesia Francesa	1	289
Samoa	3	196
Tonga, Tuvalu y estados pequeños	3	210
EUROPA		
Europa del Este		
Bielorrusia	2	9,459
Bulgaria	2	7,045
Eslovaquia	1	5,432
Federación de Rusia	2	143,375
República Checa	1	10,555
Hungría	1	9,788
Polonia	1	38,564
República de Moldavia	3	4,055
Rumanía	2	19,238
Ucrania	3	44,405
Europa del Norte		
Islas del Canal y pequeños estados	1	303
Dinamarca	1	5,712
Estonia	1	1,306
Finlandia	1	5,541
Islandia	1	334
Irlanda	1	4,749
Letonia	1	1,945
Lituania	1	2,831
Noruega	1	5,331
Suecia	1	9,921
Reino Unido	1	65,511
Europa del Sur		
Albania	2	2,911
Bosnia y Herzegovina	2	3,793
Croacia	1	4,210
Eslovenia	1	2,071
España	1	46,070
ERYD Macedonia	2	2,083
Grecia	1	10,893
Italia	1	59,798
Malta	1	421
Montenegro y estados pequeños	2	760
Portugal	1	10,265
Serbia	2	8,777

Naciones Unidas- Región, subregión y país	Banco Mundial Agrupación por ingresos*	Población total 2017 (en miles)
Regiones en desarrollo		
EUROPA		
Europa Occidental		
Alemania	1	80,636
Austria	1	8,592
Bélgica	1	11,444
Francia	1	64,939
Luxemburgo y pequeños estados	1	660
Países Bajos	1	17,033
Suiza	1	8,454
AMÉRICA DEL NORTE		
Canadá	1	36,750
Estados Unidos de América	1	326,474

Datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU y División de Población, 2015;
Agrupaciones de ingresos del Banco Mundial, 2017.

APÉNDICE TABLA 3

Indicadores para medir el progreso en materia de SDR en el marco de acuerdos y marcos mundiales

Áreas de salud y derechos en materia de SSR	Indicadores	Fuente
Atención de SSR para adolescentes	Tasa de fecundidad en adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1,000 mujeres en ese grupo de edad	ODS, Estrategia global, Cuenta regresiva para 2030, Indicadores básicos de la OMS, FP 2020,
	Proporción de mujeres y niños(as) de todas las edades de hombres y mujeres de 15-24 años con conocimientos básicos sobre SDR	Estrategia global
	Porcentaje de mujeres en edad fértil (15-19 años), sexualmente activo y que tiene su demanda de PF satisfecha con métodos modernos	Cuenta regresiva para 2030
	Porcentaje de mujeres de 15 a 19 años con hijos(as) nacidos(as) vivos(as) que recibió atención prenatal cuatro o más veces en un periodo determinado	Cuenta atrás para 2030
	Proporción de hijos(as) nacidos(as) vivos(as) de mujeres adolescentes (15-19 años), que fue atendida por personal de salud calificado en un período determinado	Cuenta regresiva hasta 2030
	Tasa de mortalidad de adolescentes	Todas las mujeres - Todos los(as) niños(as)
	Proporción de mujeres (15-19 años) que tuvo atención postnatal de un proveedor de salud dentro de los dos días posteriores al parto	Cuenta regresiva para 2030

Áreas de salud y derechos en materia de SSR	Indicadores	Fuente
Violencia de género	Proporción de mujeres de 15 años o más, que ha tenido pareja alguna vez, que fue sometida a violencia física, sexual o psicológica por parte de una pareja íntima actual o anterior en los 12 meses previos, por forma de violencia y por edad	ODS, Estrategia global, cada mujer y cada niño(a)
	Proporción de mujeres de 15 años en adelante sometida a violencia sexual por personas que no sean una pareja íntima en los 12 meses anteriores, por edad y lugar de ocurrencia	ODS, Estrategia global
	Proporción de niñas y mujeres de 15 a 49 años que ha sufrido mutilación / corte genital femenina, por edad	ODS, Estrategia global
	Proporción de países con sistemas para rastrear y realizar asignaciones públicas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres	ODS, Estrategia global
	Proporción de mujeres de 20 a 24 años que estuvo casada o en una unión antes de los 15 y los 18 años	ODS, Estrategia global
	Existencia o no de marcos legales para promover, hacer cumplir y monitorear la igualdad y la no discriminación por sexo	ODS, Estrategia global
	Proporción de hombres y mujeres jóvenes entre 18 y 29 años que sufrió violencia sexual antes de los 18 años	Estrategia global
	Proporción de sobrevivientes de violación que recibieron profilaxis postexposición al VIH (PEP) dentro de las 72 horas posteriores a la ocurrencia de un incidente	Estrategia global
	Prevalencia de VPI	Indicadores básicos de la OMS
Prevención, detección y manejo del VIH / SIDA y otras ITS	Número de nuevas infecciones por VIH por cada 1,000 personas no infectadas, por sexo, edad y poblaciones clave	ODS, Estrategia global
	Porcentaje de personas que vive con VIH que actualmente reciben terapia antirretroviral (TAR), pero edad y sexo	Estrategia global
	Porcentaje de mujeres embarazadas elegibles con VIH que recibió TAR	Cuenta regresiva hasta 2030
	Tasa de incidencia del VIH	Indicadores básicos de la OMS
	Tasa de prevalencia del VIH	Indicadores básicos de la OMS
	Prevalencia del antígeno de superficie de la hepatitis B	Indicadores básicos de la OMS
	Tasa de incidencia de ITS	Indicadores básicos de la OMS
	Uso de preservativos en la última relación sexual con pareja de alto riesgo	Indicadores básicos de la OMS
	Personas que viven con VIH que han sido diagnosticadas	Indicadores básicos de la OMS
	Prevención de la transmisión materno-infantil	Indicadores básicos de la OMS
	Cobertura de atención del VIH	Indicadores básicos de la OMS
	Cobertura de TAR	Indicadores básicos de la OMS
	Supresión de la carga viral del VIH	Indicadores básicos de la OMS

Áreas de salud y derechos en materia de SSR	Indicadores	Fuente
Servicios anticonceptivos	Proporción de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) que tiene demanda satisfecha de métodos anticonceptivos modernos	ODS, Estrategia global, Cuenta regresiva para 2030, Indicadores básicos de la OMS, FP 2020, Todas las mujeres Todos(as) los(as) niños(as)
	Cobertura de todos los servicios básicos de salud para todas las mujeres (definida como la cobertura promedio de servicios esenciales, basada en intervenciones de seguimiento que incluyen SR, materna, neonatal e infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y capacidad de servicio y accesos, entre la población general y la población más desfavorecida)	ODS, Todas las mujeres Todos(as) los(as) niños(as)
	Proporción de mujeres de 15 a 49 años que toma sus propias decisiones informadas con respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la SR	ODS, Estrategia global
	Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a las mujeres de 15 a 49 años el acceso a la atención de SSR, información y educación	ODS, Estrategia global
	Proporción de hombres y mujeres de 15 a 24 años con conocimientos básicos sobre los servicios y derechos de SSR	Estrategia global
	Número de usuarias adicionales de métodos anticonceptivos modernos	FP (Family Planning) 2020
	Tasa de prevalencia de anticonceptivos	Indicadores básicos de la OMS, FP 2020
	Tasa global de fecundidad	Indicadores básicos de la OMS
	Usuarios(as) adicionales	FP 2020
	Porcentaje de mujeres con necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos modernos (mujeres casadas o unidas)	FP 2020
	Número de embarazos no deseados	FP 2020
	Número de embarazos no deseados, evitados	FP 2020
	(Mezcla de métodos anticonceptivos modernos) Prevalencia de métodos anticonceptivos modernos en mujeres en edad fértil, por tipo de método	FP 2020
	Falta de existencias por tipo de método	FP 2020
	Porcentaje de PES con 3/5 métodos modernos	FP 2020
	Gasto anual en PF del presupuesto interno del gobierno (USD)	FP 2020
	Para años de protección (CYP -Couple Years Protection- la protección estimada provista por los métodos anticonceptivos durante un año)	FP 2020
	Índice de información del método	FP 2020
	Porcentaje provisto con asesoramiento de PF (Family Planning Counseling)	FP 2020
	Porcentaje de mujeres que toman decisiones de PF solo o conjuntamente	FP 2020

Áreas de salud y derechos en materia de SSR	Indicadores	Fuente
Atención materna y neonatal	Proporción de mortalidad materna	ODS, Estrategia global, Cuenta regresiva para 2030, Indicadores básicos de la OMS, FP 2020, Todas las mujeres Todos(as) los(as) niños(as)
	Proporción de partos atendidos por personal de salud calificado	ODS, Estrategia global, Cuenta regresiva para 2030, Indicadores básicos de la OMS, FP 2020
	Tasa de mortalidad de menores de cinco años	ODS, Estrategia global, Cuenta regresiva para 2030, Indicadores básicos de la OMS, FP 2020, Todas las mujeres Todos(as) los(as) niños(as)
	Tasa de mortalidad neonatal	SDG, Estrategia global, Cuenta regresiva para 2030, Indicadores básicos de la OMS, FP 2020, Todas las mujeres Todos(as) los(as) niños(as)
	Proporción de mujeres de 15 a 49 años que realizó cuatro o más visitas prenatales con personal de salud calificado	Estrategia global, Cuenta regresiva para 2030
	Proporción de mujeres que tiene contacto postparto con un proveedor de salud dentro de los dos días posteriores al parto	Estrategia global, Cuenta regresiva para 2030
	Tasa de mortalidad fetal	Estrategia global, Indicadores básicos de la OMS, Todas las mujeres Todos(as) los(as) niños(as)
	Proporción de recién nacidos(as) que fue amamantada dentro de la primera hora de nacimiento	Estrategia global, Cuenta regresiva para 2030
	Proporción de recién nacidos que tiene contacto postnatal con un proveedor de salud dentro de los dos días posteriores al parto	Estrategia global, Cuenta regresiva para 2030
	Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años, desglosados por edad y estado de embarazo	Estrategia global, Indicadores básicos de la OMS
	Porcentaje de nacimientos por cesárea	Cuenta regresiva para 2030
	Porcentaje de nacimientos que tiene lugar en un centro de atención médica	Cuenta regresiva para 2030
	Lactancia materna exclusiva (<6 meses, %): Porcentaje de niños(as) de 0 a 5 meses que se alimenta exclusivamente con leche materna en las 24 horas previas a la encuesta	Cuenta regresiva para 2030, Indicadores básicos de la OMS
	Incidencia de bajo peso al nacer entre recién nacidos(as)	Indicadores básicos de la OMS
	Terapia preventiva intermitente para la malaria durante el embarazo (IPTp)	Indicadores básicos de la OMS
	Cobertura de atención postparto	Indicadores básicos de la OMS
Atención para el aborto seguro	Número de abortos inseguros evitados	FP 2020
Diagnóstico y tratamiento de infertilidad	Ninguno disponible actualmente	
Cánceres del aparato reproductivo	Proporción de mujeres de 30-49 años de edad que reporta que fueron revisadas por CaCu	Estrategia global, Indicadores básicos de la OMS

CONTRIBUCIONES

La Comisión Guttmacher-Lancet de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos ha sido dirigida por el Instituto Guttmacher, el Centro de Investigación de Población y Salud de África (APHRC) y *The Lancet*. AS y AE fueron copresidentes de la Comisión. Todos los comisionados (AS, AE, GB, AB, JB, RB, ACS, AG, LL, MR, ZS, LS, GS, SS, KS, MT) contribuyeron plenamente a la estructura y conceptos generales del informe. El equipo de redacción fue dirigido por LA e incluidos AS, SS, AEB, AP y CS preparó el primer borrador de este informe. SS, AEB y AP evaluaron y compilaron datos y evidencia, y el equipo de redacción se reunió regularmente durante el trabajo de la Comisión. Todos los comisionados revisaron el primer borrador y los borradores posteriores y participaron en el desarrollo de las conclusiones y recomendaciones del informe. Todos los autores revisaron el documento final y aprobaron la presentación final.

AGRADECIMIENTOS

Este informe fue posible gracias al apoyo al Instituto Guttmacher del Ministerio de Asuntos Exteriores Holandés, UK Aid del Gobierno del Reino Unido, la Agencia Noruega para la Cooperación para el Desarrollo, la Fundación William y Flora Hewlett, la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, el Ministerio Alemán Federal de Cooperación Económica y Desarrollo, y la Fundación David y Lucile Packard. Los fondos cubrieron viajes, alojamiento y alimentos para tres reuniones presenciales de la Comisión. La financiación también apoyó la redacción, el tiempo de asistencia a la investigación y la coordinación del informe final de la Comisión. Los hallazgos y conclusiones en este informe son los de los autores y no reflejan necesariamente las posturas y políticas de los donantes.

La Secretaría del proyecto, que se encontraba en el Instituto Guttmacher, incluía a Alanna J. Galati, quien contribuyó valiosamente en el informe de la Comisión, y Tanwa Edge, que brindó apoyo administrativo a la misma.

Un reconocimiento especial para los equipos de investigación del Instituto Guttmacher, APRHC y la Organización Mundial de la Salud que contribuyeron al contenido del informe: Vanessa Woog (Instituto Guttmacher) y Caroline Kabiru (APHRC) para la investigación sobre la salud sexual de los(as) adolescentes; Akinrinola Bankole, Rubina Hussain (Instituto Guttmacher) y Chimaraoke Izugbara (APHRC) sobre la salud sexual y reproductiva de los hombres; Joyce Mumah (APHRC) sobre servicios anticonceptivos; Elizabeth Kimani (APHRC) sobre salud materna y neonatal, Sophia Chae (Instituto Guttmacher) sobre violencia de género; Gilda Sedgh (Instituto Guttmacher) sobre aborto seguro; Estelle Sidze (APRHC) y Sarah Keogh (Instituto Guttmacher) sobre información, educación y asesoramiento; Ophira Ginsburg y Nathalie Broutet (Organización Mundial de la Salud) sobre cánceres reproductivos; Chelsea Polis (Instituto Guttmacher) y Ziraba Abdhalah (APHRC) sobre

infertilidad; y Jacqueline Darroch y Elizabeth Sully (Instituto Guttmacher) para estimar los costos de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Nos gustaría agradecer especialmente a Amanda Berry, Kate Castle, Shivani Kochhar, Grant Kopplin y Tsuyoshi Onda (Instituto Guttmacher) por su asistencia y apoyo a los autores y equipos de investigación.

Gracias a los desarrolladores del sitio web de la Comisión Guttmacher-Lancet, Devan Martin, Hayleigh Kent-Bryant y Lou Guzik. Un agradecimiento adicional a Michael Moran, el diseñador gráfico que creó las figuras para el informe.

Estamos muy agradecidos con los miembros del Grupo Asesor que proporcionaron información y comentarios sobre el informe: Kathryn Anderson, Ipas; Björn Andersson, UNFPA; Anneka Knutsson, UNFPA; Edith Asamani y Ankit Gupta, Women Deliver Young Leaders; Divya Bajpai, Alianza Internacional contra el VIH/SIDA; Carmen Barroso, Panel de Responsabilidad Independiente; Julia Bunting, Consejo de Población; Helena Choi, Fundación William y Flora Hewlett; Althea Anderson, Fundación William y Flora Hewlett; Lana Dakan, David y Lucile Packard Foundation; Suzanne Ehlers, PAI; Pia Engstrand, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo; Beth Fredrick, Planificación familiar avanzada; Helga Fogstad, Asociación para la Salud Materna, Neonatal e Infantil; Pape Gaye, IntraHealth International; Kate Gilmore, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; Lambert Grijns, Ministerio de Relaciones Exteriores de los Países Bajos; Stuart Halford, Iniciativa de Derechos Sexuales; Catherina Hinz, Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH; Yilma Melkamu, Federación Internacional de Planificación de la Familia; Will Niblett, Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido; Rose Oronje, Instituto Africano para la Política de Desarrollo; Nina Strøm, Agencia Noruega para la Cooperación al Desarrollo; y Sivananthi Thanenthiran, ARROW. Los autores también desean agradecer a los lectores revisores que proporcionaron comentarios útiles sobre las entregas preliminares del informe de la Comisión a *The Lancet*.



Bibliografía

- 1 CEPAL N., Montevideo consensus on population and development, 2013: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/40336> (Consulta: 18 de septiembre de 2017).
- 2 United Nations, Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development, A/RES/70/1. New York: United Nations, 2015: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E
- 3 UNFPA, Programme of action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994, UNFPA, 2004.
- 4 Center for Reproductive Rights, UNFPA, ICPD and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform. Center for Reproductive Rights (CRR), 2013: <http://www.unfpa.org/publications/icpd-and-human-rights> (Consulta: 24 de julio de 2017).
- 5 Mcintosh, C., Finkle, J., The Cairo Conference on Population and Development: a new paradigm? *Popul Dev Rev* 1995; **21**: 223–60.
- 6 Germain, A., Kyte, R., The Cairo consensus: the right agenda for the right time. New York: International Women's Health Coalition, 1995.
- 7 CESCR. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant). 2000 <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> (Consulta: 12 de septiembre de 2017).
- 8 CESCR. General Comment No. 22 (2016) on the Right to sexual and reproductive health (artículo 12 de la International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). 2016 <https://www.escri-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health> (Consulta: 12 de septiembre de 2017).
- 9 OHCHR. OHCHR | Special Rapporteur on the right to health. <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Health/Pages/SRRRightHealthIndex.aspx> (Consulta: 30 de agosto de 2017).
- 10 United Nations. Beijing Declaration and Platform for Action. New York: United Nations, 1995: Women and health paragraph 93-97.
- 11 Starrs, A., Anderson, R., Definitions and Debates: Sexual Health and Sexual Rights. *Brown J World Aff* 2016; **22**: 7–23.
- 12 Crossette, B., Reproductive health and the Millennium Development Goals: the missing link. *Stud Fam Plann* 2005; **36**: 71–9.
- 13 Galati, A., Sexual and reproductive health and rights in the context of the Sustainable Development Goals. *Guttmacher Policy Rev* 2015; **18**.
- 14 African Union. Maputo Plan of Action 2016-2030 for the Operationalisation of the Continental Policy Framework for Sexual and Reproductive Health and Rights. African Union, 2015 <https://www.au.int/web/en/document/maputo-plan-action-2016-2030-operationalisation-continental-policy-framework-sexual-and> (Consulta: 24 de julio de 2017).
- 15 UNESCAP. Report of the Sixth Asian and Pacific Population Conference. Bangkok: UNESCAP, 2014 <http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/ESCAP.pdf>
- 16 WHO, Regional Committee for Europe. Action Plan for Sexual and Reproductive Health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. 2016 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/publications/2016/action-plan-for-sexual-and-reproductive-health-towards-achieving-the-2030-agenda-for-sustainable-development-in-europe-leaving-no-one-behind-2016> (Consulta: 26 de julio de 2017).
- 17 WHO. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 18 WHO. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. Geneva: World Health Organization, 2017.
- 19 World Association of Sexology. Declaration of Sexual Rights. 2014. http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf (Consulta: 11 de febrero de 2016).
- 20 UNCPD. Report on the forty-fifth session (15 April 2011 and 23-27 April 2012) Resolution 2012/1 Adolescents and Youth. New York: United Nations Economics and Social Council Official Records, 2012.
- 21 Chou, D., Cottler, S., Kholsa, R., Reed, G., Say, L., Sexual health in the International Classification of Diseases (ICD): implications for measurement and beyond. *Reprod Health Matters* 2015; **23**: 185–92.
- 22 UNFPA, Population Council. Planning and Implementing an Essential Package of Sexual and Reproductive Health Services. UNFPA, 2011 <http://www.unfpa.org/resources/planning-and-implementing-essential-package-sexual-and-reproductive-health-services> (Consulta: 30 de agosto de 2017).
- 23 UNESCO. Puberty Education & Menstrual Hygiene Management. Paris: UNESCO, 2014 <http://unesdoc.unesco.org/imagenes/0022/002267/226792e.pdf>
- 24 UN Women. Elimination and prevention of all forms of violence against women and girls: 2013 commission on the status of women agreed conclusions. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, 2013 <http://www2.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/csw/57/csw57-agreedconclusions-a4-en.pdf?v=1&d=20140917T100700> (Consulta: 16 de enero de 2017).
- 25 The African Union Commission. Plan of Action on Sexual and Reproductive Health and Rights (Maputo Plan of Action). African Union, 2006 http://countryoffice.unfpa.org/gabon/drive/maputo_eng.pdf
- 26 WHO. Leading the realization of human rights to health and through health: Report of the High-Level Working Group on the Health and Human Rights of Women, Children and Adolescents. Geneva, Switzerland: World Health Organization <http://www.who.int/life-course/publications/hhr-of-women-children-adolescents-report/en/> (Consulta: 12 de septiembre de 2017).
- 27 Miller A. Sexuality and human rights - Discussion Paper. Vernier, Switzerland: International Council on Human Rights Policy, 2009 <http://www.ichrp.org/en/projects/137> (Consulta: 26 de abril de 2017).
- 28 WHO, OHCHR. The Right to Health: Joint Fact Sheet WHO/OHCHR/323. 2007; publicado en línea en agosto. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323_en.pdf (Consulta: 13 de noviembre de 2016).
- 29 OHCHR. Joint Statement by UN human rights experts*, the Rapporteur on the Rights of Women of the Inter-American Commission on Human Rights and the Special Rapporteurs on the Rights of Women and Human Rights Defenders of the African Commission on Human and Peoples' Rights. <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=E> (Consulta: 24 de septiem-

bre de 2015).

- 30 Hudson VM, Ballif-Spanvill B, Caprioli M, Emmett CF. Sex and World Peace. Columbia University Press, 2012.
- 31 UN DESA, Population Division. World Population Prospects: The 2017 Revision. New York, NY: UN DESA, Population Division, 2017 <https://esa.un.org/unpd/wup/> (Consulta: 31 de julio de 2017).
- 32 The DHS Program. Special tabulations by the Guttmacher Institute of the Demographic and Health Surveys 2016. 2016 <http://dhsprogram.com/publications/citing-dhs-publications.cfm> (Consulta: 23 de septiembre de 2016).
- 33 Graham, W., Woodd, S., Byass, P. *et al.*, Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *The Lancet* 2016; **388**: 2164–75.
- 34 Chandra, A., Copen, C.E., Stephen, E.H., Infertility service use in the United States: data from the National Survey of Family Growth, 1982–2010. *Natl Health Stat Rep* 2014; 1–21.
- 35 UNHCR. Global Trends: Forced displacement in 2016. Geneva: The UN Refugee Agency <http://www.unhcr.org/globaltrends2016/> (Consulta: 7 de agosto de 2017).
- 36 UNFPA. State of World Population 2015 - Shelter from the storm: a transformative agenda for women and girls in a crisis-prone world. New York: UNFPA, 2015 <http://www.unfpa.org/swop-2015> (Consulta: 26 de septiembre de 2016).
- 37 Plan International. Counting the Invisible: Using Data to Transform the Lives of Girls and Women by 2030. Woking, UK: Plan International <https://www.planusa.org/docs/state-worlds-girls-2016.pdf> (Consulta: 12 de abril de 2017).
- 38 Lancet, T., Sexual and reproductive health and climate change. *The Lancet* 2009; **374**: 949.
- 39 Watts, N., Adger, W.N., Agnolucci, P. *et al.*, Health and climate change: policy responses to protect public health. *The Lancet* 2015; **386**: 1861–914.
- 40 Worldwatch Institute, Population Reference Bureau. Making the connection: population dynamics and climate compatible development. Washington, D.C.: Population Reference Bureau <https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/Making%20the%20Connection%20Pop%20and%20CC.pdf> (Consulta: 10 de agosto de 2017).
- 41 Campbell-Lendrum, D., Lusti-Narasimhan, M., Taking the heat out of the population and climate debate. *Bull World Health Organ* 2009; **87**: 807.
- 42 Whitmee, S., Haines, A., Beyrer, C. *et al.*, Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *The Lancet* 2015; **386**: 1973–2028.
- 43 Jejeebhoy, S., Women's education, autonomy and reproductive behavior: Experience from developing countries. New York: Oxford University Press, 1995.
- 44 Güneş, P.M., The role of maternal education in child health: Evidence from a compulsory schooling law. *Econ Educ Rev* 2015; **47**: 1–16.
- 45 Barker, G., Contreras, J., Heilman, B., Singh, A., Verma, R., Nascimento M. Evolving Men: Initial Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES). Washington, D.C.: International Center for Research on Women (ICRW); Instituto Promundo, 2011 <http://menandboys.ids.ac.uk/files/evolving-men-initial-results-international-men-and-gender-equality-survey-images-0> (Consulta: 31 de julio de 2017).
- 46 Barro, R.J., Lee, J.W., A new data set of educational attainment in the world, 1950–2010. *J Dev Econ* 2013; **104**: 184–98.
- 47 Hook, J.L., Care in Context: Men's Unpaid Work in 20 Countries, 1965–2003. *Am Sociol Rev* 2006; **71**: 639–60.
- 48 Levtov, R., Van der Gaag, N., Greene, M., Kaufman, M., Barker, G., State of the World's Fathers: A MenCare Advocacy Publication. Washington, D.C.: Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke Gender Justice, MenEngage Alliance, 2015 <https://sowf.men-care.org/> (Consulta: 16 de septiembre de 2016).
- 49 UN DESA, Statistics Division. SDG Indicators Global Database 2016. UN DESA, Statistics Division <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/> (Consulta: 31 de julio de 2017).
- 50 UN DESA, Population Division. World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. New York, NY: UN DESA, Population Division, 2014.
- 51 Matthews, Z., Channon, A., Neal, S., Osrin, D., Madise, N., Stones W. Examining the "Urban Advantage" in Maternal Health Care in Developing Countries. *PLoS Med* 2010; **7**: e1000327.
- 52 Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. Geneva: International Labour Office, Social Protection Department, 2015 http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_383890/lang--en/index.htm (Consulta: 31 de julio, 2017).
- 53 Greif, M.J., Doodoo, F.N.-A., Jayaraman, A., Urbanisation, poverty and sexual behaviour: the tale of five African cities. *Urban Stud Edinb Scotl* 2011; **48**: 947–57.
- 54 Chamie, J., Out-of-Wedlock Births Rise Worldwide | YaleGlobal Online. YaleGlobal Online. 2017; publicado en línea el 16 de marzo. <http://yaleglobal.yale.edu/content/out-wedlock-births-rise-worldwide> (Consulta: 7 de agosto de 2017).
- 55 Blanc, A.K., The Effect of Power in Sexual Relationships on Sexual and Reproductive Health: An Examination of the Evidence. *Stud Fam Plann* 2001; **32**: 189–213.
- 56 Namasiyayam, A., Osuorah, D.C., Syed, R., Antai, D., The role of gender inequities in women's access to reproductive health care: a population-level study of Namibia, Kenya, Nepal, and India. *Int J Womens Health* 2012; **4**: 351–64.
- 57 WHO. Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health evidence from programme interventions. Geneva: World Health Organization, 2007 http://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf (Consulta: 30 de octubre de 2016).
- 58 Courtenay, W.H., Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; **50**: 1385–401.
- 59 Sternberg, P., Evaluating men's involvement as a strategy in sexual and reproductive health promotion. *Health Promot Int* 2004; **19**: 389–96.
- 60 Biddlecom, A.E., Fapohunda, B.M., Covert Contraceptive Use: Prevalence, Motivations, and Consequences. *Stud Fam Plann* 1998; **29**: 360–72.
- 61 Barot, S., Governmental coercion in reproductive decision making: see it both ways. 2012; **15**: 7–12.
- 62 Lili, L., China's two-child policy one year on. 2017; publicado en línea el 19 de abril.

- 63 Bingenheimer, J.B., Skuster, P., The Foreseeable Harms of Trump's Global Gag Rule. *Stud Fam Plann* 2017; **48**: 279–90.
- 64 Jones, K.M., Contraceptive Supply and Fertility Outcomes: Evidence from Ghana. *Econ Dev Cult Change* 2015; **64**: 31–69.
- 65 Muhoza, D.N., Rutayisire, P.C., Umubyeyi, A., Measuring the success of family planning initiatives in Rwanda: a multivariate decomposition analysis. *J Popul Res* 2016; **4**: 361–77.
- 66 Cothran, D., Malawi's Community-based Health System Model: Structure, Strategies, and Learning. Adv. Partn. Communities. 2017; publicado en línea el 3 de mayo. <https://www.advancingpartners.org/resources/technical-briefs/malawi-community-based-health-system-model> (Consulta: 7 de septiembre de 2017).
- 67 Kowalski, S., Universal health coverage may not be enough to ensure universal access to sexual and reproductive health beyond 2014. *Glob Public Health* 2014; **9**: 661–8.
- 68 Gwatkin, D.R., Ergo, A., Universal health coverage: friend or foe of health equity? *The Lancet* 2011; **377**: 2160–1.
- 69 Hogan, D.R., Stevens, G.A., Hosseinpoor, A.R., Boerma, T., Monitoring universal health coverage within the Sustainable Development Goals: development and baseline data for an index of essential health services. *Lancet Glob Health* 2018; **6**: e152–68.
- 70 Reproductive Health Supplies Coalition. Contraceptive Implants: Product Brief Caucus on New and Underused Reproductive Health Technologies. Reproductive Health Supplies Coalition, 2013 https://www.rhsupplies.org/fileadmin/uploads/rhsc/Working_Groups/New_Underused_RH_Technologies_Caucus/Documents/Technical_Briefs/rhsc-brief-contraceptive-implants_A4.pdf (Consulta: 15 de octubre de 2016).
- 71 Higgins, J.A., Smith, N.K., The Sexual Acceptability of Contraception: Reviewing the Literature and Building a New Concept. *J Sex Res* 2016; **53**: 417–56.
- 72 WHO, LSHTM, MRC- South Africa. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>
- 73 Committee on the Elimination of Discrimination against Women. CEDAW General recommendation No. 19: violence against women. 1992 <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm> (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 74 Cohen, D.K., Nordås, R., Sexual violence in armed conflict: Introducing the SVAC dataset, 1989–2009. *J Peace Res* 2014; **51**: 418–28.
- 75 Russell, W., Sexual violence against men and boys. *Forced Migr Rev* 2007; **27**: 22–23.
- 76 WHO. Female genital mutilation. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> (Consulta: 10 de enero de 2017).
- 77 UNICEF. Female genital mutilation/cutting: a global concern. New York: UNICEF, 2016 https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf (Consulta: 21 de diciembre de 2016).
- 78 The DHS Program. Demographic and Health Surveys 2016. USAID, 2016 <http://dhsprogram.com/publications/citing-dhs-publications.cfm> (Consulta: 23 de septiembre de 2016).
- 79 Abrahams, N., Devries, K., Watts, C. *et al.*, Worldwide prevalence of non-partner sexual violence: a systematic review. *Lancet Lond Engl* 2014; **383**: 1648–54.
- 80 Peacock, D., Barker, G., Working with Men and Boys to Prevent Gender-based Violence: Principles, Lessons Learned, and Ways Forward. *Men Masculinities* 2014; **17**: 578–99.
- 81 Levtov, R.G., Barker, G., Contreras-Urbina, M., Heilman, B., Verma, R., Pathways to Gender-equitable Men: Findings from the International Men and Gender Equality Survey in Eight Countries. *Men Masculinities* 2014; **17**: 467–501.
- 82 Silverman, J.G., Gupta, J., Decker, M.R., Kapur, N., Raj, A., Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2007; **114**: 1246–52.
- 83 Boy, A., Salihu, H.M., Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *Int J Fertil Womens Med* 2004; **49**: 159–64.
- 84 UN DESA. The world's women 2015: trends and statistics. New York: UN DESA, 2015 https://unstats.un.org/unsd/gender/downloads/WorldsWomen2015_chapter6_t.pdf (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 85 European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against Women: An EU-wide Survey. Vienna, Austria: European Union, 2014 <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report>
- 86 Black, M., Basile, K., Breiding, M. *et al.*, The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention, 2011.
- 87 What Works to Prevent Violence. A global programme to prevent violence against women and girls: a summary of the evidence. <http://www.whatworks.co.za/documents/publications/2-a-summary-of-the-evidence-and-research-agenda-for-what-works/file> (Consulta: 26 de octubre de 2017).
- 88 Piot P, Abdool Karim SS, Hecht R, *et al.* Defeating AIDS--advancing global health. *Lancet Lond Engl* 2015; **386**: 171–218.
- 89 UNAIDS. 90–90–90 - An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2017 <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90> (Consulta: 1 de febrero de 2018).
- 90 UNAIDS. Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 target. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2017 http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017 (Consulta: 1 de febrero de 2018).
- 91 WHO. Fact Sheet No 110: Sexually transmitted infections (STIs). WHO. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/> (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 92 Newman, L., Kamb, M., Hawkes, S. *et al.*, Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med* 2013; **10**: e1001396.
- 93 Newman, L., Rowley, J., Hoorn, S.V. *et al.*, Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. *Public Libr Sci* 2015; **10**: e0143304.
- 94 WHO. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2015. Geneva: World Health Organization, 2016 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stis-surveillance-2015/en/>
- 95 UNAIDS. UNAIDS Data 2017. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2017 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
- 96 World Health Assembly. Draft global health sector strategies: sexually transmitted infections, 2016–2021. Geneva: World Health Or-

- ganization, 2016 <http://www.who.int/iris/handle/10665/252691>
- 97 WHO. Report on global sexually transmitted infection surveillance 2013. Geneva: World Health Organization, 2014 <http://who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stis-surveillance-2013/en/>
- 98 UNAIDS. 2015 progress report on the global plan towards the elimination of new HIV infections among children and keeping their mothers alive. Geneva: UNAIDS, 2015 http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/JC2774_2015ProgressReport_GlobalPlan
- 99 Singh, S., Darroch, J.E., Ashford, L.S., Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014. New York: Guttmacher Institute, 2014 https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/addingitup2014.pdf (Consulta: 19 de abril de 2017).
- 100 The Lancet Infectious Diseases. Time to take sexually transmitted infections seriously. *Lancet Infect Dis* 2016; **16**: 981.
- 101 Staveteig, S., Wang, S., Head, S.K., Bradley, S.E., Nybro, E., Demographic patterns of HIV testing uptake in sub-Saharan Africa. *DHS*, 2013 <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/CR30/CR30.pdf> (Consulta: 25 de octubre de 2016).
- 102 Auld, A., Shiraishi, R., Mbofana, F. *et al.*, Lower Levels of Antiretroviral Therapy Enrollment Among Men with HIV Compared with Women — 12 Countries, 2002–2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; **64**: 1281–6.
- 103 Kates, J., Wexler, A., Lief, E., Financing the Response to HIV in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from Donor Governments in 2015. Menlo Park, CA: Kaiser Family Foundation, 2016 <http://www.kff.org/global-health-policy/report/financing-the-response-to-hiv-in-low-and-middle-income-countries-international-assistance-from-donor-governments-in-2015/>
- 104 UNAIDS. Prevention gap report. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016 <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap>
- 105 Darroch, J.E. *et al.*, Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2017. New York: Guttmacher Institute, 2017 <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017> (Consulta: 14 de septiembre de 2017).
- 106 Schelar, E., Polis, C.B., Essam, T. *et al.*, Multipurpose prevention technologies for sexual and reproductive health: mapping global needs for introduction of new preventive products. *Contraception* 2016; **93**: 32–43.
- 107 Festin, M.P.R., Kiarie, J., Solo, J. *et al.*, Moving towards the goals of FP2020 — classifying contraceptives. *Contraception* 2016; **94**: 289–94.
- 108 Darroch, J.E., Singh, S., Weissman, E., Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014—Estimation Methodology. New York: Guttmacher Institute, 2016.
- 109 UN DESA. Model-based estimates and projections of family planning indicators 2017. New York: UN DESA, 2017.
- 110 UN DESA, Population Division. Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015. New York, NY: UN DESA, Population Division, 2015 <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf> (Consulta: 14 de septiembre de 2017).
- 111 Jain, A.K., Obare, F., RamaRao, S., Askew, I., Reducing Unmet Need by Supporting Women with Met Need. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2013; **39**: 133–41.
- 112 Ali, M., Cleland, J., Shah, I., Causes and consequences of contraceptive discontinuation: evidence from 60 demographic and health surveys. Geneva: World Health Organization, 2012 http://www.gxalert.com/wp-content/uploads/2012/11/UNITAID-Tuberculosis-Landscape_2012.pdf (Consulta: 18 de septiembre de 2017)).
- 113 Casterline, J.B., Sinding, S.W., Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy. *Popul Dev Rev* 2000; **26**: 691–723.
- 114 Bradley, S.E.K., Croft, T.N., Fishel, J.D., Westoff, C.F., Revising unmet need for family planning. Calverton, Maryland: ICF International, 2012 <http://dhsprogram.com/publications/publication-as25-analytical-studies.cfm>
- 115 United Nations, Economic and Social Council, Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators. Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators (E/CN.3/2017/2), Annex III - Revised List of global Sustainable Development Goal indicators. 2017 <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Official%20Revised%20List%20of%20global%20SDG%20indicators.pdf> (Consulta: 19 de abril de 2017).
- 116 Darroch, J.E. *et al.*, Special tabulations from Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2017. New York: Guttmacher Institute, 2017 <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017> (Consulta: 14 de septiembre de 2017).
- 117 UN DESA, Population Division. World Population Policies Database. New York, NY: UN DESA, Population Division, 2014 http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx (Consulta: 28 de septiembre de 2016).
- 118 López, L.M., Grey, T.W., Chen, M., Denison, J., Stuart, G., Behavioral interventions for improving contraceptive use among women living with HIV. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd, 2016. DOI:10.1002/14651858.CD010243.pub3.
- 119 Sedgh, G., Ashford, L.S., Hussain, R., Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method. New York: The Guttmacher Institute, 2016 <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries> (Consulta: 25 de julio de 2016).
- 120 MacQuarrie, K.L.D., Edmeades, J., Steinhaus, M., Head, S.K., Men and contraception: trends in attitudes and use. Rockville, MD, USA: ICF International, 2015 <http://dhsprogram.com/publications/publication-as49-analytical-studies.cfm> (Consulta: 14 de septiembre de 2017).
- 121 Alkema, L., Chou, D., Hogan, D. *et al.*, Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet Lond Engl* 2016; **387**: 462–74.
- 122 Victora, C.G., Barros, A.J.D., França, G.V.A., Silva, I.C.M. da, Carvajal-Velez, L., Amouzou, A., The contribution of poor and rural populations to national trends in reproductive, maternal, newborn, and child health coverage: analyses of cross-sectional surveys from 64 countries. *Lancet Glob Health* 2017; **5**: e402–7.
- 123 Suellen Miller, José M. Belizán, True costs of maternal death. *Reprod Health* 2015; **12**. DOI:https://doi.org/10.1186/s12978-015-0046-3.
- 124 GBD 2015 Child Mortality Collaborators. Global, regional, national, and selected subnational levels of stillbirths, neonatal, infant, and under-5 mortality, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Lond Engl* 2016; **388**: 1725–74.

- 125 MacDorman, M.F., Declercq, E., Cabral, H., Morton, C., Is the United States Maternal Mortality Rate Increasing? Disentangling trends from measurement issues Short title: U.S. Maternal Mortality Trends. *Obstet Gynecol* 2016; **128**: 447–55.
- 126 Wardlaw, T., You, D., Hug, L., Amouzou, A., Newby H. UNICEF Report: enormous progress in child survival but greater focus on new-borns urgently needed. *Reprod Health* 2014; **11**: 82.
- 127 WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015 - Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. World Health Organization, 2015 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>
- 128 Lawn, J.E., Blencowe, H., Waiswa, P. *et al.*, Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *The Lancet* 2016; **387**: 587–603.
- 129 Souza, J.P., Gülmezoglu, A.M., Vogel, J. *et al.*, Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): a cross-sectional study. *Lancet Lond Engl* 2013; **381**: 1747–55.
- 130 Vogel, J., Souza, J., Mori, R. *et al.*, Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multi-country Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2014; **121**: 76–88.
- 131 Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V. *et al.*, Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2012; **90**: 139–149H.
- 132 Black, R.E., Victora, C.G., Walker, S.P. *et al.*, Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 2013; **382**: 427–51.
- 133 Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S. *et al.*, Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2016; **4**: 1025–36.
- 134 Bhutta, Z.A., Das, J.K., Bahl, R. *et al.*, Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet Lond Engl* 2014; **384**: 347–70.
- 135 Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M. *et al.*, Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet Lond Engl* 2016; **388**: 2176–92.
- 136 WHO. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice –3rd ed. Geneva: World Health Organization, 2013 http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/imca-essential-practice-guide/en/
- 137 Victora, C.G., Requejo, J.H., Barros, A.J.D. *et al.*, Countdown to 2015: a decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival. *The Lancet* 2016; **387**: 2049–59.
- 138 United Nations. Statistical Annex: Global and regional data for Sustainable Development Goal indicators. New York <https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/secretary-general-sdg-report-2017--Statistical-Annex.pdf> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 139 Hodgins, S., D'Agostino, A.. The quality–coverage gap in antenatal care: toward better measurement of effective coverage. *Glob Health Sci Pract* 2014; **2**: 173–81.
- 140 Betran, A., Torloni, M., Zhang, J. *et al.*, WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2016; **123**: 667–70.
- 141 WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach – 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2016.
- 142 Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L., Sedgh, G., Global, regional and subregional trends in the incidence of unintended pregnancy and its outcomes, 1990–2014, en revisión, 2017.
- 143 Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S. *et al.*, Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet Lond Engl* 2016; **388**: 258–67.
- 144 Bartlett, L.A., Berg, C.J., Shulman, H.B. *et al.*, Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstet Gynecol* 2004; **103**: 729–37.
- 145 Zane, S., Creanga, A.A., Berg, C.J. *et al.*, Abortion-Related Mortality in the United States: 1998–2010. *Obstet Gynecol* 2015; **126**: 258–65.
- 146 Raymond, E.G., Grimes, D.A., The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States. *Obstet Gynecol* 2012; **119**: 215–219.
- 147 Ganatra, B., Tunçalp, Ö., Johnston, H.B., Johnson, B.R., Gülmezoglu, A.M., Temmerman, M., From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bull World Health Organ* 2014; **92**: 155.
- 148 Sedgh, G., Filippi, V., Owolabi, O.O. *et al.*, Insights from an expert group meeting on the definition and measurement of unsafe abortion. *Int J Gynecol Obstet* 2016; **134**: 104–6.
- 149 Ganatra, B., Gerdtts, C., Rossier, C. *et al.*, Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet* 2017; publicado en línea el 27 de septiembre. DOI:10.1016/S0140-6736(17)31794-4.
- 150 Say, L., Chou, D., Gemmill, A. *et al.*, Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; **2**: e323–333.
- 151 GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators. Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Lond Engl* 2016; **388**: 1775–812.
- 152 GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators. Special tabulations from supplementary appendix of Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Lond Engl* 2016; **388**: 1775–812.
- 153 Sedgh, G., Bearak, J., Singh, S. *et al.*, Special tabulations from Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and sub-regional levels and trends. *Lancet Lond Engl* 2016; **388**: 258–67.
- 154 Singh, S., Maddow-Zimet, I., Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2016; **123**: 1489–98.
- 155 Singh, S., Remez, L., Onda, T., Sedgh, G., Abortion Worldwide: Uneven Progress and Unequal Access, en revisión. New York: Guttmacher Institute, 2017.
- 156 WHO. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, 2nd edn. Geneva: World Health Organization, 2012 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138196/> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 157 Blumenthal, P., Clark, S., Coyaji, K. *et al.*, Providing medical abortion in low-resource settings: an introductory guidebook. Gynuity,

- 2009 http://gynuity.org/downloads/clinguide_maguide2nd_edition_en.pdf (Consulta: 1 de noviembre de 2016).
- 158 Zamberlin, N., Romero, M., Ramos, S., Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reprod Health* 2012; **9**: 34.
- 159 Dzuba, I.G., Winikoff, B., Peña, M., Medical abortion: a path to safe, high-quality abortion care in Latin America and the Caribbean. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept* 2013; **18**: 441-50.
- 160 Mayall, K., Fine, J.B., Abortion Worldwide: 20 Years of Reform. New York: Center for Reproductive Rights, 2014 https://www.reproductive-rights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/20Years_Reform_Report.pdf (Consulta: 27 de junio de 2017).
- 161 Singh, S., Sedgh, G., Bankole, A., Hussain, R., London, S., Making Abortion Services Accessible in the Wake of Legal Reforms. New York: Guttmacher Institute, 2012 <https://www.guttmacher.org/report/making-abortion-services-accessible-wake-legal-reforms> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 162 Singh, S., The incidence of abortion and unintended pregnancy in India, 2015, próximamente. *Lancet Glob Health*.
- 163 Stillman, M., Frost, J.J., Singh, S., Moore, A.M., Abortion in India: A Literature Review. New York: Guttmacher Institute, 2016 <https://www.guttmacher.org/report/abortion-india-literature-review>
- 164 Jewkes, R., Rees, H., Dickson, K., Brown, H., Levin, J., The impact of age on the epidemiology of incomplete abortions in South Africa after legislative change. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2005; **112**: 355-9.
- 165 Henderson, J.T., Puri, M., Blum, M. *et al.*, Effects of abortion legalization in Nepal, 2001-2010. *PLoS One* 2013; **8**: e64775.
- 166 Mondragón y Kalb, M., Ortega, A.A., Velázquez, J.M. *et al.*, Patient characteristics and service trends following abortion legalization in Mexico City, 2007-10. *Stud Fam Plann* 2011; **42**: 159-166.
- 167 Ipas. Expanding roles of providers in safe abortion care: A programmatic approach to meeting women's needs. Ipas <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Expanding-roles-of-providers-in-safe-abortion-care-A-programmatic-approach-to-meeting-womens-needs.aspx> (Consulta: 1 de octubre de 2016).
- 168 Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S.G., Kersting, A., Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspect Sex Reprod Health* 2016; **48**: 169-77.
- 169 Rehnström Loi, U., Gemzell-Danielsson, K., Faxelid, E., Klingberg-Allvin, M., Health care providers' perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health* 2015; **15**. DOI:10.1186/s12889-015-1502-2.
- 170 Johnson, B.R., Kismödi, E., Dragoman, M.V., Temmerman, M., Conscientious objection to provision of legal abortion care. *Int J Gynecol Obstet* 2013; **123**: S60-2.
- 171 Vayena, E., Peterson, H.B., Adamson, D., Nygren, K-G., Assisted reproductive technologies in developing countries: are we caring yet? *Fertil Steril* 2009; **92**: 413-6.
- 172 Dyer, S.J., Abrahams, N., Mokoena, N.E., Lombard, C.J., van der Spuy, Z.M., Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Hum Reprod Oxf Engl* 2005; **20**: 1938-43.
- 173 Stellar, C., García-Moreno, C., Temmerman, M., van der Poel, S., A systematic review and narrative report of the relationship between infertility, subfertility, and intimate partner violence. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet* 2016; **133**: 3-8.
- 174 Dhont, N., Muvunyi, M-C., Lüchters, S. *et al.*, HIV infection and sexual behaviour in primary secondary infertile relationships: a case-control study in Kigali, Rwanda. *Sex Transm Infect* 2011; **87**: 28-34.
- 175 Rouchou, B., Consequences of infertility in developing countries. *Perspect Public Health* 2013; **133**: 174-9.
- 176 Rutstein, S.O., Shah, I.H., Infecundity, infertility, and childlessness in developing countries. ORC Macro and the World Health Organization, 2004 <http://dhsprogram.com/publications/publication-cr9-comparative-reports.cfm> (Consulta: 18 de septiembre de 2017).
- 177 Dyer, S.J., Patel, M., The economic impact of infertility on women in developing countries a systematic review. *Facts Views Vis ObGyn* 2012; **4**: 102-9.
- 178 Inhorn, M.C., Patrizio, P., Infertility around the globe: new thinking on gender, reproductive technologies and global movements in the 21st century. *Hum Reprod Update* 2015; **21**: 411-26.
- 179 Sedgh, G., Hussain, R., Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Stud Fam Plann* 2014; **45**: 151-69.
- 180 Wood, K., Jewkes, R., Blood blockages and scolding nurses: barriers to adolescent contraceptive use in South Africa. *Reprod Health Matters* 2006; **14**: 109-18.
- 181 Sneeringer, S.E., Fertility transition in sub-Saharan Africa: a comparative analysis of cohort trends in 30 countries. 2009 <http://dhsprogram.com/publications/publication-cr23-comparative-reports.cfm> (Consulta: 18 de septiembre de 2017).
- 182 OECD. Fertility rates. In: Society at a Glance. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009: 64-5.
- 183 Leridon, H., A new estimate of permanent sterility by age: sterility defined as the inability to conceive. *Popul Stud* 2008; **62**: 15-24.
- 184 Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., de Mouzon, J. *et al.*, International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril* 2009; **92**: 1520-4.
- 185 Gurunath, S., Pandian, Z., Anderson, R.A., Bhattacharya, S., Defining infertility -a systematic review of prevalence studies. *Hum Reprod Update* 2011; **17**: 575-88.
- 186 Ezeh, A., Bankole, A., Cleland, J., García-Moreno, C., Temmerman, M., Ziraba, A.K., Burden of Reproductive Ill Health. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, eds. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 2). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361922/> (Consulta: 20 de octubre de 2017).
- 187 Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., Stevens, G.A., National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys. *PLOS Med* 2012; **9**: e1001356.
- 188 Boivin, J., Bunting, L., Collins, J.A., Nygren, K.G., International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod Oxf Engl* 2007; **22**: 1506-12.
- 189 Polis, C.B., Cox, C.M., Tunçalp, Ö., McLain, A.C., Thoma, M.E., Estimating infertility prevalence in low-to-middle-income countries: an

- application of a current duration approach to Demographic and Health Survey data. *Hum Reprod Oxf Engl* 2017; **32**: 1064–74.
- 190 Asemota, O.A., Klatsky, P., Access to Infertility Care in the Developing World: The Family Promotion Gap. *Semin Reprod Med* 2015; **33**: 017–22.
- 191 Healy, D.L., Trounson, A.O., Andersen, A.N., Female infertility: causes and treatment. *Lancet Lond Engl* 1994; **343**: 1539–44.
- 192 Ochsendorf, F.R., Sexually transmitted infections: impact on male fertility. *Andrologia* 2008; **40**: 72–5.
- 193 Kudesia, R., Talib, H.J., Pollack, S.E., Fertility Awareness Counseling for Adolescent Girls; Guiding Conception: The Right Time, Right Weight, and Right Way. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017; **30**: 9–17.
- 194 Augood, C., Duckitt, K., Templeton, A.A., Smoking and female infertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Oxf Engl* 1998; **13**: 1532–9.
- 195 Collins, G.G., Rossi, B.V., The impact of lifestyle modifications, diet, and vitamin supplementation on natural fertility. *Fertil Res Pract* 2015; **1**: 11.
- 196 Kovac, J.R., Khanna, A., Lipshultz, L.I., The effects of cigarette smoking on male fertility. *Postgrad Med* 2015; **127**: 338–41.
- 197 Scholes, D., Stergachis, A., Heidrich, F.E., Andrilla, H., Holmes, K.K., Stamm, W.E., Prevention of pelvic inflammatory disease by screening for cervical chlamydial infection. *N Engl J Med* 1996; **334**: 1362–6.
- 198 Weström, L., Joesoef, R., Reynolds, G., Hagdu, A., Thompson, S.E., Pelvic inflammatory disease and fertility. A cohort study of 1,844 women with laparoscopically verified disease and 657 control women with normal laparoscopic results. *Sex Transm Dis* 1992; **19**: 185–92.
- 199 Stevenson, E.L., Hershberger, P.E., Bergh, P.A., Evidence-Based Care for Couples with Infertility. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN* 2016; **45**: 100–110; quiz e1–2.
- 200 Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U-B., Loft, A. *et al.*, Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. *Hum Reprod Update* 2016; **22**: 260–76.
- 201 Gerrits, T., Shaw, M., Biomedical infertility care in sub-Saharan Africa: a social science review of current practices, experiences and view points. *Facts Views Vis ObGyn* 2010; **2**: 194–207.
- 202 Nachtigall, R.D., International disparities in access to infertility services. *Fertil Steril* 2006; **85**: 871–5.
- 203 Kissin, D.M., Boulet, S.L., Jamieson, D.J., Team for the ARTS and R. Fertility Treatments in the United States: Improving Access and Outcomes. *Obstet Gynecol* 2016; **128**: 387–390.
- 204 Gerrits, T., Van Rooij, F., Esho, T. *et al.*, Infertility in the Global South: Raising awareness and generating insights for policy and practice. *Facts Views Vis Obgyn* 2017; **9**.
- 205 Ombelet, W., Is global access to infertility care realistic? The Walking Egg Project. *Reprod Biomed Online* 2014; **28**: 267–72.
- 206 Ginsburg, O., Bray, F., Coleman, M.P. *et al.*, The global burden of women's cancers: a grand challenge in global health. *Lancet Lond Engl* 2017; **389**: 847–60.
- 207 Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R. *et al.*, Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; **136**: E359–86.
- 208 GLOBOCAN. Cancer Fact Sheets: prostate cancer. <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/prostate-new.asp> (Consulta: 18 de septiembre de 2017).
- 209 Ginsburg, O., Badwe, R., Boyle, P. *et al.*, Changing global policy to deliver safe, equitable, and affordable care for women's cancers. *Lancet Lond Engl* 2017; **389**: 871–80.
- 210 GLOBOCAN. Cancer Fact Sheets: Cervical cancer. <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp> (Consulta: 9 de enero de 2017).
- 211 WHO. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. World Health Organization, 2014 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/en/> (Consulta: 4 de octubre de 2016).
- 212 Denny, L., de Sanjose, S., Mutebi, M. *et al.*, Interventions to close the divide for women with breast and cervical cancer between low-income and middle-income countries and high-income countries. *Lancet Lond Engl* 2017; **389**: 861–70.
- 213 Knaul, F.M., Bhadelia, A., Arreola-Ornelas, H. *et al.*, Women's reproductive health in transition: the overlapping challenge of breast and cervical cancer. *Cancer Control* 2014; **11**: 50–59.
- 214 Bruni, L., Diaz, M., Barrionuevo-Rosas, L. *et al.*, Global estimates of human papillomavirus vaccination coverage by region and income level: a pooled analysis. *Lancet Glob Health* 2016; **4**: e453–63.
- 215 Tsu, V., Jerónimo, J., Saving the World's Women from Cervical Cancer. *N Engl J Med* 2016; **374**: 2509–11.
- 216 WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020. World Health Organization, 2013 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1 (Consulta: 6 de octubre de 2016).
- 217 WHO. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: Global Survey. Geneva: World Health Organization, 2015 http://www.who.int/chp/ncd_capacity/en/ (Consulta: 6 de octubre de 2016).
- 218 Graham, R., Berkowitz, B., Blum, R. *et al.*, The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. Washington, D.C.: The Institute of Medicine (IOM), 2011 <http://www.nationalacademies.org/hmd/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx> (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 219 Patton, G.C., Sawyer, S.M., Santelli, J.S. *et al.*, Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet Lond Engl* 2016; **387**: 2423–78.
- 220 Kågesten, A., Gibbs, S., Blum, R.W. *et al.*, Understanding Factors that Shape Gender Attitudes in Early Adolescence Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS ONE* 2016; **11**: e0157805.
- 221 Darroch, J.E., Woog, V., Bankole, A., Ashford, L.S., Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. Guttmacher Institute, 2016 https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 222 Patton, G.C., Coffey, C., Cappa, C. *et al.*, Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet* 2012; **379**: 1665–1675.
- 223 Adolescence: an age of opportunity. New York, NY: UNICEF, 2011.

- 224 UNICEF. Ending Child Marriage: Progress and prospects. New York: UNICEF, 2014 [//data.unicef.org/resources/ending-child-marriage-progress-and-prospects/](http://data.unicef.org/resources/ending-child-marriage-progress-and-prospects/) (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 225 UNFPA. Marrying Too Young: End Child Marriage. UNFPA /end-child-marriage (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 226 Woog, V., Kågesten, A., The sexual and reproductive health needs of very young adolescents aged 10–14 in developing countries: what does the evidence show? *Guttmacher Inst* 2017.
- 227 Moore, A.M., Awusabo-Asare, K., Madise, N., John-Langba, J., Kumi-Kyereme, A., Coerced First Sex among Adolescent Girls in Sub-Saharan Africa: Prevalence and Context. *Afr J Reprod Health* 2007; **11**: 62–82.
- 228 Santhya, K.G., Jejeebhoy, S., Sexual and reproductive health and rights of adolescent girls: evidence from low- and middle-income countries. *Glob Public Health* 2015; **10**: 189–221.
- 229 Girls Not Brides, International Center for Research on Women. Taking action to address child marriage: the role of different sectors. ICRW, 2016 <http://www.girlsnotbrides.org/resource-centre/child-marriage-brief-role-of-sectors/> (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 230 Fall, C.H.D., Sachdev, H.S., Osmond, C. *et al.*, Association between maternal age at childbirth and child and adult outcomes in the offspring: a prospective study in five low-income and middle-income countries (COHORTS collaboration). *Lancet Glob Health* 2015; **3**: e366–77.
- 231 Kozuki, N., Lee, A.C., Silveira, M.F. *et al.*, The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2013; **13**: S2.
- 232 Finlay, J.E., Özaltın, E., Canning, D., The association of maternal age with infant mortality, child anthropometric failure, diarrhoea and anaemia for first births: evidence from 55 low- and middle-income countries. *BMJ Open* 2011; **1**: e000226.
- 233 Sedgh, G., Finer, L.B., Bankole, A., Eilers, M., Singh, S., Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health* 2015; **56**: 223–30.
- 234 Trussell, J., Contraceptive Efficacy. In: Hatcher R, Trussell J, Nelson A, Cates WJ, Stewart F, Kowal D, eds. Contraceptive Technology, 20th edn. New York: Ardent Media, 2011.
- 235 Polis, C.B., Bradley, S.E., Bankole, A., Onda, T., Croft, T., Singh, S., Contraceptive failure rates in the developing world: An analysis of demographic and health survey data in 43 countries. *Guttmacher Inst NY* 2016. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/contraceptive-failure-rates-in-developing-world.pdf> (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 236 The World Health Organization (WHO), Department of Reproductive Health and Research (RHR). Global consensus statement for expanding contraceptive choice for adolescents and youth to include long-acting reversible contraception. 2015. <http://www.familyplanning2020.org/youth-larc-statement> (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 237 UNICEF. The State of the World's Children 2016 statistical tables. Paris: UNICEF, 2016 <http://www.childrenandaids.org/situation> (Consulta: 2 de agosto de 2016).
- 238 UNICEF. Results for adolescents: Ending the adolescent AIDS epidemic, Eastern and Southern Africa Region. Paris: UNICEF, 2016.
- 239 Dellar, R.C., Dlamini, S., Abdool Karim, Q., Adolescent girls and young women: key populations for HIV epidemic control. *J Int AIDS Soc* 2015; **18**. DOI:10.7448/ias.18.2.19408.
- 240 CDC. Sexually transmitted infections in developing countries: Current concepts and strategies on improving STI prevention treatment and control. World Bank, 2007 <http://www.poline.org/node/199482> (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 241 UNICEF. Towards an AIDS-Free Generation: Children and AIDS - Sixth Stocktaking Report, 2013. New York, NY: UNICEF, 2013 <http://reliefweb.int/report/world/towards-aids-free-generation-children-and-aids-sixth-stocktaking-report-2013> (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 242 UNAIDS. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: UNAIDS, 2013 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 243 UNAIDS, The African Union. Empower young women and adolescent girls: Fast-Tracking the end of the AIDS Epidemic in Africa. UNAIDS, 2015 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2746_en.pdf (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 244 Woog, V., Singh, S., Browne, A., Philbin, J., Adolescent Women's Need for and Use of Sexual and Reproductive Health Services in Developing Countries. Guttmacher Institute, 2015 <https://www.guttmacher.org/report/adolescent-womens-need-and-use-sexual-and-reproductive-health-services-developing-countries>
- 245 Kato-Wallace, J., Barker, G., Sharafi, L., Mora, L., Lauro, G., Adolescent boys and young men: engaging them as supporters of gender equality and health and understanding their vulnerabilities. New York: UNFPA, 2016.
- 246 Horvath, M.A., Alys, L., Massey, K., Pina, A., Scally, M., Adler, J.R., Basically... porn is everywhere: a rapid evidence assessment on the effects that access and exposure to pornography has on children and young people. 2013 <http://eprints.mdx.ac.uk/10692> (Consulta: 6 de marzo de 2017).
- 247 Collins, R.L., Martino, S., Shaw, R., Influence of new media on adolescent sexual health: evidence and opportunities. Santa Monica, CA: Department of Health and Human Services, 2011 https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/working_papers/2011/RAND_WR761.pdf (Consulta: 6 de marzo de 2017).
- 248 Owens, E.W., Behun, R.J., Manning, J.C., Reid, R.C., The Impact of Internet Pornography on Adolescents: A Review of the Research. *Sex Addict Compulsivity* 2012; **19**: 99–122.
- 249 Flood, M., The harms of pornography exposure among children and young people. *Child Abuse Rev* 2009; **18**: 384–400.
- 250 UNESCO. International technical guidance on sexuality education - an evidence based approach. UNESCO, 2018 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ITGSE_en.pdf (Consulta: 22 de enero de 2018).
- 251 Biddlecom, A.E., Munthali, A., Singh, S., Woog, V., Adolescents' views of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda. *Afr J Reprod Health* 2007; **11**: 99–110.
- 252 Delany-Moretlwe, S., Cowan, F.M., Busza, J., Bolton-Moore, C., Kelley, K., Fairlie, L., Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc* 2015; **18**. DOI:10.7448/IAS.18.2.19833.
- 253 Center for Reproductive Rights. Adolescents' Access to Reproductive Health Services and Information. Cent. Reprod. Rights. 2012; publicado en línea el 15 de octubre. <https://www.reproductiverights.org/project/adolescents-access-to-reproductive-health-ser>

[vices-and-information](#) (Consulta: 24 de enero de 2016).

- 254 Bankole, A., Malarcher, S., Removing barriers to adolescents' access to contraceptive information and services. *Stud Fam Plann* 2010; **41**: 117–24.
- 255 WHO. From evidence to policy: Expanding access to family planning expanding access to contraceptive services for adolescents. Geneva: World Health Organization, 2012 <http://www.who.int/iris/handle/10665/75160>
- 256 UNAIDS. Securing the future today: Synthesis of strategic information on HIV and young people. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2011 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110727_JC2112_Synthesis_report_en_0.pdf
- 257 Sam-Agudu, N., Folayan, M., Ezeanolue, E., Seeking Wider Access to HIV Testing for Adolescents in sub-Saharan Africa. *Pediatr Res* 2016; **79**: 838–845.
- 258 Alan Guttmacher Institute. In their own right: addressing the sexual and reproductive health needs of men worldwide. New York: Guttmacher Institute, 2003 <http://catalogue.safaid.net/publications/their-own-right-addressing-sexual-and-reproductive-health-needs-men-worldwide>
- 259 Yargawa, J., Leonardi-Bee, J., Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2015; **69**: 604–12.
- 260 Spindler, E., Beyond the Prostate: Brazil's National Healthcare Policy for Men. Promundo-US, Sonke Gender Justice and the Institute of Development Studies, 2015 <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/7057> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 261 Edström, J., Hassink, A., Shahrokhi, T., Stern, E., Engendering Men: A Collaborative Review of Evidence on Men and Boys in Social Change and Gender Equality. Promundo-US, Sonke Gender Justice and the Institute of Development Studies, 2015 <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/123456789/7059> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 262 Greene, M., Levack, A., Synchronizing gender strategies: A cooperative model for improving reproductive health and transforming gender relations. Washington D.C.: Population Reference Bureau, 2010 http://www.prb.org/igwg_media/synchronizing-gender-strategies.pdf (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 263 American College of Obstetricians and Gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. Health care for lesbians and bisexual women. Committee Opinion No. 525. 2012.pdf. 2012 <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Health-Care-for-Lesbians-and-Bisexual-Women> (Consulta: 10 de octubre de 2016).
- 264 World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 2011 http://www.wpath.org/site_page.cfm?pk_association_webpage_menu=1351 (Consulta: 28 de abril de 2017).
- 265 Mejía-Raymundo, C., Cruz, G.T., Population Institute U. of the P., Research U. of the P., Youth sex and risk behaviors in the Philippines. Quezon City: Demographic Research and Development Foundation, 2004 <http://trove.nla.gov.au/version/40631128> (Consulta: 13 de septiembre de 2017).
- 266 Acevedo-Polakovich, I.D., Bell, B., Gamache, P., Christian, A.S., Service Accessibility for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Questioning Youth. *Youth Soc* 2013; **45**: 75–97.
- 267 Meckler, G.D., Elliott, M.N., Kanouse, D.E., Beals, K.P., Schuster, M.A., Nondisclosure of sexual orientation to a physician among a sample of gay, lesbian, and bisexual youth. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; **160**: 1248–54.
- 268 Travers, R., Guta, A., Flicker, S. et al., Service provider views on issues and needs for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Can J Hum Sex* 2010; **19**: 191–8.
- 269 Blondeel, K., Say, L., Chou, D. et al., Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health* 2016; **15**. DOI:10.1186/s12939-016-0304-1.
- 270 Tanabe, M., Schlecht, J., Manohar, S., Adolescent sexual and reproductive health programs in humanitarian settings: An in-depth look at family planning services. New York: Women's Refugee Commission, Save the Children, UNHCR, UNFPA, 2012 https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/AAASRH_good_practice_documentation_English_FINAL.pdf
- 271 IAWG. Minimum Initial Service Package. Minim. Initial Serv. Package. <http://iawg.net/minimum-initial-service-package/> (Consulta: 1 de noviembre de 2017).
- 272 Chynoweth, S.K., Advancing reproductive health on the humanitarian agenda: the 2012–2014 global review. *Confl Health* 2015; **9**: 11.
- 273 Casey, S.E., Chynoweth, S.K., Cornier, N., Gallagher, M.C., Wheeler, E.E., Progress and gaps in reproductive health services in three humanitarian settings: mixed-methods case studies. *Confl Health* 2015; **9**: S3.
- 274 McGinn, T., Casey, S.E., Why don't humanitarian organizations provide safe abortion services? *Confl Health* 2016; **10**: 8.
- 275 Women Enabled International. Women Enabled International Submission to OHCHR Report on Mental Health and Human Rights. Washington, D.C., 2016.
- 276 UNFPA, WHO. Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities. UNFPA, WHO, 2009 <http://www.unfpa.org/publications/promoting-sexual-and-reproductive-health-persons-disabilities>
- 277 Stenberg, K., Hanssen, O., Edejer, T.T.-T. et al., Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 2017; **5**: e875–87.
- 278 Darroch, J.E., Sully, E., Biddlecom, A., Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017—Supplementary Tables. New York: Guttmacher Institute, 2017 <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>
- 279 Ahmed, S., Li, Q., Liu, L., Tsui, A.O., Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet* 2012; **380**: 111–25.
- 280 Bishai, D.M., Cohen, R., Alfonso, Y.N., Adam, T., Kuruvilla, S., Schweitzer, J., Factors Contributing to Maternal and Child Mortality Reductions in 146 Low- and Middle-Income Countries between 1990 and 2010. *PLOS ONE* 2016; **11**: e0144908.
- 281 Levine, R., What Works Working Group, Kinder M. Millions Saved: Proven Successes in Global Health. Cent. Glob. Dev. <https://www.cgdev.org/publication/9780881323726-millions-saved-proven-successes-global-health> (Consulta: 18 de septiembre de 2017).
- 282 Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R. et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edn. Washington

- (DC): World Bank, 2006 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 283 Black, R.E., Levin, C., Walker, N., Chou, D., Liu, L., Temmerman, M., Reproductive, maternal, newborn, and child health: key messages from Disease Control Priorities 3rd Edition. *The Lancet* 2016; **388**: 2811–24.
- 284 Stenberg, K., Axelson, H., Sheehan, P. *et al.*, Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *The Lancet* 2013; **383**: 1333–54.
- 285 Canning, D., Schultz, T.P., The economic consequences of reproductive health and family planning. *The Lancet* 2012; **380**: 165–71.
- 286 Gay, E., Lee, M., Ngwenya, P., Djagadou, K., The demographic dividend in Africa relies on investments in the reproductive health and rights of adolescents and youth. Washington D.C.: Population Reference Bureau, 2017 <http://www.prb.org/pdf17/AU%20Brief.pdf> (Consulta: 18 de septiembre de 2017).
- 287 Wodon, Q.T., Onagoruwa, A.O., John, N. *et al.*, Economic impacts of child marriage: global synthesis report. The World Bank, 2017.
- 288 Varkey, P., Mbbsnull, Kureshi, S., Lesnick, T., Empowerment of women and its association with the health of the community. *J Womens Health* 2002 2010; **19**: 71–6.
- 289 Greene, M., Merrick, T., The case for investing in research to increase access to and use of contraception among adolescents. Seattle, WA: Alliance for Reproductive, Maternal and Newborn Health, 2015 <https://www.poptline.org/node/666985> (Consulta: 18 de septiembre de 2017).
- 290 Stephenson, J., Crane, S.F., Levy, C., Maslin, M., Population, development, and climate change: links and effects on human health. *The Lancet* 2013; **382**: 1665–73.
- 291 Worrall, S., 100 Practical Ways to Reverse Climate Change. *Natl Geogr* 2017; publicado en línea el 28 de mayo. <https://news.nationalgeographic.com/2017/05/climate-change-global-warming-drawdown-hawken/> (Consulta: 20 de octubre de 2017).
- 292 Drawdown. Women and girls: family planning. 2017; publicado en línea el 7 de febrero. <http://www.drawdown.org/solutions/women-and-girls/family-planning> (Consulta: 20 de octubre de 2017).
- 293 Gribble, J., Bremner, J., Achieving a demographic dividend. <http://www.prb.org/pdf12/achieving-demographic-dividend.pdf> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 294 Drummond, P., Thakoor, V.J., Yu, S., Africa rising: Harnessing the demographic dividend. 2014. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2487901 (Consulta: 18 de septiembre de 2017).
- 295 WHO. OneHealth Tool: Supporting integrated strategic health planning, costing and health impact analysis. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013 http://www.who.int/choice/onehealthtool/OneHealth_Tool_Supporting_integrated_strategic_health_planning.pdf?ua=1 (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 296 Stover, J., Bollinger, L., Izazola, J.A. *et al.*, What Is Required to End the AIDS Epidemic as a Public Health Threat by 2030? The Cost and Impact of the Fast-Track Approach. *PLOS ONE* 2016; **11**: e0154893.
- 297 Campos, N., Sharma, M., Clark, A. *et al.*, Comprehensive Global Cervical Prevention: Costs of Scaling Up Within a Decade. 2016. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/en/reports/the-cost-of-cervical-cancer-prevention.pdf> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 298 UNESCO. Cost and cost-effectiveness of sexuality education programmes in six countries. 2011. <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/CostingStudy.pdf> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 299 Grollman, C., Arregoces, L., Martínez-Álvarez, M., Pitt, C., Mills, A., Borghi, J., 11 years of tracking aid to reproductive, maternal, newborn, and child health: estimates and analysis for 2003–13 from the Countdown to 2015. *Lancet Glob Health* 2017; **5**: e104–14.
- 300 Abdul Latif, J., Poverty Action Lab. The price is wrong: charging small fees dramatically reduces access to important products for the poor. *J-Pal Bull* 2011. <https://www.povertyactionlab.org/sites/default/files/publications/The%20Price%20is%20Wrong.pdf> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 301 United Nations. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development. New York: United Nations, 2015 <http://irjms.in/sites/irjms/index.php/files/article/view/282> (Consulta: 18 de septiembre de 2017).
- 302 Semana. Qué va a pasar sin el POS. Semana. 2017; publicado en línea el 17 de febrero. <http://www.semana.com/vida-moderna/articulo/pos-es-sustituido-por-un-nuevo-mecanismo/515869> (Consulta: 21 de abril de 2017).
- 303 Glassman, A.L., Escobar, M.L., Giuffrida, A., Giedion, U., From few to many: ten years of health insurance expansion in Colombia. *Few Many Ten Years Health Insur Expans Colomb* 2009. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20103184363> (Consulta: 18 de septiembre de 2017).
- 304 Lagomarsino, G., Garabrant, A., Adyas, A., Muga, R., Otoo, N., Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet* 2012; **380**: 933–43.
- 305 High Impact Practices in Family Planning. Financing Commodities and Services: mobilizing resources to sustain current and future family planning demand. USAID. 2014; publicado en línea en marzo. <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/financing-commodities-and-services/> (Consulta: 20 de julio de 2016).
- 306 Dieleman, J.L., Templin, T., Sadat, N. *et al.*, National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040. *The Lancet* 2016; **387**: 2521–35.
- 307 Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial. Manual de procedimientos para la interrupción legal del embarazo en las unidades médicas. Mexico City: Secretaría de Salud del Distrito Federal, 2008.
- 308 Tribunal Constitucional (Perú). Sentencia del pleno jurisdiccional del tribunal constitucional. 2012. Lima, Peru, 2012 <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2013/00008-2012-AI.pdf> (Consulta: 20 de enero de 2017).
- 309 Campbell, O.M.R., Calvert, C., Testa, A. *et al.*, The scale, scope, coverage, and capability of childbirth care. *The Lancet* 2016; **388**: 2193–208.
- 310 Ellsberg, M., Arango, D.J., Morton, M. *et al.*, Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *The Lancet* 2015; **385**: 1555–1566.
- 311 Abramsky, T., Devries, K., Kiss, L. *et al.*, Findings from the SASA! Study: a cluster randomized controlled trial to assess the impact of a community mobilization intervention to prevent violence against women and reduce HIV risk in Kampala, Uganda. *BMC Med* 2014; **12**: 122.

- 312 Fiszbein, A., Schady, N.R., Ferreira, F.H.G., Conditional cash transfers: reducing present and future poverty. Washington D.C: World Bank, 2009.
- 313 Girl Effect. Girl Eff. <http://www.girleffect.org/> (Consulta: 10 de mayo de 2017).
- 314 Fonner, V.A., Armstrong, K.S., Kennedy, C.E., O'Reilly, K.R., Sweat, M.D., School Based Sex Education and HIV Prevention in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 2014; **9**: e89692.
- 315 Haberland, N., Rogow, D., Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice. *J Adolesc Health* 2015; **56**: S15–21.
- 316 Haberland, The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2015; **41**: 31.
- 317 Kirby, D.B., The impact of abstinence and comprehensive sex and STD/HIV education programs on adolescent sexual behavior. *Sex Res Soc Policy* 2008; **5**: 18.
- 318 UNESCO. Emerging evidence, lessons and practice in comprehensive sexuality education: a global review. Paris: UNESCO, 2015.
- 319 Liu, J.X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T., Scheffler, R., Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030. *Hum Resour Health* 2017; **15**. DOI:10.1186/s12960-017-0187-2.
- 320 WHO. WHO recommendations: Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK148518/> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 321 Polus, S., Lewin, S., Glenton, C., Lerberg, P.M., Rehfuess, E., Gülmezoglu, A.M., Optimizing the delivery of contraceptives in low- and middle-income countries through task shifting: a systematic review of effectiveness and safety. *Reprod Health* 2015; **12**: 27.
- 322 ten Hoope-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J. *et al.*, Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet* 2014; **384**: 1226–35.
- 323 Dudley, L., Garner, P., Strategies for integrating primary health services in low- and middle-income countries at the point of delivery. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd, 2011. DOI:10.1002/14651858.CD003318.pub3.
- 324 Cleland, J., Shah, I.H., Daniele, M., Interventions to Improve Postpartum Family Planning in Low-and Middle-Income Countries: Program Implications and Research Priorities. *Stud Fam Plann* 2015; **46**: 423–41.
- 325 Cleland, J., Shah, I.H., Benova, L., A Fresh Look at the Level of Unmet Need for Family Planning in the Postpartum Period, Its Causes and Program Implications. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2015; **41**: 155–62.
- 326 Shah, I.H., Santhya, K. g., Cleland, J., Postpartum and Post-Abortion Contraception: From Research to Programs. *Stud Fam Plann* 2015; **46**: 343–53.
- 327 Cohen, C.R., Grossman, D., Onono, M. *et al.*, Integration of family planning services into HIV care clinics: Results one year after a cluster randomized controlled trial in Kenya. *PLOS ONE* 2017; **12**: e0172992.
- 328 O'Reilly, K.R., Kennedy, C.E., Fonner, V.A., Sweat, M.D., Family planning counseling for women living with HIV: a systematic review of the evidence of effectiveness on contraceptive uptake and pregnancy incidence, 1990 to 2011. *BMC Public Health* 2013; **13**: 935.
- 329 Pronyk, P.M., Nemser, B., Maliqui, B. *et al.*, The UN Commission on Life Saving Commodities 3 years on: global progress update and results of a multicountry assessment. *Lancet Glob Health* 2016; **4**: e276–86.
- 330 Bertrand, J.T., Ward, V.M., Santiso, G. *et al.*, Family planning in Latin America and the Caribbean: the achievements of 50 years. 2015 http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/tr-15-101/at_download/document (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 331 FP2020. Contraceptive Stock-Outs and Availability - Measurement | FP2020 Momentum at the Midpoint 2015-2016. <http://progress.familyplanning2020.org/page/measurement/contraceptive-stock-outs-and-availability-indicators-10-11> (Consulta: 20 de marzo de 2017).
- 332 Tunçalp, Ö., Were, W., MacLennan, C. *et al.*, Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG Int J Obstet Gynaecol* 2015; **122**: 1045–9.
- 333 Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C. *et al.*, The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* 2015; **12**: e1001847.
- 334 Rodríguez, M.I., Kismodi, E., Cottingham, J., Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization, 2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195054/> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 335 WHO. Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results, and connection. Geneva: World Health Organization, 2015 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316021/> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 336 Leisher, S., Sprockett, A., Longfield, K., Montagu, D., Quality measurement in family planning: Past, present, future: Papers from the Bellagio Meeting on Family Planning Quality. Oakland, CA: Metrics for Management, 2016 <https://www.popline.org/node/657977> (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 337 The White Ribbon Alliance. Opportunities for Citizen-Inclusive Accountability for Women's, Children's, and Adolescent's Health. The White Ribbon Alliance, 2017 <http://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2015/02/Opportunities-in-Citizen-Led-Accountability.pdf> (Consulta: 10 de noviembre de 2017).
- 338 Ippoliti, N.B., L'Engle, K., Meet us on the phone: mobile phone programs for adolescent sexual and reproductive health in low-to-middle income countries. *Reprod Health* 2017; **14**: 11.
- 339 Guse, K., Levine, D., Martins, S. *et al.*, Interventions Using New Digital Media to Improve Adolescent Sexual Health: A Systematic Review. *J Adolesc Health* 2012; **51**: 535–43.
- 340 L'Engle, K.L., Mangone, E.R., Parcesepe, A.M., Agarwal, S., Ippoliti, N.B., Mobile Phone Interventions for Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review. *Pediatrics* 2016;: e20160884.
- 341 Burns, K., Keating, P., Free, C., A systematic review of randomised control trials of sexual health interventions delivered by mobile technologies. *BMC Public Health* 2016; **16**: 778.
- 342 PATH. Sayana Press Introduction and Research: Expanding Access and Options. <http://sites.path.org/rh/recent-reproductive-health-projects/sayanapress/> (Consulta: 1 de septiembre de 2016).
- 343 Blithe, D.L., Pipeline for contraceptive development. *Fertil Steril* 2016; **106**: 1295–302.

- 344 Fernández-Romero, J.A., Deal, C., Herold, B.C. *et al.*, Multipurpose prevention technologies: the future of HIV and STI protection. *Trends Microbiol* 2015; **23**: 429–36.
- 345 Van Blerkom, J., Ombelet, W., Klerkx, E. *et al.*, First births with a simplified culture system for clinical IVF and embryo transfer. *Reprod Biomed Online* 2014; **28**: 310–20.
- 346 Rumbold, B., Baker, R., Ferraz, O. *et al.*, Universal health coverage, priority setting, and the human right to health. *The Lancet* 2017; **390**: 712–4.
- 347 Ottersen, T., Norheim, O.F., Chitah, B.M. *et al.*, Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization, 2014 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112671/1/9789241507158_eng.pdf (Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- 348 Jamison, D.T., Summers, L.H., Alleyne, G. *et al.*, Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet* 2013; **382**: 1898–955.
- 349 UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, WHO. International Technical Guidance on Sexuality Education. Paris: UNESCO, 2009 <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>

