



# Cuenta atrás 2015

EUROPA

Campaña por el acceso universal  
a la salud reproductiva

La necesidades no cubiertas de planificación familiar:  
Manual de herramientas de incidencia política para la  
promoción de la planificación familiar  
Argumentario para satisfacer las necesidades no  
cubiertas

2012



Este proyecto está financiado  
por la Unión Europea



La ejecución de este proyecto corre a  
cargo de IPPF European Network

## Sobre Cuenta Atrás 2015 Europa

**Countdown 2015 Europe** es un consorcio de 16 ONG europeas cuya labor se centra en dar respuesta a las necesidades de planificación familiar no cubiertas en los países en desarrollo. El consorcio trata de sensibilizar a los donantes europeos y de recabar un mayor apoyo político y económico, a fin de garantizar el acceso universal a la salud reproductiva y a los servicios de planificación familiar en todo el mundo.

Para más información, póngase en contacto con la Secretaría de la Countdown 2015 Europe, auspiciada por la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN): [countdown2015europe@ippfen.org](mailto:countdown2015europe@ippfen.org), o visite [www.countdown2015europe.org](http://www.countdown2015europe.org).



## RECONOCIMIENTOS

Este proyecto está financiado por la Unión Europea, y su ejecución corre a cargo de IPPF European Network. IPPF European Network y sus socios agradecen a la Fundación Bill & Melinda Gates por su constante apoyo a la Coalición Countdown 2015 Europe.

### **Autores:**

Wendy Knerr, The Write Effect Limited, UK; socios de Countdown 2015 Europe

### **Redacción:**

Wendy Knerr, The Write Effect Limited, UK

### **Editorial:**

International Planned Parenthood Federation, European Network (IPPF EN), socio principal de Countdown 2015 Europe

### **Diseño:**

[www.inextremis.be](http://www.inextremis.be)

*Este documento ha sido elaborado con la ayuda económica de la Unión Europea. Los contenidos expresados aquí son de exclusiva responsabilidad de la IPPF European Network y no pueden ser considerados bajo ninguna circunstancia el reflejo de la posición de la UE.*

## Introducción al manual

Dieciséis organizaciones no gubernamentales (ONG) europeas que trabajan en el ámbito de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos han unido sus fuerzas en torno a la iniciativa **Cuenta atrás 2015 Europa**. El objetivo del grupo es garantizar el acceso universal a la salud reproductiva y a la planificación familiar.

El proyecto actual de **Cuenta atrás 2015 Europa** se titula “**Las necesidades no cubiertas: La construcción de un diálogo más eficaz en Europa sobre el papel de la planificación familiar en la lucha contra la pobreza**”, financiado por la Comisión Europea. Una de sus principales estrategias consiste en proporcionar a las ONG una serie de herramientas prácticas que les ayuden a promover la planificación familiar entre los donantes e instituciones europeas y otras ONG y organizaciones. Este **Manual de Promoción para Satisfacer las Necesidades no cubiertas de Planificación Familiar** es la principal herramienta del proyecto.

### ¿A quién va dirigido?

Este manual ha sido diseñado para los donantes europeos encargados de promover la planificación familiar en los países en desarrollo. Se trata de una herramienta de promoción que puede utilizarse con muy diversas audiencias, a saber:

- Ministerios públicos, como por ejemplo los ministerios de finanzas, salud, desarrollo, trabajo y de otros sectores;
- Políticos y parlamentarios;
- Funcionarios públicos;
- Diputados del Parlamento Europeo;
- Dirigentes y personal de la Comisión Europea;
- Instituciones de la UE, y
- Sociedad civil en general, incluidas las ONG que trabajan en temas como la salud y la reforma del sector sanitario, la reforma financiera, los derechos humanos, el medio ambiente y cuestiones de población.

### Modo de empleo

El manual se divide en diez capítulos, cada uno de los cuales contiene testimonios, declaraciones, estadísticas, citas, casos prácticos y elementos visuales que pueden utilizarse como material de apoyo en campañas de promoción. Todos sus contenidos pueden “cortarse y pegarse” directamente en cualquier documento o material de la organización que desee utilizarlos, y adaptarse al uso que se les quiera dar. No obstante, las citas deberán reproducirse al pie de la letra.

También contiene un [Mapa de categorías](#) para localizar cualquier contenido relacionado con una categoría específica. Las categorías que se incluyen son las siguientes:

- Antecedentes: *información general sobre las necesidades no cubiertas*
- Razones universales: *razones generales que justifican la planificación familiar*
- Salud: *beneficios de la planificación familiar para la salud de las personas*
- Pobreza: *contribución de la planificación familiar a la erradicación de la pobreza y al crecimiento económico*
- Fiscal: *de cómo la planificación familiar puede traducirse en un ahorro fiscal para los gobiernos*
- Empoderamiento: *de cómo la planificación familiar contribuye al empoderamiento de las mujeres*
- Cambio climático: *de cómo la planificación familiar puede contribuir a frenar el crecimiento demográfico y luchar contra la escasez de recursos ambientales y naturales*
- Derechos humanos: *la planificación familiar como un derecho humano*
- Estrategias: *las mejores prácticas y estrategias para atender las necesidades no cubiertas*

Cada categoría constituye una plataforma para defender la necesidad de seguir invirtiendo en planificación familiar. Por ejemplo, si tiene pensado hablar de la necesidad de invertir en planificación familiar con algún político o parte interesada cuyo principal interés sea el gasto fiscal (por ejemplo, el Ministro de Hacienda), el [Mapa de categorías](#) le ayudará a encontrar en el Manual todos los argumentos a favor en materia de ahorro fiscal.

En el Capítulo 8 se incluyen curvas, gráficos, tablas y otras representaciones gráficas para “cortar y pegar” con las que ilustrar sus argumentos en pocas palabras.

El Capítulo 9 incluye enlaces a fuentes externas en donde encontrará:

- tablas de datos sobre salud reproductiva y necesidades no cubiertas que pueden personalizarse y descargarse a Excel y otros programas;
- herramientas en línea para confeccionar diagramas, gráficos, tablas y mapas (incluso mapas interactivos), con una gran variedad de indicadores;
- fotos (en alta y baja resolución) de libre disposición sobre cuestiones relacionadas con el desarrollo, y
- videos sobre la necesidad de invertir en planificación familiar.

El capítulo 10 incluye cuatro fichas informativas sobre temas clave que pueden adaptarse al uso que se les quiera dar.

## **Índice / Contenidos**

Sobre Cuenta atrás 2015 Europa.....	2
Introducción al manual .....	3
Índice .....	4
Mapa de categorías (índice) .....	5
1. Resumen: las necesidades no cubiertas de planificación familiar.....	8
2. Los beneficios derivados de la inversión en planificación familiar .....	10
3. Estrategias de resolución de problemas.....	16
4. Datos, estadísticas y citas para cortar y pegar .....	18
5. Preguntas más frecuentes.....	24
6. Temas para debatir durante un minuto y estrategias de comunicación .....	26
7. Casos prácticos.....	27
8. Tablas, gráficos y diagramas para cortar y pegar .....	31
9. Otras herramientas y recursos .....	37
Información general .....	37
Información en línea, gráficos y mapas.....	37
Videos .....	38
Bancos de imágenes.....	38
Glosario .....	38
Referencias bibliográficas .....	39

## MAPA DE CATEGORÍA

Utilizar este mapa para localizar en todo el manual temas relacionados con una categoría específica. En términos generales:

- Las secciones **Información general** proporciona información detallada acerca de un tema.
- **Los datos breves** y concisos están visualizados en el interior de cuadros y ofrecen breves resúmenes del tema.
- **Los datos y las estadísticas** son una colección de los datos cuantificables relacionado con un tema (es decir, los números en lugar de sólo ideas o conceptos).
- **Las citas** son afirmaciones directas de las personas que trabajan en los países en desarrollo sobre cuestiones de planificación familiar, con el objetivo de ofrecer una opinión personal.
- **Q&A (P)** son las preguntas que pueda obtener de los/as interesados/as y sugerencias sobre cómo podría responder a ellos/as.
- **Temas para debatir durante un minuto** son breves declaraciones que se pueden hacer durante las reuniones o presentaciones de manera rápida y concisa para promover las necesidades no cubiertas en planificación familiar.
- **Presentación de países** son breves estudios de casos de buenas prácticas en satisfacer las necesidades no cubiertas.
- **Los cuadros, tablas, gráficos, etc.** permiten obtener una comprensión clara a través de imágenes en lugar de con palabras.

**Sugerencia:** si está utilizando Microsoft Word, la categoría mapa permitirá "saltar" a una sección de interés en el interior del manual. Se puede volver atrás navegando con la función de Microsoft Word Document Mapa de manera siguiente:

1. En el menú Ver, haga clic en Panel de exploración. (El mapa debe aparecer como una columna a la izquierda.)
2. Haga clic en un título en el panel de navegación que desea navegar. El punto de inserción en el documento se trasladará en el título seleccionado.
3. Cuando ya no desea ver el Mapa del documento, haga clic en Panel de navegación en el menú Ver para cerrar el panel.

### CATEGORÍA

#### Secciones dentro del manual que corroboran los argumentos

*haga clic en los enlaces abajo para visualizar el texto correspondiente*

### ANTECEDENTES

[1. Resumen: las necesidades no cubiertas de planificación familiar](#)

[Datos generales: ¿Qué es una necesidad no cubierta?](#)

[P Pensaba que en las últimas décadas los programas de planificación familiar habían sido un éxito. ¿Qué es lo que ha cambiado?](#)

[1.1 El nivel de necesidades no cubiertas](#)

[1.2 Las razones subyacentes a las necesidades no cubiertas de planificación familiar](#)

[4.1 Citas: las causas de las necesidades no cubiertas de planificación familiar](#)

[Pakistán](#)

[Kirguistán](#)

[P ¿Por qué algunas mujeres no utilizan métodos anticonceptivos modernos?](#)

[P ¿Por qué es importante contar con diversos métodos? ¿No tenemos ya la píldora y el preservativo? ¿No son suficientes?](#)

[1.3 Consecuencias de la existencia de necesidades no cubiertas](#)

[Datos generales: Algunas de las consecuencias derivadas de la existencia de necesidades no cubiertas](#)

[Gráfico circular: Nivel de necesidades no cubiertas entre las mujeres casadas de países en desarrollo\\*](#)

[Gráfico de barras: Necesidades no cubiertas de planificación familiar por región\\*](#)

[Tabla: Acuerdos internacionales que reconocen la importancia de la planificación familiar](#)

[Cronograma: Acuerdos internacionales](#)

[Gráfico de barras: Tasa de uso de métodos anticonceptivos en las regiones en desarrollo 1965–2005](#)

[Gráfico de barras: Las necesidades no cubiertas son actualmente mayores que el uso de métodos anticonceptivos modernos en el África subsahariana](#)

[Gráfico de barras: Mortalidad materna a causa de embarazos no planificados](#)

[Mapa: Tasa de uso de anticonceptivos, global, promedio 2000–2010](#)

[Gráfico: La financiación no ha evolucionado a la par que la demanda](#)

## ARGUMENTOS A FAVOR DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1.4 Los progresos y retrocesos de la atención a las necesidades no cubiertas

4.3.1 Citas: avances y retrocesos en la atención de las necesidades no cubiertas

### Casos prácticos

[Indonesia](#)

[Egipto](#)

[Colombia](#)

[Kirguistán](#)

1.5 La previsión de necesidades no cubiertas en el futuro

4.4 Datos y estadísticas: previsiones futuras sobre necesidades no cubiertas

**P** Pensaba que en las últimas décadas los programas de planificación familiar habían sido un éxito. ¿Qué es lo que ha cambiado?

**P** ¿Por qué hay que seguir invirtiendo en planificación familiar?

Cita: La planificación familiar es una victoria segura para cualquier gobierno

Cita: La planificación familiar es una cuestión de justicia

Gráfico: La financiación no ha evolucionado a la par que la demanda

Gráfico circular: Nivel de necesidades no cubiertas entre las mujeres casadas de países en desarrollo\*

Gráfico de barras: Mortalidad materna a causa de embarazos no planificados

Imagen gráfica: \$1 gastado en PF supone un ahorro de \$4

Tabla: Algunos beneficios de la planificación familiar por sectores

Cronograma: Acuerdos internacionales

Tabla: Acuerdos internacionales que reconocen la importancia de la planificación familiar

Gráfico: Evolución de la tasa de uso de métodos anticonceptivos entre 1990 y 2009 en países de renta media y baja

Gráfico de barras: Las necesidades no cubiertas son actualmente mayores que el uso de métodos anticonceptivos modernos en el África subsahariana

Gráfica de radar: Relación entre desarrollo sostenible y planificación familiar

## LOS BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA LA SALUD

2.2 Beneficios para la salud

Datos generales: Los beneficios para la salud

[Pakistán](#)

[Colombia](#)

[India](#)

4.2 Datos y estadísticas: los beneficios de invertir en planificación familiar

**P** ¿Por qué es importante contar con diversos métodos? ¿No tenemos ya la píldora y el preservativo? ¿No son suficientes?

Gráfico circular: Nivel de necesidades no cubiertas entre las mujeres casadas de países en desarrollo\*

Gráfico de barras: Las necesidades no cubiertas son actualmente mayores que el uso de métodos anticonceptivos modernos en el África subsahariana

Gráfico de barras: Mortalidad materna a causa de embarazos no planificados

## CÓMO LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONTRIBUYE A LA ERRADICACIÓN DE LA POBREZA Y AL CRECIMIENTO ECONÓMICO

2.3 Beneficios con respecto a la erradicación de la pobreza y el crecimiento económico

Datos generales: Relación entre planificación familiar, reducción de la pobreza y crecimiento económico

[Guinea-Bissau](#)

**P** Nuestro interés se centra en la reducción de la pobreza y en el desarrollo económico, no en la salud. Por lo tanto, la planificación familiar no debería realmente preocuparnos, ¿no?

Gráfica de radar: La planificación familiar incide en todos los ODM

Gráfica de radar: Relación entre desarrollo sostenible y planificación familiar

Tabla: Algunos beneficios de la planificación familiar por sectores

Imagen gráfica: \$1 gastado en PF supone un ahorro de \$4

Gráfico: Uso de métodos anticonceptivos y probabilidad de que las mujeres consigan un empleo en tres países

Diagrama de dispersión: PIB y uso de anticonceptivos, 2005, en una muestra de países

## CÓMO LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR PUEDE SUPONER UN AHORRO FISCAL PARA LOS GOBIERNOS

2.4 Beneficios con relación al ahorro fiscal

Datos generales: Ahorro fiscal y planificación familiar

[Togo](#)

**P** Los gobiernos están tratando de encontrar la forma de recortar gastos, no de aumentarlos. ¿Por qué deberían gastar en planificación familiar cuando los fondos son escasos?

Imagen gráfica: \$1 gastado en PF supone un ahorro de \$4

Tabla: Algunos beneficios de la planificación familiar por sectores

Gráfico: Uso de métodos anticonceptivos y probabilidad de que las mujeres consigan un empleo en tres países

Diagrama de dispersión: PIB y uso de anticonceptivos, 2005, en una muestra de países

## CÓMO LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONTRIBUYE AL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER

2.5 Beneficios con respecto al empoderamiento de las mujeres

Datos generales: Beneficios con respecto al empoderamiento de las mujeres

Citas: el empoderamiento de las mujeres

3.4 Estrategias: Promover la igualdad de género

[Paraguay](#)

[Egipto](#)

[Guatemala](#)

[Colombia](#)

[Guinea-Bissau](#)

[Yemen](#)

Cronograma: Acuerdos internacionales

Tabla: Acuerdos internacionales que reconocen la importancia de la planificación familiar

Tabla: Algunos beneficios de la planificación familiar por sectores

Gráfica de radar: Relación entre desarrollo sostenible y planificación familiar

Gráfico: Uso de métodos anticonceptivos y probabilidad de que las mujeres consigan un empleo en tres países

Gráfico: % de niñas que abandonan la escuela por embarazos no planificados

## CÓMO LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR PUEDE AYUDAR A LOS PAÍSES EN DESARROLLO A ADAPTARSE AL CAMBIO CLIMÁTICO

[2.6 Beneficios con respecto a la adaptación de los países en desarrollo al cambio climático](#)

[Datos generales: La planificación familiar como coadyuvante en la adaptación de los países en desarrollo al cambio climático](#)

[4.4 Datos y estadísticas: previsiones futuras sobre necesidades no cubiertas](#)

## EL ACCESO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR COMO DERECHO HUMANO

[2.1 Beneficios de cara al cumplimiento de los compromisos internacionales](#)

[4.5 Datos y estadísticas: los acuerdos internacionales en material de planificación familiar](#)

[Paraguay](#)

[Guatemala](#)

[India](#)

[Yemen](#)

[Colombia](#)

[Kirguistán](#)

**P** [La planificación familiar es tan sólo uno de los muchos aspectos que tienen que ver con los derechos de las mujeres. ¿En general, no deberíamos centrarnos más en la mejora de la igualdad de las mujeres - por ejemplo, a través de programas de micro-créditos o de educación para las niñas?](#)

[Cita: La planificación familiar es una cuestión de justicia](#)

[Cronograma: Acuerdos internacionales](#)

[Tabla: Acuerdos internacionales que reconocen la importancia de la planificación familiar](#)

[Tabla: Algunos beneficios de la planificación familiar por sectores](#)

[Gráfica de radar: Relación entre desarrollo sostenible y planificación familiar](#)

[Gráfico: Uso de métodos anticonceptivos y probabilidad de que las mujeres consigan un empleo en tres países](#)

[Gráfico: % de niñas que abandonan la escuela por embarazos no planificados](#)

[Gráfico: La financiación no ha evolucionado a la par que la demanda](#)

## ESTRATEGIAS Y BUENAS PRÁCTICAS PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

[3. Estrategias para abordar el problema](#)

[3.1 Estrategias: Aumentar y mejorar los servicios y suministros anticonceptivos](#)

[3.2 Estrategias: Fomentar la información, la educación y la comunicación](#)

[3.3 Estrategias: Promover un mayor compromiso político](#)

[3.4 Estrategias: Promover la igualdad de género](#)

[7. Casos prácticos](#)

[Cita: Sobre la necesidad de suministros](#)

**P** [En resumen, ¿qué debe hacerse?](#)

**P** [La planificación familiar es tan sólo uno de los muchos aspectos que tienen que ver con los derechos de las mujeres. ¿En general, no deberíamos centrarnos más en la mejora de la igualdad de las mujeres - por ejemplo, a través de programas de micro-créditos o de educación para las niñas?](#)

**P** [Tengo entendido que la mayor generación de jóvenes de la historia está ya alcanzado la madurez y empiezan a tener relaciones sexuales. ¿Acaso los jóvenes no pueden conseguir anticonceptivos en los mismos sitios que lo hacen los adultos?](#)

[Gráfico: La financiación no ha evolucionado a la par que la demanda](#)  
[Gráfica de radar: Relación entre desarrollo sostenible y planificación familiar](#)

# 1. RESUMEN: LAS NECESIDADES NO CUBIERTAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

## 1.1 Niveles de necesidades no cubiertas

Una de cada cuatro personas en los países en desarrollo son mujeres en edad reproductiva (15-49). De entre estas mujeres, 867 millones querrían evitar quedarse embarazadas o espaciar o limitar embarazos futuros. (Singh, Darroch et al. 2012; USAID de 2009.). A pesar de ello, 222 millones de mujeres no usan ningún método anticonceptivo moderno.

Estas 222 millones de mujeres tienen por tanto una necesidad no cubierta de métodos anticonceptivos modernos (Singh, Darroch et al. 2012). Son mujeres que, o bien están utilizando *métodos tradicionales de planificación familiar*, los cuales han demostrado tener altos índices de fracaso (Singh, Darroch et al. 2009), o bien no utilizan ningún método.

### Datos generales: ¿Qué es una necesidad no cubierta?

Las mujeres y las niñas tienen necesidades no cubiertas en materia de planificación familiar cuando, siendo sexualmente activas, desean evitar quedarse embarazadas o espaciar o limitar embarazos futuros y no utilizan ningún método anticonceptivo moderno.

- 867 millones de mujeres de países en desarrollo desean evitar quedarse embarazadas
- 645 millones están utilizando métodos anticonceptivos modernos
- 222 millones no están usando ningún método anticonceptivo moderno

222 millones de mujeres tienen una necesidad no cubierta de métodos anticonceptivos modernos. Ello se debe en parte a que muchas de ellas no tienen acceso a un programa eficaz y asequible de planificación familiar.

Fuente: (RHSC 2009; Singh, Darroch et al., 2012)

## 1.2 Las razones subyacentes a las necesidades no cubiertas de planificación familiar

Algunas de las razones por las cuales las mujeres no utilizan métodos anticonceptivos modernos son de tipo individual. En ellas pueden influir factores sociales, culturales o políticos, como son la falta de apoyo de sus familias o de las comunidades sociales o religiosas a las que pertenecen, o la ausencia de políticas de planificación familiar y, por ende, un acceso limitado a la información, a los suministros y a los servicios.

Según datos facilitados por el Instituto Guttmacher (Sedgh, Hussain et al. 2007), las necesidades no cubiertas de planificación familiar a nivel individual, familiar o comunitario son principalmente atribuibles a:

- **Una baja percepción de riesgo** – Las mujeres consideran que el riesgo de quedarse embarazadas es bajo –porque casi no mantienen relaciones sexuales, o porque hace poco que han dado a luz, o porque están amamantando y piensan que eso bastará para protegerlas contra un posible embarazo.
- **Un acceso inadecuado a los productos y servicios** – Una disponibilidad insuficiente de productos anticonceptivos o de servicios de salud, incluida la falta de conocimientos sobre métodos anticonceptivos; dificultades para acceder a ellos (por su coste, por no saber dónde se obtienen, o por no poder acceder a un centro médico); y problemas relacionados con sus efectos secundarios, las preocupaciones sobre la salud, y las dificultades o inconvenientes del uso de métodos anticonceptivos.
- **El rechazo a los anticonceptivos** – El rechazo de la planificación familiar, ya sea por parte de la mujer, su pareja u otra persona influyente, incluido el rechazo por motivos religiosos (Sedgh, Hussain et al. 2007).

Según se desprende de un estudio realizado en 13 países en desarrollo, son muchas las mujeres que no tienen conocimientos suficientes sobre métodos anticonceptivos, o a quienes preocupa que el uso de métodos anticonceptivos modernos pueda afectar a su salud, o que no pueden costear u obtener fácilmente productos o servicios de planificación familiar (Sedgh, Hussain et al. 2007).

Desde una perspectiva política más amplia, la falta de acceso a estos productos y servicios podría tener que ver con un menor compromiso político y una reducción de la financiación de la planificación familiar en las últimas décadas. Por ejemplo, las restricciones a la financiación de la salud reproductiva por parte del gobierno de EE.UU. durante la presidencia de George W. Bush (la Política de Ciudad de México, también conocida como “Ley Mordaza”) se tradujo en un recorte drástico de los recursos financieros disponibles para la planificación familiar. Y aunque estas restricciones hayan desaparecido, lo cierto es que provocaron recortes en los servicios en muchos países, lo que probablemente haya contribuido al aumento de las necesidades no cubiertas de planificación familiar (Lancet / UCL 2009).

Además, los recortes en la financiación podrían haberse debido a la creencia, por parte de los donantes, de que la planificación familiar ya está totalmente financiada, lo que a su vez se debe en parte al éxito de los programas de planificación familiar. Asimismo, si bien se han aumentado mucho las partidas presupuestarias destinadas a cuestiones de “población”, muchas de ellas han ido a financiar programas de VIH/SIDA (Lancet / UCL 2009), no de planificación familiar. La escasa transparencia con respecto a las partidas presupuestarias y la ausencia de una línea presupuestaria específica para planificación familiar han contribuido a la falsa creencia de que la planificación familiar está suficientemente financiada.



## 1.3 Consecuencias de la existencia de necesidades no cubiertas

No cubrir las necesidades en materia de planificación familiar tiene importantes consecuencias para las familias, comunidades y economías de los países en desarrollo. Por ejemplo, cuando estas necesidades no se atienden:

- aumentan las tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantiles, sobre todo cuando los nacimientos no pueden espaciarse adecuadamente (Ashford 2003; Mackenzie, Drahota et al. 2010);
- aumenta el número de abortos practicados en condiciones de riesgo (Ashford 2003; Mackenzie, Drahota et al. 2010);
- aumenta la incidencia del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (WHO 2010);
- se pone en peligro la capacidad productiva de las mujeres en sus respectivas comunidades y en sus economías nacionales (Mackenzie, Drahota et al. 2010);
- obliga a las niñas y a las mujeres jóvenes a abandonar la escuela a causa de embarazos no planificados (Barot 2008);
- rebaja la condición social de la mujer, ya de por sí inferior, y hace que haya más desigualdades de género (FHI);
- aumenta la pobreza y frena el crecimiento económico (RHSC 2009; Speidel, Sinding et al. 2009); y
- contribuye a un crecimiento insostenible de la población (Ashford 2003).

### Datos generales: Algunas de las consecuencias derivadas de la existencia de necesidades no cubiertas

#### Económicas

Aumento progresivo de la mortalidad materno-infantil y pérdidas globales de productividad de 15.000 millones de dólares estadounidenses al año (UK All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health 2009; Vlassoff, Sundaram et al. 2009; UN Secretary General 2010).

#### Educativas

Entre el 8 y el 25% de mujeres jóvenes en determinados países del África subsahariana abandona la escuela a causa de embarazos no planificados. Entre las solteras de 15 a 17 años, las que van a la escuela son más dadas a utilizar métodos anticonceptivos que las que no lo hacen (Barot 2008; Guttmacher / IPPF 2010).

#### Sanitarias

La interrupción de embarazos no planificados en condiciones de riesgo es la tercera causa principal de muerte materna en todo el mundo (WHO 2011). Si bien los riesgos asociados al parto no pueden eliminarse por completo, las muertes por abortos inseguros sí pueden evitarse (Speidel, Sinding et al. 2009; WHO 2011).

## 1.4 Los progresos y retrocesos de la atención a las necesidades no cubiertas

En las últimas dos décadas, la utilización de métodos anticonceptivos aumentó entre las mujeres de casi todas las regiones. Hacia el año 2007, aproximadamente el 60% de las mujeres casadas en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo (UN-DESA 2011). Pero debe tenerse en cuenta que los datos existentes sobre el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres solteras (Sedgh, Hussain et al. 2007) y las adolescentes de países en desarrollo son limitados, en comparación con los datos que se tienen de mujeres casadas, particularmente en Asia. Así, es probable que la proporción de necesidades no cubiertas, en términos globales, sea todavía más alta de lo que las estadísticas sugieren.

No obstante, se observa una desaceleración considerable en la atención a las necesidades no cubiertas en la última década y una creciente brecha entre regiones. Según las Naciones Unidas, el incremento anual de la tasa de uso de métodos anticonceptivos fue en casi todas las regiones inferior entre 2000 y 2007 que en la década de 1990. Y la tasa de uso de métodos anticonceptivos en algunas regiones, como el África subsahariana, sigue siendo baja (UN-DESA 2011; UN 2011). En algunos países, como

Ghana y Benin, se ha producido incluso un retroceso en la tasa de uso de métodos anticonceptivos (UN 2011).

El aumento de las necesidades no cubiertas de planificación familiar está estrechamente relacionado con un menor compromiso político y financiero. Por ejemplo, las restricciones a la financiación de la salud reproductiva por parte del gobierno de los EE.UU. durante la presidencia de George W. Bush (la Política de Ciudad de México, también conocida como "Ley Mordaza") se tradujo en un recorte drástico de los recursos financieros disponibles para la planificación familiar en muchos países, lo que probablemente haya contribuido al aumento de las necesidades no cubiertas de planificación familiar. Además, si bien es cierto que la financiación de las líneas presupuestarias de población ha aumentado considerablemente, la mayor parte de estos fondos se ha destinado a financiar programas de VIH / SIDA (Lancet/UCL 2009) y no a la planificación familiar. La falta de transparencia presupuestaria y la inexistencia de una línea presupuestaria específica para la planificación familiar están detrás de esa falsa creencia según la cual la planificación familiar habría recibido ya fondos suficientes, cuando la realidad no es esa. De ahí el aumento de las necesidades no cubiertas.

## 1.5 La previsión de necesidades no cubiertas en el futuro

Según las previsiones de las Naciones Unidas, el número de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) crecerá casi un 33% en la próxima década (Ross y Stover 2009). Entre 2008 y 2015, se prevé que la demanda de planificación familiar en el mundo desarrollado pase de los actuales 867 millones de mujeres a 933 millones de mujeres, y que el número de usuarios de planificación familiar pase de 645 millones a 709 millones, lo que supone un aumento de 106 millones. Esto equivale a casi la mitad de la tasa actual de necesidades no cubiertas. El aumento de la demanda que se

prevé de aquí a 2015 dejaría cerca de 224 millones de mujeres con necesidades no cubiertas de métodos anticonceptivos modernos, frente a los 222 millones de hoy (RHSC).

La falta de respuesta a las necesidades y deseos de 222 millones de mujeres tiene consecuencias devastadoras para las mujeres, los jóvenes, las familias y las sociedades, y la situación continuará intensificándose a medida que la mayor generación de adolescentes y jóvenes (1.500) de la historia empiece a tener una vida sexual activa (IPPF 2008; UN 2009).

## 2. LOS BENEFICIOS DERIVADOS DE LA INVERSIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Tras décadas de programas y de investigación ha quedado demostrado que la planificación familiar es una de las mejores inversiones que tanto donantes como gobiernos pueden realizar en materia de desarrollo humano y económico (Coalición para el Suministro de Material de Salud Reproductiva, Secretario General de las Naciones Unidas 2010).

Cuando se atiende a las necesidades no cubiertas de planificación familiar de las mujeres se ponen de manifiesto los beneficios que de ello se derivan, no sólo con respecto a la salud de la mujer, sino también a muchos otros indicadores humanos y de desarrollo, incluidos aquellos que se refieren a la reducción de la pobreza y al crecimiento económico, a la salud y al desarrollo infantil, al empoderamiento de las mujeres, y a los retos medioambientales (Secretario General de las Naciones Unidas 2010). Por encima de todo, la planificación familiar es un instrumento esencial de promoción de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, de los hombres y de los jóvenes: la capacidad de las mujeres y de las parejas para decidir cuántos hijos van a tener y cada cuánto tiempo es un derecho humano fundamental ligado a muchos otros (Barot 2008; Singh, Darroch et al. 2009).

En términos generales, responder a las necesidades no cubiertas de planificación familiar significa que las mujeres y las parejas puedan tener el número de hijos que quieren y cuando quieran, y que sean capaces de espaciar los nacimientos de una forma segura, todo lo cual está en consonancia con los compromisos internacionales en materia de defensa de los derechos humanos. Pero los beneficios van mucho más allá, por ejemplo:

- mejora el estado de salud de mujeres y niños (Singh, Darroch et al. 2009; Secretario General de las Naciones Unidas 2010);
- las mujeres tienen más opciones de vida, en el sentido de más oportunidades educativas y económicas (Center for Global Development; Singh, Darroch et al. 2009) (p. ej. reducción del número de niñas que se ven forzadas a abandonar la escuela por embarazos no planificados);
- aumenta la capacidad de las mujeres para trabajar de forma más productiva y para ganar más dinero a lo largo de sus vidas (Singh, Darroch et al. 2009; Secretario General de las Naciones Unidas 2010), por lo que la situación de sus familias mejora;

### 2.1 Beneficios: cumplir los compromisos internacionales

El derecho a los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva ha sido refrendado en varios convenios y estrategias internacionales. Los gobiernos tienen por tanto la obligación de garantizar que esos objetivos se cumplan.

En muchos de estos convenios se reconoce la necesidad de dar prioridad a la salud sexual y reproductiva y a los derechos que se recogen en las políticas nacionales e internacionales de desarrollo como condición para que se cumplan los objetivos internacionales de desarrollo, tales como la reducción de la pobreza. Entre los principales convenios se incluyen los siguientes:

**Programa de Acción (1994) de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)** – Partiendo de un enfoque basado en derechos, en él se reconoce, por primera vez en un documento de consenso internacional, que los derechos reproductivos son derechos humanos.

#### Datos generales: Los beneficios derivados de la inversión en planificación familiar

La planificación familiar:

- permite a las mujeres y a las parejas decidir cuántos hijos van a tener y cada cuánto tiempo, lo cual es un derecho humano fundamental;
- evita embarazos no planificados, lo que puede ayudar a salvar la vida de muchas mujeres y a proteger su salud y la de sus hijos;
- promueve la igualdad entre hombres y mujeres y mejora la condición de la mujer en la sociedad;
- permite reducir los costes sanitarios, y
- fomenta el desarrollo social y económico, siendo por tanto un factor clave para reducir la pobreza.

Fuente: (Barot 2008; Singh, Darroch et al. 2009; Vlassoff, Sundaram et al. 2009.)

- aumentan las probabilidades de que los niños ya nacidos mejoren su educación, su salud y su estado nutricional (Singh, Darroch et al. 2009; Secretario General de las Naciones Unidas de 2010);
- disminuyen las cargas para las escuelas, por cuanto se reduce la proporción de niños en edad escolar en relación con la población en edad de trabajar (Center for Global Development);
- disminuye la presión sobre los servicios públicos y los recursos naturales, incluida la vivienda, el empleo, los servicios sanitarios, y recursos tales como el agua potable (Center for Global Development; Singh, Darroch et al. 2009);
- hay una mayor igualdad de género y empoderamiento de las mujeres (Center for Global Development), y
- se produce un mayor crecimiento económico y PIB (Center for Global Development).

#### Cita: La planificación familiar es una victoria segura para cualquier gobierno

“Creo que aparte de la reducción de la financiación, la planificación familiar sería lo más fácil si tuviésemos los recursos adecuados. También creo que es una gran oportunidad para integrar aún más la planificación familiar en los programas existentes, por ejemplo en materia de VIH y de reducción de la mortalidad materna.”

— Holo Hochanda, Delegación Zambiana de la Comisión de Población y Desarrollo, BroadReach Healthcare, Zambia

#### Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas, celebrada en Beijing (1995)

– Viene a confirmar muchos de los compromisos adoptados en la CIPD, entre ellos el de mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, el de eliminar los obstáculos jurídicos, normativos y sociales a la educación sexual y reproductiva, y el de reconocer que entre los derechos humanos de las mujeres se incluye su derecho a controlar y decidir libre y responsablemente todo aquello que tenga que ver con su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, sin ningún tipo de coerción, discriminación o violencia.

#### Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la Cumbre del Milenio (2000)

– Exposición de objetivos clave para la reducción de la mortalidad materna y de problemas sanitarios que inciden en la pobreza. Diversos convenios y programas internacionales tratan de velar por que los países donantes y en desarrollo aporten los fondos necesarios para alcanzar los ODM.

**La Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda y la Agenda de Acción de Accra (2005)** – Suscritos por 100 gobiernos donantes y receptores y por organizaciones internacionales tales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y una serie de bancos regionales de desarrollo, estos documentos constituyen un intento global de mejorar la forma en que los países donantes y receptores colaboran para alcanzar los ODM.

**El Plan de Acción de Maputo (2006)** – Un acuerdo regional suscrito por los países de la Unión Africana con objeto de garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva en África.

**La Campaña para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna en África (CARMMA) (2009)** - Impulsada por la Unión Africana en relación con el Plan de Acción de Maputo, CARMMA es una iniciativa que se propone mejorar la salud de las mujeres en los países con altas tasas de mortalidad materna.

**La Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño (2010)** - Una estrategia de ayuda que incluye un importante apoyo a la salud reproductiva.

## 2.2 Beneficios: salud

El uso de métodos anticonceptivos modernos contribuye a prevenir embarazos no planificados y desempeña un papel clave en la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas (como queda reflejado en el ODM 5), en la reducción del número de mujeres que recurren al aborto en condiciones de riesgo, en la reducción de la mortalidad neonatal y en la mejora de la salud y la supervivencia infantil (ODM 4) (OMS 2009).

Aproximadamente el 40% de todos los embarazos en el mundo son embarazos no planificados, lo que plantea graves riesgos para la salud de las mujeres (Singh, Wulf et al. 2009). El uso de métodos anticonceptivos puede reducir el número de embarazos no planificados, evitando así los abortos practicados en condiciones de riesgo, una de las principales causas de muerte materna, especialmente entre las mujeres jóvenes (OMS 2010). El uso de métodos anticonceptivos también puede contribuir a reducir los partos realizados en condiciones de riesgo en aquellos entornos con escasos recursos, donde las tasas de riesgo de mortalidad y morbilidad materna son elevadas (OMS 2010).

Las últimas cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que en los países en desarrollo se producen anualmente cerca de 356.000 muertes relacionadas con el embarazo (OMS, 2010). Si bien la mortalidad materna disminuyó en un tercio entre 1990 y 2008, esta cifra sigue siendo alta, siendo éste el ODM en el que menos se ha avanzado. Según el Banco Mundial, si se cubrieran las necesidades no cubiertas de métodos anticonceptivos modernos la mortalidad materna se reduciría en un 25-35% (Barot 2008).

Por cada mujer que muere por complicaciones derivadas del embarazo y del parto, al menos 20 padecen enfermedades de larga duración relacionadas con embarazos no planificados o con partos recientes. Las complicaciones derivadas de abortos practicados en condiciones de riesgo constituyen la principal causa de morbilidad materna en los países en desarrollo (Intergrupo parlamentario del Reino Unido sobre Población, Desarrollo y Salud Reproductiva, 2009).

### Cita: La planificación familiar es una cuestión de justicia

“Hay algo que debemos comprender, y es que una de las prioridades de los programas de planificación familiar debería ser que se pudiera acceder a los servicios de planificación familiar sin vergüenza ni sentimiento de culpa. Esta prioridad no figura en la mayoría de los programas. En general, los niveles de estigmatización y de discriminación en torno a servicios de salud tales como la planificación familiar son muy elevados. Y no se abordan las necesidades de las personas seropositivas. La prestación de este tipo de servicios ha venido caracterizándose por una perspectiva muy limitada que hay que corregir: debemos abordar esta cuestión desde la óptica de la justicia”.

— Sarita Barpanda, Asesora de Programa-País, Interact Worldwide, India

**La Iniciativa de Muskoka sobre la Salud Materna, Neonatal e Infantil (2010)** - Una iniciativa de financiación acordada por los países del G-8 para ayudar a alcanzar los ODM 4 (reducir la mortalidad infantil) y 5 (mejorar la salud materna), y entre cuyos principales objetivos figuran “los servicios de salud sexual y reproductiva, los servicios de planificación familiar voluntaria”.

### Datos generales: Los beneficios para la salud

Según un estudio reciente, si se cubriesen las necesidades no cubiertas de anticonceptivos en los países en desarrollo,

- el número de embarazos no planificados se reduciría en dos terceras partes, pasando de 80 millones a 26 millones al año;
- el número de nacimientos no deseados pasaría de 30 millones a 8 millones, siendo en los países de renta baja en donde se produciría la mayor reducción porcentual; y
- se evitarían 54 millones de embarazos no planificados al año, lo que se traduciría en 21 millones menos de nacimientos no deseados, 26 millones menos de abortos inducidos y 7 millones menos de abortos espontáneos.

Los beneficios para la salud serían tremendos: se salvarían 150.000 vidas de mujeres más, y habría 640.000 casos menos de fallecimiento de neonatos. Los beneficios para las familias serían también considerables, por cuanto habría más de medio millón menos de niños huérfanos de madre.

Fuentes (FHI; Singh, Darroch et al.. 2012; Vlassoff, Sundaram et al.. 2009; Guttmacher/IPPF 2010)

En definitiva, la satisfacción de necesidades no cubiertas en materia de planificación familiar:

- mejora la salud de la madre y del niño, al reducirse el número de embarazos no planificados y las tasas de mortalidad y morbilidad maternas;
- contribuye a reducir la tasa de abortos practicados en condiciones de riesgo y la tasa de mortalidad y morbilidad asociadas, y
- permite a las mujeres espaciar o limitar el número de embarazos, con lo que se reducen los embarazos y partos realizados en condiciones de riesgo.

La posibilidad de retrasar la maternidad o de espaciar los partos es uno de los beneficios de la planificación familiar. La investigación sugiere que cuanto más seguidos sean los embarazos, mayor será el riesgo de que los lactantes nacidos de esos embarazos mueran durante su primer año de vida. Si las mujeres tuvieran los medios para dejar pasar tres años entre embarazo y embarazo, la tasa de mortalidad de lactantes y de menores de cinco años descendería en un 24 y un 35% respectivamente. Además, si hubiera por lo menos dos años de distancia entre un nacimiento y un embarazo posterior, las muertes de niños menores de cinco años se reduciría en un 13%, si la diferencia fuera de tres años, este tipo de muertes se reduciría en un 25% (Rutstein 2008). También mejorarían otros indicadores de salud y nutrición infantil, como por ejemplo los indicadores de desnutrición infantil (Barot 2008).

## 2.2.1 Para niñas y mujeres jóvenes

La satisfacción de las necesidades no cubiertas en materia de planificación familiar beneficia especialmente a niñas y mujeres jóvenes. Las complicaciones por embarazo o por parto prematuro son más frecuentes entre las adolescentes, y los niños nacidos de madres adolescentes tienen el doble de riesgo de morir durante su primer año de vida que los nacidos de madres mayores de 20 años (Barot 2008). Por lo tanto, al garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos y otros servicios, se reduce el número de embarazos no planificados en niñas y mujeres jóvenes, lo cual salva vidas. Además, la posibilidad de retrasar la maternidad es aún más apremiante para los millones de niñas víctimas de matrimonios precoces, una práctica común en muchas regiones, incluso en la Europa del Este y en Asia Central (Barot 2008).

## 2.2.2 Reduciendo la mortalidad de los recién nacidos y niños/as

Si bien la mortalidad de lactantes y de niños y niñas se debe a muchos factores, la planificación familiar es, probablemente, junto con la educación de las mujeres, uno de los medios más efectivos para reducir la mortalidad infantil (IPPF 2008). La tasa actual de utilización de métodos anticonceptivos modernos hace que al año mueran 1.100.000 lactantes menos. Y si se atendiesen todas las necesidades de métodos anticonceptivos modernos que quedan todavía por cubrir, se evitarían 53 millones de embarazos no planificados al año, impidiendo con ello la muerte de algo más de medio millón más (590.000) de lactantes al año (Guttmacher/IPPF 2010).

## 2.2.3 Beneficios relacionados con la prevención de los embarazos

El preservativo masculino y femenino como método de planificación familiar reduce la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. Y la integración de los servicios de planificación familiar y de prevención del VIH permite reducir el coste global de los servicios. En la medida en que evitan los embarazos y partos no deseados, todos los anticonceptivos desempeñan un papel fundamental en la prevención de la transmisión vertical del VIH de madres seropositivas a hijos. La prevención de estos embarazos no planificados es tres veces más eficaz como estrategia de prevención que la de tratar con antirretrovirales a las mujeres seropositivas durante el embarazo, el parto y la lactancia materna (OMS 2010).

## 2.3 Beneficios: erradicación de la pobreza y crecimiento económico

La planificación familiar desempeña un papel catalizador en la mejora de la salud y bienestar de mujeres y niños, y es un objetivo fundamental en sí mismo. Pero tiene también otros efectos positivos, como son la estimulación del desarrollo económico y la mejora del nivel de vida, lo que a su vez contribuye a la reducción de la pobreza (RHSC 2009; Speidel, Sinding et al. 2009).

Los países con menores tasas de fecundidad y de crecimiento de la población han experimentado mayor productividad, más ahorro y más inversiones (UNFPA, 2002). En muchos países, la reducción de la tasa de fecundidad en los hogares se ha traducido en un crecimiento económico potencial a nivel macro en tan sólo una generación. Esto se debe al 'dividendo demográfico': el concepto que redujo la fecundidad dio como resultado un grupo más amplio de personas en edad de trabajar, las cuales

En lo que se refiere a los servicios de salud, la planificación familiar es una puerta clave de entrada a muchos otros servicios de atención primaria, entre los cuales se incluyen los servicios de atención de VIH/SIDA (WHO 2009), así como servicios de asesoramiento y otros servicios dirigidos a mujeres y niñas víctimas de violencia de género (ONU Mujeres).

### Datos generales: Relación entre planificación familiar, reducción de la pobreza y crecimiento económico

La planificación familiar es una de las formas más rentables de reducir la pobreza, porque:

- permite a las mujeres y a las parejas que así lo quieran formar familias más pequeñas, las cuales suelen ser familias más acomodadas, en donde la alimentación y la educación de los niños suelen ser mejores;
- permite a las mujeres trabajar y ser productivas, contribuyendo así al bienestar del hogar, la familia y la economía nacional;
- mejora la proporción de personas dependientes por trabajador asalariado y, por tanto, contribuye a aliviar los presupuestos del Estado y los servicios públicos;
- reduce el impacto económico que tiene la mortalidad y la morbilidad materna sobre los hogares;
- contribuye a aumentar el producto interno bruto (PIB), y
- es de gran ayuda para aquellos países de renta baja que quieran alcanzar la categoría de país de renta media en 2030.

Fuente: (RHSC 2009, OMS 2010)

### Cita: La planificación familiar es fundamental para luchar contra la pobreza

"[...] la erradicación de la extrema pobreza y el hambre no podrá lograrse si no se abordan directamente las cuestiones relativas a la población y la salud reproductiva. Esto significa que hay que hacer mayores esfuerzos para promover los derechos de la mujer y mayores inversiones en educación y salud, incluso en salud reproductiva y planificación familiar".

— Ex Secretario General de la ONU, Kofi Annan, Quinta Conferencia de Asia y el Pacífico sobre Población. Comisión Económica y Social de Naciones Unidas para Asia y el Pacífico (CESPAP), Bangkok, 16 de diciembre 2004

tienen que mantener al sector de la población dependiente más anciano y más. Los países asiáticos, en particular, se han beneficiado de este dividendo demográfico, han visto crecer sus economías y disminuir sus niveles de pobreza a medida que el tamaño de las familias se reducía.

Los datos sugieren que:

- a escala mundial, la tasa de mortalidad materno-infantil está ligada a una pérdida de productividad global de 15.000 millones de dólares estadounidenses al año (UN Secretary General 2010), y
- entre el 30 y el 50% del crecimiento económico de Asia desde 1965 hasta 1990 se ha atribuido a cambios en la dinámica demográfica, fuertemente influenciada por el acceso a la planificación familiar (Bloom and Williamson 1998).



Algunos datos a nivel mundial incluso sugieren que existe una correlación entre la tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos y el producto nacional bruto (PNB) per cápita (WHO 2010) - un claro indicador de crecimiento económico y bienestar. Si bien la reducción de las tasas de fecundidad por sí sola no es suficiente para impulsar el desarrollo económico, sí es un factor necesario, y algunos estudios (Barot 2008) sostienen que entre un 25 y un 40% del crecimiento económico en los países en desarrollo es atribuible a menores tasas de fecundidad.

En el ámbito del hogar, las complicaciones por embarazo y parto constituyen una amenaza para la salud y la vida de mujeres y niños, y pueden tener también consecuencias económicas para las familias. En muchos países, la atención de la salud materna no es gratuita y puede ser sumamente cara para las familias pobres. Por ejemplo, en Burkina Faso se calcula que los gastos del parto suponen un 43% de los ingresos per cápita en los hogares más pobres, y hasta un 138% si se trata de un parto por cesárea (UK APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009).

Por otro lado, unos servicios de planificación familiar accesibles y asequibles pueden tener efectos positivos a largo plazo en la vida de las mujeres, las niñas y sus familias. A las mujeres y parejas que pueden decidir cuántos hijos van a tener y cada cuánto tiempo, les es más fácil ahorrar, aumentar sus ingresos y planificar mejor sus vidas. Así las cosas, la planificación familiar permite a las familias invertir en los hijos que ya tienen, proporcionándoles una educación y alimentación adecuadas, y responder a otras necesidades (Barot 2008).

## 2.4 Beneficios: ahorro fiscal

En muchos países, cada dólar estadounidense que se invierte en planificación familiar supone como mínimo un ahorro de cuatro dólares estadounidenses, que de otra manera se habrían gastado en el tratamiento de complicaciones por embarazos no planificados (Speidel, Sinding et al. 2009; UN Secretary General 2010).

Evidentemente, **facilitar y asegurar el acceso a los servicios de planificación familiar supone unos costes** que se ven compensado por el ahorro que de ellos se deriva en otras áreas.

Por ejemplo, si se proporcionasen servicios de anticoncepción a todas las mujeres de países en desarrollo que lo necesitan, el coste ascendería a poco más de un dólar estadounidense (1,2\$) al año. El coste total de estos servicios pasaría de 3.100 a 6.100 millones de dólares estadounidenses si se satisficieran todas las necesidades no cubiertas de planificación familiar, lo que supone un incremento de 3.600 millones de dólares estadounidenses (Singh, Darroch et al. 2009; Guttmacher 2010).

No obstante, **el coste de los servicios de salud materno-infantil se reduciría en 5.100 millones de dólares estadounidenses** - lo que supone un ahorro considerable. Si todas las mujeres en riesgo de embarazo no planificado utilizaran métodos anticonceptivos modernos, la sola disminución del número de embarazos no planificados y abortos practicados en condiciones de riesgo que se produciría bastaría para reducir el coste de la atención post-aborto en aproximadamente 140 millones de dólares estadounidenses al año (Singh, Darroch et al. 2009; Guttmacher 2010).

Según un estudio realizado en 16 países subsaharianos, **la satisfacción de las necesidades no cubiertas en materia de planificación familiar puede suponer un ahorro considerable en la consecución de cinco ODM - en diferentes sectores, no sólo en el de la salud** (Health Policy Institute). A continuación se indica el ahorro que podría conseguirse o que, de hecho, se ha conseguido en algunos de esos países:

A más largo plazo, los beneficios económicos y sociales de la planificación familiar no sólo son relevantes para los países en desarrollo. Los países donantes también se benefician de ella, en tanto en cuanto puede dar lugar a un fortalecimiento y a una mayor estabilidad económica de sus socios comerciales potenciales, al tiempo que mejora la calidad de vida de sus poblaciones, en consonancia con los objetivos humanitarios (Center for Global Development). Además, las empresas del sector privado lucrativo deben ser conscientes de que si proporcionan servicios de planificación familiar a sus empleados, sus gastos médicos por embarazo o por baja de maternidad serán inferiores, habrá menos rotación de personal, y se incrementarán la productividad y los beneficios (USAID/WHO Regional Office for Africa 2008).

### Datos generales: ahorro fiscal y planificación familiar

Cada dólar gastado en planificación familiar puede suponer un ahorro de 4 dólares estadounidenses.

Si a todas las mujeres de los países desarrollados se les proporcionasen los servicios de anticoncepción modernos que necesitan:

- el coste total de los servicios **se incrementaría** en 3.600 millones al año.

Sin embargo ...

- el coste total de los servicios de salud materno-infantiles **se reduciría** en 5.100 millones de dólares estadounidenses al año, y
- el coste total de los servicios de atención post-aborto **se reduciría** en aproximadamente 140 millones de dólares estadounidenses al año.

*Fuente: (Singh, Darroch et al. 2009; Speidel, Sinding et al., 2009; UN Secretary General 2010.).*

- Si en **Etiopía** se cubriesen las necesidades no cubiertas de aquellas mujeres que no quieren quedarse embarazadas, se conseguiría un ahorro anual de 34 millones de dólares estadounidenses con respecto a los costes médicos derivados de embarazos no planificados, la práctica de abortos en condiciones de riesgo y consecuencias de otro tipo (Guttmacher/Ethiopian-Society-of-Obstetricians-and-Gynecologists 2010).
- **Egipto** es uno de los pocos países en camino de lograr el ODM 5, un claro ejemplo de cómo invirtiendo en planificación familiar pueden conseguirse ahorros considerables. La inversión de cerca de 400 millones de dólares estadounidenses (2,4 millones de libras egipcias) en planificación familiar entre 1980 y 2005 supuso un ahorro de alrededor de 8.000 millones de dólares estadounidenses (45.800 millones de libras egipcias conforme a la tasa de cambio vigente en 2005) en salud infantil, educación y subsidios a la alimentación (RHSC 2009).
- Gracias al incremento de sus inversiones en planificación familiar, **Kenia** podría conseguir un ahorro neto considerable de alrededor de 200 millones de dólares estadounidenses entre 2005 y 2015.
- En **Kazajistán**, los anticonceptivos son casi 3,2 veces más rentables que el aborto como método para evitar nacimientos. Teniendo en cuenta que en este país los servicios de interrupción del embarazo representaron casi el 1% del gasto total en salud pública en 2004 (Lule, Singh et al. 2007), el acceso universal a los métodos anticonceptivos podría suponer un ahorro considerable.
- En **Nigeria**, el coste anual de los servicios de atención post-aborto se estima en 19 millones de dólares estadounidenses, lo que supone un 3,4% del gasto nacional total en salud. El coste anual es cuatro veces mayor que el coste de los servicios de anticoncepción, estimado en 4,5 millones de dólares estadounidenses (Lule, Singh et al. 2007).

1 2005 currency rates  
2 *Ibid.*

## 2.5 Beneficios: empoderamiento de las mujeres

La satisfacción de las necesidades no cubiertas de métodos anticonceptivos contribuye a empoderar a las mujeres - social, económica y políticamente -, por cuanto les permite decidir el número de hijos que quieren tener, cada cuánto tiempo los tendrán y el momento de tenerlos (Center for Reproductive Rights/UNFPA 2010). El empoderamiento de las mujeres, incluida la capacidad de lograr el tamaño deseado de familia, ha sido reconocido como uno de los motores más importantes del desarrollo moderno (WHO 2010).

**El uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres y niñas aumenta su acceso a la educación.** Las adolescentes embarazadas con frecuencia se ven obligadas a abandonar sus estudios, y, según el Proyecto del Milenio:

- entre un 8 y un 25% de las mujeres jóvenes en determinados países del África subsahariana abandona la escuela debido a un embarazo no planificado, y
- entre las chicas solteras de 15 a 17 años, las que iban a la escuela eran más propensas a utilizar métodos anticonceptivos que las que no (Barot 2008).

El hecho de no tener una educación a menudo impide que una mujer pueda participar plenamente en los asuntos económicos, sociales y políticos de su comunidad, lo cual está directamente relacionado con el nivel de pobreza (IPPF 2006). Por otro lado, los hijos de las mujeres que han recibido una educación tienen también más probabilidades de recibir una educación, sobre todo sus hijas (Barot 2008; Singh, Wulf et al. 2009). Lo que sugiere que la satisfacción de las necesidades de las mujeres en materia de planificación familiar tiene un impacto multi-generacional.

Las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos tienen más probabilidades de convertirse en mano de obra activa y productiva, lo que significa que les es más fácil obtener ingresos con los que mejorar su propia seguridad económica y la de sus familias (FHI). Por ejemplo:

- En Egipto, las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos tienen más probabilidades de encontrar un empleo que las que no;
- En Brasil y en Indonesia, las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos de larga duración o permanente tienen más posibilidades de trabajar a cambio de un sueldo que las que no (WHO 2010).

### Datos generales: Beneficios con respecto al empoderamiento de las mujeres

El hecho de que las mujeres recurran a la planificación familiar y, en particular, a los métodos anticonceptivos modernos:

- significa que pueden decidir cuántos niños van a tener, cada cuánto tiempo y cuándo los tendrán, en consonancia con los acuerdos internacionales en materia de derechos humanos;
- permite a las mujeres y niñas dedicarle más tiempo a la educación, la formación y el empleo;
- aumenta, como ha quedado demostrado, la probabilidad de que las mujeres se inserten en la educación y en el mercado laboral; y
- en última instancia, permite a las mujeres prestar un mayor apoyo a sus familias y a sus comunidades, y participar en la vida política y económica de sus países.

Fuente: Barot 2008; Center for Reproductive Rights/UNFPA 2010; WHO 2010

Además, la mayor capacidad de las mujeres para controlar su propia fecundidad tiene importantes implicaciones en los procesos que llevan hacia la igualdad de género. En general, los servicios de salud reproductiva mejoran la salud de mujeres y niñas, de manera que ellas pueden ser productivas para sus familias, comunidades y economía (UNFPA 2005). Por ejemplo, cuando las mujeres tienen acceso a la planificación familiar, pueden planificar sus embarazos y el tamaño de sus familias en función del sueldo que necesiten y que quieran ganar (Birdsall, Ibrahim et al. 2004). Además, uno de los indicadores clave del empoderamiento de las mujeres en el hogar es su capacidad para tomar decisiones sobre su propia maternidad y el uso de métodos anticonceptivos (Grown, Gupta et al., 2003).

**El empoderamiento de mujeres y niñas, en parte garantizando su acceso a la planificación familiar voluntaria, es un paso muy importante hacia una mayor igualdad de género** en las comunidades, sociedades y estados.

Si bien la desigualdad de género se debe a muchos factores, hunde sus raíces en las normas socioculturales y mitos sobre qué comportamientos son aceptables dependiendo de si uno es mujer, hombre, niño o niña. Aquí se incluyen también las creencias en torno a la salud sexual y a la planificación familiar. Por ejemplo, la pasividad que algunas normas atribuyen a las mujeres frente a la agresividad que atribuyen a los hombres puede llevar a que sean los hombres quienes decidan sobre aquellos asuntos relacionados con el sexo dentro de una relación o matrimonio. Otras normas atribuyen la responsabilidad de la planificación familiar, incluida la anticoncepción, exclusivamente a las mujeres y a las niñas.

La participación informada de hombres y niños en los programas de salud reproductiva y en la toma de decisiones puede contribuir a desafiar normas de género perjudiciales. También reconoce que los hombres y niños tienen necesidades de salud reproductiva y responsabilidades.

### Citas: el empoderamiento de las mujeres

“En lo que se refiere a la planificación familiar entre las mujeres africanas, hubo muchas habladurías durante mucho tiempo, especialmente en lo que se refiere a las mujeres del ámbito rural. Por ejemplo, se pensaba que o no sabían lo que era la planificación familiar, o no la querían, o se oponían a ella por razones de tradición. En su mayoría no eran más que mitos divulgados por gente venida de Occidente. Cuando trabajé en las comunidades, llegamos a alrededor de 500.000 mujeres beneficiarias a lo largo de cuatro años y, en todos los casos, las comunidades se mostraron interesadas por la planificación familiar, y no mostraron oposición alguna.”

— Holo Hochanda, Delegación zambiana de la Comisión sobre Población y Desarrollo, BroadReach Healthcare, Zambia

“A nivel comunitario, incluso los líderes religiosos entienden que la planificación familiar es necesaria, ya que ven de cerca los problemas. Los hospitales católicos asesoran a las mujeres sobre el espaciamiento de los embarazos y les dicen dónde pueden conseguir anticonceptivos, pues los propios prestadores de servicios de las altas esferas se desentienden de esta política.”

— Holo Hochanda, Delegación zambiana de la Comisión sobre Población y Desarrollo, BroadReach Healthcare, Zambia

“Solía ruborizarme en esas sesiones de mujeres, en donde las ancianas hablaban de posiciones sexuales y aplaudían y reían, y hablaban de cómo los hombres no sabían cómo complacerlas; ¡illegabas a olvidarte de que estaban acabadas! ¡Parecían mis abuelas! Ése es el tipo de charlas que conocí cuando estuve trabajando y viviendo en esas comunidades.”

— Holo Hochanda, Delegación zambiana de la Comisión sobre Población y Desarrollo, BroadReach Healthcare, Zambia

## 2.6 Beneficios: Ayuda a los países en desarrollo para adaptarse al cambio climático

El cambio climático se debe principalmente al consumo y a las emisiones de gases de efecto invernadero en los países más desarrollados. Sin embargo, los países menos desarrollados son y seguirán siendo los que más sufran el cambio climático, a pesar de ser los que menos han contribuido al problema (Bryant, Carver et al. 2009; Lancet/UCL 2009; UNDP 2010).

Para los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil de muchos países en desarrollo, el rápido crecimiento demográfico constituye uno de los factores que dificultan su adaptación al cambio climático (Bryant, Carver et al. 2009). Los programas de planificación familiar voluntaria, basados en un enfoque de derechos, pueden contribuir a una población sostenible y a mitigar en parte los efectos de los cambios de patrones climáticos (Lancet/UCL 2009).

Las inversiones en planificación familiar deben formar parte de una política integral que también incluya, por ejemplo, inversiones en seguridad alimentaria, suministro de agua potable, mejora de edificios, reforestación y en otras estrategias (Lancet / UCL 2009). Para ello es necesario un enfoque multisectorial, en el cual la responsabilidad de la adaptación al cambio climático no quede limitada a los ministerios de medio ambiente, y en el que la salud, incluida la planificación familiar, forme parte integral de los planes nacionales (Bryant, Carver et al. 2009).

Las organizaciones de salud reproductiva y de mujeres proporcionan desde hace décadas servicios de planificación voluntaria basada en un enfoque de derechos en respuesta a las necesidades de las mujeres, hombres y jóvenes (Lancet / UCL 2009), evitando, al mismo tiempo, las prácticas coercitivas e ineficaces que caracterizaron a los programas de "control de población" del pasado. Su conocimiento y experiencia en la ejecución de programas de planificación familiar voluntaria basada en un enfoque de derechos han contribuido en gran medida a la reducción de las tasas de fecundidad en muchos países en los últimos 40 años, y desde ellos deben abordarse hoy los problemas de crecimiento demográfico.

### Datos generales: beneficios de la ayuda a los países en desarrollo para adaptarse al cambio climático

- Los países desarrollados son los máximos responsables del cambio climático, pero los países en desarrollo son los que más sufren sus consecuencias (Bryant, Carver et al. 2009; Lancet/UCL 2009; UNDP 2010), sobre todo las mujeres y niñas en zonas rurales (PNUD 2010).
- Algunos países en desarrollo consideran que el crecimiento acelerado de sus poblaciones constituye un obstáculo a su adaptación al cambio climático (Bryant, Carver et al. 2009)
- Los programas voluntarios de planificación familiar con un enfoque basado en derechos constituyen una estrategia clave para ayudar a los países en desarrollo a lograr una población sostenible y, en parte, mitigar los efectos del cambio de los patrones climáticos (Lancet / UCL 2009).
- La satisfacción de las necesidades no cubiertas de planificación familiar es una estrategia esencial de empoderamiento de las *mujeres* en particular, sobre todo para hacer frente a los efectos del cambio climático, al permitirles controlar su propia fecundidad (UNDP 2010).
- La planificación familiar con un enfoque basado en derechos ha sido una de las políticas que más ha contribuido a reducir los niveles de fecundidad en muchos países en los últimos 40 años, y es una estrategia fundamental para abordar los problemas que hoy se derivan del crecimiento demográfico.

Fuente: Bryant, Carver et al. 2009; Lancet/UCL 2009; UNDP 2010

También es importante reconocer que el cambio climático no es neutral en cuanto al género: las mujeres y niñas, especialmente en las zonas rurales, a menudo dependen de los recursos naturales y de su entorno natural para la obtención de sus medios de vida y la supervivencia de sus familias. Por lo tanto, las estrategias de adaptación al cambio climático deberían ser sensibles al género e incorporables a los conocimientos y la experiencia que tienen las mujeres sobre su medio ambiente (UNDP 2010).

La inversión en programas de planificación familiar voluntaria y la satisfacción de las necesidades no cubiertas de planificación familiar constituyen una estrategia esencial para el empoderamiento de las *mujeres* de cara a hacer frente a los efectos del cambio climático al permitirles controlar su propia fecundidad (UNDP 2010).

## 3. ESTRATEGIAS PARA ABORDAR EL PROBLEMA

### 3.1 Estrategias: Aumentar y mejorar los servicios y suministros anticonceptivos

El éxito de las políticas y de los programas de planificación familiar depende de la solidez de la cadena de suministros. Con ello se garantiza que todos los usuarios puedan elegir entre diferentes métodos anticonceptivos, y que a su vez éstos:

- estén disponibles en cantidades adecuadas;
- puedan obtenerse en lugares adecuados, cuando se requieran;
- sean asequibles, tanto en lo que se refiere al coste de los anticonceptivos como al coste de su transporte, su coste en proporción a los ingresos, y el coste de los servicios.

También es muy importante que los anticonceptivos estén almacenados y sean transportados adecuadamente a fin de garantizar su calidad y eficacia (European Commission 2007).

Si bien la combinación adecuada de métodos anticonceptivos difiere de una población a otra, por lo general incluye: preservativos masculinos y femeninos, anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos (DIU), inyectables, implantes y anticonceptivos de emergencia. En numerosos países en desarrollo esta oferta combinada de métodos anticonceptivos queda fuera del alcance de las mujeres (RHSC 2009).

#### Cita: Sobre la necesidad de suministros

“Tratar de ejecutar programas de salud sexual y reproductiva sin anticonceptivos ... y otros productos de salud reproductiva es como tratar de erradicar la viruela sin vacunas. Sencillamente es imposible.”

– Steven Sinding, Former Director-General,  
International Planned Parenthood Federation, 2003

#### Datos generales: ¿Qué pueden hacer los gobiernos y los donantes para obtener los beneficios de la planificación familiar?

- Incrementar la voluntad política
- Crear líneas presupuestarias para salud reproductiva
- Garantizar anticonceptivos a precios bajos
- Aumentar los suministros
- Asegurarse de que haya clínicas locales adecuadas
- Incluir en los currículum escolares la educación sexual integral y con base empírica
- Patrocinar campañas nacionales, como la Semana de la Planificación Familiar
- Trabajar con los líderes religiosos y comunitarios para fomentar la aceptación de la planificación familiar como una prioridad sanitaria y social
- Incorporar la planificación familiar en otros servicios e intervenciones sanitarias y no sanitarias

En los países en vías de desarrollo con frecuencia se agotan las existencias de métodos anticonceptivos por falta de previsión, de sistemas de suministro y de gestión logística adecuados y de financiación, esto último debido a la inexistencia de líneas presupuestarias nacionales y a su dependencia de los donantes internacionales. Además, los anticonceptivos -y el presupuesto, los equipos y suministros necesarios para su distribución - no siempre están incluidos en la lista nacional de medicamentos esenciales (WHO 2010). Esto es así a pesar de que los anticonceptivos están incluidos en la lista de medicamentos esenciales de la OMS, la cual recomienda que los países los pongan a disposición del público a precios asequibles, incluidos los anticonceptivos de emergencia.

Una mayor colaboración entre quienes financian la planificación familiar puede contribuir a mejorar la cadena de suministros y reducir la escasez de existencias -incluidos los sistemas de evaluación de la demanda y de seguimiento de la cadena de abastecimiento. Además, los innovadores métodos de financiación, tales como el marketing social, los sistemas de franquicia y otras alianzas público-privadas, permiten un abastecimiento fiable, la estratificación de precios en función del poder adquisitivo de los clientes y la orientación de los consumidores en materia de calidad (WHO 2010).

### 3.2 Estrategias: Aumentar la información, la educación y la comunicación

En la década de 1980, las mujeres decían que no usaban métodos anticonceptivos por falta de información y conocimientos. Éste ya no es el caso, lo que sugiere que los programas de planificación familiar han tenido un impacto significativo en términos de concienciación (Sedgh, Hussain et al. 2007; Guttmacher/IPPF 2010). Pero el problema persiste, y los niveles de conocimiento varían según la región. Hoy, la razón más común para explicar por qué no usan métodos anticonceptivos es la escasa frecuencia con que mantienen relaciones sexuales. La segunda razón más común, citada por entre un 19 y un 36% de las mujeres casadas con una necesidad no cubierta en las regiones en desarrollo, es la percepción o la existencia real de efectos secundarios o riesgos para la salud de los métodos anticonceptivos modernos. Aquí se aprecia un aumento significativo desde la década de 1980, lo que podría deberse a que las mujeres padecen sus efectos secundarios y no saben cómo combatirlos, o bien a que no hay diversidad de métodos, lo que les impediría escoger aquel que mejor se adapta a

sus necesidades o a su estado de salud, o bien a que simplemente que no están bien informadas (Guttmacher / IPPF 2010).

Para atender a las necesidades no cubiertas de métodos anticonceptivos es imprescindible dar un mayor impulso a la difusión de información en esta materia entre mujeres, hombres, jóvenes y proveedores de servicios de salud. Los programas de planificación familiar empíricamente constatables y de carácter integral son la estrategia más importante para corregir la información errónea existente en torno a la anticoncepción y la garantía de que las mujeres pueden realmente controlar cualquier efecto secundario asociado al método elegido. Para ello también será necesario garantizar la disponibilidad de una variedad de métodos anticonceptivos y que mujeres y proveedores de servicios de salud puedan tomar decisiones informadas que favorezcan la salud de la mujer y satisfagan sus necesidades y deseos en materia de salud reproductiva.

### 3.3 Estrategias: Aumentar el compromiso político

Los líderes políticos a menudo no son conscientes de que la planificación familiar es un complemento importante para reducir la pobreza y promocionar el desarrollo. Como resultado, los sistemas de salud no dedican suficientes recursos a la planificación familiar y los líderes políticos no incluyen entre las prioridades de sus programas el acceso de

los servicios de salud sexual y reproductiva para que los funcionarios públicos y otros políticos implementen de manera obligatoria estos programas (RHSC 2009). Muchos países se quedan increíblemente cortos a la hora de calcular las asignaciones presupuestarias necesarias para la prestación de servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

3 Los beneficios sociales y de salud creados con la garantía de acceso a los anticonceptivos con precios asequibles se refleja en la lista de medicamentos esenciales de la OMS, que identifica los medicamentos mínimamente necesarios en un sistema de asistencia sanitaria básica. Los anticonceptivos están incluidos en la “lista básica” de los medicamentos esenciales, lo que significa que la OMS considera que los anticonceptivos deben ser considerados medicamentos necesarios en un sistema de atención de salud básica accesibles y asequibles para todos y todas.



En algunos países, por ejemplo, el sistema público sanitario no cubre servicios de planificación familiar, lo que hace que las mujeres tengan que pagar una cuota para acceder a ellos, aun cuando sí estén recibiendo atención prenatal u obstétrica

(PPAG 2009). Hoy, más que nunca, se hace necesario un mayor compromiso político, tanto por parte de los gobiernos nacionales como por parte de los donantes (UK APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009).

### 3.4 Estrategias: Promover la Igualdad de Género

La falta de compromiso político en materia de planificación familiar puede atribuirse a varios factores, entre otros a la desigualdad de género y al bajo status de la mujer. Ambos factores explican la escasa prioridad que se le da a la salud y a los derechos reproductivos de las mujeres. La desigualdad puede también estar arraigada en la religión y la cultura. Por ejemplo, los estudios demuestran que la oposición religiosa a los métodos anticonceptivos es un de los más significativos obstáculos para asegurar el cumplimiento de los compromisos políticos tanto a nivel nacional como internacional (IPPF 2008; UK

APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009). Además, la escasa participación de los hombres y la promoción de los roles tradicionalmente asignados a hombres y mujeres, tanto a nivel individual como social, constituyen serios obstáculos a la igualdad de género. Es necesario que se adopten medidas para mejorar la condición de la mujer y la prioridad que se le atribuye a las mujeres en las políticas y presupuestos de salud. También es necesario que haya servicios de planificación familiar y anticonceptivos tanto para hombres como para mujeres (WHO 2010).

### 3.5 Citas: estrategias para abordar el problema

#### Garantizar la calidad de los anticonceptivos

“Creo que lo que se necesita realmente es que haya más métodos de planificación familiar. Para ello es necesario incrementar la financiación, los puntos de venta para su distribución y los controles de calidad. Creo que la gente no se fía de las marcas genéricas, incluidos los preservativos. Se piensa que los productos genéricos no son tan buenos como los de marca.”

— Holo Hochanda, Delegación zambiana de la Comisión sobre Población y Desarrollo, BroadReach Salud, Zambia.

“Los jóvenes filipinos están muy influidos por las marcas y buscan las marcas de píldoras u otros productos que a ellos les van bien. Por ello es importante que además de procurar que haya siempre reservas suficientes de anticonceptivos, se suministren siempre las mismas marcas.”

— Bryant Gonzales, Coordinador de Juventud, Asociación de Planificación Familiar de Filipinas.

#### Crear alianzas con los gobiernos

“Si apoyamos estratégicamente al Gobierno en la elaboración de políticas, conseguiremos aumentar los servicios y suministros de salud reproductiva. Creo que, a la larga, conseguiremos un mayor impacto si les apoyamos en la elaboración de políticas y estrategias y en la creación de guías, más que si fuésemos por las calles con pancartas: esta estrategia es importante, pero no debe ser la nuestra.”

— Holo Hochanda, Delegación zambiana de la Comisión sobre Población y Desarrollo, BroadReach Salud, Zambia.

“Creo que el modelo de la Primera Dama, en donde el gobierno es el marido y el presidente y nosotros la ‘Primera Dama’, en ocasiones puede resultar más eficaz, pues facilita la comprensión de los problemas tratados poniéndoles cara más allá de las cifras. Además de defensores, a través de la denuncia, somos socios que aportan soluciones.”

— Holo Hochanda, Delegación zambiana de la Comisión sobre Población y Desarrollo, BroadReach Salud, Zambia.

#### Garantizar la prestación de servicios adaptados a las necesidades de los jóvenes

“A veces vienen clientes jóvenes a decirnos que están muy contentos(as) con que haya un servicio para jóvenes. En aquellas zonas donde la Iglesia Católica ha conseguido imponer su doctrina, como por ejemplo en las aldeas, los jóvenes nos dicen que están realmente contentos de que haya un servicio para ellos.”

— Bryant Gonzales, Coordinador de Juventud, Asociación de Planificación Familiar de Filipinas.

“Los centros de juventud no son necesariamente el mejor modelo para la prestación de servicios para jóvenes, ya que suponen un gasto adicional en términos de personal e infraestructuras. En su lugar, hemos formado a los proveedores de servicios para que sepan tratar con jóvenes. En algunos centros de salud hemos cambiado incluso la fachada y el letrero que rezaba ‘Community Health Care Centre’ [Centro de Salud Comunitario], para que los jóvenes no tengan ningún reparo en acudir a ellos. Una persona joven se lo pensaría dos veces antes de entrar en un centro con un letrero que dijera ‘planificación familiar’, pues puede que él o ella esté soltero y no le interese la planificación familiar, aunque sea sexualmente activo. En estos centros también hay juegos de interior, por ejemplo, lo que los hace más atractivos. Éste sería uno de los modelos posibles para la prestación de servicios para jóvenes. Otro sería el contar con un sistema de educadores o animadores de compañeros, cuya labor consistiría en animar a sus o amigos o amigas a que acudan a los centros de salud. Existen en la actualidad algunos proyectos piloto que siguen este modelo, y hemos podido comprobar que se ha producido un aumento tanto en el número de servicios que ofrecemos a los jóvenes como en el número de jóvenes que acuden a los centros de salud.”

— Bryant Gonzales, Coordinador de Juventud, Asociación de Planificación Familiar de Filipinas.

#### Orientar a las comunidades para que encuentren sus propias soluciones

“Necesitamos un enfoque más enriquecedor y positivo para impulsar el programa de planificación familiar. Igual que para muchas otras cuestiones de desarrollo en materia de igualdad y de género. En muchas comunidades se están haciendo cosas muy buenas, y debemos aprovecharlas. Por ejemplo, hay una comunidad en el noroeste de Zambia cuyo Jefe dijo un día que aquellos hombres cuyas mujeres no diesen a luz en un hospital serían multados. Desde entonces, la tasa de mortalidad materna está bajando, al tiempo que aumentan los partos asistidos, ¡y ese Jefe es un hombre! Este caso demuestra que es posible encontrar personas dispuestas a ejercer de abanderados de la causa y con las cuales se puede trabajar muy bien.”

— Holo Hochanda, Delegación zambiana de la Comisión sobre Población y Desarrollo, BroadReach Salud, Zambia.

“Algunas de las comunidades con las que hemos trabajado están demostrando una gran disposición e iniciativa con respecto a los programas de planificación familiar. Por ejemplo, el jefe de otra comunidad nos dijo que tenían una vivienda de tres camas que querían utilizar como clínica. Nos solicitaron ayuda para terminar de edificarla, y pidieron al gobierno que les apoyara con personal al menos una vez por semana. La comunidad en su conjunto, incluidos los hombres, era consciente de que se necesitaba un establecimiento de salud reproductiva y estaba dispuesta a hacerse con las riendas de esta iniciativa.”

— Nana Amma Oforiwaa Sam, Responsable de Promoción, Asociación de Planificación Familiar de Ghana.

## 4. DATOS, ESTADÍSTICAS Y TESTIMONIOS

### 4.1 Testimonios: motivos de la necesidad no cubierta

#### La planificación familiar no ha sido una prioridad para los gobiernos

“En México, el crecimiento de la población se estaba ralentizando, pero hoy esa tendencia se ha estancado. Según el último censo habría cinco millones de personas más de lo previsto, lo que según los académicos y otros se debería a que el gobierno ha hecho muy poco por promover la planificación familiar.”

— Esperanza Delgado,  
Directora de Información y Evaluación de MEXFAM

“Somos una economía emergente, pero eso no quiere decir que se deba dar un paso atrás en los esfuerzos realizados para garantizar la planificación familiar. La planificación familiar debe ser una prioridad, y debe basarse en la libre elección, no en la coerción. Los esfuerzos de planificación familiar en México respondían a una demanda muy legítima de las mujeres mexicanas - así es como conseguimos reducir el crecimiento de la población. Pero hoy siguen siendo muchas las mujeres que tienen más hijos de los que quisieran debido a la falta de acceso a anticonceptivos.”

— Esperanza Delgado,  
Directora de Información y Evaluación de MEXFAM

#### Falta de información

“Los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva son reales y, como médico, tuve ocasión de comprobarlo a diario. Lo que me sorprendía era el estrés que sentían las chicas ante las pocas respuestas que recibían a sus muchas preguntas.”

— Moisés Muwonge, Doctor en medicina,  
Consultor de Logística Sanitaria, Uganda

“La educación sexual no forma parte del currículo escolar. El FNUAP intentó introducir la educación sexual en Filipinas, pero se encontró con la oposición de los obispos católicos. El Ministro de Educación era partidario de seguir integrando la educación sexual en el currículo escolar, pero el gobierno cambió el año pasado y, una vez más, la educación sexual ha sido excluida. Según se desprende de una encuesta reciente, son muchos los jóvenes que no disponen de mucha información - por ejemplo, creen que el VIH es una enfermedad curable. La única educación sexual que se ve en las escuelas es la que se refiere a la anatomía, pero no se habla del VIH ni del SIDA. Una educación sexual adaptada a cada edad no sólo contribuiría en gran medida a reducir los embarazos no planificados, también serviría para transmitir conocimientos básicos, por ejemplo sobre cómo prevenir el VIH y también sobre seguridad en materia de violencia de género.”

— Bryant Gonzales, Coordinador de Juventud,  
Asociación de Planificación Familiar de Filipinas

“Los servicios gubernamentales son reacios a hablar o a dar otra cosa que no sea la píldora anticonceptiva. El año pasado empezaron a suministrar la píldora anticonceptiva postcoital, pero no parece que dispongan de información adecuada sobre cómo usarla.”

— Sarita Barpanda, Asesora de Programa-País,  
Interact Worldwide, India

#### Falta de alternativas anticonceptivas

“El poder elegir entre diversos métodos anticonceptivos es fundamental. A algunas mujeres les es muy difícil conseguir el apoyo de sus maridos, por lo que prefieren los inyectables, mientras que a otras no les es posible acudir a la consulta cada tres meses, por lo que prefieren los implantes.”

— Nana Amma Oforiwa Sam, Responsable de divulgación,  
Asociación de Planificación Familiar de Ghana

“Una chica vino después de haber tenido una experiencia sexual buena, pero el condón se rompió y no sabía si se había quedado embarazada. Podría haberse hecho una prueba de embarazo, pero ésta no siempre funciona, por lo que lo que esta chica necesitaba era la píldora anticonceptiva postcoital”.

— Moisés Muwonge, Doctor en medicina, Consultor de Logística  
Sanitaria, Uganda

“A menudo, los almacenes nacionales de medicamentos no disponen de una gran variedad de métodos anticonceptivos para el sector público. Hay un proveedor para el sector privado, pero es confesional, lo que limita la elección.”

— Moisés Muwonge, Doctor en medicina, Consultor de Logística  
sanitaria, Uganda

“La elección del método es muy, muy importante. Una joven que no mantiene relaciones sexuales frecuentes y que tiene una relación sexual esporádica no necesita tomar la píldora anticonceptiva. Pero sí podría necesitar en algún momento la píldora anticonceptiva postcoital, para luego volver a su vida normal. Si soy una mujer con ocho hijos y no quiero tener más, necesitaré un método diferente al de la joven. Las mujeres te vienen con necesidades diferentes. Algunas de esas necesidades son médicas, como las de las mujeres que no pueden tomar ciertas píldoras. Algunas sólo quieren limitar el número de hijos, y no puedes decirles que tomen la píldora durante tres años. Tenemos que ayudar a las mujeres a decidir lo que es mejor para cada una de ellas. Algunas te dirán «deme la píldora»; otras dirán «Tan solo quiero algo que pueda usar una vez y volver dentro de tres años.» A algunas mujeres, por ejemplo, no les sientan bien los inyectables, por lo que necesitan otro método. Otras mujeres no pueden utilizar ningún método hormonal, por lo que necesitan un DIU. A algunos médicos como yo no nos parece correcto tener que decir que no disponemos de otros métodos. Debemos ser conscientes de que las mujeres reaccionan de manera distinta a métodos anticonceptivos diferentes. Si no les ofreces alternativas, no les estarás haciendo ningún servicio.”

— Moisés Muwonge, Doctor en medicina, Consultor de Logística  
Sanitaria, Uganda

### Un acceso limitado a servicios y suministros

“En Zambia, la gente quiere anticonceptivos pero no puede acceder a ellos, sobre todo en las zonas rurales. La píldora es lo más fácil de conseguir, y algunas mujeres pueden acceder a implantes, pero sólo en los hospitales de Nivel 2 ó 3 (donde se pueden realizar intervenciones de cirugía menor).”

— *Holo Hochanda, Delegación de la Comisión de Población y Desarrollo en Zambia, BroadReach Healthcare, Zambia*

“En 2010, fuimos a Ghana para hacer un video documental sobre planificación familiar en el Distrito Sur Kwahu; el primer día que llegamos a una de las comunidades la gente decía: «¡Oh! Por fin llega alguien con quien hablar del problema del que no podemos hablar con nadie más.» Nuestra organización fue reconocida por la comunidad como la única proveedora de servicios de planificación familiar, la única entidad que se había acercado a ellos. Ello se debe a las limitaciones del propio sistema público de asistencia sanitaria, también de índole logística; el gobierno no puede llegar a todo el mundo, así que tratamos de llenar ese vacío. Durante cinco años algunas de estas comunidades se quedaron sin servicios porque a nuestra organización le habían retirado los fondos. Al no haber ningún centro de asistencia sanitaria en esas comunidades, tenían que viajar largas distancias para poder acceder a servicios de salud reproductiva.”

— *Nana Amma Oforiwaa Sam, Responsable de divulgación, Asociación de Planificación Familiar de Ghana*

“Casi todo nuestro trabajo ha sido con jóvenes, y está claro que lo que ocurre es, simple y llanamente, que no tienen acceso a anticonceptivos. Ni siquiera disponen de una información adecuada sobre salud reproductiva. Por ejemplo, hemos ejecutado proyectos para jóvenes en tres estados, centrándonos en dar respuesta a la demanda de anticonceptivos. Pero es muy difícil vincularlos a los servicios sanitarios porque, a nivel comunitario, la planificación familiar y los métodos anticonceptivos no son prioritarios. A lo único que esta gente tiene acceso es a la píldora anticonceptiva oral. Y no sólo no hay preservativos, sino que además los proveedores de servicios no están capacitados para informar a los jóvenes sobre cómo usar correctamente un preservativo. Es un círculo vicioso: por un lado se crea una demanda, pero por otro no se dispone de suministros para poder atenderla.”

— *Sarita Barpanda, Asesora de Programa-País, Interact Worldwide, India*

“La posibilidad de acceder a medios de transporte es un desafío para muchas personas. Los vehículos comerciales sólo viajan los días que hay mercado. ¿Y quién te dice que ese día vas a tener dinero para pagar los servicios o suministros que necesitas? Por tanto, no se trata sólo del coste del producto, sino también del coste del transporte.”

— *Nana Amma Oforiwaa Sam, Responsable de divulgación, Asociación de Planificación Familiar de Ghana*

“En mi ciudad había una clínica de planificación familiar subvencionada por el gobierno en el mismo recinto del Ayuntamiento. A los jóvenes les resultaba absolutamente imposible acceder a ella – ¡los jóvenes no van a trabajar a la ciudad! Para mí un centro juvenil debería ser un centro al que pudiera accederse fácilmente, ubicado por ejemplo en una escuela o en un centro comercial ... ¿pero en el Ayuntamiento?”

— *Bryant Gonzales, Coordinador de Juventud, Asociación de Planificación Familiar de Filipinas*

### Restricciones legales

“No puedes acudir a un centro de salud a abortar porque el aborto es ilegal. Pero si entras sangrando, los médicos terminarán el aborto. De ahí que muchas niñas acudan a médicos no cualificados para que les metan cualquier cosa con tal de hacerles sangrar y poder así acudir a un médico de verdad. Algunas sangran más que otras, y esas hemorragias constituyen la principal causa de muerte de mujeres por abortos practicados en condiciones de riesgo. Algunos médicos perforan cualquier parte del cuello del útero, y algunas mujeres pierden mucha sangre. He visto con mucha frecuencia llegar a mujeres jóvenes después de que se les practicara un aborto en condiciones de riesgo -mujeres de entre 18 y 25 años.”

— *Moisés Muwonge, Doctor en medicina, Consultor de Logística Sanitaria, Uganda*

### Los anticonceptivos son demasiado caros para muchos/as usuarios/as

“Los productos de salud reproductiva, como por ejemplo los anticonceptivos, no son gratuitos en Filipinas, ni siquiera en las clínicas subvencionadas por el gobierno. Algunos gobiernos locales los venden a bajo coste, pero los jóvenes no tienen muchos ingresos y dependen de sus padres hasta los 24 años aproximadamente. Simplemente no pueden comprar anticonceptivos. Además, mantener relaciones sexuales sin estar casado es en Filipinas un tabú, por lo que pedir dinero a tus padres para comprar anticonceptivos es algo que ni se plantean.”

— *Bryant Gonzales, Coordinador de Juventud, Asociación de Planificación Familiar de Filipinas*

## 4.2 Datos y estadísticas: beneficios de invertir en planificación familiar

- Cada dólar americano gastado en planificación familiar supone un ahorro de al menos cuatro dólares estadounidenses que, de otra manera, habrían ido a pagar el tratamiento de complicaciones derivadas de embarazos no planificados (Secretario de Naciones Unidas, 2010).
- Si todas las mujeres expuestas al riesgo de embarazos no planificados utilizaran métodos anticonceptivos modernos, la disminución de los embarazos no planificados y de los abortos practicados en condiciones de riesgo supondría una reducción del coste de los cuidados post-aborto de aproximadamente 140 millones de dólares estadounidenses al año (Singh, Darroch et al. 2009; Guttmacher 2010).
- Entre el 30 y el 50% del crecimiento económico de Asia desde 1965 hasta 1990 se atribuye a cambios en la dinámica de la población, fuertemente influidos por las mejoras en salud reproductiva y en el acceso a métodos anticonceptivos (UN Secretary General, 2010; Bloom & Williamson, 1998).
- Entre un 25 y un 40% del crecimiento económico de los países en desarrollo se debe a la reducción de sus tasas de fecundidad (Barot 2008; UK APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009).
- Si se respondiera a las necesidades no cubiertas de métodos anticonceptivos, la mortalidad materna se reduciría entre un 25 y un 35%, y se salvaría la vida de cerca de 100.000 mujeres cada año (Barot, 2008).
- La actual tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos evita 188 millones de embarazos no planificados al año (Guttmacher / IPPF 2010), lo que a su vez contribuye a prevenir 230.000 muertes relacionadas con el embarazo y otros efectos nocivos para la salud (Singh, Darroch et al., 2009).
- Si se cubriesen todas las necesidades no cubiertas, el número de niños huérfanos de madre se reduciría en más de medio millón (Singh, Darroch et al. 2009; Guttmacher / IPPF 2010).
- Si las mujeres tuvieran los medios para poder dejar pasar tres años entre embarazo y embarazo, las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años se reducirían en un 24% y 35% respectivamente (Barot, 2008).
- Si hubiera por lo menos dos años de distancia entre un nacimiento y un embarazo posterior, las muertes de niños menores de cinco años se reduciría en un 13%, si la diferencia fuera de tres años, este tipo de muertes se reduciría en un 25% (Rutstein 2008).
- A medida que aumenta el uso de anticonceptivos, las tasas de aborto disminuyen: se estima que la tasa actual de uso de métodos anticonceptivos modernos contribuye a evitar 112 millones de abortos al año (Guttmacher / IPPF, 2010).

## 4.3 Datos y estadísticas: avances y retrocesos en la consecución de la necesidad no cubierta

- Entre 1965 y 2005, el uso de métodos de planificación familiar en las regiones en desarrollo (excluida China) pasó de menos del 10% a poco más del 50% (Speidel, Sinding et al., 2009).
- El número de usuarios de métodos anticonceptivos pasó de aproximadamente 30 millones a 430 millones desde 1965 hasta 2005, lo que significa que, de tener más de seis hijos, las mujeres pasaron a tener poco más de tres hijos a lo largo de sus vidas (Speidel, Sinding et al., 2009).
- Hacia el año 2007, aproximadamente el 60% de las mujeres casadas en edad fértil usaban algún método anticonceptivo (UN-DESA 2011).
- Desde el año 2000, las necesidades no cubiertas de planificación familiar han seguido siendo de moderadas a altas en la mayoría de las regiones (UN 2011).
- La ayuda a la planificación familiar, en proporción a la ayuda total para la salud, disminuyó durante la década pasada en prácticamente todos los países receptores (UN 2011).
- En el África subsahariana, las necesidades no cubiertas han disminuido muy poco en la última década, y en algunos países incluso se han incrementado (Guttmacher / IPPF, 2010; UN 2011).
- Los datos procedentes de 22 países muestran que el porcentaje de adolescentes cuyas necesidades de métodos anticonceptivos están cubiertas es muy inferior al total de mujeres de entre 15 y 49 años. Esta disparidad ha cambiado poco con el paso del tiempo, evidenciándose pocos avances en la mejora del acceso de los adolescentes a los servicios de salud reproductiva (UN 2011).

### 4.3.1 Testimonios: avances y retrocesos en la satisfacción de la necesidad no cubierta

#### Muchas regiones siguen sin contar con servicios integrales

“En 2007, el Gobierno declaró el estado de emergencia en materia de salud materna, lo que permitió que las mujeres embarazadas que estuvieran afiliadas al Régimen Nacional de la Seguridad Social pudieran acceder gratuitamente a los servicios de atención prenatal y obstétrica. Si bien la iniciativa es digna de alabanza, el gobierno también debería atender a las mujeres que no están embarazadas, suministrándoles anticonceptivos y servicios de planificación familiar gratuitos. Para garantizar la salud materna se requiere un programa integral –la inclusión de la planificación familiar en el Régimen Nacional de la Seguridad Social sería de gran ayuda.”

– Nana Amma Oforiwaa Sam, Responsable de divulgación,  
Asociación de Planificación Familiar de Ghana

“El principal programa nacional de salud de la India - el Programa Nacional de Salud Rural - se centra principalmente en la planificación familiar, en la salud reproductiva y en la salud materna. Sin embargo, la planificación familiar es la que menos atención ha recibido. La salud materna acapara toda la atención, y la gente aún no ha relacionado el vínculo entre salud materna y planificación familiar.”

– Sarita Barpanda, Asesora de Programa-Pais,  
Interact Worldwide, India

“Alrededor del 45% de la población de Ghana tiene menos de 18 años, y el Régimen Nacional de la Seguridad Social proporciona servicios gratuitos a los menores de 18 años. Sin embargo, los mayores de 18 años tienen que trabajar para poder pagar estos servicios. Creemos que es un buen comienzo, pero ahí no se acaba todo.”

– Nana Amma Oforiwaa Sam, Responsable de Promoción,  
Asociación de Planificación Familiar de Ghana

“La Conferencia de El Cairo fue extraordinaria. Era la primera vez que oíamos hablar de derechos y con una perspectiva integral de la salud reproductiva. Pero, si observamos las tendencias de fecundidad en muchos países, está claro que no estamos consiguiendo lo que nos propusimos alcanzar.”

– Esperanza Delgado,  
Director de Información y Evaluación, MEXFAM



### Los hombres quedan excluidos de la planificación familiar

“Solíamos distribuir preservativos, pero los suministros dejaron de ser regulares. En el video documental que hicimos en el Distrito Sur de Kwahu, en Ghana, uno de los agentes comunitarios comenta que «Los jóvenes vienen a ti en mitad de la noche, y no tenemos, y es lamentable.» Dicen, «tenemos que hacerlo sacora -sin preservativo- » Eso quiere decir “a pelo” o “como una persona calva”. En este caso, ¡un pene calvo! Todos se ríen ante tal ocurrencia pero, con frecuencia, no tienen acceso a preservativos. Tenemos que incluir también a los hombres en nuestros planes para responder a las necesidades no cubiertas.”

— *Nana Amma Oforiwaa Sam, Responsable de Promoción, Asociación de Planificación Familiar de Ghana*

### Con frecuencia se agotan las existencias

“En un hospital al norte de Uganda, se agotaron los anticonceptivos en varias ocasiones: preservativos, inyectables (que es el método más común) y los implantes. Sólo teníamos píldoras anticonceptivas, por lo que no había elección posible. Si una mujer usa inyectables y sólo tenemos píldoras, la mujer simplemente se marchará sin protección. Aunque la creencia de que las pastillas son buenas está bastante extendida en algunos círculos, no siempre se da el caso en Ghana. Cuando tienes que tomar una píldora todos los días es difícil mantenerlo en secreto; en cambio, si cada tres meses vas a por inyectables, tu marido no se entera.”

— *Moisés Muwonge, Doctor en medicina, Consultor de Logística Sanitaria, Uganda*

“Entre 1995 y 1996 trabajé en una zona de conflicto; en cierta ocasión se agotaron las existencias de anticonceptivos. Las mujeres venían por la tarde y luego se marchaban a casa por la mañana, ya que en las ciudades la mayoría de las familias dormía en la calle, más seguro que hacerlo en las aldeas ... Las mujeres querían utilizar métodos anticonceptivos, pero no estaban a su alcance. Las existencias se habían agotado en todo el país, y sin embargo, sí llegaban otros medicamentos, a pesar del conflicto.”

— *Moisés Muwonge, Doctor en medicina, Consultor de Logística Sanitaria, Uganda*

“Hablamos con la doctora responsable de los programas de salud reproductiva en el tercer estado más grande de México. Estaba muy preocupada porque en su Estado simplemente no tenían los anticonceptivos que las mujeres necesitaban. Investigamos y descubrimos que, aunque a su Estado se le había asignado específicamente un dinero para la compra de anticonceptivos, este dinero nunca llegó a su oficina. Después de mucho investigar averiguamos que si bien había una ley sobre integridad y transparencia presupuestaria, ésta sólo obligaba al gobierno central, pero no a nivel estatal. De ahí que el Ministro de Salud disponga de documentos que prueban que el Gobierno está invirtiendo en planificación familiar y suministros, y parece todo un éxito. Pero cuando vas a los Estados, en donde realmente se necesitan estos suministros, te das cuenta de que en verdad no disponen de fondos suficientes para adquirirlos.”

Aunque a nivel central es el Ministerio de Salud el que desembolsa fondos para la planificación familiar, a nivel estatal ese dinero lo recibe el Ministerio de Hacienda y no el de Salud. Una vez que los fondos llegan a los estados, los gobernadores son quienes deciden a dónde va ese dinero: pueden decidir que hay prioridades más importantes que la salud reproductiva y la planificación familiar. MEXFAM está tratando de cambiar esto.”

— *Esperanza Delgado, Directora de Información y Evaluación de MEXFAM*

“Empezamos a ver desabastecimiento de anticonceptivos. Hay una línea presupuestaria específica de planificación familiar, así que nos dirigimos al Gobierno central y preguntamos por qué se habían agotado las existencias. Me dijeron que no sabían. En México, la descentralización significa que los 32 estados tienen que seguir el modelo establecido a nivel central, pero no es ese el caso en materia presupuestaria.”

— *Esperanza Delgado, Directora de Información y Evaluación de MEXFAM*

### Los anticonceptivos son caros para muchos/as usuarios/as y organizaciones

“La Asociación de Planificación Familiar de Filipinas cuenta con 25 filiales, todas ellas centros de salud con servicios de asesoramiento y de suministro de anticonceptivos. Sin embargo, seguimos solicitando donaciones para la compra de suministros porque necesitamos cubrir costes. Aunque la FIPF nos proporciona los anticonceptivos de forma gratuita, cuando los envíos llegan a Filipinas tenemos que pagar cerca de un 12% en impuestos. Para no tener que pagar impuestos, la Asociación tendría que estar exenta conforme a la ley que regula la exención de impuestos, pero no lo está.”

— *Bryant Gonzales, Coordinador de Juventud, Asociación de Planificación Familiar de Filipinas*

“Hemos hablado de precios con la gente, y, francamente, la gente prefiere que los anticonceptivos sean gratuitos. Sin embargo, no se fían demasiado de lo que los gobiernos dan de forma gratuita. Por ejemplo, hablando de mitos y conceptos erróneos durante una sesión de preguntas y respuestas con adolescentes, una de las cosas que se dijo fue que los preservativos que daba el gobierno con frecuencia se rompían. Ello se debe a que o bien no se almacenan adecuadamente, o bien están caducados. Éstas son algunas de las cosas que nos dijeron los jóvenes, y explica por qué, aunque los gobiernos proporcionen servicios y suministros, la gente se fía menos de ellos. Además, las instituciones gubernamentales no disponen de instalaciones de almacenamiento adecuadas, lo que explica esa sensación de que los anticonceptivos que suministra el gobierno no son productos fiables. De ahí que se siga dependiendo de los proveedores privados, y que se adquieran en las farmacias, lo que es mucho más fácil, pero la elección sigue siendo limitada.”

— *Sarita Barpanda, Asesora de Programa-País, Interact Worldwide, India*

### La gente sabe lo que es la planificación familiar, pero no puede acceder a los suministros y servicios que necesitan

“Yo creo en la planificación familiar. Creo en todos los beneficios que la planificación familiar aporta a los individuos, a las comunidades y a la vida política. El hecho de que un país se ‘desarrolle’ económicamente no significa que no necesite financiación y programas de planificación familiar. Simplemente se necesitan de una manera diferente. La planificación familiar es una historia sin fin.”

— *Esperanza Delgado, Directora de Información y Evaluación de MEXFAM*

“Desde mi experiencia de trabajo comunitario con hombres y mujeres, por separado y en parejas, la resistencia al uso de métodos anticonceptivos es mínima y mucha la curiosidad. Según los datos demográficos, la tasa de conocimiento sobre planificación familiar se situaría en el 96%, algo que yo no pongo en duda. La gente conoce la píldora y otros métodos anticonceptivos; puede que algunas cosas no las entiendan bien, pero el principal problema es que no pueden acceder a ellos.”

— *Holo Hochanda, Delegación de la Comisión sobre Población y Desarrollo en Zambia, BroadReach Healthcare, Zambia*

“Una de las razones por las que el conocimiento sobre la planificación familiar es casi universal es porque hay muchas [organizaciones de la sociedad civil (OSC)] trabajando en este ámbito, y por cosas como la radio, que llega a muchas personas. Sin embargo, los mensajes no llegan tan lejos como lo hacen la planificación familiar y los centros de salud pública. Si alguien se encuentra a 20 Km. de una aldea, sabrán lo que es la planificación familiar, ya que las OSC organizan reuniones en las aldeas. La pregunta es, una vez se tienen los conocimientos, ¿dónde puedo acceder a los servicios? De estos se ocupa el sector público. En las zonas más remotas es más probable encontrar estructuras sanitarias confesionales. Por ejemplo, las organizaciones católicas suelen ir a las aldeas más remotas, pero no suministran anticonceptivos. Hablan de planificación familiar y de métodos anticonceptivos naturales, y si quieres métodos modernos te dicen que no pueden suministrártelos. En mi opinión, una cosa es el conocimiento y otra el acceso. Necesitamos un método alternativo, de manera que las mujeres también pueden acceder a los servicios, y no sólo a los conocimientos.”

— *Moisés Muwonge, Doctor en medicina, Consultor de Logística Sanitaria, Uganda*

“La mayoría de entidades y proyectos de comercialización social llevan a cabo actividades divulgativas, quizás a razón de una vez al año en una misma zona. Por tanto, si alguien se pierde esa actividad, habrá perdido su oportunidad. En mi opinión, no existe correspondencia alguna entre lo que es la divulgación de mensajes y la prestación de servicios”.

— *Moisés Muwonge, Doctor en medicina, Consultor de Logística Sanitaria, Uganda*

“Una organización ideó un modelo de franquicia social para centros de juventud que luego vendió a los gobiernos locales. Desde entonces son diez las administraciones locales las que han utilizado este modelo. Ofrecen asesoramiento e información, pero no suministros. Existe por tanto una desconexión real: estos centros sólo proporcionan asesoramiento e información, y la gente tiene que adquirir los productos que necesitan en farmacias o en centros sanitarios privados”.

— *Bryant Gonzales, Coordinador de Juventud, Asociación de Planificación Familiar de Filipinas*

“En uno de nuestros proyectos organizamos unos grupos de discusión con jóvenes, durante los cuales quedó en evidencia que la demanda de la píldora del día después es muy elevada, si bien no hay gente capacitada para distribuirla. Una vez más, la brecha entre la oferta y la demanda y las lagunas informativas son muy importantes en muchos Estados de la India.”

— *Sarita Barpanda, Asesora de Programa-País, Interact Worldwide, India*

### Los grupos vulnerables también necesitan servicios

“A comienzos del año 2000, el Ministerio de Salud y la Oficina de Población pusieron en marcha un programa para la creación de centros juveniles en todas las ciudades a través de las administraciones locales. Pero resultó insostenible: en dos años todos los centros de jóvenes habían cerrado. Muchos de los centros que tenemos ahora pertenecen a organizaciones de salud reproductiva en vez de al Gobierno”.

— *Bryant Gonzales, Coordinador de Juventud, Asociación de Planificación Familiar de Filipinas*

“Uno de nuestros centros de salud proporciona servicios a jóvenes trabajadoras del sexo que emigraron ahí por su cercanía a la base militar estadounidense. Estaban realmente contentas de que trabajásemos en esa zona, pues así no tenían que desplazarse a la ciudad más próxima para hacerse una citología, conseguir anticonceptivos o acceder a otros servicios esenciales. Muchas de estas jóvenes trabajadoras del sexo no son de esta provincia o pueblo; emigraron allí, alejándose de sus familias.”

— *Bryant Gonzales, Coordinador de Juventud, Asociación de Planificación Familiar de Filipinas*

“Hemos trabajado en las zonas rurales y en los suburbios, y los problemas son los mismos. La única diferencia es que la información y los suministros son más fáciles de conseguir en las zonas urbanas si tienes dinero para comprarlos. En las zonas rurales simplemente no se tiene acceso a ellos.”

— *Sarita Barpanda, Asesora de Programa-País, Interact Worldwide, India*

“Cuando un partido de derechas accedió al poder en México, no se opuso a la planificación familiar, pero tampoco se mostró abiertamente a favor de ella. El resultado fue que dejaron de hacerse campañas mediáticas de planificación familiar. Eran campañas muy importantes, sobre todo para las adolescentes. Así, no es extraño que en México la mayor necesidad no cubierta de planificación familiar se dé entre las adolescentes.”

Según el gobierno central, todo el mundo en México debería poder acceder a cualquier tipo de método anticonceptivo. De ello da fe el Listado Nacional de Medicamentos, y así lo exige la ley. Pero si vas a los estados te darás cuenta de que la disponibilidad de métodos anticonceptivos depende de los valores éticos y morales de los responsables de alto nivel, como el Ministerio de Salud local o el Gobernador. Si ellos deciden que los anticonceptivos no deben suministrarse a los adolescentes, o que la educación sexual no debe enseñarse como parte del currículo de la enseñanza primaria, los adolescentes no podrán acceder a estos servicios. En resumidas cuentas, las autoridades estatales tienen potestad para decidir que la planificación familiar no se fomente entre los adolescentes, dando así lugar a una necesidad no cubierta y a todo lo que eso conlleva, como por ejemplo, los embarazos no planificados.

Estamos defendiendo duramente a nivel nacional para asegurar que la oferta de los anticonceptivos sea considerada suministros estratégicos, y para que se compren a nivel central. Es importante que todas las ONG sigamos exigiendo responsabilidades a nuestros gobiernos, a todos los niveles y en todo momento – ya sean estos centrales, estatales, locales o comunitarios.”

— *Esperanza Delgado, Directora de Información y Evaluación de MEXFAM*

## 4.4 Datos y estadísticas: previsiones futuras sobre la necesidad no cubierta

- Si el uso de métodos anticonceptivos se mantiene estable, la población mundial podría alcanzar los 11.900 millones en 2050. El escenario podría ser todavía peor si disminuye el uso de anticonceptivos, por ejemplo, debido a la falta de inversión en planificación familiar (Speidel, Sinding et al. 2009).
- Si el índice de crecimiento se mantiene bajo, la población mundial podría alcanzar los 7.800 millones en 2050, frente a los 7.000 millones de hoy, suponiendo que la utilización de métodos anticonceptivos aumente más rápido de lo que lo está haciendo ahora. Según los datos disponibles, lo más probable es que la población mundial alcance los 9.700 millones en 2050, suponiendo que el número de personas que utilizan métodos anticonceptivos aumente de forma considerable en los países en desarrollo (Speidel, Sinding et al. 2009).
- 1.500 millones de adolescentes acaban de entrar en la edad sexual y reproductiva (IPPF 2008; UN 2009).
- El número de mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 49 años) crecerá casi un 33% en la próxima década (Ross and Stover 2009).
- Entre 2008 y 2015 se prevé que el número de usuarios de planificación familiar pase de 645 millones a 709 millones, lo que supone un aumento de 106 millones (RHSC).

## 4.5 Datos y estadísticas: acuerdos internacionales relacionados con la planificación familiar

- En 1994, 179 gobiernos suscribieron el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), comprometiéndose a garantizar el acceso universal a la salud reproductiva y a los servicios y suministros de planificación familiar para el año 2015.
- En el año 2000, 189 jefes de estado adoptaron la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, estableciendo ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a los que posteriormente se añadió un objetivo destinado a garantizar el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015. Para el seguimiento de los logros alcanzados se utilizan unos indicadores, como son la tasa de uso de métodos anticonceptivos y de necesidades no cubiertas en materia de planificación familiar, con lo que se reconoce que el acceso a los anticonceptivos es un factor esencial para lograr el acceso universal a la planificación familiar.
- En los países en desarrollo se producen anualmente cerca de 356.000 muertes relacionadas con el embarazo (WHO 2010). Si bien la mortalidad materna disminuyó en un tercio entre 1990 y 2008, esta cifra sigue siendo alta, y el esfuerzo por reducir la mortalidad materna (ODM 5) es el objetivo de desarrollo en el que menos se ha avanzado (Barot 2008).
- La Iniciativa de Muskoka sobre Salud Materna, Neonatal e Infantil es una iniciativa de financiación que se presentó en la Cumbre del G-8 de 2010 y por la cual los Estados miembros se comprometieron a realizar un gasto colectivo adicional de 5.000 millones de dólares estadounidenses entre 2010 y 2015 para acelerar el progreso hacia la consecución de los ODM 4 y 5 en los países en desarrollo.

## 5. PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

**P** *Pensaba que en las últimas décadas los programas de planificación familiar habían sido un éxito. ¿Qué es lo que ha cambiado?*

**R** Los programas de planificación familiar han sido todo un éxito: desde 1965 el recurso a la planificación familiar en los países en desarrollo (excluida China) ha pasado de representar menos del 10% a representar el 60% (Speidel, Sinding et al. 2009; UN-DESA 2011), y el número de hijos por mujer se ha reducido de más de seis a poco más de tres (Speidel, Sinding et al. 2009).

Pero en los últimos diez años, la ayuda para la planificación familiar ha disminuido en proporción a la ayuda total para la salud en casi todos los países receptores (UN 2011). Y en algunos lugares, como el África subsahariana, las necesidades no cubiertas en materia de planificación familiar han seguido siendo prácticamente las mismas o incluso superiores durante ese tiempo (Guttmacher/IPPF 2010; UN 2011).

A pesar de todo lo que se ha conseguido, corremos el riesgo de retroceder si no se mantiene la inversión en planificación familiar.

**P** *¿Por qué hay que seguir invirtiendo en planificación familiar?*

**R** Hoy en día, aproximadamente el 40% de los embarazos en los países en desarrollo son embarazos no planificados (Singh, Wulf et al. 2009). Además, estamos ante la mayor generación de jóvenes de la historia – a medida que vayan iniciándose en la actividad sexual, la necesidad de invertir en planificación familiar será mayor.

La inversión en planificación familiar ha disminuido por muchas razones. Por ejemplo, las restricciones a la financiación de la salud reproductiva por parte del Gobierno de los EE.UU. durante la presidencia de George W. Bush (la Política de Ciudad de México, también conocida como “Ley Mordaza”) se tradujo en un recorte drástico de los recursos financieros disponibles para la planificación familiar. Y, aunque estas restricciones hayan desaparecido, lo cierto es que provocaron recortes en los servicios en muchos países, lo que probablemente haya contribuido al aumento de las necesidades no cubiertas de planificación familiar (Lancet / UCL 2009).

Por otro lado, la reducción de la financiación de los países donantes también podría deberse a la percepción errónea de que la planificación familiar está ya totalmente financiada. Si bien es cierto que la financiación de las líneas presupuestarias de población han aumentado considerablemente, la mayor parte de estos fondos se ha destinado a financiar programas de VIH / SIDA (Lancet / UCL 2009), dedicando mucho menos a otros aspectos relativos a la salud reproductiva, como es la planificación familiar. Se necesitan más fondos - tanto por parte de los países donantes como de los gobiernos de los países en desarrollo – para financiar programas integrales de salud reproductiva que incluyan tanto la planificación familiar como los programas de VIH / SIDA.

**P** *¿Qué diferencia hay entre los métodos anticonceptivos modernos y los métodos tradicionales?*

**R** Por método anticonceptivo moderno se entiende cualquier método anticonceptivo clínico o farmacéutico para hombres o mujeres cuya eficacia haya quedado demostrada en estudios científicos. Los métodos modernos incluyen la esterilización, los dispositivos intrauterinos, métodos hormonales, los preservativos masculinos y femeninos, y los anticonceptivos

vaginales (por ejemplo, el diafragma o el capuchón cervical). Los métodos modernos son distintos de los métodos tradicionales utilizados para prevenir embarazos no planificados, cuya eficacia no ha quedado suficientemente demostrada. Los métodos tradicionales incluyen el método del ritmo, el *coitus interruptus*, la abstinencia y el método de amenorrea de la lactancia (es decir, la infertilidad que puede producirse durante los seis primeros meses después del parto cuando la mujer está amamantando plenamente y no tiene menstruación).

**P** *¿Por qué algunas mujeres no utilizan métodos anticonceptivos modernos?*

**R** Según se desprende de los estudios realizados, las mujeres no utilizan métodos anticonceptivos modernos principalmente por tres razones. En primer lugar, porque piensan que el riesgo de quedarse embarazadas en su caso es bajo - por ejemplo, porque rara vez mantienen relaciones sexuales, o acaban de dar luz, o se encuentran en periodo de lactancia. En segundo lugar porque, o bien no hay suministros, servicios o información, o si los hay no pueden acceder a ellos. Por ejemplo, puede que la información que tengan sobre métodos anticonceptivos no sea la correcta, o que los anticonceptivos sean demasiado caros, o que les resulte imposible acceder a los dispensarios. En tercer lugar, porque sus propias creencias culturales o religiosas, o las de sus parejas o familias les llevan a rechazar la planificación familiar como opción, si bien ésta es menos común (Sedgh, Hussain et al. 2007).

Desde una perspectiva política más amplia, la falta de acceso a métodos anticonceptivos o a servicios de planificación familiar podría estar ligada a un menor nivel de compromiso político o de financiación de la planificación familiar en las últimas décadas.

**P** *Nuestro enfoque se centra en la reducción de la pobreza y en el desarrollo económico, no en la salud. Por lo tanto, la planificación familiar no debería realmente preocuparnos, ¿no?*

**R** Está comprobado que la planificación familiar contribuye a mejorar el producto interior bruto (PIB), y que la utilización de métodos anticonceptivos modernos está ligada a mayores niveles de PNB per cápita (WHO 2010). Los países con menores tasas de fecundidad y un crecimiento demográfico más lento han experimentado un aumento de su productividad, mayores niveles de ahorro y una inversión más eficaz (UNFPA, 2002). Además, entre el 30 y el 50% del crecimiento económico de Asia desde 1965 hasta 1990 se atribuye a cambios en la dinámica de poblaciones, muy influidos por las mejoras en salud reproductiva (Bloom and Williamson 1998). Y entre un 25 y un 40% del crecimiento económico en los países en desarrollo se debe a menores tasas de fecundidad (Barot 2008; UK APPG on Population, Development and Reproductive Health 2009).

**P** *Los gobiernos están tratando de encontrar la forma de recortar gastos, no de aumentarlos. ¿Por qué deberían gastar en planificación familiar cuando los fondos son escasos?*

**R** La planificación familiar es una de las inversiones más rentables para cualquier gobierno. Por cada dólar que se gasta en planificación familiar se ahorran cuatro. Evidentemente, el incremento de los servicios y suministros de planificación familiar tiene un coste, pero es un coste que se compensa con los ahorros que de él se derivan.

Por ejemplo, si en los países en desarrollo se prestaran servicios de anticoncepción modernos a todas las mujeres que los necesitan, el coste total de los servicios se incrementaría en 3.600



millones de dólares estadounidenses al año. Pero el coste total de la prestación de servicios de salud materno-infantil se reduciría en 5.100 millones de dólares estadounidenses al año, y el coste total de la atención post-aborto se reduciría en aproximadamente 140 millones de dólares estadounidenses al año.

**P ¿Por qué es importante contar con diversos métodos? ¿No tenemos ya la píldora y el preservativo? ¿No son suficientes?**

**R** Cada persona necesita un método distinto. Puede ocurrir que un método determinado le provoque efectos secundarios a una persona determinada (por ejemplo, la píldora o los implantes). O que el marido de la mujer o la familia no quieran que use anticonceptivos, en cuyo caso esa mujer necesitará algo discreto (podría acudir una vez cada tres meses, por ejemplo, a un centro sanitario para que le suministraran inyectables, en lugar de tener que tomar la píldora todos los días).

A lo largo de la vida de las personas, las necesidades anticonceptivas cambian. Por ejemplo, algunas mujeres, especialmente las más mayores, lo que quieren es un método permanente o de acción prolongada para eliminar cualquier posibilidad de quedarse embarazadas, muy diferente a lo que podría necesitar una mujer joven que sí querría tener hijos en un futuro.

**P Tengo entendido que la mayor generación de jóvenes de la historia está ya alcanzado la madurez y empiezan a tener relaciones sexuales. ¿Acaso los jóvenes no pueden conseguir anticonceptivos en los mismos sitios que lo hacen los adultos?**

**R** En algunos lugares, a los jóvenes no les está permitido el uso de métodos anticonceptivos por razones sociales, culturales o religiosas. En otros lugares, aunque no existen restricciones legales o comunitarias específicas al uso de métodos anticonceptivos por parte de los jóvenes, los servicios existentes no son los apropiados. Por ejemplo, la mayoría de los programas de planificación familiar están diseñados para satisfacer las necesidades de las mujeres casadas, pero no las necesidades específicas de los jóvenes. Puede también que los centros donde se prestan estos servicios se encuentren en lugares de difícil acceso para los jóvenes, o que el lugar donde se encuentran les incomode. O bien que los servicios se presten a unas horas a las que les es imposible acudir a ellos. Cuando la planificación familiar es de pago, como lo es en muchos países, puede que simplemente los jóvenes no tengan dinero para comprar anticonceptivos.

También es importante saber que en muchas partes del mundo los jóvenes no tienen conocimientos adecuados sobre salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción. Se pone así de relieve la necesidad de garantizar que todas las generaciones reciban una educación sexual integral que les permita tomar decisiones informadas sobre su vida sexual y reproductiva.

**P Para frenar el cambio climático, ¿no debería frenarse el crecimiento demográfico en los países en desarrollo?**

**R** El cambio climático se debe fundamentalmente al consumo y a las emisiones de gases de efecto invernadero en los países desarrollados, pero son los países menos desarrollados quienes se ven y se verán más afectados (Bryant, Carver et al. 2009; Lancet/UCL 2009; UNDP 2010). De hecho, son muchos de los países en desarrollo los que se han dado cuenta de que una de los factores que dificultan su capacidad de adaptación al cambio climático es su rápido crecimiento demográfico (Bryant, Carver et al. 2009). Sin embargo, las políticas coercitivas de

control de la natalidad -como las que se aplicaron en los años 1960 y 1970 - fueron en gran medida ineficaces, además de violar los derechos humanos de millones de personas.

Por otro lado, los programas de planificación familiar voluntaria con un enfoque de derechos pueden ayudar a los países en desarrollo a conseguir una población sostenible y a mitigar los efectos del cambio climático (Lancet/UCL 2009). La planificación familiar voluntaria debe formar parte de una política integral en la que también se incluyan, por ejemplo, inversiones en seguridad alimentaria, suministro de agua potable, mejora de edificios, reforestación, y otras estrategias (Lancet/UCL 2009).

**P La planificación familiar es sólo un aspecto de los derechos de las mujeres. ¿En general, no deberíamos enfocarnos más en la mejora de la igualdad de las mujeres - por ejemplo, a través de proyectos de micro-créditos o de programas de educación para las niñas?**

**R** La capacidad de la mujer de controlar su fertilidad es vital para su libertad y autonomía, y es un derecho humano fundamental. De hecho, uno de los indicadores clave del empoderamiento de la mujer en el hogar es su capacidad de decidir sobre su propia maternidad y el uso de métodos anticonceptivos (Grown, Gupta et al., 2003).

La satisfacción de las necesidades de las mujeres en materia de planificación familiar contribuye a su empoderamiento personal, social, económico y político (Center for Reproductive Rights/ UNFPA 2010), al tiempo que complementa otras acciones dirigidas a promover los derechos de las mujeres. Por ejemplo, el uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de mujeres y niñas aumenta su acceso a la educación, en parte porque disminuye el número de niñas que se ven forzadas a abandonar la escuela por haberse quedado embarazadas (Barot 2008). Además, las mujeres que utilizan métodos anticonceptivos tienen más posibilidades de trabajar y de ser productivas en el ámbito laboral, lo cual significa que han adquirido un mayor poder adquisitivo que les permite mejorar su propia seguridad económica y la de su familia (FHI; WHO 2010).

**P En pocas palabras, ¿qué es necesario hacer?**

**R** Los donantes y los gobiernos deberían incluir en sus presupuestos partidas presupuestarias específicas para salud reproductiva y planificación familiar, o garantizar una mayor transparencia con respecto a las partidas presupuestarias existentes para "población". A ello se añade la necesidad de un mayor apoyo político y de unas políticas que reconozcan la importancia que tiene la planificación familiar para el desarrollo humano y económico.

Estas políticas y líneas presupuestarias deberían centrarse en garantizar el acceso universal a todos los métodos anticonceptivos modernos existentes y la distribución eficaz de los mismos, la cual debe acompañarse de información o servicios de asesoramiento adecuados sobre cómo deben utilizarse y sus posibles efectos secundarios. Además, los métodos anticonceptivos han de suministrarse a precios bajos o de forma gratuita, en lugares fácilmente accesibles. Las acciones dirigidas a fortalecer los sistemas de salud deberían incluir siempre un componente de planificación familiar.

También necesitamos programas ya experimentados de educación para adolescentes y mujeres sobre los métodos anticonceptivos modernos y los riesgos asociados al embarazo, y educar a los hombres para promover actitudes positivas hacia la anticoncepción.

## 6. TEMAS PARA DEBATIR DURANTE UN MINUTO Y ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

En esta sección se hacen algunas sugerencias para la elaboración de mensajes breves o de estrategias de comunicación con las partes interesadas, ya sea políticos, donantes o periodistas, o para su uso en mensajes de correo electrónico, páginas web u otro tipo de publicaciones.

### 6.1 Ejercicio de reflexión para el desarrollo de temas de debate breves

**Objetivo:** Escribir tres o cuatro ideas esquemáticas o un breve párrafo sobre un solo tema. Lo ideal es que quepan en una ficha para poder llevarlas fácilmente a las reuniones u otro tipo de eventos, o pegarlas al lado de un teléfono o un ordenador para tenerlas siempre a mano.

#### Temas propuestos:

- ¿Cuáles son las necesidades no cubiertas en materia de planificación familiar?
- ¿Por qué la planificación familiar debería ser una prioridad para gobiernos y donantes?
- ¿Acaso no han tenido éxito los programas de planificación familiar? ¿Por qué tenemos que seguir invirtiendo?
- ¿Cuáles son los beneficios económicos de invertir en planificación familiar?
- ¿Cuáles son los beneficios de invertir en planificación familiar en términos de salud?
- ¿Qué tiene que ver la planificación familiar con el cambio climático y el medio ambiente?
- ¿Cómo puede contribuir la planificación familiar a que las mujeres tengan más oportunidades y a mejorar la igualdad de género?

**Materiales necesarios:** rotafolio, ordenador portátil con una copia del manual y diapositivas de PowerPoint, varias copias de las hojas de datos, fichas.

**Nuestra(s) audiencia(s) como objetivo:** Antes de que podamos decidir qué vamos a decir, tenemos que saber con quién estamos hablando: ¿es una persona escéptica o una defensora de la planificación familiar? ¿Qué sabe de la planificación familiar y de la necesidad de invertir en ella?

Como grupo, dedicaremos cinco minutos a elaborar una lista de destinatarios clave (la escribiremos en el rotafolio). Esta lista la tendremos siempre presente cuando trabajemos después en grupo.

**Trabajo en grupo** (dependiendo del número de participantes): Cada grupo escogerá tres temas de trabajo como mínimo (nos aseguraremos de que haya un grupo trabajando en cada tema).

En tu grupo:

- Una persona se presentará voluntaria para tomar notas en el rotafolio
- Una o varias personas se pondrán de acuerdo para escribir el texto final en fichas
- Tened a mano el manual, las diapositivas de PowerPoint y las hojas de datos – os servirán para daros ideas.

Para cada tema:

1. **Escoge UNA frase clave** que querrías que se llevara consigo tu interlocutor. Tiene que ser una frase directa, ni demasiado larga ni complicada para que te resulte fácil recordarla. Por ejemplo, para el tema “¿Cuáles son los beneficios económicos de invertir en planificación familiar?”, tu frase clave podría ser:

*Ningún país con elevadas tasas de fecundidad ha conseguido salir de la pobreza, y la planificación familiar voluntaria es fundamental para que disminuya la tasa de fecundidad.*

o

*Cada dólar gastado en planificación familiar supone un ahorro de al menos cuatro dólares, que de otra manera se habrían gastado en el tratamiento de las complicaciones derivadas de embarazos no planificados.*

2. Busca en el manual tres o cuatro datos que apoyen tu frase clave.

Por ejemplo, si tu frase clave es ***Ningún país con elevadas tasas de fecundidad ha conseguido salir de la pobreza, y la planificación familiar voluntaria es fundamental para que disminuya la tasa de fecundidad.***

#### Esos datos podrían ser los siguientes:

- Más de una cuarta parte del crecimiento económico en los países en desarrollo se atribuye a una disminución de la fecundidad.
- En Asia, al menos un tercio del crecimiento económico entre mediados de 1960 y 1990 se asocia a mejoras en la salud reproductiva y a menores tasas de fecundidad.
- La planificación de la familia ha sido probablemente el factor más importante en la reducción de las tasas de fecundidad global de los últimos 40 años.
- Gracias a la planificación familiar voluntaria, las personas pueden conjugar sus deseos de tener hijos con la necesidad de ganar un sueldo y de invertir en los hijos que ya tienen.

Hay muchos datos que apoyan tu frase clave. El reto consiste en escoger tan sólo tres o cuatro que sean concisos, fáciles de recordar y no demasiado complicados.

Una vez hayas escogido esos tres o cuatro datos, escribe tu frase clave y los datos de apoyo en una ficha. Si no caben, tendrás que resumirlos para que quepan.

## 6.2 Ejemplo de temas de debate

*¿Por qué la planificación familiar debería ser una prioridad para gobiernos y donantes?*

**Audiencia:** Ministros de Salud y Desarrollo

**Afirmación clave:** La mortalidad materna es uno de los mayores obstáculos para el desarrollo.

**Datos de apoyo:** Sabemos cómo prevenirlo. Cuando las mujeres tienen acceso a los anticonceptivos, la mortalidad materna disminuye.

**Ejemplo:** Bangladesh: la mortalidad materna se redujo en un 40% después de que se facilitaran anticonceptivos.  
Colombia: la mortalidad materna se redujo en un 50%.

## 6.3 Ejemplo de estrategia de comunicación para periodistas

**Meta:** periodista

**Objetivo:** persuadirlo(a) para que asista a un acto y escriba sobre las necesidades no cubiertas

**Tema:** las necesidades no cubiertas de planificación familiar

**Comienza adulándolo(a):** Por ejemplo, "Me consta que es usted un gran defensor de los derechos de las mujeres."

**Proporcione un "gancho":** Por ejemplo, "¿Sabía que más de 200 millones de mujeres no pueden decidir cuántos hijos quieren tener? Eso supone más de la mitad de la población de los EE.UU."

**Propósito:** Explícale de qué va el acto o cuál es el tema sobre el que querrías que escribiese.

## 7. ESTUDIOS DE CASOS

### Mejora del acceso a la planificación familiar

#### India

Existen datos que demuestran que la mortalidad materna ha disminuido en aquellos estados de la India en donde hay Trabajadores Sociales de Salud Acreditados o ASHA, por sus siglas en inglés. En algunos estados, cada aldea tiene un ASHA, que es la persona encargada de proporcionar información y de distribuir anticonceptivos, de prestar asistencia durante el embarazo y el parto, y de poner en contacto a las embarazadas con los servicios gubernamentales que puedan necesitar.

Los ASHA apoyan a los Trabajadores Anganwadi, encargados de prestar apoyo nutricional a las madres jóvenes y niños menores de cinco años, mientras que las enfermeras y parteras asisten a las parturientas, asegurándose de que sus partos sean partos seguros realizados en centros oficiales.

*¿Acaso no han tenido éxito los programas de planificación familiar? ¿Por qué tenemos que seguir invirtiendo?*

**Audiencia:** Personas con algún conocimiento sobre planificación familiar

**Afirmación clave:** Sí, los programas de planificación familiar han tenido éxito, pero mientras se recortan los presupuestos, la demanda sigue creciendo.

**Datos de apoyo:** 222 millones de mujeres de países en desarrollo quieren evitar quedarse embarazadas pero no pueden. La mayor generación de jóvenes está llegando a la edad reproductiva. Sin embargo, la financiación para la planificación familiar ha disminuido. Corremos el riesgo de retroceder en la reducción de la mortalidad materna / población / sobrecarga de los sistemas de salud.

**Evidencias:** Esas mujeres no tienen acceso a la información, ni a los servicios de salud, ni a métodos anticonceptivos, los cuales pueden resultarles demasiado caros. A menudo las mujeres no tienen derecho a decidir por sí mismas, y hay una falta de voluntad política para abordar esta cuestión, tanto por parte de nuestros gobiernos como por parte de los gobiernos de los países en desarrollo."

(Apoya lo que acabas de decir con ejemplos de países.)

**¿Qué podemos ofrecerle?:** "Le ofrecemos la posibilidad de asistir a este acto, de entrevistar a destacados expertos en la materia, y de proporcionarle información actualizada sobre estas cuestiones."

## **Pakistán**

En 1993, Pakistán puso en marcha un programa para mejorar el acceso a los servicios básicos de salud -incluidos la información y los servicios de anticoncepción- en las zonas rurales. Las Trabajadoras Sanitarias -Lady Health Workers- son mujeres pertenecientes a las comunidades locales que van a las casas de otras mujeres para proporcionarles información sobre los diversos métodos anticonceptivos existentes y suministros, tales como preservativos y anticonceptivos orales, o bien para recomendarles métodos anticonceptivos de acción prolongada o permanente. Según un programa nacional de evaluación que se llevó a cabo en 2001, el 20% de las mujeres en algunas zonas rurales atendidas por las Lady Health Workers utilizaban métodos anticonceptivos modernos, mientras que sólo el 14% de las mujeres de otras zonas rurales confiaba en métodos contraceptivos modernos. Este programa pone en evidencia la utilidad de la distribución de métodos a nivel comunitario de anticonceptivos puede promover el acceso a la planificación familiar de poblaciones que, de otra forma, ya sea por su lejanía o por el estigma existente en torno al uso de anticonceptivos, no habrían accedido a ella (Center for Reproductive Rights/ UNFPA 2010).

## **Egipto**

En cuestión de 20 años, de 1980 a 2000, el porcentaje de mujeres que usaban métodos anticonceptivos en Egipto aumentó del 24 al 56%, y el promedio de hijos nacidos durante la vida fértil de una mujer se redujo de 5,3 a 3,5. Este éxito se debe a la ejecución de importantes programas de planificación familiar, al compromiso político y al apoyo de los donantes.

Sin embargo, en muchas zonas rurales tales como el Alto Egipto, la adopción de programas de planificación familiar tuvieron menos éxito debido a la desinformación sobre los efectos nocivos potenciales de los anticonceptivos y a la creencia extendida de que la planificación familiar va contra el Islam. En la provincia de Minya, donde se daba una de las tasas más bajas de uso de métodos anticonceptivos en Egipto, se llevó a cabo un programa piloto cuyo objetivo era fomentar la colaboración entre las mezquitas locales y las doctoras en las clínicas de salud de las aldeas. El programa sirvió para invertir esta situación, de manera que el porcentaje de utilización de métodos anticonceptivos pasó de un 23 a un 48%. El hecho de formar a los líderes religiosos locales y de darles un papel en la atención de las necesidades no cubiertas contribuyó a acabar con el estigma, los mitos y los recelos en torno al uso de métodos anticonceptivos (USAID).

## **La planificación familiar y el desarrollo sostenible**

### **Guinea-Bissau**

En Guinea-Bissau, las organizaciones de mujeres han puesto en marcha un exitoso proyecto piloto basado en alianzas con el Gobierno para proporcionar servicios de salud reproductiva en zonas donde las mujeres recogen sal. Las organizaciones de mujeres prestan servicios de salud reproductiva y planificación familiar, cuidado de niños, asesoramiento sobre cómo iniciar un negocio y microcréditos. El proyecto es un buen ejemplo de colaboración comunitaria vinculada a servicios gubernamentales.

### **Nepal**

El Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF) empezó a ejecutar un proyecto de conservación del medio ambiente en Nepal. Pero pronto se dio cuenta de que, sin la plena participación de las mujeres en todas las áreas del proyecto, no podrían alcanzarse las metas. Sin embargo, eran muchas las mujeres las que, con frecuencia, se quedaban embarazadas, estaban enfermas, padecían anemia u otros problemas de salud reproductiva.

WWF lanzó entonces un pequeño proyecto piloto dirigido a prestar servicios de planificación familiar. A partir de ahí, fueron muchos los y las jóvenes que empezaron a usar anticonceptivos, y la salud de las mujeres mejoró. Ahora el principal proyecto de WWF va bien, y WWF se ha puesto en contacto con Väestöliitto y con la Asociación de Planificación Familiar de Nepal para fortalecer el componente de planificación familiar de su proyecto.

## **Servicios adaptados a los y las jóvenes**

### **India**

En varios estados de la India, las organizaciones no gubernamentales han lanzado un proyecto piloto para la creación de Centros Comunitarios de Acceso a la Información para difundir información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos entre los adolescentes, y para abordar estos derechos a nivel comunitario. Estos centros están especialmente diseñados para los adolescentes y proporcionan un espacio para la participación de jóvenes en situación de vulnerabilidad, padres y líderes comunitarios y religiosos. El proyecto persigue mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a los jóvenes, así como mejorar conocimientos y crear una mayor concienciación en materia de salud sexual y reproductiva, incluido el VIH, especialmente entre las mujeres y hombres jóvenes más vulnerables.

Aunque se trata de un proyecto a nivel comunitario, insiste en la idea de que los gobiernos se apropien de él y lo incluyan en sus respectivos "Planes de Acción" para jóvenes. Tras diversas reuniones, el Ministerio de Deportes y Asuntos de la Juventud y el Departamento de la Mujer y el Niño se han comprometido a replicar el proyecto en 12 distritos de Jharkhand y Bengala Occidental. Esto permitirá que el proyecto llegue a más de 10 millones de jóvenes y 3.600 proveedores de servicios.

Además, gracias a la promoción del proyecto se han conseguido importantes mejoras en el acceso de los jóvenes a servicios adaptados: el 67% de los jóvenes encuestados reconocieron sentirse más cómodos con estos servicios.

## Acercamiento / avance a nivel de derechos

### Paraguay

- En tan sólo seis años, el uso de métodos anticonceptivos modernos se ha incrementado de forma espectacular, pasándose de un 48 a un 61% en Paraguay, y de un 41 a un 55% en las zonas rurales.
- Este aumento ha sido especialmente significativo en lo que se refiere al uso de métodos anticonceptivos modernos por parte de las mujeres casadas más jóvenes y más mayores -los dos grupos con mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna y de complicaciones durante el embarazo.

Estos cambios se atribuyen en parte a la nueva garantía constitucional del derecho de todos los individuos a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos. El compromiso político para hacer que se cumpla este derecho es muy fuerte, llegándose incluso a asignar fondos para la compra de métodos anticonceptivos y a crearse alianzas entre entidades públicas y privadas. Esto, añadido al apoyo inicial de los donantes, ha dado lugar a una generalización de los servicios anticonceptivos y a una diversificación de métodos anticonceptivos (USAID / DELIVER 2006).

### Guatemala

En 2005, Guatemala aprobó una legislación para garantizar el acceso universal a todos los métodos anticonceptivos. A pesar de las numerosas trabas, la ley entró finalmente en vigor en octubre de 2009. La Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar establece como objetivo el acceso universal a los servicios de planificación familiar en todo el territorio, e incluye estrategias para acabar con las barreras que impidan ese acceso. Además de garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos, la ley incluye una serie de disposiciones encaminadas a garantizar la toma de decisiones libre e informada, el acceso a unos servicios de información y asesoramiento adecuados, la capacitación de los proveedores, y la educación sexual en las escuelas primarias

## Éxitos de la planificación familiar

### Indonesia

El promedio de hijos durante la vida fértil de las mujeres de Indonesia en los años sesenta era de seis por mujer, y al menos dos de ellos morían antes de alcanzar la edad escolar. En respuesta a esta tendencia, el gobierno lanzó un programa de planificación familiar en 1967 que, además de poner énfasis en el espaciamiento de los nacimientos y en la participación de la comunidad, animaba a las parejas a pensar en cómo querían tener los hijos, en si querían tener hijos, y en cuándo querían tenerlos. Esto ayudó a reforzar la idea de que tener familias más pequeñas no sólo era aceptable sino deseable. Hoy por hoy, las cifras indican que el promedio de hijos por pareja es de 2,6, y más del 60% de las parejas casadas espacian los nacimientos, sobre todo mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos (USAID).

y secundarias. Para ayudar al logro de estos objetivos, la ley incorpora la perspectiva de derechos humanos. Así, por ejemplo, presta especial atención a los grupos vulnerables, incluidos los adolescentes y las personas que viven en las zonas rurales, las cuales no tienen acceso a los servicios básicos de salud. Además, la ley establece que se hagan encuestas nacionales para saber cuáles son las necesidades de planificación familiar. Asimismo recomienda que se desarrollen herramientas que permitan hacer un seguimiento de la prestación de servicios de planificación familiar y evaluar los progresos realizados en lo que se refiere a la eliminación de las barreras que impiden el acceso a esos servicios (Centro de Derechos Reproductivos / UNFPA 2010).

### Colombia

A pesar de la oposición de la Iglesia Católica, el Gobierno Colombiano ha trabajado con la sociedad civil para apoyar a los servicios de salud reproductiva, incluido el acceso a métodos anticonceptivos. Como resultado de este trabajo conjunto, se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres casadas, pasándose de un 20% en 1969 a un 66% en 1990. La necesidad no cubierta en materia de planificación familiar cayó hasta el 11%, y la mortalidad materna pasó de más de 240 muertes por cada 100.000 nacimientos a aproximadamente 120 muertes por cada 100.000 nacimientos en 1990.

En 1991 la nueva Constitución del país reconoce la salud como un derecho básico, dando lugar a una serie de reformas importantes en el ámbito sanitario, como es el establecimiento de un seguro sanitario universal que incluye la cobertura de planificación familiar. Desde entonces, las necesidades no cubiertas han caído incluso por debajo del 6%, y el uso de métodos anticonceptivos ha alcanzado el 78% entre las mujeres casadas. En 2010, una decisión del tribunal constitucional dio lugar a nuevas mejoras en el paquete de prestaciones incluidas en el seguro sanitario para la planificación familiar (Singh, Darroch et al. 2009).

### Togo

Las necesidades no cubiertas de planificación familiar siguen siendo altas en Togo, donde la proporción de mujeres en edad reproductiva que utilizan (o cuya pareja utiliza) algún método anticonceptivo moderno, en un momento dado a lo largo de sus vidas, es tan sólo de un 9%. A este problema se añade el de los recortes en la financiación de los suministros de métodos anticonceptivos por parte de los donantes.

Para mejorar el acceso a los anticonceptivos, el Ministerio de Salud, en colaboración con muchas otras partes interesadas, entre las que se incluye el Ministerio de Finanzas, lanzó un proceso de planificación estratégica en febrero de 2004. El Ministerio de Salud y el Ministerio de Finanzas promovieron la creación de una línea presupuestaria para productos anticonceptivos. Antes de terminar de elaborar dicha estrategia en septiembre de 2005, el Ministerio de Finanzas reconoció que hacían falta más recursos y anunció su intención de crear una partida para la compra de anticonceptivos y que, provisionalmente, asignaría una ayuda de 50 millones de francos CFA (95.000 dólares estadounidenses) al Ministerio de Salud para la compra de métodos anticonceptivos (RHSC 2009).



## La protección de la salud y los derechos de niñas y mujeres jóvenes

### Yemen

En algunos distritos de Yemen, cerca del 60% de las familias casan a sus hijas antes de la edad de 18 años. En algunas zonas, la proporción de niñas que tienen acceso a la educación es inferior al 1%. La Unión de Mujeres del Yemen está ejecutando un proyecto cuyo objetivo es garantizar que las niñas no se casen y sigan yendo a la escuela por lo menos hasta los 18 años. Para ello, realiza labores de promoción para modificar la opinión de los líderes religiosos y comunitarios y de las familias sobre la importancia de la educación de las niñas. Uno de los componentes de ese proyecto es el trabajo con los educadores voluntarios de la comunidad, encargados de concienciar a las comunidades sobre las consecuencias sociales y sanitarias del matrimonio infantil a través de grupos de discusión, proyección de películas, obras de teatro, concursos de escritura, lecturas de poesía, debates y cursos de alfabetización. En sus mensajes incluyen información sobre los riesgos del embarazo para las niñas. Más allá del interés por retrasar la edad del matrimonio, el objetivo del proyecto es disminuir la mortalidad materna, neonatal e infantil y las enfermedades asociadas a los matrimonios infantiles, como son la fístula obstétrica, las deformidades infantiles, las enfermedades mentales, la depresión y la violencia doméstica. El proyecto ha llegado a casi 41.000 personas de varios distritos, y en esas mismas zonas ha quedado constatado que la proporción de matrimonios infantiles de niñas de 10 a 17 años ha disminuido (USAID 2009).

### Kirguistán

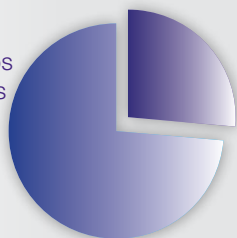
Las tasas de mortalidad materno e infantil en Kirguistán son altas, y el matrimonio temprano es frecuente: según un informe de las Naciones Unidas de 2004, aproximadamente el 11% de las niñas entre 15 y 19 años de edad estaban casadas, divorciadas o viudas. La práctica va en aumento debido a la pobreza, el desempleo y algunas normas culturales nocivas, como es el secuestro y el matrimonio forzado de mujeres jóvenes (OECD Development Centre 2007).

Tras asistir a un seminario de salud apoyado por USAID en su región, el Imam Abinazar quiso compartir los conocimientos que había adquirido sobre estos temas. Trabajó en 400 mezquitas, organizando cursos de formación para los imanes y sus seguidores sobre cuestiones de salud reproductiva, cuestiones éstas que rara vez o nunca se discuten en público o en privado. Las reuniones iban sobre todo dirigidas a hombres cabeza de familia; les habló de la planificación familiar, de la necesidad de espaciar los embarazos y de los riesgos asociados a los embarazos precoces. Además, las escuelas musulmanas han incorporado el material en las clases de salud. Hoy por hoy, son muchas las mezquitas que siguen realizando seminarios de salud para personas adultas.

## 8. TABLAS, GRÁFICOS Y DIAGRAMAS

### Nivel de necesidades no cubiertas entre las mujeres casadas de países en desarrollo\*

645 millones  
utilizan métodos  
anticonceptivos



al menos 222 millones  
no usan ningún método  
anticonceptivo

Mujeres con  
necesidades no  
cubiertas

\*Casi todos los datos disponibles sobre necesidades no cubiertas se refieren a mujeres casadas o en pareja, y rara vez a mujeres solteras o adolescentes. Por lo tanto, es probable que las necesidades no cubiertas estén subestimadas.

Fuente: Singh S., J. Darroch, et al. (2012) *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services – Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA); RHSC (2009) *Make a Case for Supplies, Leading Voices in Securing Reproductive Health Supplies: An Advocacy Guide and Toolkit*. Brussels:

### Embarazos y nacimientos no planificados en los países en desarrollo



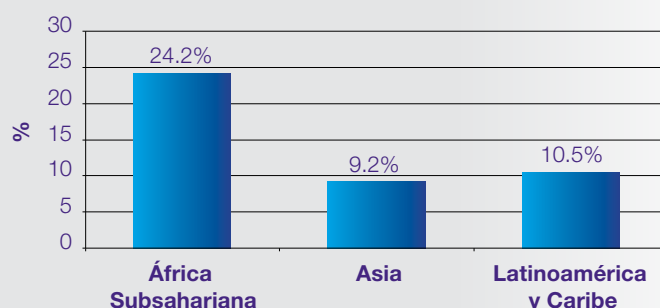
Situación de la planificación familiar

Reproductive Health Supplies Coalition.

Fuente: Singh S., J. Darroch, et al. (2012) *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services – Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA). [www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf)

### Necesidades no cubiertas de planificación familiar por región\*

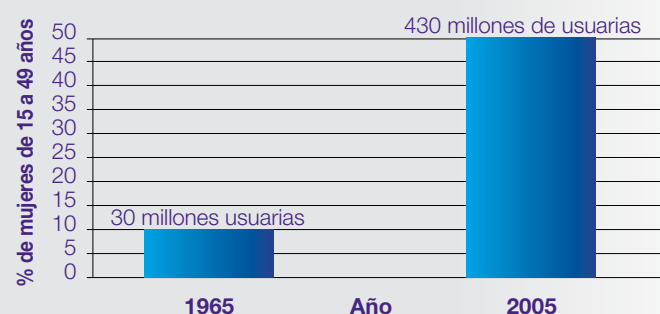
Porcentaje de mujeres casadas o en pareja con necesidades no cubiertas de planificación familiar en regiones en desarrollo, 2007



\*Casi todos los datos disponibles sobre necesidades no cubiertas se refieren a mujeres casadas o en pareja, y rara vez a mujeres solteras o adolescentes. Por lo tanto, es probable que las necesidades no cubiertas estén subestimadas. Y si bien el número actual de mujeres con necesidades no cubiertas es mayor en Asia, la proporción de mujeres con necesidades no cubiertas es mayor en el África subsahariana, en donde la utilización de métodos anticonceptivos es baja.

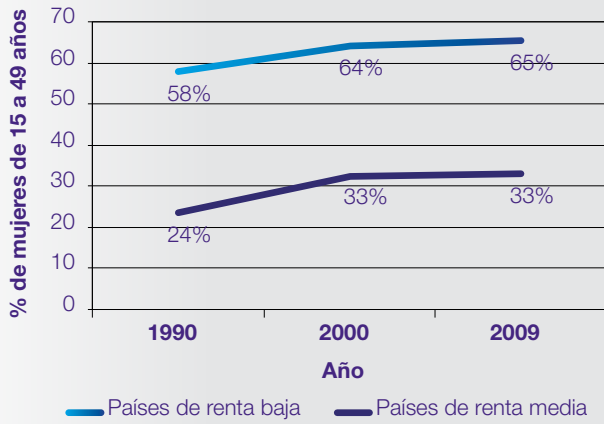
Fuente: UNFPA 2009

### Tasa de anticonceptivos en regiones en desarrollo (excluida China) 1965-2005



Fuente: Speidel, J., S. Sinding et al. (2009) *Making the Case for US International Family Planning Assistance*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health.

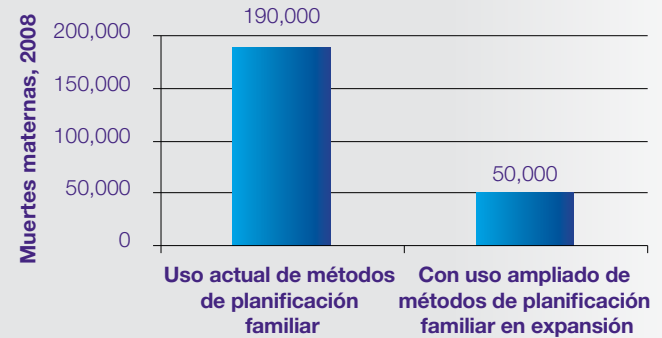
**Tendencia de la tasa de anticonceptivos entre 1990 y 2009 en países de renta media y baja**



Fuente: World Bank

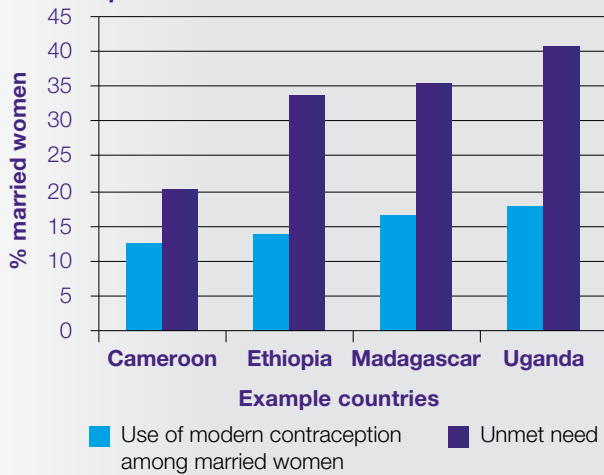
**Mortalidad materna a causa de embarazos no planificados**

Muertes entre mujeres y niñas (de 15 a 49 años) a causa de embarazos no planificados en países en desarrollo



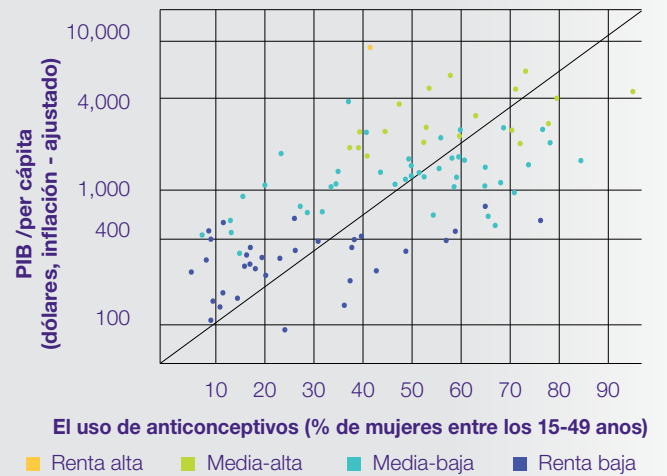
Fuente: Singh, S., J. Darroch et al. (2009) *Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund.

**Las necesidades no cubiertas exceden al uso de métodos anticonceptivos modernos en el África subsahariana**



Fuente: Measure DHS: [www.statcompiler.com](http://www.statcompiler.com).

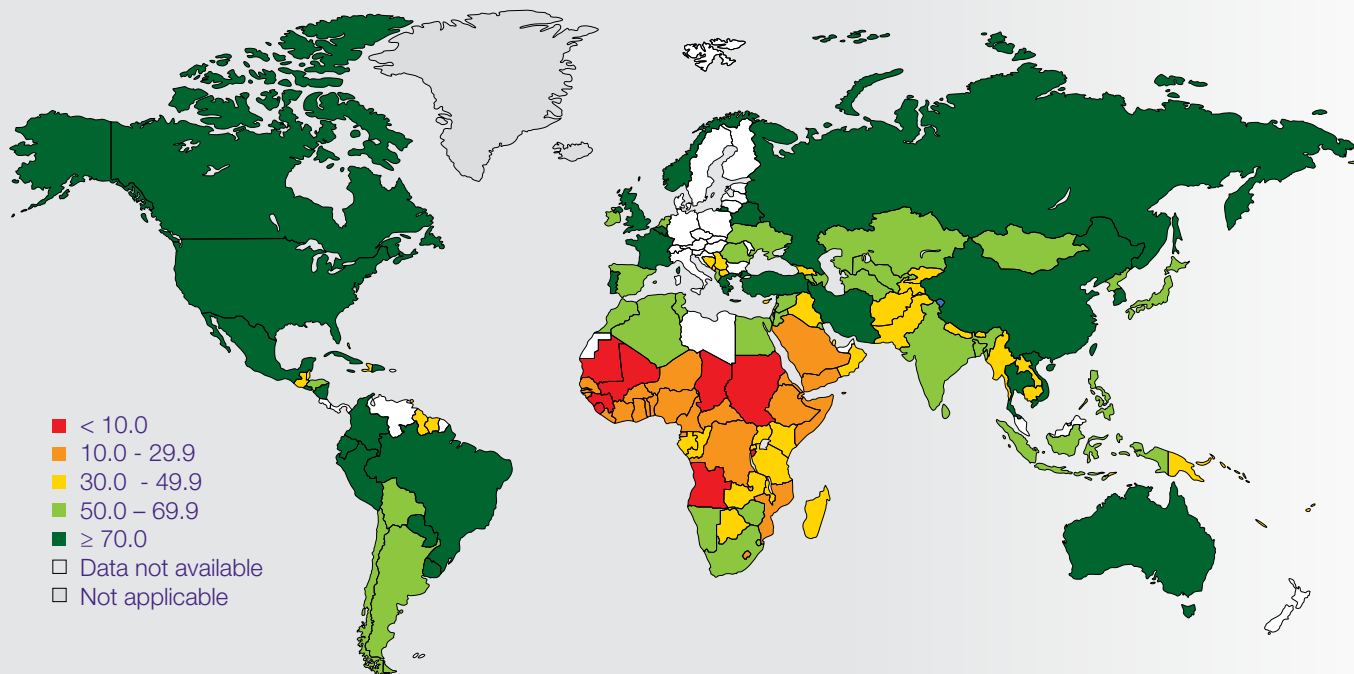
**PIB y uso de anticonceptivos, 2005, en una muestra de países**



Fuente: Gapminder.org using World Bank data



Tasa de uso de anticonceptivos, global, promedio 2000–2010



Los límites y nombres mostrados y las denominaciones usadas en este mapa no implican la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud en relación a la situación jurídica de cualquier país, territorio, ciudad o área o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras o confines. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada líneas para las que puede no existir todavía pleno acuerdo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud  
Producción de Mapas: Información de Salud Pública  
Y Sistemas de Información Geográfica (SIG)  
Organización Mundial de la Salud



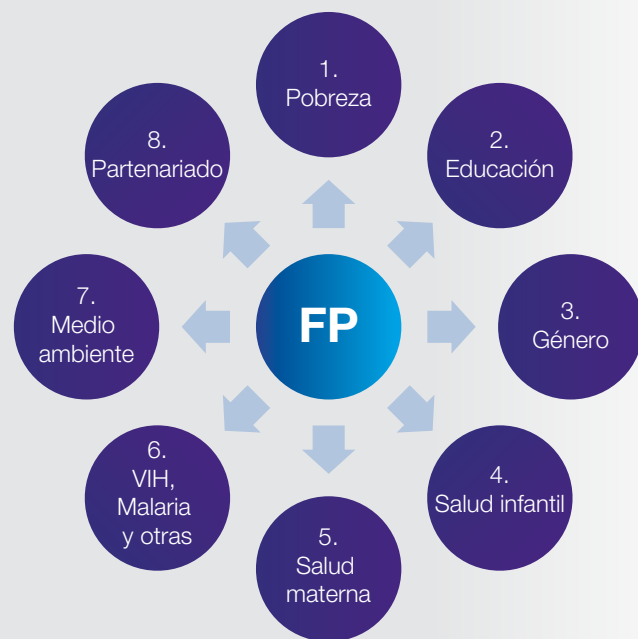
©WHO 2011. All rights reserved.

Ventajas seleccionadas de la planificación familiar por sectores

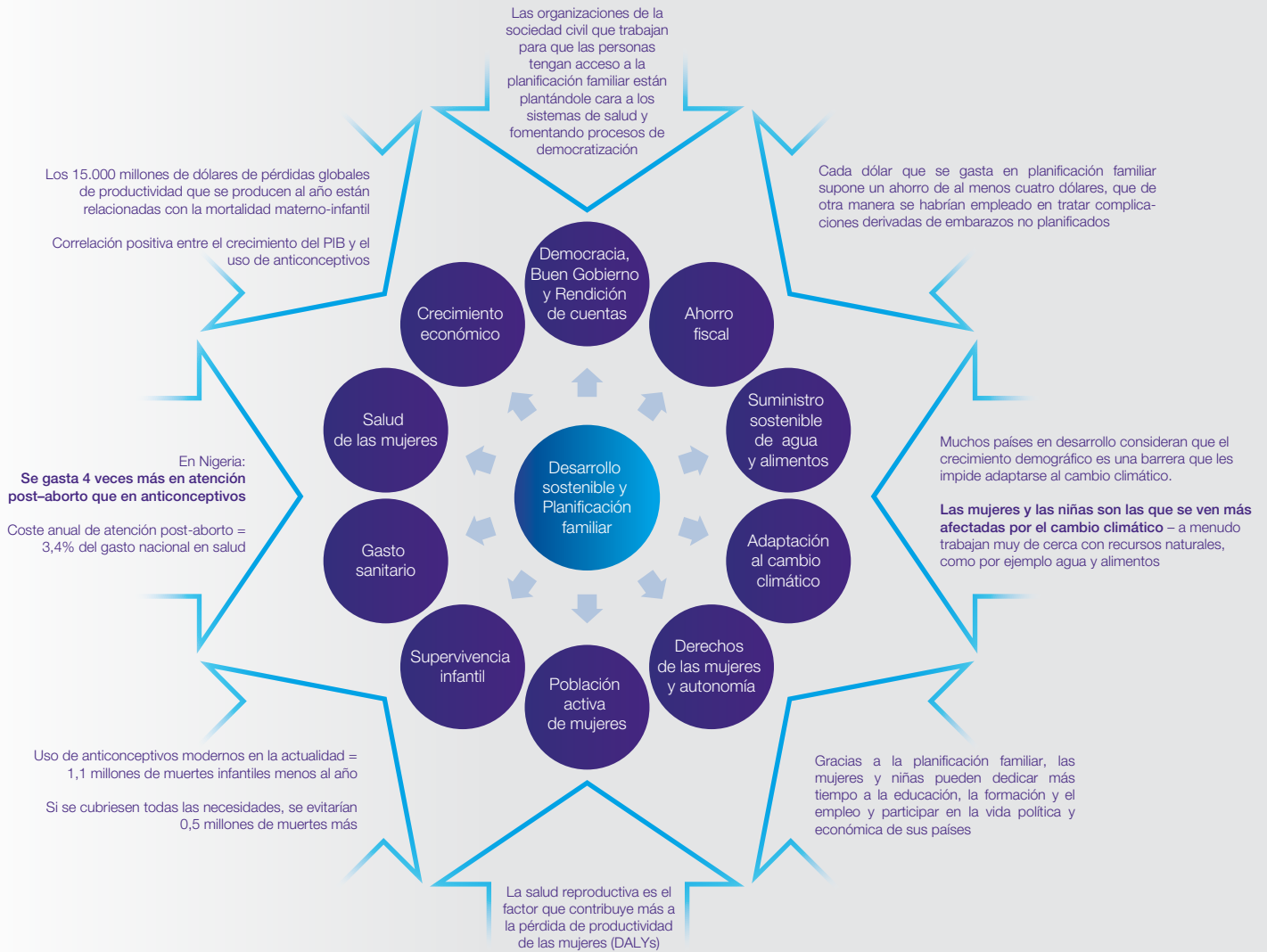
Beneficios seleccionados de la planificación familiar	
<b>SALUD</b>	Menor morbilidad/mortalidad materno-infantil; menos abortos en condiciones de riesgo; menor prevalencia de VIH
<b>EDUCACIÓN</b>	Menos niñas/mujeres jóvenes que abandonan la escuela por embarazos no planificados
<b>MEDIOAMBIENTE</b>	Crecimiento demográfico sostenible; los países pueden adaptarse mejor al cambio climático
<b>ECONOMÍA</b>	Mujeres más productivas en sus comunidades y economías; menor pobreza en los hogares; contribución al crecimiento económico.

Fuentes: Mackenzie et al. (2010), DFID; Ashford (2003), Population Reference Bureau; WHO (2010); Barot (2008), Guttmacher Institute; RHSC (2009), Reproductive Health Supplies Coalition; Speidel, et al. (2009), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health

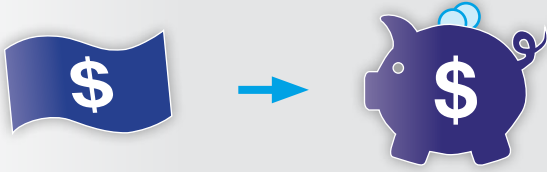
La planificación familiar incide en todos los ODM



## Relación entre desarrollo sostenible y planificación familiar



**1 \$ gastado en PF supone un ahorro de 4 \$**



Por cada dólar gastado en planificación familiar

Se ahorra al menos 4 dólares, que de otra manera se habrían gastado en tratar complicaciones derivadas de embarazos no planificados

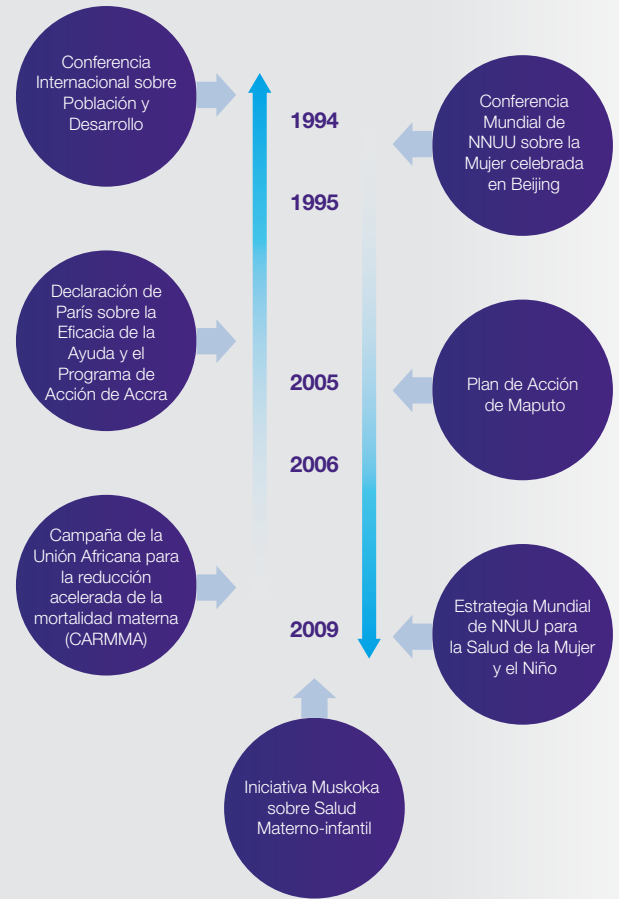
Fuente: Singh, S., J. Darroch, et al. (2009) *Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund; Speidel, J., S. Sinding, et al. (2009) *Making the Case for US International Family Planning Assistance*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health.

**Acuerdos internacionales que reconocen la importancia de la planificación familiar**

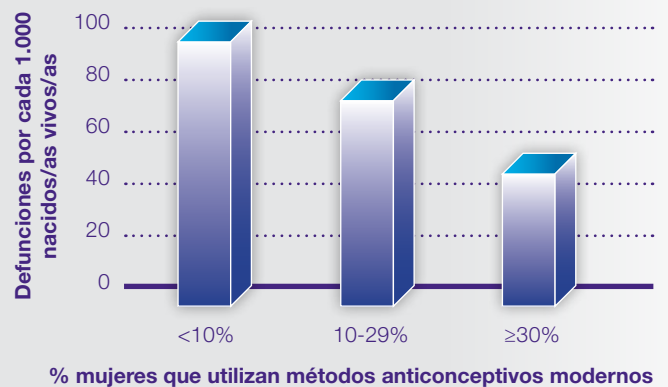
**Acuerdos internacionales que reconocen la importancia de la planificación familiar, 1994-2010**

<b>1994</b>	Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD)
<b>1995</b>	Conferencia Mundial de NNUU sobre la Mujer celebrada en Beijing
<b>2000</b>	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio adoptados en la Cumbre del Milenio (ODM)
<b>2005</b>	Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda y el Programa de Acción de Accra
<b>2006</b>	Plan de Acción de Maputo
<b>2009</b>	Campaña de la Unión Africana para la reducción acelerada de la mortalidad materna (CARMMA)
<b>2010</b>	Estrategia Mundial de NNUU para la Salud de la Mujer y el Niño; e Iniciativa Muskoka sobre Salud Materno-infantil

**Acuerdos internacionales que reconocen la importancia de la planificación familiar, 1994-2010**

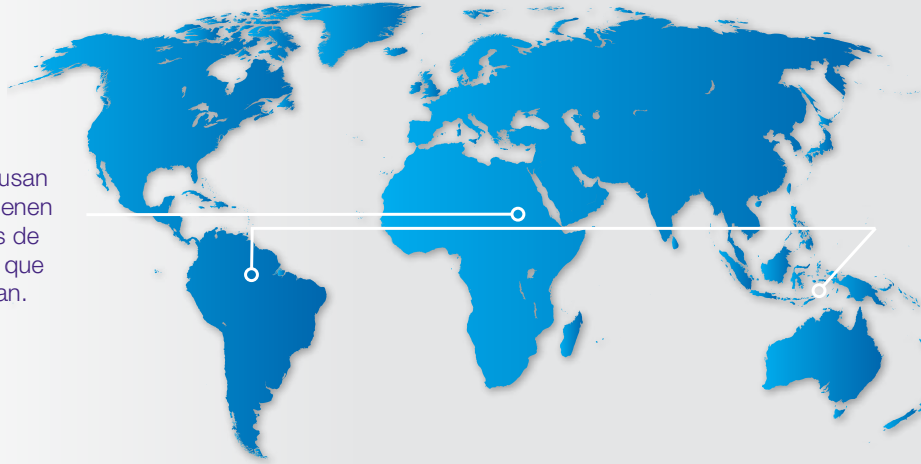


**Correlación entre el uso de métodos anticonceptivos modernos y mortalidad infantil (global)**



Fuente: Singh S, Darroch J, Ashford L, Vlassoff M. (2009) *Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund. <http://www.guttmacher.org/pubs/AddingItUp2009.pdf>.

**% de niñas que abandonan la escuela por embarazos no planificados**



**Egipto**

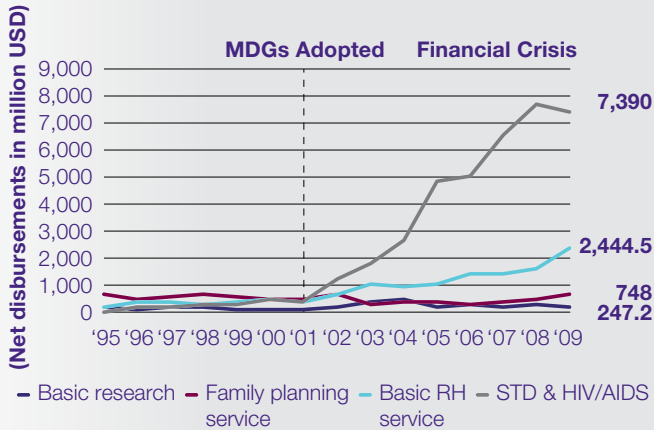
Las mujeres que usan anticonceptivos tienen más posibilidades de encontrar trabajo que las que no los usan.

**Brasil e Indonesia**

Las mujeres que usan anticonceptivos de larga duración o permanentes tienen más posibilidades de realizar un trabajo remunerado.

Fuente: WHO (2010) Meeting report: Family planning for health and development: actions for change. Geneva: WHO.  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/fp\\_health\\_dvlpt/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/fp_health_dvlpt/en/index.html).

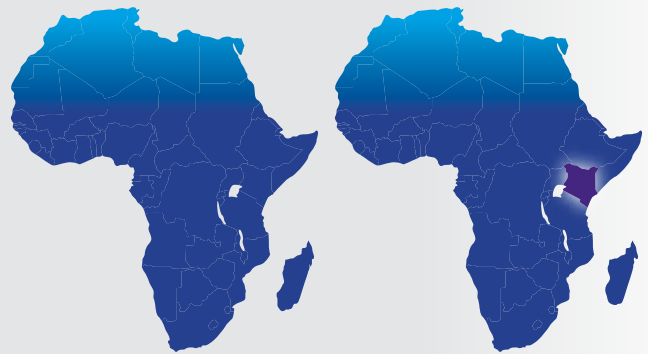
**La financiación no ha evolucionado a la par que la demanda**



Includes all donor institutions, including developed country governments, foundations/NGOS and development banks

Fuente: Pavao A, Ongil M. (2011) *Euromapping 2011: Mapping European Development Aid & Population Assistance*. Brussels: DSW (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung) & European Parliamentary Forum on Population and Development (EPF): 28.

**Uso de métodos anticonceptivos y probabilidad de que las mujeres consigan un empleo en tres países**



Entre el 8 y el 25% de niñas en determinados países del África subsahariana abandonan la escuela por embarazos no planificados.

En Kenia, entre 10.000 y 13.000 niñas abandonan la escuela cada año por embarazos no planificados.

Fuente: Muganda-Onyando 2008

## 9. OTRAS HERRAMIENTAS Y RECURSOS

### Información general

Planificación familiar anticipada:

- *Herramientas para la obtención de pruebas* - [www.advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/tools-creating-evidence](http://www.advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/tools-creating-evidence)
- *Casos prácticos* - [www.advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/case-studies](http://www.advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/case-studies)

DSW (Deutsche Stiftung Weltbevölkerung):

Esta guía fue diseñada para ayudar a las delegaciones de la Comisión Europea a comprender mejor la relación entre salud reproductiva y otros sectores del desarrollo.

[www.euroresources.org/whataboutreproductivehealth.html](http://www.euroresources.org/whataboutreproductivehealth.html)

### Información online (en línea), gráficos y mapas

Son varias las páginas de Internet que ofrecen datos interesantes para descargarse en Excel u otro programa y confeccionar tablas, cuadros y gráficos personalizados. Por ejemplo, los datos más recientes de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y del Banco Mundial.

Es mejor si se tienen conocimientos sobre estadística y software estadístico, y resulta más fácil si lo que se busca son datos globales sobre algún indicador en concreto (por ej., sobre necesidades no cubiertas de métodos anticonceptivos), o datos de correlación para un solo país (por ej., la relación entre el PIB per cápita y la utilización de métodos anticonceptivos en Zimbabwe).

En algunos casos (p. ej., Gutmacher Data Center and Gapminder) pueden crearse gráficos, tablas e incluso mapas con los datos seleccionados pero, a menos que se disponga de un software de gráficos y de los conocimientos necesarios para utilizarlo, es más difícil descargarlos y pegarlos en un documento o página.

Como alternativa, podemos utilizar Gapminder (ver detalles más abajo). Además, si tienes que hacer una presentación y tienes acceso a Internet, puedes acceder a cualquiera de estas páginas durante la presentación, lo que te evitará tener que “cortar y pegar” mapas u otro tipo de gráficos en tu presentación de PowerPoint.

En lo que sigue a continuación te damos algunos consejos sencillos sobre cómo utilizar los datos y herramientas que hay en esas páginas.

**MeasureDHS StatCompiler (UNAIDS):** <http://www.statcompiler.com/>

Es una página fácil de utilizar, con muchísimos indicadores y opciones para descargar datos en Excel y crear tablas, gráficos, cuadros y mapas que pueden ser fácilmente guardados como archivos gráficos. Esta página puede resultar útil para quienes tengan un conocimiento mínimo de trabajo con conjuntos de datos y de creación de tablas y gráficos y quieran compilar datos en tablas y gráficos para un número limitado de países (más que para todos los países). No obstante, la función ‘map for’ permite crear rápidamente un mapa de colores con indicadores

nacionales -o globales-, tales como la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos o las necesidades no cubiertas existentes (incluidos en la lista de indicadores que aparece en el apartado de ‘Preferencias de fertilidad’).

**Gutmacher Institute Data Center:**

<http://www.gutmacher.org/idc/index.jsp#>

Permite descargar datos en Excel y crear mapas interactivos y otros gráficos con varios indicadores. No está claro si se pueden cortar y pegar gráficos en presentaciones o documentos.

**‘Banco de Datos’ del Banco Mundial:**

<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>

Muy útil para la descarga de datos en Excel o para crear tablas, gráficos o mapas, incluidas tendencias (es decir, datos sobre salud reproductiva a través del tiempo). Los gráficos y los mapas son más fáciles de crear cuando se trata de datos nacionales (es decir, de un solo país o de unos pocos países), aunque también pueden utilizarse conjuntos de datos más complejos. Y se puede guardar todo fácilmente en distintos formatos de gráfico para su uso posterior en documentos electrónicos o impresos.

**Gapminder World:** <http://www.gapminder.org/>

Es una página muy buena, pensada para facilitar el uso correcto y la comprensión de datos estadísticos. Se requiere la descarga de una herramienta sencilla (Gapminder Desktop) en el ordenador, lo que te permite acceder a la aplicación sin necesidad de conectarte a Internet. No siempre es fácil saber cómo cortar un gráfico para pegarlo en tus propias presentaciones o documentos. Pero si te descargas Gapminder en el escritorio, podrás tener acceso a ella en todo momento y podrás abrirla durante una presentación. Los usuarios y usuarias de PC que tengan instalado el programa Microsoft Office Document Image Writer (suele venir con el programa de Microsoft Office) también pueden hacer lo siguiente:

- Haz clic en el gráfico o mapa que has creado.
- Elige ‘Imprimir’ y después ‘Microsoft Office Document Image Writer’ en el menú.
- Al hacer esto se ‘imprimirá’ el gráfico en un archivo de tu PC, lo que te permitirá tratarlo como si fuese una imagen. Por ejemplo, podrás recortar la imagen utilizando un software como Microsoft Publisher u otro.

## Vídeos

- **Marie Stopes International (MSI):** vídeos cortos de la Campaña 'Make Women Matter' : <http://www.makewomenmatter.org/watch>
- **Vídeo corto del New York Times** (4 minutos) sobre las necesidades no cubiertas en Haití (2009): <http://video.nytimes.com/video/2009/04/04/opinion/1194839118170/saving-lives-with-family-planning.html>
- **Vídeo del Population Reference Bureau –PRB-** (16 minutos): un vídeo en el que se pone de relieve la contribución de la planificación familiar al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza a nivel familiar, comunitario y nacional, y cuyo objetivo es devolver la planificación familiar al lugar preferente que le corresponde en las agendas políticas de los países del África Subsahariana: <http://www.prb.org/Journalists/Webcasts/2011/family-planning-poverty-reduction.aspx> (En la página de PRB se anuncia que una versión en francés estará pronto disponible.)

## Bancos de imágenes

**Planetwire:** proporciona imágenes libres sobre temas relacionados con el desarrollo, incluidas imágenes relacionadas con la salud de mujeres y niños y el VIH, con las ONG y otras: <http://www.planetwire.org/audiovisuals.php>

**Photoshare:** miles de imágenes internacionales sobre salud y desarrollo, gratuitas, para su utilización con fines educativos y no lucrativos: <http://www.photoshare.org/>

**Fotos del Banco Mundial:** Las imágenes están disponibles de forma gratuita en alta (8"x12" 300ppp) y baja resolución.

## Glosario

### Tasa de uso de anticonceptivos

Porcentaje de mujeres en edad reproductiva que utilizan (o cuyas parejas utilizan) algún método anticonceptivo en algún momento.

### Planificación familiar

Métodos y estrategias que hacen posible que las personas y las parejas planifiquen y tengan el número deseado de hijos, y que regulen la frecuencia y el momento de tenerlos. Dicha planificación se logra a través del uso de métodos anticonceptivos y del tratamiento de la infertilidad involuntaria. La capacidad de una mujer para espaciar y limitar sus embarazos influye directamente en su salud y bienestar y en el resultado de cada embarazo.

### Tasa de fecundidad

Es la medida que relaciona el número de nacimientos en un período determinado con el de mujeres en edad reproductiva (a diferencia de la tasa bruta de natalidad, que relaciona el número de nacimientos con el total de la población). La tasa global de fecundidad relaciona el número de nacimientos en un período determinado, generalmente un año, con el de mujeres de edades comprendidas entre los 15-49 años, o entre los 15-44 años en ese momento. Las tasas de fecundidad por edad relacionan el número de nacimientos con el de mujeres pertenecientes a un grupo de edad reproductiva determinado, por ejemplo, mujeres de entre 15-19 años, o de entre 20-24 años. Estas tasas se expresan generalmente por cada 1.000 mujeres. La tasa global de fecundidad suma las tasas de fecundidad por grupos de edad para obtener el promedio hipotético de hijos que una mujer tendría en el supuesto de que las tasas actuales se mantuvieran durante toda su vida fértil.

### Anticonceptivos modernos

Métodos clínicos y suministros de anticonceptivos, entre los que se incluyen: la esterilización femenina y masculina, los

**Para presentaciones en PowerPoint® y documentos electrónicos o páginas web,** puedes utilizar imágenes de baja resolución (8"x12" 72ppp). Estas imágenes no son aptas para impresión. En la página del Banco Mundial Flickr: [www.worldbank.org/flickr](http://www.worldbank.org/flickr) encontrarás este tipo de imágenes de baja resolución.

Si eres usuario de PC, haz clic en la imagen y elige el tamaño en el menú que te aparecerá en la pantalla. Éste te llevará a una página desde donde podrás descargar la foto.

**Para documentos impresos,** utiliza imágenes de alta resolución (8"x12", 300ppp). En la biblioteca de fotos del Banco Mundial encontrarás muchas fotos de alta resolución: <http://secure.worldbank.org/photolibrary/servlet/main?pagePK=149932>

dispositivos intrauterinos, los métodos hormonales (como la píldora anticonceptiva oral, los inyectables, los implantes liberadores de hormonas, los parches y anillos vaginales), los preservativos masculinos y femeninos, y los métodos vaginales de barrera (como el diafragma, el capuchón cervical, la espuma, gelatina, crema o esponja espermicida).

### Tasa global de fecundidad

El promedio de hijos nacidos por mujer a lo largo de su vida. En concreto, la TGF es el promedio de hijos que una mujer tendría a lo largo de su vida suponiendo que sobreviviera hasta el final de su edad fértil y que el número de hijos que tuviera se ajustase a las tasas de fecundidad observadas en su grupo de edad. La TGF refleja los cambios demográficos potenciales de un país. La tasa de reemplazo de una población se sitúa en una tasa de dos hijos por mujer, por cuanto garantiza una relativa estabilidad en términos de cifras totales.

### Métodos tradicionales de planificación familiar

Métodos no farmacológicos u otros que no son de barrera de prevención de embarazos, incluidos el método del ritmo, el *coitus interruptus*, la abstinencia y el método de amenorrea de la lactancia (un método que aprovecha la infertilidad que puede producirse cuando la mujer está amamantando al cien por cien y se le ha retirado la menstruación; para que haya infertilidad, la mujer tiene que estar continuamente amamantando durante los seis primeros meses después del parto). Los estudios demuestran la ineficacia de estos métodos.

### Embarazo no planificado

Un embarazo que se produce aún cuando la mujer hubiese querido posponerlo al menos dos años o no hubiese querido quedarse embarazada en absoluto.



## BIBLIOGRAFÍA

- Ashford, L. (2003) Unmet need for family planning. *Policy Brief*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Barot, S. (2008) Back to Basics: The Rationale for Increased Funds for International Family Planning. *Policy Review*. Washington, DC; Guttmacher Institute.
- Birdsall, N., A. Ibrahim, et al. (2004) Task Force 3 Interim Report on Gender Equality. *Millennium Project background paper*. New York: United Nations.
- Bloom D, Williamson J. Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia. *World Bank Economic Review*. 1998.12:419–55. [http://www.nber.org/papers/w6268.pdf?new\\_window=1](http://www.nber.org/papers/w6268.pdf?new_window=1).
- Bryant, L., L. Carver, et al. (2009) Climate change and family planning: least-developed countries define the agenda. *Bulletin of the World Health Organization* **87**: 852–857.
- Center for Global Development Case 13: Reducing Fertility in Bangladesh. *Case Study*. Washington, DC: Center for Global Development.
- Center for Reproductive-Rights/UNFPA (2010) The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents. *Briefing Paper*. New York: Center for Reproductive Rights and UNFPA.
- European Commission (2007) *Reproductive Health Commodity Security Study: Key findings and recommendations for the European Commission. Final report*. Brussels: European Commission.
- FHI. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact Of Family Planning – A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project*. North Carolina, USA: Family Health International.
- Grown, C., G. Gupta, et al. (2003) Background Paper of the Task Force on Education and Gender Equality, Promises to Keep: Achieving Gender Equality and the Empowerment of Women. *Millennium background paper*. New York: United Nations: 5 and 11.
- Guttmacher (2010) Facts on Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health. *In Brief*. Washington, DC: Guttmacher Institute.
- Guttmacher/Ethiopian Society of Obstetricians and Gynecologists (2010) Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Ethiopian Women. *In Brief*. Washington, DC: Guttmacher Institute/UNFPA.
- Guttmacher/IPPF (2010) Facts on Satisfying the Need for Contraception In Developing Countries. *In Brief*. Washington, DC: Guttmacher Institute and IPPF.
- IPPF (2006) *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. London: IPPF.
- IPPF (2008) *Contraception at a crossroads*. London: IPPF.
- Lancet/UCL (2009) Managing the health effects of climate change. *Lancet* **373**: 1693–1733.
- Lule, E., S. Singh, et al. (2007) Fertility Regulation Behaviors and Their Costs: Contraception and Unintended Pregnancies in Africa and Eastern Europe & Central Asia. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. Washington, DC: World Bank Human Development Program.
- Mackenzie, H., A. Drahota, et al. (2010) *What kind of family planning delivery mechanisms increase family planning acceptance in developing countries? A mixed methods Systematic Review*. Hampshire: DFID.
- OECD Development Centre. (2007) Gender Equality And Social Institutions In Kyrgyz Republic. *Social Institutions & Gender Index (SIGI)*. Retrieved 20 October 2011 from <http://genderindex.org/sites/default/files/pdfs/KGZ.pdf>.
- PPAG (2009) The Case for Adding Family Planning on the National Health Insurance Scheme (NHIS). *Position Paper*. Accra: Planned Parenthood Association of Ghana.
- RHSC. *Fact Sheet: HAND to HAND Campaign Core Messaging*. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition.
- RHSC. *Understanding 100 million*. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition. Retrieved 18 October 2011 from <http://www.rhsupplies.org/understanding-100-million.html>.
- RHSC (2009) *Make a Case for Supplies, Leading Voices in Securing Reproductive Health Supplies: An Advocacy Guide and Toolkit*. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition.
- Ross, J. and J. Stover (2009) *Contraceptive Projections and the Donor Gap, Meeting the Challenge*. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition.
- Rutstein S.O. (2008) Further evidence of the effects of preceding births intervals on neonatal, infant and under-five years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *DHS Working Paper*. Calverton, MD, USA: MacroInternational. 41.
- Sedgh, G., R. Hussain, et al. (2007) Women with an unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. *Occasional Report*. New York: Guttmacher Institute. **37**.
- Singh, S., J. Darroch, et al. (2009) *Adding it up: The costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA).
- Singh S., J. Darroch, et al. (2012) *Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services – Estimates for 2012*. New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA).
- Singh, S., D. Wulf, et al. (2009) *Abortion worldwide: a decade of uneven progress*. New York: Guttmacher Institute.
- Speidel, J., S. Sinding, et al. (2009) *Making the Case for US International Family Planning Assistance*. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health.
- UK APPG on Population, Development and Reproductive Health (2009) *Better Off Dead? A report on maternal morbidity from the UK All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health*. London: UK All Party Parliamentary Group on Population, Development and Reproductive Health.
- UN-DESA (2011) *The Millennium Development Goals Report 2010*. New York: United Nations.
- UN Secretary General (2010) *Global Strategy for Women's and Children's Health*. Geneva: United Nations.
- UN Women. The health sector is a key entry point for survivors. *Virtual Knowledge Centre to End Violence Against Women and Girls*. <http://www.endvawnow.org/en/articles/428-the-health-sector-is-a-key-entry-point-for-survivors.html>.
- UN (2009) World population prospects: the 2008 revision, Highlights. *Working Paper*. New York: United Nations.
- UN (2011) *The Millennium Development Goals Report 2011*. New York: United Nations.
- UN (2011) *World Contraceptive Use 2010*. New York: United Nations.
- UNDP (2010) *Gender, Climate Change and Community-Based Adaptation*. New York: UNDP.
- UNFPA (2002) *State of the World Population 2002*. New York: UNFPA.
- UNFPA (2005) *State of the World Population 2005*. New York: UNFPA.
- USAID. Family planning enlists imams in Egypt. *Success Story*. Washington, DC: USAID.
- USAID Indonesia. Birth spacing empowers Indonesians. *Success Story*. Washington, DC: USAID.
- USAID (2009) Achieving the MDGs: The contribution of family planning, Yemen. Health Policy Initiative, *Task Order 1*. Washington, DC: USAID.
- USAID (2009) Family Planning and the MDGs: Saving Lives, Saving Resources. *Task Order*. Washington, DC: USAID Health Policy Initiative.
- USAID/DELIVER (2006) Guaranteeing Widespread Access to a Broad Choice of Contraceptives – Paraguay. *State of the Practice Brief*. Arlington, VA: USAID and DELIVER.
- USAID/WHO Regional Office for Africa (2008) *Repositioning family planning: Guidelines for advocacy action*. Washington, DC: World Health Organization, Regional Office for Africa, and the United States Agency for International Development (USAID). [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/fp\\_advocacytool\\_kit.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/fp_advocacytool_kit.pdf).
- Vlassoff, M., A. Sundaram, et al. (2009) Benefits of meeting the contraceptive needs of Ugandan women. *In Brief*. New York: Guttmacher Institute: **4**.
- WHO (2009) Achieving Millennium Development Goal 5. *Briefing Note*. Geneva: WHO.
- WHO (2009) *Strategic Considerations for Strengthening the Linkages between Family Planning and HIV/AIDS Policies, Programs and Services*. Geneva: WHO.
- WHO (2010) *Meeting report: Family planning for health and development: actions for change*. Geneva: WHO.
- WHO (2010) *Trends in Maternal Mortality 1990–2008*. Geneva: WHO.
- WHO (2011) *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6th Edition*. Geneva: WHO.



Este proyecto está financiado  
por la Unión Europea

European Commission  
B-1049 Brussels (Belgium)  
Tel: (32-2) 2957276  
Fax: (32-2) 2966044



Ce projet est mis en œuvre par  
a cargo de IPPF European Network

Rue Royale 146  
B-1000 Brussels (Belgium)  
Tel: (32-2) 2500950  
Fax: (32-2) 2500969

**La Comisión Europea es el órgano ejecutivo de la UE.**

*La Unión Europea está compuesta por 27 Estados miembros que han decidido unir de forma progresiva su experiencia, recursos y destinos. A lo largo de 50 años de ampliación, han construido juntos una zona de estabilidad, democracia y desarrollo sostenible, manteniendo los principios de diversidad cultural, tolerancia y libertades individuales. La Unión Europea se ha comprometido a compartir sus logros y valores con otros países y pueblos más allá de sus fronteras.*