

MI CUERPO ME PERTENECE

RECLAMAR EL DERECHO A LA AUTONOMÍA Y LA AUTODETERMINACIÓN

PODER TOMAR DECISIONES
WHOLENESS СОПРОТИВЛЕНИЕ
LAS NUEVAS FORMAS DE VER LA MASCULINIDAD

AUTONOMISE
CHOICE

PROTECTION
ADVOCACY

COMUNIDAD

Права

RESTRICTIONS

القرار الحر

LOVE

МОЛОДЫЕ

OTHOMENIA

HANDS OFF

Equilibrium

المساواة بين الجنسين

Выражение

PONER FIN A LA VIOLENCIA

DETERMINATION

LE POUVOIR DE CHOISIR

INDIVIDUAL
RELACIONES
законны
POWER STRENGTH
AUTONOMY
LIMITES
AUTOSUFICIENTE
HEALTH FORCE
GENDER EQUALITY
AUTONOMISE
SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS
CONTROL
AMOR
BALANCE
BODY
INDIVIDUO
CONSENTEMENT CHOIX

RIGHTS

Estado de la población mundial 2021

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

REDACTOR JEFE

Arthur Erken

EQUIPO EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge

Redactora: Rebecca Zerzan

Dirección creativa: Katie Madonna

Directoras de la edición digital:

Katie Madonna, Rebecca Zerzan

Asesor de la edición digital: Hanno Ranck

ASESOR EN INVESTIGACIÓN

Nahid Toubia

ASESORES TÉCNICOS DEL UNFPA

Satvika Chalasani

Nafissatou Diop

Emilie Filmer-Wilson

Mengjia Liang

Leyla Sharafi

INVESTIGADORES Y AUTORES

Daniel Baker

Alice Behrendt

Stephanie Baric

Marieke Devillé

Laura Ferguson

Gretchen Luchsinger

Mindy Roseman

ILUSTRACIONES DE PORTADA

Rebeka Artim

ILUSTRACIONES ORIGINALES

POR ENCARGO

Rebeka Artim

Kaisei Nanke

Hülya Özdemir

Tyler Spangler

Naomi Vona

AGRADECIMIENTOS

Ilustraciones basadas en fotografías originales por cortesía de Joel Koko (página 65); George Koranteng (página 108); Bushra Noor (página 16); Kingsley Osei-Abrah en Unsplash (página 9); Mikey Struik en Unsplash (página 114).

El UNFPA agradece a las personas siguientes por compartir con nosotros algunos aspectos de su vida de cara a la elaboración de este informe: “Inspector de virginidad” anónimo (Sudáfrica); Ayim (Kirguistán); Dra. Mozghan Azami (Afganistán); Enkhjargal Banzragch (Mongolia); Dra. Wafaa Benjamin Basta (Egipto); Víctor Cazorla (Perú); Daniyar (Kirguistán); Dra. Mouna Farhoud (República Árabe Siria); Isabel Fulda (México); Dra. Caitríona Henchion (Irlanda); Josefina (nombre ficticio) (México); Liana (Indonesia); Lizzie Kiama (Kenya); Olga Lourenço (Angola); José Manuel Ramírez Navas (El Salvador); Monika (Macedonia del Norte); Leidy Londoño (Estados Unidos); Dr. Ahmed Ben Nasr (Tunés); Chief Msingaphansi (Sudáfrica); Sarojini Nadimpally (India); Dra. Nuriye Ortayli (Turquía); Dipika Paul (Bangladesh); Dra. Sima Samar (Afganistán); Jay Silverman (Estados Unidos); Dra. Suraya Sobhrang (Afganistán); Maeve Taylor (Irlanda); Alexander Armando Morales Tecún (Guatemala); Romeo Alejandro Méndez Zúñiga (Guatemala).

La Directora de la Subdivisión de Comunicaciones y Medios de Difusión UNFPA, Selinde Dulckey, proporcionó información de incalculable valor para la redacción del borrador, y Gunilla Backman y Jo Sauvarin de la oficina regional para Asia y el Pacífico apoyaron la investigación e hicieron observaciones acerca de los borradores.

Las personas a continuación —compañeros del UNFPA y otros colaboradores de todo el mundo— brindaron orientación técnica o contribuyeron a la preparación de artículos y demás contenidos: Samir Aldarabi, Iliza Azyei, Lindsay Barnes, Dr. Shinetugs Bayanbileg, Esther Bayliss, Shobhana Boyle, Warren Bright, Ikena Carreira, Cholpona Egesheva, Jens-Hagen Eschenbaeche, Usenabasi Esiet, Rose Marie Gad, Irene Hofstetter, Matt Jackson, Kinda Katranji, Daisy Leoncio, Guadalupe Natareno, Ziyanda Ngoma, Claudia Martínez, Subhadra Menon, Rebecca Moudio, Rachel Moynihan, Jasmine Uysal, Dalia Rabie, Zaeem Abdul Rahman, Patrick Rose, Mindy Roseman, Álvaro Serrano, Ramz Shalbak, Avani Singh, Irena Spirkovska, Walter Sotomayor, Sabrina Morales Tezagüic, Nahid Toubia, Sujata Tuladhar, Roy Wadia, Irene Wangui, Asti Setiawati Widiastuti, Renato Zeballos.

Los editores agradecen a la Subdivisión de Población y Desarrollo del UNFPA los datos regionales agregados que aparecen en la sección dedicada a los indicadores en este informe y la orientación general prestada en materia de datos. La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud facilitaron los datos de origen para los indicadores contenidos en el informe.

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

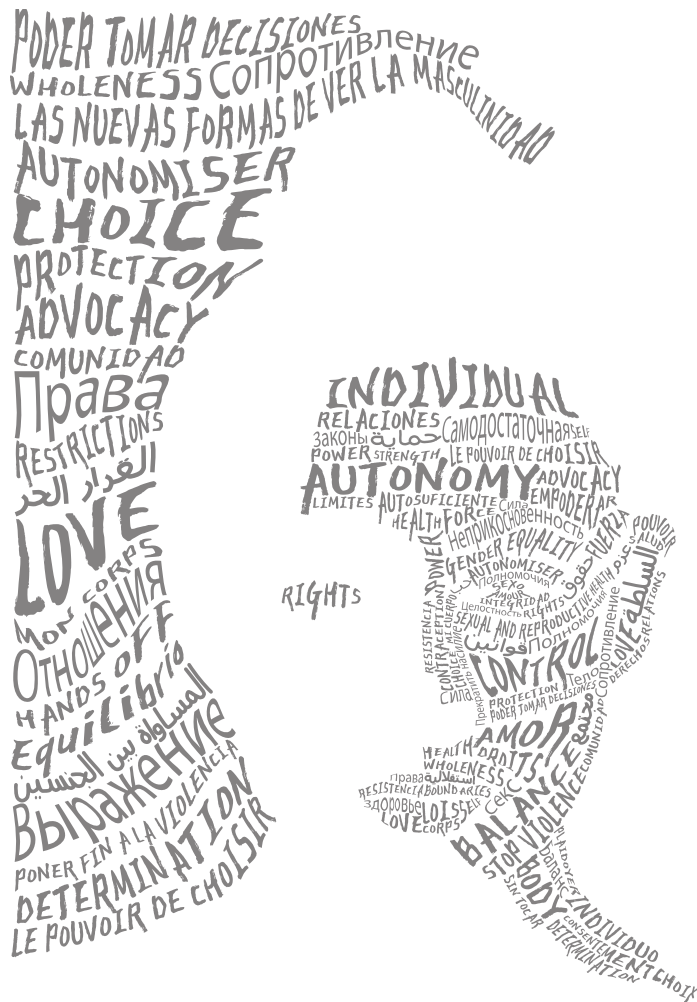
MAPAS Y DESIGNACIONES

Las designaciones utilizadas y la presentación de material en los mapas no entrañan la expresión por parte del UNFPA de ningún tipo de opinión con respecto a la situación jurídica de ningún país, territorio, ciudad o zona ni de sus autoridades, ni con respecto a la delimitación de sus fronteras.

© UNFPA 2021



Asegurando derechos y opciones para todos desde 1969



MI CUERPO ME PERTENECE

RECLAMAR EL DERECHO
A LA AUTONOMÍA Y
LA AUTODETERMINACIÓN



CONTENIDOS

NUESTRA AUTONOMÍA, NUESTRAS VIDAS

El poder que tiene una mujer para controlar su propio cuerpo está relacionado con el control que tiene en otros ámbitos de su vida 7

LAS TRES DIMENSIONES DE LA AUTONOMÍA

Cuantificar el poder de decisión en materia de atención de la salud, anticoncepción y sexualidad 17

CUANDO OTROS TOMAN LAS DECISIONES

La negación de la autonomía y la integridad corporales se presenta de diversas formas 33

MI CUERPO, MIS DERECHOS

Los tratados y las declaraciones internacionales sientan las bases del derecho a la autonomía y la integridad corporales 55

LEYES QUE EMPODERAN Y LEYES QUE CONTROLAN

La forma en que las leyes y los reglamentos afectan a la autonomía corporal 85

EL PODER DE DECIR “SÍ” Y EL DERECHO A DECIR “NO”

El logro de la autonomía corporal depende de la igualdad de género y de la ampliación de las opciones y las oportunidades para las mujeres, las niñas y los grupos excluidos 109

PRÓLOGO

Mi cuerpo me pertenece.

¿Cuántas mujeres y niñas pueden afirmarlo libremente?

Todos tenemos derecho a la autonomía corporal; por tanto, deberíamos poder tomar decisiones autónomas sobre nuestro cuerpo, y quienes nos rodean, y la sociedad en general, deberían respetar esas decisiones.

Sin embargo, a millones de personas se les niega su derecho a decir “no” a las relaciones sexuales, a elegir con quién casarse, o a tener hijos en el momento que consideren adecuado. A muchas se les niega este derecho debido a su raza, su sexo, su orientación sexual, su edad o su capacidad.

Su cuerpo no les pertenece.

Privar a las mujeres y las niñas de su autonomía corporal es inaceptable: alienta y refuerza las desigualdades y violencia generadas por la discriminación de género.

Por el contrario, cuando las mujeres y las niñas pueden tomar las decisiones más fundamentales acerca de su cuerpo, no solo ganan en términos de autonomía, sino también de salud, educación, ingresos y seguridad. Todo ello da lugar a un mundo más justo, favorece el bienestar humano y, por consiguiente, nos beneficia a todos.

En el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), apoyamos a las mujeres y las niñas en la reivindicación de sus derechos y decisiones a lo largo de toda su vida. Desde 1994, nuestros programas se guían por el Programa de Acción de la Conferencia

Internacional sobre la Población y el Desarrollo, para el cual el empoderamiento y la autonomía de las mujeres constituye el fundamento de la acción mundial en favor del progreso económico y social sostenible. El UNFPA defiende también al incontable número de personas privadas de la libertad de tomar decisiones autónomas sobre su cuerpo: personas de orientaciones sexuales e identidades de género diferentes, personas con discapacidad, y minorías étnicas y raciales.

Los programas de planificación familiar que patrocinamos aumentan la disponibilidad de anticonceptivos al tiempo que dismantelan los obstáculos que impiden el acceso a los servicios; por tanto, empoderan a las mujeres para regir su cuerpo. En 2019, por ejemplo, el UNFPA adquirió más de 128 millones de ciclos de la píldora, así como dosis de emergencia y de anticonceptivos reversibles de larga duración.

Apoyamos programas que promueven la participación equitativa de los hombres en la crianza de los hijos y que los alientan a comunicarse mejor con sus esposas en lo relativo a la salud sexual y reproductiva, lo que allana el camino para que las mujeres tomen sus propias decisiones en materia de salud sexual y reproductiva.

El Fondo Temático del UNFPA para la Salud Materna está contribuyendo a que los servicios vitales sean más accesibles y asequibles mediante la formación de parteras y su despliegue en zonas desatendidas. Nuestros programas conjuntos con UNICEF ayudan a poner fin al matrimonio infantil —una práctica que niega

la autonomía de las niñas— y a eliminar la práctica perjudicial de la mutilación genital femenina —una violación de la integridad corporal—.

En 2019, en la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, las naciones, la sociedad civil, las instituciones para el desarrollo y otras entidades instaron a que se proteja el derecho a la autonomía y la integridad corporales, en virtud de los compromisos internacionales adoptados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En 2021, esa iniciativa recibió un impulso adicional en el Foro Generación Igualdad, fundamentado en los logros singulares de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 con el objetivo de alcanzar la igualdad de género para 2030.

A través de su liderazgo en la nueva coalición de acción “Generación Igualdad” sobre autonomía corporal y salud y derechos sexuales y reproductivos, así como de la presente edición de Estado de la población mundial, el UNFPA se propone demostrar que la autonomía física es un derecho universal que debe respetarse. El informe revela numerosas lagunas en materia de autonomía corporal; muchas de ellas se han agravado debido a la presión de la pandemia de COVID-19. Ahora mismo, por ejemplo, la cifra de mujeres y niñas expuestas a la violencia por razón de género y a prácticas nocivas como el matrimonio precoz alcanza niveles sin precedentes.

En el informe también se describen soluciones que ya están al alcance de la mano, al tiempo que se hace hincapié en que para lograr resultados se requiere

mucho más que una serie de proyectos o servicios desconectados, por muy importantes que sean. La consecución de avances reales depende en gran medida de la eliminación de la desigualdad de género y todas las formas de discriminación, así como de la transformación de las estructuras económicas y sociales que las mantienen.

Los hombres deben actuar como aliados en esta misión. Deben ser muchos más los que se comprometan a apartarse de los patrones de privilegio y dominancia que socavan profundamente la autonomía corporal y adopten formas de vida más justas y armoniosas que nos benefician a todos. Todos nosotros debemos pasar a la acción para luchar contra la discriminación siempre que nos topemos con ella. La complacencia equivale a la complicidad.

Nuestras comunidades y países solo pueden prosperar si las personas pueden decidir acerca de su cuerpo y planificar su futuro.

Reclamemos, por tanto, el derecho de cada persona a tomar decisiones sobre su cuerpo y a disfrutar de la libertad de elegir con conocimiento de causa. Es lo que todos queremos. Todos deberíamos tener este derecho. Constituye el núcleo de nuestra humanidad, y jamás deberíamos perder de vista su importancia para todos.

Dra. Natalia Kanem

Secretaria General Adjunta de las Naciones Unidas y Directora Ejecutiva del UNFPA, el organismo de las Naciones Unidas que se encarga de la salud sexual y reproductiva



NUESTRA AUTONOMÍA NUESTRAS VIDAS

El poder que tiene una mujer para controlar su propio cuerpo está relacionado con el control que tiene en otros ámbitos de su vida

Tenemos el derecho inherente de elegir lo que hacemos con nuestro cuerpo, de protegerlo y cuidarlo y de expresarnos a través de él como nos plazca. Nuestra calidad de vida depende de ello. De hecho, nuestra vida depende de ello.

Tener derecho a la autonomía corporal significa tener el poder y la capacidad de actuación necesarios para tomar decisiones sin temor a la violencia y sin que alguien decida por nosotros. Significa poder decidir si queremos tener relaciones sexuales, cuándo y con quién. Significa que las mujeres puedan decidir si quieren quedarse embarazadas y cuándo. Significa la libertad de acudir a un médico cuando sea necesario.

Ser capaz de decir “no”, “sí” o “yo decido sobre mi cuerpo” sienta las bases de una vida empoderada y digna. Podemos hacer plenamente realidad lo que

somos, no debemos limitarnos a elecciones que no son nuestras ni contentarnos con menos. Además, dado que la autonomía corporal es fundamental para el disfrute de todos los demás derechos humanos —como el derecho a la salud o el derecho a vivir sin violencia— las instituciones de nuestras sociedades están obligadas a prestar todo el apoyo y los recursos necesarios para tomar decisiones de manera significativa (Red de Mujeres Positivas, s. f.).

El derecho a la integridad física, en virtud del cual las personas pueden vivir libres de actos físicos a los que no dan su consentimiento, es indisoluble del derecho a la autonomía corporal. Si bien en el mundo actual numerosas mujeres y niñas pueden tomar decisiones autónomas sobre su cuerpo, son muchas más las que aún se enfrentan a limitaciones, algunas de ellas con consecuencias devastadoras para su salud, su bienestar y su potencial en la vida.

Mi cuerpo, pero no mi decisión

La vida de muchas personas —pero especialmente la de las mujeres y las niñas— está marcada por una carencia de integridad y autonomía corporales vinculada a la falta de capacidad para tomar decisiones. Esta ausencia se manifiesta cuando la falta de opciones anticonceptivas da lugar a embarazos no deseados. Es el resultado de terribles negociaciones en las que se intercambian relaciones sexuales no deseadas por un hogar y comida. Se alimenta de diversas violaciones de la integridad física, como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil. Surge cuando las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diferentes no pueden caminar por la calle sin temor a ser víctimas de agresiones o humillaciones. Despoja a las personas con discapacidad de su derecho a la autodeterminación, a vivir sin violencia y a disfrutar de una vida sexual segura y satisfactoria.

Las fuerzas que impiden que las mujeres y las adolescentes disfruten de autonomía e integridad corporales tienen muchas dimensiones. Sin embargo,

una de las causas subyacentes es la discriminación de género, que refleja y sostiene los sistemas patriarcales de poder y da lugar a la desigualdad de género y el desempoderamiento.

En los lugares en los que existen normas sociales discriminatorias por razón de género, los cuerpos de las niñas y las mujeres pueden estar sujetos a decisiones adoptadas no por ellas, sino por terceros, desde su pareja hasta los órganos legislativos. La autonomía queda perpetuamente fuera de su alcance cuando son otros los que ejercen el control. Aunque las normas discriminatorias por razón de género son perjudiciales de por sí, aún lo son más cuando se ven agravadas por otras formas de discriminación —por motivos de raza, orientación sexual, edad o discapacidad, por ejemplo—.

Las normas discriminatorias son perpetuadas por la comunidad y pueden ser reforzadas por las instituciones políticas, económicas, jurídicas y sociales, como las escuelas y los medios de comunicación, e incluso por los servicios de salud, especialmente los de salud sexual y reproductiva. Estos servicios pueden, por ejemplo, socavar la autonomía debido a su escasa calidad y a su incapacidad para satisfacer todas las necesidades de las mujeres y las adolescentes.

A pesar de que en numerosos países existen garantías constitucionales en materia de igualdad de género, en el plano mundial las mujeres tienen, en promedio, solo el 75% de los derechos jurídicos de los hombres (Secretario General de las Naciones Unidas, 2020). En muchos casos, las mujeres y las niñas carecen del poder de cuestionar estas disparidades debido a que su grado de participación en las decisiones políticas y otras formas de adopción de decisiones aún es reducido. La marginación económica puede ir en detrimento de la independencia económica de la mujer, lo cual, a su vez, puede debilitar su autoridad para tomar

**LAS MUJERES
TIENEN SOLO EL
75%
DE LOS DERECHOS
JURÍDICOS DE
LOS HOMBRES**

decisiones autónomas en materia de relaciones sexuales, salud y anticoncepción. Las dificultades provocadas por la pandemia de COVID-19 no han hecho más que empeorar la situación.

Las consecuencias de la desigualdad de género en algunas mujeres y niñas resultan amplificadas por múltiples fuentes de discriminación: por razones de edad, raza, etnia, orientación sexual, discapacidad o incluso, ubicación geográfica. Cuando diversos tipos de discriminación se intersecan, las mujeres y las niñas se ven aún más expuestas al riesgo de no poder disfrutar de su autonomía corporal y sus derechos, y se encuentran más lejos que nunca de lograr la igualdad de género.

Hoy en día, ningún país del mundo puede afirmar que ha alcanzado plenamente la igualdad de género. Si así fuera, no habría violencia contra las mujeres y las niñas, brechas salariales o desigualdad en la distribución de los puestos directivos, cargas injustas de trabajo doméstico no remunerado, falta de servicios de salud reproductiva integrales y de calidad, ni atentados contra la autonomía corporal.

Voz, libertad de elección y capacidad de decisión

La salud y los derechos sexuales y reproductivos tienen relación directa con la autonomía y la integridad corporales de las mujeres y las niñas, con el cuerpo como el lugar donde residen todas las funciones y opciones sexuales y reproductivas. Estas opciones están sujetas a poderosas presiones discriminatorias sobre los derechos de las mujeres y las niñas. Es en este marco donde sus cuerpos se negocian, compran y venden.

Desde la perspectiva del patriarcado, el control de las decisiones sexuales y reproductivas se convierte,

de hecho, en el control de muchas otras esferas de la vida. Una mujer que no puede decidir si quiere tener hijos, cuándo y cuántos, ni optar por continuar sus estudios en lugar de casarse a una edad temprana, o que acepta la violencia doméstica como un destino inevitable, tiene pocas posibilidades de ganar empoderamiento en la adopción de decisiones en el ámbito laboral, comunitario o de cualquier otro tipo. Esencialmente, pierde sus derechos, no solo en un plano de su vida, sino en muchos de ellos o incluso en todos.

El interés en mantener patrones como estos puede estar profundamente arraigado en el funcionamiento



Ilustración de Rebeka Artim

de las sociedades y las economías. En algunas partes del mundo, por ejemplo, el hombre ofrece dinero, bienes u otros activos —el precio de la novia— esencialmente para “comprar” una esposa, un mecanismo económico de suma importancia para el intercambio de poder y riqueza (Shetty, 2007).

El hecho de que las mujeres y las adolescentes dispongan de más opciones en materia de servicios de salud sexual y reproductiva reporta múltiples resultados positivos para la salud, entre ellos una mayor comprensión de cómo prevenir el VIH y más probabilidades de cumplir con el número de visitas prenatales recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como de dar a luz con la ayuda de un médico, una enfermera o una partera.

Por tanto, la falta de respeto a la autonomía corporal da lugar, sobre todo, a profundas pérdidas personales para las mujeres y las niñas. Sin embargo, también contribuye a generar déficits más amplios, que pueden deprimir la productividad económica, desperdiciar competencias valiosas e imponer costes adicionales para los servicios de salud y judiciales, entre ellos los que dan respuesta a la violencia contra las mujeres y las niñas (ONU-Mujeres, 2013).

La combinación de bajos niveles de autonomía corporal con las pérdidas de capacidad humana conexas puede socavar la estabilidad y la resiliencia sociales y dejar a las sociedades menos preparadas para enfrentarse a crisis y dificultades —como la pandemia de COVID-19— y, en última instancia, recuperarse de ellas.

En los últimos años, se ha comenzado a priorizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en todo el mundo como un medio importante para promover la igualdad de género (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2019). Los avances conseguidos

están en consonancia con el Programa de Acción elaborado en 1994 con ocasión de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), el compromiso mundial más importante hasta la fecha en materia de derechos reproductivos. El Programa de Acción estableció una serie de medidas para lograr la salud sexual y reproductiva universal, y llamó la atención sobre la falta de poder de las mujeres y las niñas para decidir no solo en lo relativo a su cuerpo, sino también en todos los aspectos de su vida.

Posteriormente, en 2015, la mayoría de los países aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, la cual establece 17 objetivos, de los cuales la igualdad de género es el quinto. El objetivo en materia de igualdad de género contiene una serie de metas, entre ellas una que, en respaldo del Programa de Acción de la CIPD, reclama el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos. Pero la Agenda 2030 va aún más lejos. Por primera vez en un marco internacional, se exige medir los avances logrados en la consecución del acceso universal a través de dos indicadores: uno que va más allá de la prestación de servicios y se centra en si las niñas y las mujeres realmente pueden decidir en lo relativo a las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y la búsqueda de atención en materia de salud reproductiva, y otro que analiza el grado en que las leyes y las normativas permiten o impiden el acceso pleno e igualitario a la atención y la información.

La información obtenida hasta la fecha de 57 países indica que, según estos dos indicadores, solo alrededor de la mitad de las adolescentes y las mujeres pueden tomar sus propias decisiones en materia de autonomía e integridad corporal. Esta proporción se reduce a una de cada diez en algunos países. Sorprendentemente, una vez desglosados los datos, se pone de manifiesto que es mayor el número de mujeres que pueden tomar decisiones en torno

al uso de anticonceptivos, lo que podría considerarse como una ventaja para los hombres, pero son menos las que pueden negarse a mantener relaciones sexuales, un ámbito en el que los privilegios masculinos actúan en la dirección opuesta.

Estos indicadores, que constituyen el centro de atención del presente informe, registran solo unos pocos aspectos de la adopción autónoma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva, y únicamente observan a mujeres y niñas de 15 a 49 años casadas o que viven en pareja. No obstante, la cuestión de la autonomía corporal también tiene relación con una serie de otras cuestiones, como el aborto, la edad de consentimiento, la gestación subrogada y el trabajo sexual, entre otras. Asimismo, también constituye un problema para otros grupos, como las mujeres y las niñas que no están casadas, las comunidades LGBTI, las personas con discapacidad y cualquier otra comunidad marginada o discriminada por su raza, etnia, situación económica, discapacidad o lugar de residencia.

Dado que la autonomía y la integridad corporales influyen en numerosos aspectos de la salud, así como en la posibilidad de disfrutar de una vida decente y digna, los avances hacia su consecución no solo permitirán alcanzar la salud sexual y reproductiva y el quinto Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre igualdad de género, sino también muchos otros Objetivos, entre ellos los relacionados con la promoción de la salud, la reducción de las desigualdades y la erradicación de la pobreza. Por ejemplo, si se eliminara la discriminación por razón de género en materia de ingresos, se generaría la asombrosa suma de 172 billones de dólares en capital humano y se podría ayudar a millones de personas a salir de la pobreza (Secretario General de las Naciones Unidas, 2020).

No obstante, ahora hay que avanzar rápidamente, ya que solo queda una “Década de Acción” para llegar

a 2030, el punto final de los objetivos mundiales, fecha en la que todas las mujeres y niñas deberán tener pleno poder para tomar sus decisiones vitales.

Nuevas alianzas en favor de la autonomía corporal

En 2019, la Cumbre de Nairobi marcó el vigesimoquinto aniversario de la CIPD. Esta ocasión brindó la oportunidad de reflexionar acerca de todo lo que queda por hacer para garantizar la autonomía y la integridad corporales. Si bien el uso de anticonceptivos modernos se ha más que duplicado desde 1994, 217 millones de mujeres de todo el mundo aún no pueden satisfacer sus necesidades en materia de anticoncepción, por ejemplo. Las tasas de la mutilación genital femenina han disminuido entre las niñas en países en los que constituye una práctica habitual. También ha disminuido la proporción de niñas obligadas a casarse (Pantuliano, 2020). En 2020, sin embargo, 4 millones de niñas todavía estaban en riesgo de verse sometidas a la mutilación genital femenina; asimismo, se calcula que 12 millones se habían casado precozmente ese año, y esta cifra está probablemente subestimada.

En la Cumbre de Nairobi, los gobiernos y otras entidades participantes se comprometieron a acelerar las medidas para cerrar las brechas, y se fijaron el objetivo de lograr tres ceros en 2030: cero mortalidad materna, cero necesidades insatisfechas de anticonceptivos y cero violencia sexual y de género y prácticas nocivas. En los tres está implícito el pleno ejercicio de la autonomía corporal por parte de todas las mujeres y niñas.

Otro hito de 2020 fue el vigesimoquinto aniversario de la Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en 1995.

Tu cuerpo: manual del usuario

Son pocos los padres o líderes comunitarios que se oponen a que un estudiante lleve a casa libros de texto de química o de cálculo. Sin embargo, las lecciones de educación sexual integral —información precisa y apropiada para la edad sobre el propio cuerpo, la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos— con frecuencia se consideran tabú. Muchas escuelas no imparten educación sobre el tema, o solo proporcionan información incompleta. Por consiguiente, los alumnos están poco preparados para los cambios que se están produciendo en su cuerpo y para protegerse de posibles peligros.

“Libramos una lucha constante para que se incluya este tema

en el plan de estudios”, comenta Olga Lourenço, coordinadora del Proyecto CAJ, un programa patrocinado por el UNFPA que proporciona formación en materia de preparación para la vida y educación sexual integral a los jóvenes de Angola. “Debido a nuestros tabúes y prejuicios, prácticamente no se habla sobre la salud sexual y reproductiva integral”.

Quienes se oponen a la educación sexual integral a menudo sostienen que promueve la actividad sexual; sin embargo, los estudios muestran que no es así. Por el contrario, los datos demuestran que este tipo de educación, cuando se imparte de acuerdo con las normas internacionales,

mejora los conocimientos de los jóvenes y constituye una estrategia fundamental y rentable para prevenir embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH. Algunos estudios muestran que en realidad puede retrasar la iniciación sexual de los adolescentes (UNESCO, 2016).

Lourenço explicó que, al carecer de información precisa cuando era niña, en realidad se sentía presionada a mantener relaciones sexuales a los 15 años, sin estar preparada para ello. “Mis amigas ya tenían novio y una vida sexual activa. Se reían de mí porque era la ‘virgen del grupo’”, explica. “En cierta manera, esto me afectó psicológicamente... Creo que, de alguna forma, violaba mi autonomía corporal”.

Dipika Paul, investigadora de larga data en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y asesora de Ipas en Dhaka (Bangladesh), ha sido testigo de las consecuencias

“Deben saber cómo funciona su cuerpo”.



Olga Lourenço está acostumbrada a tropezar con la resistencia de la sociedad cuando imparte educación sexual integral, pero no se deja intimidar. Ilustración original de Naomi Vona; fotografía © UNFPA/C. Cesar.

de la falta de acceso a la educación sexual en su propia comunidad. “Cuando estudiaba, en séptimo grado solo había un capítulo sobre la menstruación”, recuerda. “El docente

tampoco se sentía cómodo al tratar ese tema”.

Sin educación sexual integral, los jóvenes son vulnerables a los mitos y la información errónea. Los niños y los

hombres, en particular, “tienen lagunas en sus conocimientos, conceptos equivocados”, señala Paul. Explica que ha visto que algunos hombres prohíben a su esposa usar anticonceptivos porque creen que “el DIU viaja

por cualquier lugar del cuerpo, que pueden sentir dolor a causa del DIU, y no es verdad”.

Los alumnos que reciben educación sexual integral no solo están empoderados para tomar decisiones sexuales más saludables, sino que también están mejor equipados para buscar ayuda si es necesario. “La información que transmito puede cambiar considerablemente la vida de una persona”, afirma Lourenço.

Recuerda que una niña, al recibir educación sexual a través de un programa de tutoría, reveló que tenía una herida crónica en el pecho; ella lo consideraba vergonzoso, pero no una emergencia. Otra joven reveló que vivía con

su tío, quien había abusado de ella. “La chica se encerró y no hablaba con nadie por miedo a que la expulsaran de la casa y a acabar en la calle”, describe Lourenço. Los tutores consiguieron servicios para las dos niñas, pero Lourenço no deja de pensar en lo que podría haber ocurrido: “¿Qué hubiera sido de estas niñas si no hubiéramos intervenido?”.

La educación sexual integral también puede desempeñar un papel importante en la prevención de la violencia por razón de género. Cuando las lecciones se imparten de conformidad con las normas internacionales, incluyen mensajes acerca de los derechos humanos, la igualdad de género y el respeto

en las relaciones (UNESCO *et al.*, 2018). Los expertos exigen cada vez más que esta información sitúe la prevención de la violencia como una responsabilidad de los posibles autores, en lugar de las víctimas y las supervivientes (Schneider y Hirsch, 2020).

“En primer lugar, deben saber cuáles son sus derechos y deberes en la sociedad”, afirma Lourenço, y explica que esta es la base de la educación sexual integral tal como ella la enseña. “En segundo lugar, deben saber cómo funciona su cuerpo, para que puedan tomar decisiones por sí mismas y evitar que otros las tomen por ellas”.

En la conferencia se aprobó la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, en la cual se considera que el empoderamiento y la autonomía de las mujeres son esenciales para el desarrollo sostenible. Para el aniversario, la campaña de las Naciones Unidas “Generación Igualdad” reunió a defensores de esta causa, tanto jóvenes como veteranos, con objeto de celebrar los logros conseguidos hasta la fecha y exigir que la próxima generación disfrute finalmente del cumplimiento de las promesas en materia de igualdad de género. Se formaron seis coaliciones de acción como,

por ejemplo, una codirigida por el UNFPA en favor de la autonomía corporal y la salud sexual y reproductiva, que está acometiendo cuestiones tales como la manera de que la atención de la salud y otros servicios pueden reforzar su apoyo a los deseos expresados por las propias mujeres.

La intensificación del activismo constituye una fuente de inspiración, pero se está desplegando en un contexto preocupante: el mundo se encuentra convulsionado por la pandemia de COVID-19, y los modelos actuales de crecimiento

económico conducen a desigualdades extremas y desestabilizadoras. El rechazo de la igualdad de género ha aumentado, lo que da lugar a nuevas restricciones en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos y, por tanto, pone en peligro los avances en la consecución de la autonomía corporal de las mujeres y las niñas logrados en todo el mundo. Por ejemplo, se han registrado intentos de eliminar la educación sexual integral de los planes de estudio (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2019). Y hay cada vez más pruebas de que los servicios fundamentales de salud sexual y reproductiva se han considerado “menos esenciales” y han sufrido pérdidas de capacidad y financiación durante la respuesta a la COVID-19 (Pantuliano, 2020).

No será fácil superar estos problemas. Sin embargo, en cierta medida, la autonomía y la integridad corporales pueden unificar la acción en favor de la igualdad de género, al igual que suelen unificar la oposición a ella. Ahora es el momento de presentar argumentos sólidos y potencialmente transformadores en favor de la importancia que la autonomía y la integridad corporales tienen en la práctica y lo que se necesita realmente para lograrlas.

En términos generales, ya sabemos que el logro de la autonomía y la integridad corporales de las mujeres y las niñas depende de la plasmación de la igualdad de género en todos los frentes, y que la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos se encuentran entre los principales puntos de partida. Los avances en este ámbito pueden, a su vez, aprovechar y respaldar otras iniciativas dirigidas a empoderar a las mujeres en los planos de la economía y la adopción de decisiones y a garantizar el acceso a la justicia. Para evitar que se produzcan sesgos, en primer lugar deben eliminarse las normas de género y otras normas discriminatorias.

Varias iniciativas están reactivando colectivamente el impulso en favor del cambio. La campaña “Generación Igualdad”, por ejemplo, está forjando nuevas alianzas entre activistas en los ámbitos de la igualdad de género, la discapacidad y la salud, y con grupos LGBTI y organizaciones de personas con discapacidad.

Al analizar la autonomía corporal e imaginar lo que podría y debería significar, puede vislumbrarse un futuro muy diferente para los seres humanos. El camino hacia el cambio comienza con derechos y conduce a decisiones que permiten a las personas cuidar y apreciar su cuerpo y su vida como consideren conveniente.

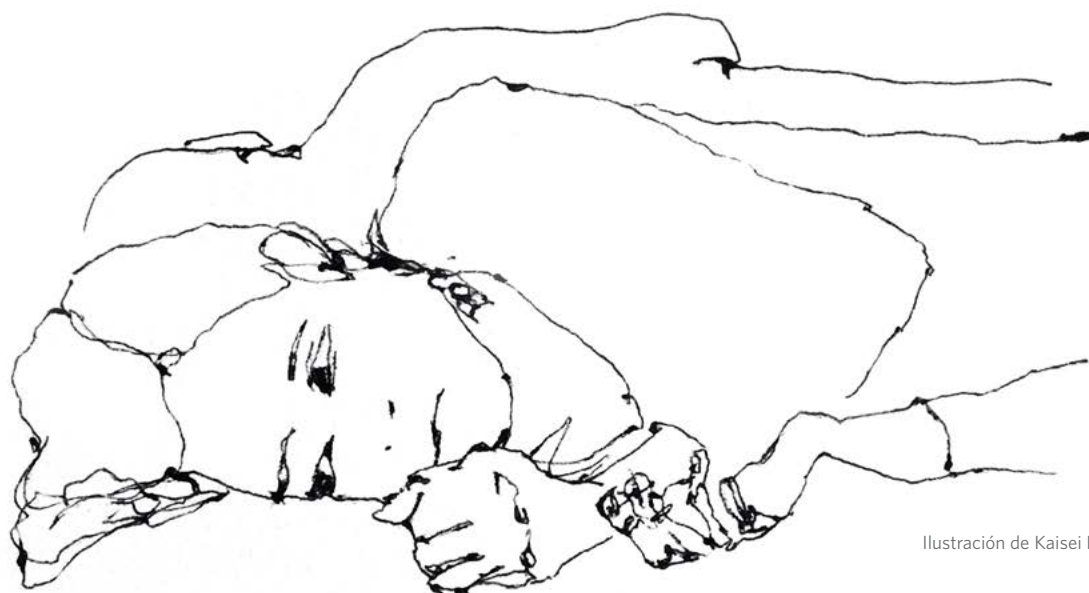


Ilustración de Kaisei Nanke



LAS TRES DIMENSIONES DE LA AUTONOMÍA

Cuantificar el poder de decisión en materia de atención de la salud, anticoncepción y sexualidad

El poder de decisión en lo relativo a la sexualidad y la reproducción es fundamental para el empoderamiento de las mujeres en general.

Si una mujer tiene el control de su cuerpo, aumentan sus probabilidades de empoderamiento en otros ámbitos de su vida. Una mujer —o una adolescente— con escasa autonomía corporal tiene menos probabilidades de controlar su vida doméstica, su salud y su futuro, y de disfrutar de sus derechos.

¿Pero en qué consiste, exactamente, la autonomía corporal? ¿Y cómo sabemos si la tenemos? ¿Es algo que puede medirse?

La noción de autonomía en el marco del empoderamiento de la mujer surgió en la década de 1970, y más tarde fue adoptada por el movimiento en favor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En la Conferencia Internacional sobre la Población

y el Desarrollo celebrada en 1994, el término aparecía en el Programa de Acción, una iniciativa pionera que reconocía que “la habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia. Además, son indispensables para lograr el desarrollo sostenible”.

Desde entonces, la palabra “corporal” se ha unido a “autonomía” para crear un término con un significado amplio y, a veces, ambiguo. Actualmente lo utilizan defensores, activistas y expertos del ámbito de los derechos humanos en cuestiones relacionadas con la sexualidad, la salud, los derechos reproductivos, la orientación sexual, la identidad de género, las relaciones sexuales transaccionales, la gestación subrogada, el estado de discapacidad y el aborto, entre otras.

El término adquirió mayor relevancia en 2019, cuando los gobiernos, las organizaciones

de la sociedad civil, la comunidad universitaria y los miembros del sector privado se reunieron en la Cumbre de Nairobi sobre la CIPD25, en la que se comprometieron a cumplir finalmente todos los objetivos establecidos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Muchos de los delegados adoptaron voluntariamente la Declaración de Nairobi, que citaba la necesidad de “proteger y garantizar el derecho de todas las personas a la integridad y la autonomía corporales y los derechos reproductivos, además de proporcionar acceso a servicios esenciales en apoyo a estos derechos”.

Aunque ahora este término forma parte de la jerga de los movimientos feministas y de salud y derechos sexuales y reproductivos, no resulta sencillo definirlo y determinarlo. No obstante, cuando las Naciones Unidas aprobaron su transformadora Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los 17 objetivos que la acompañan, establecieron indicadores para ayudar a los gobiernos a hacer un seguimiento del progreso hacia el cumplimiento de los objetivos y sus metas, entre las que se encuentra la meta 5.6, que insta a asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos. Existen dos indicadores para medir los avances en este ámbito. El primero, el indicador 5.6.1, tiene como objetivo medir la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva. El segundo, el indicador 5.6.2, pretende monitorear el número de países con leyes y reglamentos que garantizan a los hombres y las mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a información y educación al respecto.

El indicador 5.6.1 se basa en las respuestas de las mujeres de entre 15 y 49 años a las preguntas planteadas en las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) en 57 países:

- ¿Quién suele decidir sobre la atención de su salud?
- ¿Quién suele decidir sobre si usted debería o no utilizar anticonceptivos?
- ¿Puede decir que no a su marido o pareja si no desea mantener relaciones sexuales?

Se considera que únicamente las mujeres que declaran tomar sus propias decisiones en estos tres ámbitos tienen autonomía para decidir sobre su salud reproductiva y están empoderadas para ejercer sus derechos reproductivos.

Las EDS se basan en cuestionarios normalizados que proporcionan datos representativos a nivel nacional sobre el matrimonio, la fecundidad, la mortalidad, la planificación familiar, la salud reproductiva, la salud infantil, la nutrición y el VIH/sida. ICF International ejecuta el programa de las EDS, que financia la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y recibe contribuciones de organizaciones internacionales como el UNFPA.

La formulación del indicador 5.6.1 supone el primer intento de que un marco internacional evalúe la salud sexual y reproductiva —y la autonomía corporal— más allá del acceso a los servicios y determine en qué medida las niñas y las mujeres pueden tomar sus propias decisiones. El UNFPA, el organismo de las Naciones Unidas que se encarga de la salud sexual y reproductiva, es responsable de la gestión de los datos que incluye este indicador, así como el indicador 5.6.2, que se trata en el capítulo 5 del presente informe.

Análisis de las cifras

Solo se dispone de datos completos sobre las tres dimensiones del indicador 5.6.1 en 57 países, la mayoría de los cuales se encuentra en África Subsahariana. No obstante, cabe esperar que las futuras encuestas internacionales —como, por ejemplo, las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados de UNICEF— así como los programas de encuestas regionales —como la encuesta sobre generaciones y género— ofrezcan datos de más países en los próximos años.

Aunque actualmente los datos solo comprenden uno de cada cuatro países del mundo, muestran un panorama alarmante del estado de la autonomía

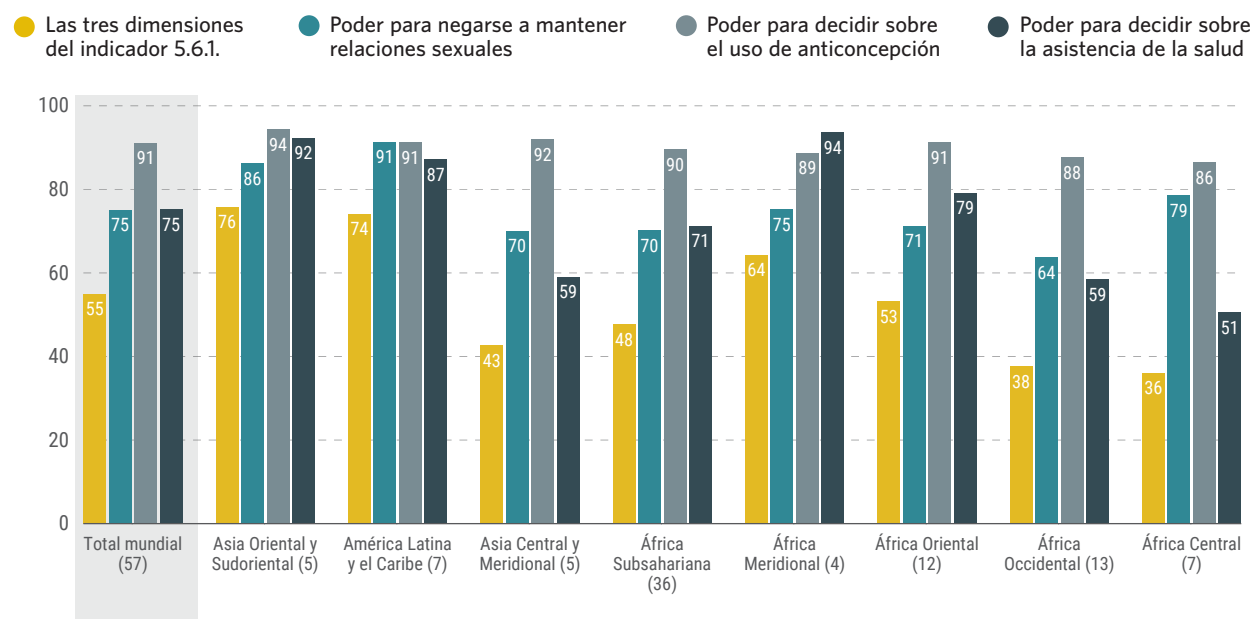
corporal de millones de mujeres y niñas: solo el 55% de ellas pueden tomar sus propias decisiones en las tres dimensiones de la autonomía corporal.

Esto significa que poco más de una de cada dos mujeres y niñas tiene el poder de decidir si desea obtener atención de la salud —incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva— y en qué momento, si desea utilizar métodos anticonceptivos y si desea mantener relaciones sexuales con su pareja o marido (gráfico 1).

Los porcentajes varían entre las regiones. Por ejemplo, mientras que el 76% de las adolescentes y las mujeres en Asia Oriental y Sudoriental y en América Latina y el Caribe toman decisiones

GRÁFICO 1

Proporción de mujeres de 15 a 49 años que toman sus propias decisiones en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos (lo que incluye decidir sobre su propia atención médica y el uso de anticonceptivos; y que pueden negarse a mantener relaciones sexuales), por región de los ODS, datos más recientes de 2007 a 2018.



Notas: El número de países con datos de encuestas comparables incluidos en los totales regionales se presenta entre paréntesis.

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, bases de datos mundiales, 2020. Basado en las encuestas demográficas y de salud (EDS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y otras encuestas nacionales llevadas a cabo en el período 2007-2018.

autónomas en las tres dimensiones del indicador 5.6.1, esta cifra es inferior al 50% en África Subsahariana y en Asia Central y Meridional.

Los totales regionales ocultan diferencias considerables entre países (gráfico 2). En África Subsahariana, por ejemplo, donde aproximadamente el 50% de las mujeres toman decisiones autónomas, se encuentran tres países —Malí, el Níger y el Senegal— en los que el porcentaje es inferior al 10%.

En otras regiones, las diferencias entre países son menos pronunciadas, pero aun así resultan notables. Por ejemplo, los porcentajes de mujeres que toman decisiones autónomas en las tres dimensiones del indicador 5.6.1 oscilan entre el 33% y el 77% en Asia Central y Meridional, entre el 40% y el 81% en Asia Oriental y Sudoriental, y entre el 59% y el 87% en América Latina y el Caribe.

Los datos también muestran incoherencias entre las tres dimensiones: un porcentaje elevado en una dimensión no implica automáticamente que el porcentaje también sea elevado en las demás. En Malí, por ejemplo, el 77% de las mujeres toman decisiones independientes o conjuntas sobre el uso de anticonceptivos, pero solo el 22% pueden hacer lo mismo a la hora de buscar atención de la salud. En Etiopía, el 53% de las mujeres pueden negarse a mantener relaciones sexuales, pero el 94% pueden tomar decisiones sobre el uso de anticonceptivos de forma independiente o conjunta. Estas discrepancias ayudan a explicar por qué en algunos países los indicadores compuestos generales son más bajos: una mujer se contabiliza solo cuando declara tomar decisiones autónomas en las tres dimensiones.

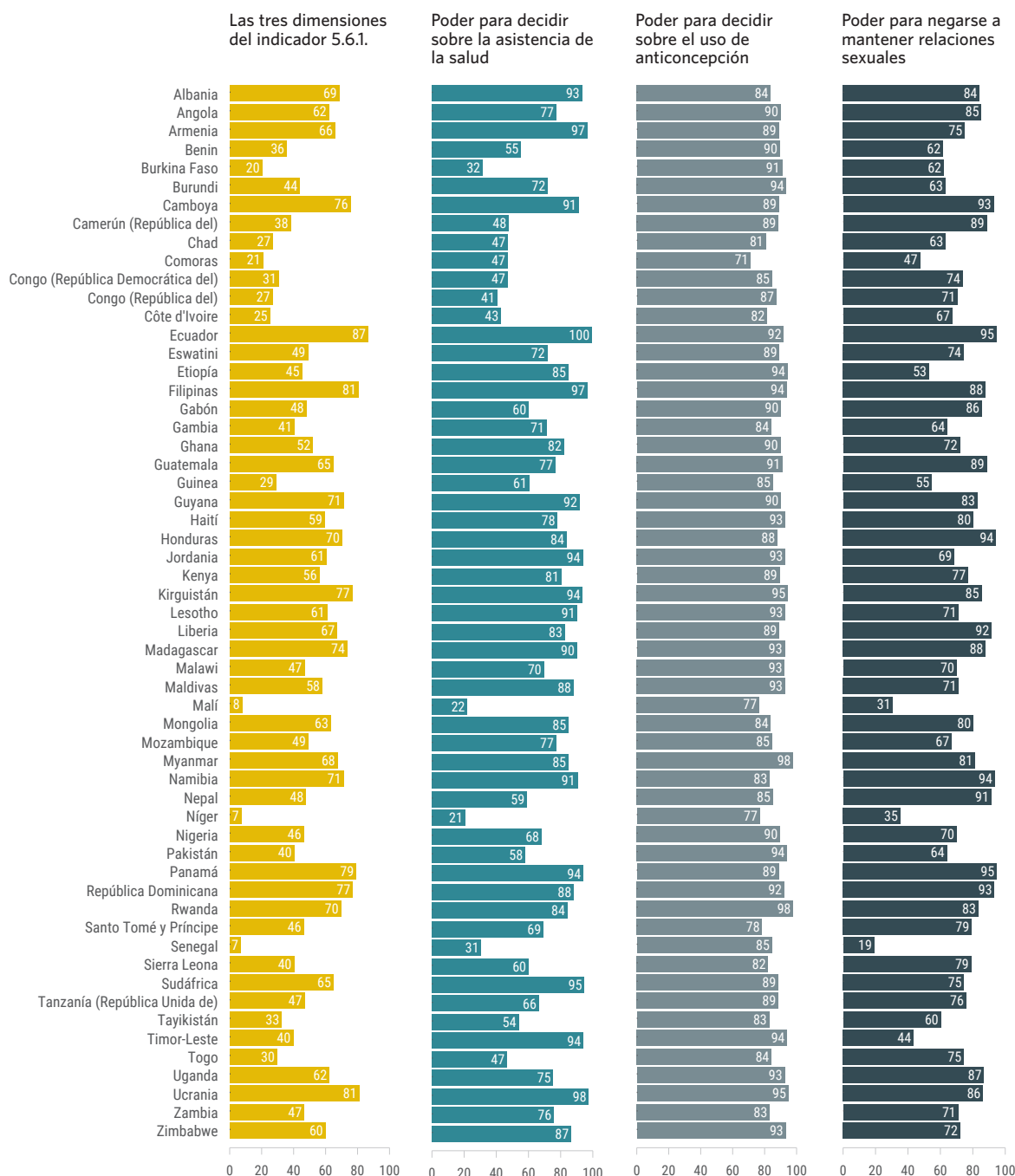
Por ejemplo, una mujer que decide de forma autónoma utilizar métodos anticonceptivos, pero que no puede negarse a mantener relaciones sexuales con su marido, no se incluye en el indicador compuesto general 5.6.1.

Ilustración de Rebeka Artim



GRÁFICO 2

Proporción de mujeres de 15 a 49 años que toman sus propias decisiones en materia de atención de la salud, anticoncepción y relaciones sexuales con sus maridos o parejas, datos más recientes por país (2007-2018)



Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, bases de datos mundiales, 2020. Basado en las encuestas demográficas y de salud (EDS). Basado en las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados y otras encuestas nacionales llevadas a cabo en el período 2007-2018.

¿Qué tendencias existen?

Un análisis de las tendencias en 22 países de ingreso bajo y mediano que han respondido a por lo menos dos EDS consecutivas en las que se ha preguntado a las mujeres sobre las tres dimensiones de la autonomía corporal muestra que las inversiones en programas o servicios que se centran en una dimensión no provocan necesariamente cambios positivos en las otras. De hecho, las tendencias de las respuestas a las tres preguntas estándares del indicador 5.6.1 suelen apuntar en direcciones diferentes (gráfico 3).

En Ghana, por ejemplo, se han realizado inversiones masivas para mejorar la salud materna mediante el aumento de la disponibilidad, la calidad y el alcance de los servicios, que se han combinado con programas de divulgación en las comunidades para promover estos servicios. Como resultado, se ha incrementado continuamente el porcentaje de mujeres que pueden tomar sus propias decisiones sobre la atención de su salud. Al mismo tiempo, el porcentaje de mujeres que toman sus propias decisiones sobre el uso de anticonceptivos se ha estabilizado, y el porcentaje de mujeres que pueden negarse a mantener relaciones sexuales se ha reducido considerablemente. Algo similar ha ocurrido en Benin, donde el porcentaje de mujeres que pueden tomar decisiones autónomas sobre la anticoncepción y la atención de la salud apenas ha registrado cambios en los últimos diez años. En cambio, el poder de las mujeres para oponerse a mantener relaciones sexuales ha disminuido un 20% durante el mismo período (UNFPA, 2019).

De los 22 países, solo Uganda y Rwanda han evolucionado de forma positiva y constante en lo que respecta al porcentaje de mujeres que toman decisiones autónomas en las tres dimensiones del indicador 5.6.1. Los datos muestran que Uganda

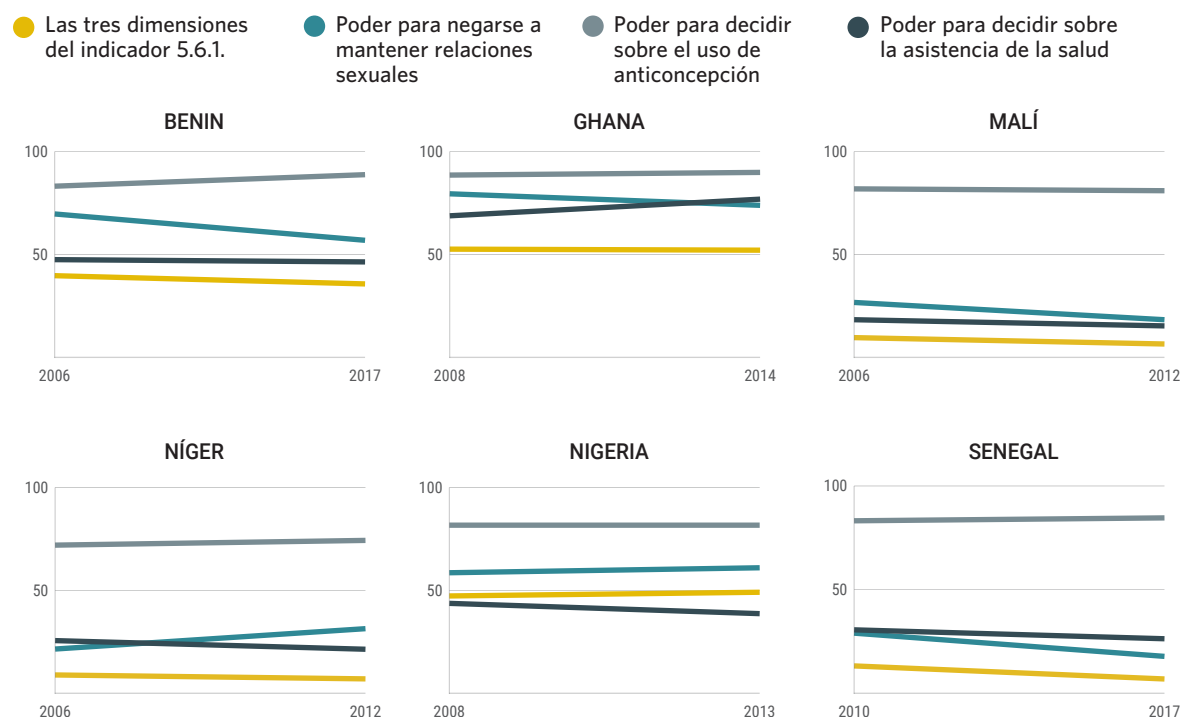
fue el país en el que más aumentó con un 12,3%. El cambio positivo puede atribuirse a un entorno jurídico y normativo propicio (en el que se han abolido las tarifas de usuario en los servicios de salud maternoinfantil para niños menores de cinco años), combinado con enfoques de divulgación en las comunidades dirigidos a combatir las normas que contribuyen a la desigualdad de género (UNFPA, 2019).

El gráfico 3 muestra que los porcentajes de los indicadores generales pueden ocultar tendencias negativas y positivas simultáneas en un país. Las tendencias positivas son más comunes en las respuestas a la pregunta sobre las decisiones autónomas relativas a la obtención de atención de la salud. En cambio, las tendencias negativas son más comunes en las respuestas a la pregunta sobre el poder para negarse a mantener relaciones sexuales. De hecho, en más de la mitad de los países con al menos dos puntos de datos, entre 2005 y 2018 las mujeres perdieron poder para oponerse a mantener relaciones sexuales. Es difícil señalar la causa exacta de esta tendencia negativa o de la aparente falta de progreso. No obstante, un estudio apunta a que puede haber una combinación de factores en juego (UNFPA, 2019):

- La persistencia de tabúes sobre el sexo y la sexualidad, que se ven reforzados por las normas y las actitudes sociales, y que dejan a las mujeres y las adolescentes pocas oportunidades de negociar abiertamente sobre el sexo con sus parejas o maridos.
- Los sistemas patriarcales que perpetúan una dinámica de poder desigual en las relaciones, en la que las exigencias sexuales de los hombres se anteponen a las de las mujeres. Los estudios demuestran que en Azerbaiyán, Rwanda y México algunas mujeres aceptan renunciar a su derecho a negarse a mantener relaciones sexuales

GRÁFICO 3

Cambio en el porcentaje de mujeres que declaran tomar decisiones autónomas en los tres componentes del indicador 5.6.1 en África Occidental



a cambio de una mayor autonomía en otras esferas de su vida, como la toma de decisiones sobre el hogar o la libertad para salir de él.

- Los estudios cualitativos indican que las mujeres también pueden aceptar las exigencias sexuales de los hombres como canje con el que lograr más independencia para sus proyectos económicos y personales. Estos canjes se han detectado en países tan diversos como Azerbaiyán, México, el Níger y Nigeria (UNFPA, 2019).

Las limitaciones del indicador

El indicador 5.6.1 muestra a grandes rasgos el panorama de la autonomía corporal de las mujeres

y, por lo tanto, revela pocos detalles sobre las fuerzas que subyacen a las tendencias positivas o negativas. Por ejemplo, los datos sobre el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres solo reflejan a las mujeres casadas o en unión libre que realmente utilizaban anticonceptivos en el momento en que se recopilaban los datos de la encuesta. Asimismo, la pregunta formulada para obtener respuestas sobre las decisiones de acceso a la atención de la salud no hace referencia específicamente a la atención de la salud reproductiva. Además, las tres preguntas se plantean únicamente a las niñas y las mujeres de entre 15 y 49 años, lo que deja fuera a las adolescentes más jóvenes y a las mujeres de 50 años o más.

Otra limitación es que los datos relacionados con la anticoncepción y la atención de la salud abarcan tanto las decisiones conjuntas como individuales.

Una mujer puede indicar, por ejemplo, que adoptó de forma conjunta con su marido o pareja la decisión de utilizar métodos anticonceptivos. Sin embargo, es probable que en algunos casos una decisión “conjunta” sea en realidad una decisión individual, tomada por la mujer, pero rechazada por su marido. Además, las mujeres cuyos maridos les prohíben utilizar métodos anticonceptivos pueden seguir usándolos encubiertamente, pero este tipo de situación no se refleja en el indicador sobre la toma de decisiones autónomas en materia de anticoncepción. Las encuestas cuantitativas indican que entre el 4% y el 29% de las mujeres

que utilizan métodos anticonceptivos lo hacen sin que sus maridos o parejas lo sepan. Aunque el uso encubierto de anticonceptivos es una elección individual, en general las mujeres describen esta experiencia como negativa y desempoderadora (UNFPA, 2019).

Un modelo ecológico de autonomía corporal

Una serie de factores sociales y económicos influye en la toma de decisiones de las mujeres en las tres dimensiones del indicador 5.6.1 (gráfico 4).

GRÁFICO 4

Determinantes del poder de decisión de las mujeres

EL PODER INDIVIDUAL

CONOCIMIENTOS SOBRE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, EXPERIENCIA SANITARIA Y CAPACIDAD DE DECISIÓN

COMUNIDAD

NORMAS DE GÉNERO, ESTIGMA, CREENCIAS

SISTEMAS DE SALUD

PROXIMIDAD, COSTE, CALIDAD DE LA ATENCIÓN, SESGO DEL PROVEEDOR

INTERPERSONALES

POSICIÓN DE LA PAREJA, COMUNICACIÓN, FAMILIA EXTENSA

SOCIOECONÓMICOS

EDUCACIÓN, RIQUEZA, ACCESO A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, RURAL O URBANO

Circunstancias socioeconómicas

El nivel de estudios de una mujer es un factor clave a la hora de determinar cuánto poder posee para negarse a mantener relaciones sexuales, y también está relacionado con su poder para tomar sus propias decisiones en materia de anticoncepción y atención de la salud (gráfico 5). El nivel de educación de su pareja también se asocia positivamente con su participación

en dichas decisiones. Una mujer con un nivel de educación inferior al de su marido o pareja tiene más probabilidades de sufrir violencia sexual que una mujer cuyo nivel educativo es más o menos el mismo que el de su marido (UNFPA, 2019). Por su parte, las niñas y las mujeres de los dos quintiles de riqueza inferiores también tienen más probabilidades de haber mantenido relaciones sexuales no deseadas (gráfico 6).

GRÁFICO 5A

Mayor poder de decisión vinculado a niveles de educación más altos

Toma de decisiones sobre la atención de la salud, por parte de las propias mujeres por nivel de estudios de las mujeres en países seleccionados (en porcentaje)



Relaciones interpersonales

Las relaciones y la comunicación con sus maridos o parejas, así como con los miembros de la familia extensa, influyen en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas.

Los hombres, como cabezas de familia, suelen ostentar todo el poder y tomar muchas de las decisiones, incluidas las relacionadas con la salud sexual y reproductiva, a pesar de que esta suele percibirse como una “cuestión de mujeres”. Las normas de género suelen asignar a las mujeres la responsabilidad exclusiva de la salud reproductiva,

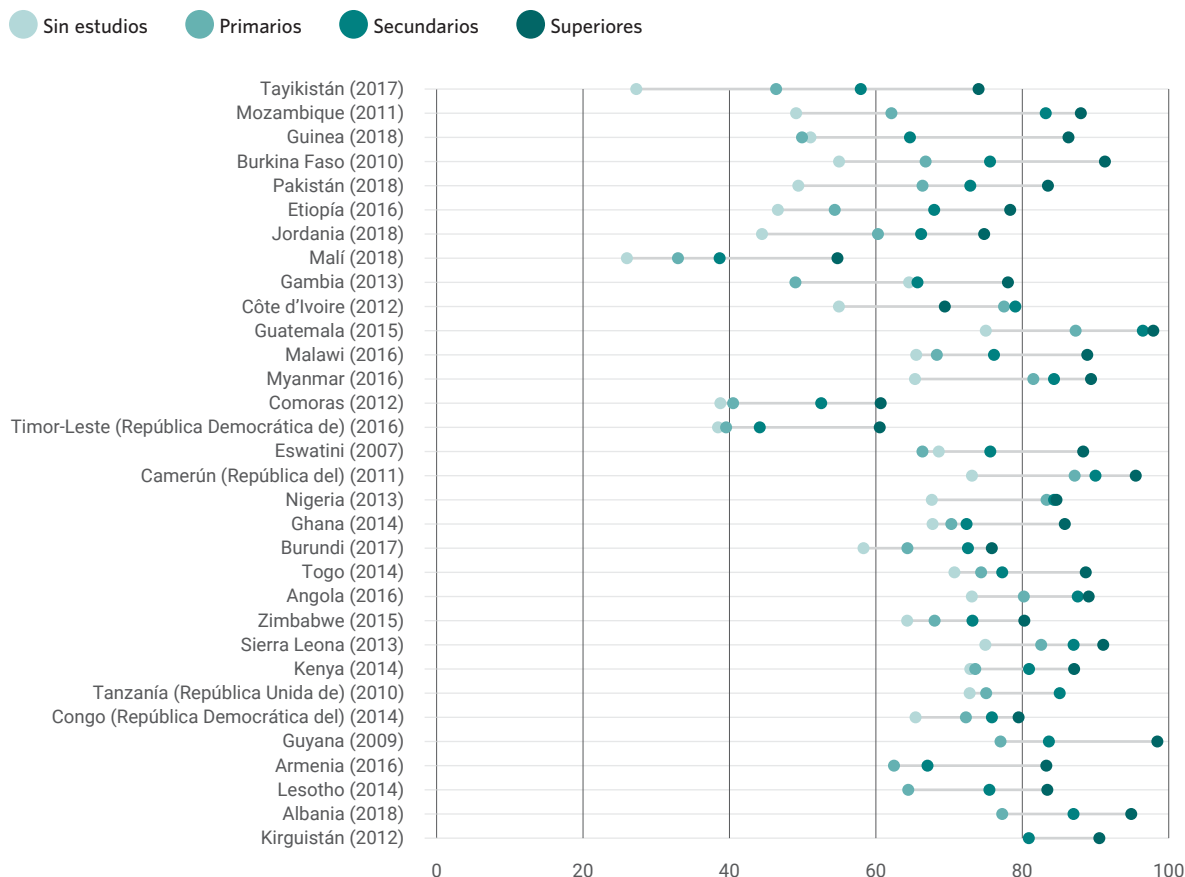
pero al mismo tiempo les niegan el poder de decisión.

La comunicación es un indicador positivo de la toma de decisiones conjunta o autónoma. Las parejas que se comunican regularmente sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva tienen más probabilidades de tomar decisiones conjuntas sobre el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva. Las opiniones de los miembros de la familia extensa, en particular de las suegras, también desempeñan un papel importante en estas decisiones (UNFPA, 2019).

GRÁFICO 5B

Mayor poder de decisión vinculado a niveles de educación más altos.

Poder para negarse a mantener relaciones sexuales, por nivel de estudios de las mujeres en países seleccionados (en porcentaje)



El papel de la comunidad

En algunas comunidades, la noción de autonomía corporal puede considerarse incompatible con las normas y los valores locales. Las comunidades pueden presionar a las mujeres para que tengan hijos y, en general, pueden perpetuar la opinión de que las mujeres deben ser sumisas y pasivas en las relaciones sexuales. Al mismo tiempo, las normas de la comunidad a menudo pueden disuadir a las mujeres de debatir cuestiones de salud sexual y reproductiva con los hombres, lo que dificulta —o prácticamente imposibilita— la negociación sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos

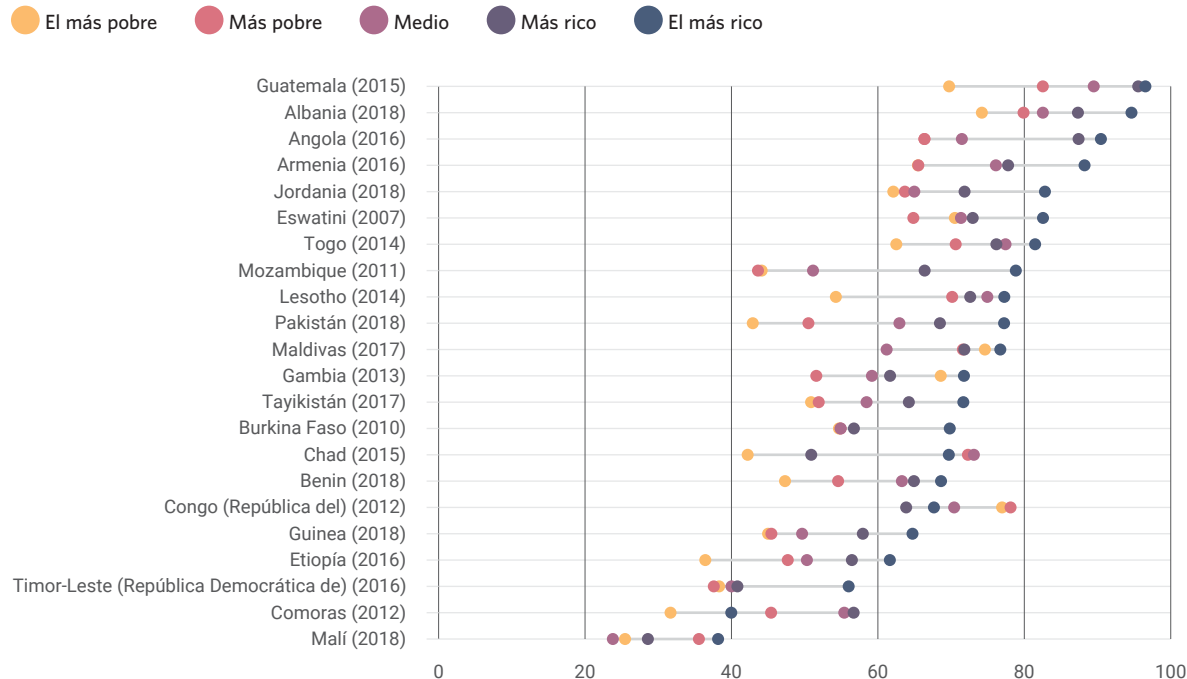
y la atención a la salud reproductiva. Según estudios llevados a cabo en nueve países, algunos hombres creen tener derecho a dominar a las mujeres, y manifiestan claras expresiones de relaciones de poder desiguales (por ejemplo, Habibov *et al.*, 2017; Fahmida y Doney, 2013; Hattori y DeRose, 2008).

Las adolescentes se enfrentan a obstáculos adicionales para acceder a la información y los servicios debido a las normas que disuaden de la actividad sexual fuera del matrimonio. Al mismo tiempo, las normas de algunas comunidades

GRÁFICO 6

Mayor poder para negarse a mantener relaciones sexuales en los quintiles de riqueza superiores

Poder para negarse a mantener relaciones sexuales, por riqueza de los hogares en países seleccionados (en porcentaje)



Sanar cuerpos, mentes y espíritus

Los proveedores de servicios de salud tienen una responsabilidad única a la hora de afirmar y salvaguardar la autonomía corporal de sus pacientes. “Mi consejo para cualquier trabajador sanitario sería tener empatía”, explica Víctor Cazorla, partero que trabaja en la cordillera de los Andes en el Perú. Lleva más de dos decenios trabajando con comunidades indígenas de la región de Ayacucho y conoce muy bien los problemas que amenazan el bienestar y la autonomía de sus pacientes más vulnerables.

“El sistema laboral de los trabajadores sanitarios suele girar en torno a la productividad, y esta es sinónimo de cantidad”,

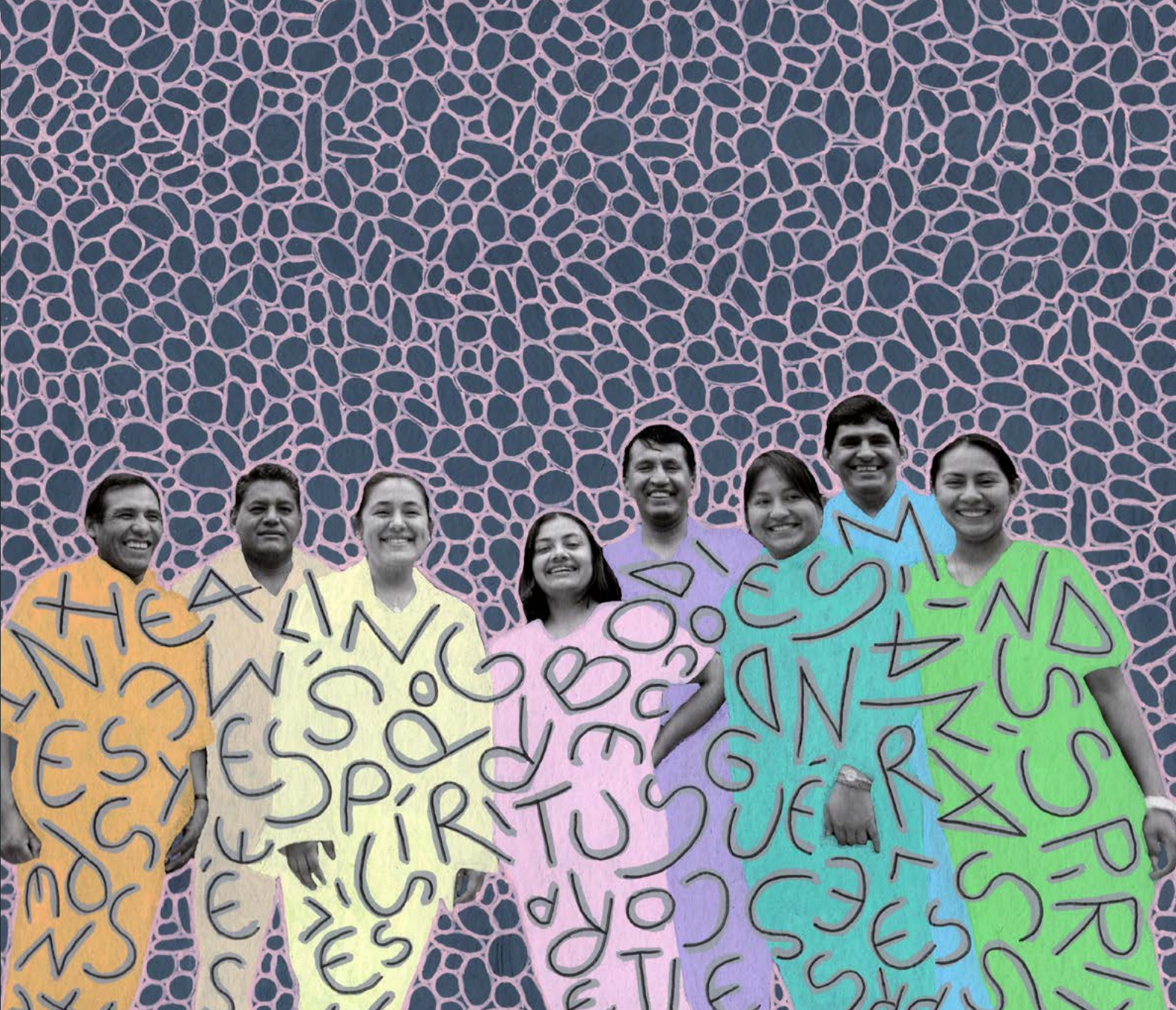
explica. “Nos olvidamos de la calidad de la atención que proporcionamos a nuestros pacientes”. Además, añade que existen barreras culturales. “Muchos compañeros y muchas personas van a zonas rurales sin conocer el quechua, la lengua materna de las comunidades que viven allí”, lo que provoca malentendidos e incluso discriminación.

Al mismo tiempo, muchas pacientes no están concienciadas sobre sus derechos sexuales y reproductivos. “Me atrevería a decir que quizá entre el 80% y el 90% de la población general no puede tomar sus propias decisiones sobre

cuándo mantener relaciones sexuales con su pareja. El machismo prevalece”, describe. A menudo las pacientes se sienten incapaces de hablar con sinceridad sobre cuestiones relativas a su salud sexual, y pueden mostrarse tímidas a la hora de expresar su malestar con los procedimientos ginecológicos, en particular con proveedores de salud masculinos, señala.

La unión de estos factores constituye una combinación peligrosa: los médicos tienen dificultades para entender las necesidades y los límites de sus pacientes, y las pacientes no encuentran las palabras ni las herramientas para abogar por sí mismas.

“¿Dan su consentimiento? Si no están preparadas psicológicamente, debemos respetar su decisión”.



Personal médico en un centro de salud de la región peruana de Ayacucho. El partero Víctor Cazorla es el quinto por la izquierda. Ilustración original de Naomi Vona; fotografía © UNFPA/A. Castañeda.

Estas preocupaciones se agravan cuando los trabajadores sanitarios atienden a supervivientes de violencia sexual y de género. “En Siria, más de la mitad de las mujeres desconoce sus derechos sexuales, físicos

y generales”, afirma Mouna Farhoud, ginecóloga especializada en la atención a supervivientes. “Incluso las mujeres con estudios están expuestas a la violencia y son incapaces de hacerle frente. Consideran que hablar sobre

estas cuestiones perjudica su dignidad y su reputación”.

La Dra. Farhoud cuenta que incluso los profesionales de la salud tienen opiniones que socavan la salud y los derechos

de sus pacientes. Recuerda haber impartido un curso a proveedores de salud sobre la atención a supervivientes de agresiones sexuales: “Los participantes plantearon muchas objeciones. Se negaba y no se reconocía la existencia de casos de agresión sexual”.

El personal médico debe comunicarse con sus pacientes sin juzgarlas, y reconocer cuándo estas se sienten incómodas o pueden haber sufrido abusos. En ocasiones, esto supone hacer de detective, explica la Dra. Farhoud. “Es posible que los síntomas de la paciente no reflejen su dolencia. Su forma de caminar, su mirada, sus palabras, su acompañante y el examen físico: todo se combina para señalar que hay un problema”.

Por su parte, los trabajadores sanitarios deben saber reconocer los límites. “Está en su derecho a negarse. Cuando examino a una paciente, por ejemplo, durante un examen ginecológico, le explico la importancia que tiene este, especialmente en el caso de las personas que han sufrido agresiones sexuales”, cuenta la Dra. Farhoud. “Aclaro que se trata de un procedimiento

médico para averiguar si hay infecciones, heridas, hemorragias, magulladuras u otros elementos que ayuden a documentar el caso. ¿Dan su consentimiento? Aunque las personas entiendan que el objetivo es la documentación, si no están preparadas psicológicamente, debemos respetar su decisión. Quizá no podamos examinarlas en esta ocasión, pero la próxima vez podremos hacerlo si se sienten respetadas y valoradas”.

Cazorla añade que es fundamental mostrar respeto por la propia cultura. No obstante, según dice, lo más importante es empoderar a las pacientes para que se conviertan en defensoras de sus propios cuerpos y su autonomía. “Les enseñamos a esperar respeto, que nadie tiene derecho a tocar su cuerpo: ni yo, ni sus tías, ni sus padres, ni sus madres, ni el personal, ni la policía, nadie”.

Él y sus compañeros dirigen sesiones educativas para la comunidad, en las que tratan temas como los derechos, la autoestima, la salud sexual y las relaciones sanas, que también se abordan durante sesiones de asesoramiento

individual y familiar. Señala que estos esfuerzos están marcando la diferencia, especialmente entre las personas más jóvenes. Sin embargo, la carga de proporcionar esta información recae en gran parte en los proveedores de salud. “Soy el único partero, por ejemplo, que trabaja durante un turno en el centro de salud y tengo que quedarme allí para atender a las pacientes que llegan con urgencias”. Afirma que se necesitan más recursos sanitarios, especialmente personal, a fin de poder impartir más educación comunitaria, como programas dirigidos a hombres y niños.

La Dra. Farhoud se hace eco del llamamiento al apoyo. Su organización también lleva a cabo sesiones de sensibilización para la comunidad. No obstante, también quiere que haya más educación y rendición de cuentas entre el personal de salud. Como proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, tienen la obligación especial de respetar y empoderar a sus pacientes. “Hemos prestado un juramento profesional”, señala.

pueden permitir o incluso animar a las adolescentes a mantener relaciones sexuales transaccionales para apoyar a sus hogares o sufragar los costos de su propia educación. Dado que estas jóvenes suelen proceder de los hogares más pobres, tienen poco poder para oponerse a practicar sexo. Tanto si están casadas como si no, pueden tener poder limitado para negociar el uso de preservativos (November y Sandall, 2018; Moore *et al.*, 2007). No obstante, las niñas casadas también pueden enfrentarse a la presión familiar y comunitaria de demostrar su fecundidad, y en consecuencia experimentar relaciones sexuales forzadas y la oposición a que utilicen anticonceptivos (Woog y Kågesten, 2017).

Obstáculos en el sistema de salud

En ocasiones, las decisiones en materia de anticoncepción y atención a la salud reproductiva se ven obstaculizadas por la distancia a las clínicas y los establecimientos, especialmente en las zonas rurales. Otros impedimentos son la ausencia de servicios que respondan a las necesidades de adolescentes y jóvenes, la escasez de los métodos anticonceptivos preferidos, los servicios de baja calidad o mal gestionados, los servicios atendidos por proveedores que muestran un juicio crítico y la falta de privacidad. En cambio, los servicios que ofrecen horarios de atención convenientes y emplean a trabajadores sanitarios que muestran una actitud positiva hacia sus pacientes y respetan su privacidad ayudan a empoderar a las mujeres y las adolescentes para que tomen decisiones autónomas. La información sobre anticonceptivos fácilmente disponible y precisa también tiene efectos positivos, sobre todo cuando se proporciona en un entorno respetuoso, privado y favorable. Los estudios

han demostrado que los servicios de planificación familiar que se prestan a través de trabajadores sanitarios de la comunidad promueven un mayor uso de métodos anticonceptivos, en particular cuando dichos servicios incluyen información y formación sobre planificación familiar para los hombres (UNFPA, 2019).

La autonomía corporal sigue siendo solo una posibilidad remota para muchas personas

El hecho de que solo el 55% de las mujeres tengan el poder de tomar sus propias decisiones sobre su cuerpo debería ser una llamada de atención para los gobiernos, los encargados de formular políticas y las instituciones de desarrollo. En Malí, el Níger y el Senegal, más del 90% de las mujeres se ven privadas de su autonomía corporal.

Los datos del indicador 5.6.1 proporcionan información sobre los desafíos a los que se enfrentan las mujeres para reclamar su derecho a la autonomía corporal. Sin embargo, es necesario analizar más exhaustivamente los datos para entender el alcance y la naturaleza de los obstáculos a los que hacen frente grupos como las mujeres que no están casadas o en unión libre, las personas con discapacidad o las minorías étnicas y raciales.

Lo que resulta evidente, según los datos, es que en 57 países —y probablemente en el resto de países del mundo— las mujeres no tienen pleno control de su cuerpo.



CUANDO OTROS TOMAN LAS DECISIONES

La negación de la autonomía y la integridad corporales se presenta de diversas formas

El lema feminista “lo personal es político” lleva movilizándolo a las mujeres en torno a la causa de la autonomía corporal desde la década de 1960. Los activistas siempre han argumentado que si las mujeres y las niñas carecen de poder —o de capacidad de decisión— para ejercer sus derechos de autodeterminación y autonomía, tampoco pueden controlar otros aspectos de sus vidas.

La capacidad de decisión significa tener el poder de elegir y decidir por una misma. En materia de sexo, sexualidad y reproducción, la capacidad de decisión puede suponer tener el poder de decidir libremente mantener relaciones sexuales y cuándo o con quién tenerlas, así como decidir quedarse embarazada y cuándo o con qué frecuencia. Sin capacidad de decisión, una persona jamás puede tener autonomía.

Según la Red de Mujeres Positivas, cuando las mujeres gozan de plena autonomía corporal no solo están empoderadas para tomar decisiones sobre su salud y su futuro —sin coacción ni control por parte de otros—, sino que también cuentan con el apoyo

y los recursos necesarios para llevar a la práctica estas decisiones de forma significativa.

A pesar de los acuerdos y las declaraciones internacionales sobre la importancia de la autonomía para la salud y el empoderamiento general de las mujeres, en todo el mundo incontables millones de mujeres y niñas aún carecen de poder para tomar sus propias decisiones en materia de atención de la salud, anticoncepción y relaciones sexuales con sus maridos o parejas.

A menudo, otros toman estas decisiones o influyen sobre ellas, ya sean parejas, familiares, la sociedad o incluso el gobierno, lo que implica que a las mujeres y las niñas se les niega su autonomía corporal.

Aunque la autonomía corporal se enfrenta a muchos obstáculos, la desigualdad de género quizá sea el más insidioso y frecuente. Hace más de 160 años, la sufragista estadounidense Lucy Stone escribió: “De muy poco me sirve tener derecho al voto, a la propiedad, etc. si no tengo el derecho absoluto

a decidir sobre mi cuerpo y sus usos. Actualmente, ni siquiera 1 de cada 1.000 esposas puede hacerlo, y mientras sufra este sometimiento, todos sus demás derechos no la ayudarán a alcanzar la posición que le corresponde” (Hasday, 2000).

La desigualdad de género impide la toma de decisiones autónoma

Las normas y las actitudes que perpetúan la desigualdad de género crean desequilibrios de poder en las relaciones que restringen la capacidad de decisión de las mujeres, especialmente en lo que se refiere a decir no al sexo. A menudo, las creencias patriarcales se traducen en expectativas de que las mujeres se sometan a sus maridos o parejas en todos los aspectos de su vida, incluido el sexual. Estas expectativas no solo pueden implicar que la mujer debe mantener relaciones sexuales siempre que su marido lo desee, sino también que ella no debe iniciar el sexo ni expresar abiertamente sus deseos. Al mismo tiempo, a veces se espera que las mujeres eviten los conflictos, lo que refuerza la dinámica de poder desigual. Las mujeres también pueden abstenerse de rechazar las relaciones sexuales por miedo a agresiones verbales,

la retirada del sustento económico, el divorcio o incluso a palizas y violaciones.

Las investigaciones ponen de manifiesto que las niñas y las mujeres a menudo no son conscientes de que tienen derecho a decir que no. Según un estudio llevado a cabo en la India, por ejemplo, las mujeres recién casadas eran menos propensas a referirse a su primera relación sexual como forzada o “contra su voluntad”, al ser el sexo algo que se esperaba en el ámbito matrimonial. La noción de consentimiento era irrelevante porque se pensaba que las relaciones sexuales, aunque fuesen forzadas, constituían un deber marital y no eran pues una cuestión de consentimiento (UNFPA, 2019).

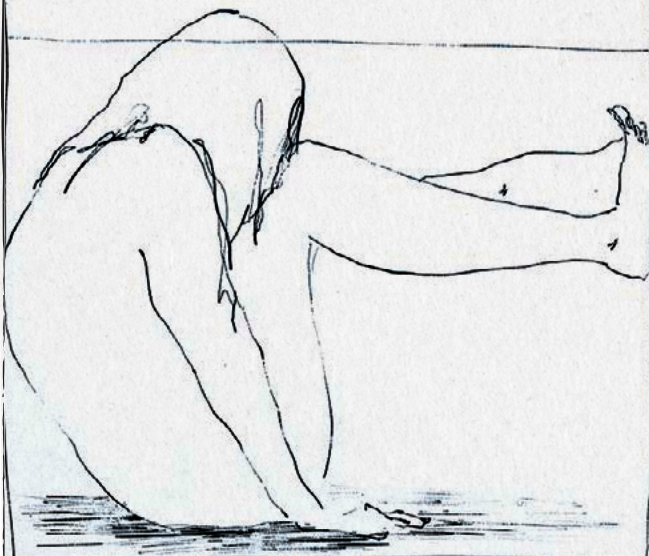
Las normas y actitudes de género desiguales pueden socavar las facultades de las mujeres para tomar sus propias decisiones referentes al uso de anticonceptivos. Por ejemplo, en varios países incluidos en el indicador 5.6.1, los maridos —especialmente en las zonas rurales— desean tener más hijos que sus esposas y consideran que tienen derecho a tomar la decisión sobre el tamaño de la familia y sobre si se deben utilizar métodos anticonceptivos o cuándo. Las dinámicas de poder desiguales en las relaciones constituyen otra barrera para las mujeres que quieren hablar de la anticoncepción con sus maridos o parejas. Además, el mero hecho de plantear el tema de la anticoncepción puede ser percibido por los hombres como una admisión de que se mantienen relaciones extramatrimoniales y conducir así a conflictos que se traduzcan en violencia, la separación o el divorcio (UNFPA, 2019). El nexo entre la desigualdad de género y la negación de la autonomía corporal tiene efectos reales en la vida cotidiana de las mujeres y las niñas de todo el mundo. Las actitudes y normas que supeditan el bienestar, las necesidades y los derechos de una mujer o una niña a los de un hombre o un niño las despojan de su poder, su libre albedrío. Los estudios han constatado que esto puede tener consecuencias negativas que tal vez duren toda la vida y se transmitan

**INVESTIGACIONES
PONEN DE MANIFIESTO
QUE LAS NIÑAS Y LAS
MUJERES A MENUDO NO
SON CONSCIENTES DE
QUE TIENEN DERECHO A
DECIR QUE NO**

Las personas con discapacidad corren un mayor riesgo de ser violadas y forzadas a mantener relaciones sexuales

Las niñas y las jóvenes con discapacidad tienen más probabilidades de sufrir violencia que cualquiera de sus pares varones con discapacidad o que las niñas y las jóvenes sin discapacidad (UNFPA *et al.*, 2018). Las niñas y los niños con discapacidad tienen casi tres veces más probabilidades de sufrir violencia sexual, y las niñas son las que corren el mayor riesgo.

El consentimiento es crucial cuando cualquier persona mantiene relaciones sexuales, pero su papel es aún mayor y potencialmente más complicado cuando alguien tiene una discapacidad, según RAINN (la Red nacional contra la violación, el abuso y el incesto), una organización que combate la violencia sexual en los Estados Unidos (RAINN, 2020).



Las investigaciones sobre los niveles de agresión sexual contra las personas con discapacidad indican unos niveles elevados en comparación con las personas sin discapacidad. En los Estados Unidos, por ejemplo, el Departamento de Justicia detectó que las niñas y las mujeres con discapacidad sufren delitos violentos —como agresiones sexuales y violaciones— en una proporción de 32,8 mujeres por cada 1.000 al año, en comparación con 11,4 mujeres por cada 1.000 en el caso de las que no tienen discapacidad (Harrell, 2017).

En Estados Unidos, el grupo de promoción Disabled World informó que, según se calcula, el 80% de las mujeres y el 30% de los hombres con discapacidad intelectual son forzados en algún momento a mantener algún tipo de relación sexual no consentida, pero solo se denuncian el 3% de estos abusos sexuales que afectan a personas con discapacidades del desarrollo. Las mujeres con discapacidad tienen muchas más probabilidades de presentar un historial de relaciones sexuales no deseadas con su pareja o de violación conyugal. Un estudio reveló que el 54% de los niños sordos han sufrido abusos sexuales, en comparación con el 10% de los niños oyentes (Disabled World, 2012).

Cuando las sociedades no dotan a las personas con discapacidad de los medios para controlar si tienen relaciones sexuales, cuándo y con quién, y si se quedan embarazadas, cuándo y con qué frecuencia, están negando a un gran número de personas su derecho a la autonomía corporal.

Ilustración de Kaisei Nanke



Ilustración de Tyler Spangler

de una generación a otra (Van Eerdewijk *et al.*, 2017; O'Neil *et al.*, 2014). Esta dinámica puede desarrollarse de muchas maneras, algunas más flagrantes que otras, pero resulta especialmente palpable en las leyes y prácticas matrimoniales que subordinan las mujeres a los hombres.

Matrimonio forzado y matrimonio infantil

Las prácticas matrimoniales más evidentes que niegan la capacidad de decisión de la mujer son los matrimonios en los que no puede elegir de manera libre y fundamentada a su propia pareja: el matrimonio forzado y el matrimonio infantil. El matrimonio forzado es aquel contraído por uno o ambos cónyuges “sin un consentimiento pleno, libre e informado”. El matrimonio infantil, un subconjunto del matrimonio forzado, es cualquiera en el que al menos uno de los contrayentes sea menor de 18 años y, por tanto, no haya alcanzado la edad en la que puede expresar su consentimiento pleno, libre e informado (ACNUDH, 2020). Ambas formas de matrimonio violan los derechos de la persona, especialmente los asociados a la autonomía e integridad corporales.

Estos matrimonios están enraizados en actitudes patriarcales y niegan a las mujeres y a las niñas la autonomía en general, así como su facultad de tomar decisiones sobre la atención médica, la anticoncepción y el sexo en particular.

El matrimonio infantil es una forma de violencia por razón de género. También supone una enorme limitación de la capacidad de decisión de las mujeres y las niñas, ya que las obliga a mantener relaciones de subordinación de por vida antes de alcanzar la capacidad legal de tomar decisiones que afectan a su vida entera. Según los cálculos más recientes, hay 650 millones de mujeres vivas que se casaron antes de los 18 años, y cada año otros 12 millones de niñas se casan antes de llegar a la edad adulta (UNFPA, 2020; UNICEF, 2020).

A pesar de que todos los países del mundo, excepto uno, han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño, muchos siguen permitiendo el matrimonio de menores de 18 años, a veces con el consentimiento de un progenitor, tutor, juez u otro funcionario.

No obstante, el matrimonio infantil continúa en la práctica, incluso estando prohibido por la ley. Muchos de estos matrimonios se celebran mediante ceremonias tradicionales o religiosas y no llegan a registrarse ante las autoridades civiles. En algunas partes del mundo también son habituales las cohabitaciones en las que uno o ambos miembros de la pareja son menores. Debido a las elevadas tasas de matrimonio infantil que se registran en Asia Meridional y en África Subsahariana, así como en algunas partes de América Latina y el Caribe, se prevé que para el año 2030, en ausencia de intervenciones de gran impacto, pueda haber hasta 120 millones de mujeres y niñas más que se habrán casado antes de cumplir los 18 años (UNFPA, 2020; UNICEF, 2020).

Los matrimonios forzados obedecen a prácticas patriarcales institucionalizadas, como el pago de

una dote o el precio de la novia, el rapto de la novia, el matrimonio de las viudas con familiares políticos (levirato), y el matrimonio de las supervivientes de violaciones con sus agresores. A través de estas prácticas, las novias se convierten en un producto, o propiedad, que se puede poseer, comprar, vender o intercambiar, sin ninguna consideración por sus derechos o su autonomía.

Mediante la dote, la familia de la novia paga, en metálico o en especie, a la familia del novio para que “se la quite de encima”. Las dotes sirven, presumiblemente, para velar por el bienestar de la novia, pero un análisis más detenido revela un sistema que es “tan horrible y nocivo para los derechos de las mujeres como el matrimonio infantil, la mutilación genital femenina y los sistemas de tutela masculina” (McCarthy, 2017).

En prácticamente todos los casos, la práctica de la dote oprime de forma directa o indirecta a las mujeres y es habitual que provoque abusos y violencia y perpetúe un sistema de desigualdad de género. Fomenta el matrimonio infantil, al pagar las familias dotes más pequeñas por novias más jóvenes. También da lugar a la violencia: solo en la India se registran cada año unos 8.000 asesinatos por presentar dotes insuficientes, en los que se mata a las mujeres porque las familias no reciben la cantidad esperada, según la Oficina Nacional de Estadísticas de Delincuencia de ese país (Dhillon, 2018).

El precio de la novia es lo contrario de la dote: la familia del novio “compra” a una niña o mujer para que se convierta en esposa de su hijo. Esta práctica es común en algunas zonas de África, donde “el precio de la novia es el intercambio condicional de propiedades, normalmente vacas o dinero, entre el novio y los padres de la novia como contraprestación por el matrimonio” (Turner, 2009). Relega a la mujer a la condición de propiedad y respalda la noción de que el hombre ha comprado la capacidad reproductiva

y productiva de su esposa, así como, lo que es más importante, su obediencia. El pago de un precio puede dar al hombre licencia para usar la violencia contra su mujer para que esta le obedezca (Thiara, 2011).

Además, el precio de la novia debe devolverse si el hombre decide divorciarse o separarse de su mujer: “la amenaza de esta práctica pende sobre la cabeza de la esposa y la de sus padres, lo que garantiza su sumisión” (Turner, 2009). La tradición de reintegrar el precio de la novia es especialmente problemática, porque significa que si una mujer o su familia no pueden permitírselo, quizás quede atrapada en una relación abusiva, desprovista de recursos. El pago de un precio por la novia también se da en otras partes del mundo, como ocurre en algunos países insulares del Pacífico.

Hay otras costumbres matrimoniales patriarcales tradicionales menos comunes que privan a la mujer de su autonomía. En algunas partes del mundo, por ejemplo, existe la tradición del rapto de la novia: apoderarse físicamente de una niña o mujer para llevarla a la casa de un hombre que quiere casarse con ella. Según un estudio del UNFPA de 2016 en Kirguistán, la tradición del rapto de la novia persiste, a pesar de ser ilegal. De acuerdo con esta costumbre, un hombre puede secuestrar a una mujer o niña en su casa, escuela o trabajo y llevarla a la casa de su familia, donde suele ser obligada a escribir una carta pidiendo el consentimiento de su familia. La carta va acompañada del pago del precio de la novia por parte de la familia del novio. Las familias de las mujeres o niñas rechazan menos de una de cada 10 de estas “propuestas”. El estudio del UNFPA reveló que casi una quinta parte de los matrimonios de Kirguistán siguen la práctica tradicional del “rapto”, y se estima que una cuarta parte de ellos se llevan a cabo sin el “consentimiento” de la novia (Oficina del UNFPA en la República Kirguisa, 2016).

Otra tradición que sigue practicándose es la del levirato, por la que una mujer cuyo marido ha muerto

es obligada a casarse con un pariente del fallecido, normalmente un hermano. Tradicionalmente, se consideraba un medio de proporcionar protección a la mujer y a sus hijos y de mantenerla en la familia del marido, sobre todo después de haber pagado la dote. Pero la viuda no da su consentimiento y muchas veces acaba dentro de una relación que no quería ni pidió.

Prácticas matrimoniales que subordinan a la mujer y atentan contra la salud

Las prácticas matrimoniales más perniciosas que subordinan a la mujer, que violan su derecho a la autonomía corporal, también han demostrado tener consecuencias negativas para la salud sexual y reproductiva. El levirato, por ejemplo, obliga a la mujer a mantener relaciones sexuales con el hombre que la “hereda”, independientemente de cuántas parejas sexuales haya tenido este, lo que aumenta el riesgo de transmisión del VIH (Mabumba *et al.*, 2007). Un estudio realizado en el distrito de Bondo (Kenya) reveló que el 56,3% de las viudas habían sido “heredadas” mediante una ceremonia tradicional. Entre esas mujeres, las que habían participado en un ritual sexual conocido como “purificación de viudas” tenían más probabilidades de estar infectadas por el VIH (Agot *et al.*, 2010). La purificación de viudas es una disolución ritual del vínculo del espíritu de un hombre que ha fallecido con su esposa, mediante el sometimiento de esta a relaciones sexuales con uno de sus familiares vivos.

El matrimonio infantil tiene innumerables efectos perjudiciales para la salud sexual y reproductiva y la autonomía corporal de las niñas. Las relaciones sexuales forzadas y los embarazos precoces y frecuentes están estrechamente relacionados con las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna e

infantil, así como con una mala salud mental. En los países de ingreso bajo y mediano, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto son la principal causa de muerte entre las niñas de 15 a 19 años. Asimismo, las madres adolescentes presentan unas tasas mucho más altas de complicaciones durante el embarazo y el parto, con tasas más elevadas de mortinatalidad y muertes de recién nacidos que las madres de apenas unos años más, de 20 a 24 (OMS, 2020).

A las niñas y mujeres sometidas a matrimonios infantiles y forzados se les suele negar el derecho a tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, o carecen de información precisa al respecto. Un estudio a gran escala llevado a cabo en la India, por ejemplo, documentó las consecuencias negativas de los matrimonios infantiles para la salud reproductiva: las mujeres jóvenes que se habían casado a los 18 años o más tenían más probabilidades que las que se habían casado antes de los 18 de haber participado en la planificación de su matrimonio, de negarse a tolerar la violencia doméstica, de haber utilizado anticonceptivos para retrasar su primer embarazo y de haber tenido su primer parto en un establecimiento sanitario. Tenían menos probabilidades que las mujeres que se habían casado a una edad temprana de haber padecido violencia física o sexual en su matrimonio, o de haber sufrido un aborto espontáneo o dado a luz a un mortinato (Santhya *et al.*, 2010).

Otro estudio realizado en Nepal descubrió que la combinación de la presión para dar a luz poco después del matrimonio, la autonomía limitada y los escasos conocimientos sobre cuestiones de salud reproductiva hacen que las casadas jóvenes sean vulnerables ante los embarazos de alto riesgo (Maharjan *et al.*, 2019).

Además de la vulneración de la autonomía corporal, el matrimonio infantil menoscaba

Esclavitud: la máxima violación del derecho a la autonomía

Las personas esclavizadas carecen de poder de decisión sobre su cuerpo o su vida.

Se calcula que 40 millones de personas padecen alguna forma de esclavitud

moderna (Naciones Unidas, s. f.). Aunque la esclavitud moderna no está definida por la ley, es un término general que abarca prácticas como el trabajo forzoso, la servidumbre por deudas, el matrimonio forzado y la trata de personas. Hace referencia a situaciones de explotación a las que una persona no puede negarse ni abandonar debido a amenazas, violencia, coacción, engaño o abuso de poder.

De cada 1.000 personas que hay en el mundo, más de cinco son víctimas de la esclavitud moderna. Una de cada cuatro víctimas es un niño y más de siete de cada diez son mujeres.

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 8, promover el crecimiento económico inclusivo y trabajo decente para 2030, incorpora una meta para erradicar el trabajo forzoso y acabar con la esclavitud moderna y la trata de personas.

Las víctimas son a menudo las personas más vulnerables de nuestras sociedades, las que sufren múltiples formas de discriminación: mujeres, niños, pueblos indígenas, afrodescendientes y personas con discapacidad, dijo en 2020 la Vicesecretaria General de las Naciones Unidas, Amina J. Mohammed. “La esclavitud moderna es una lacra de nuestro mundo que debemos erradicar”, añadió, y calificó la esclavitud moderna y la trata de seres humanos como “delitos internacionales con importantes costes para la sociedad y la economía”.

Ilustración de Kaisei Nanke



La capacidad de elegir

En 1999, Lizzie Kiama iba a trabajar en Mombasa (Kenya) cuando su minibús chocó frontalmente con otro vehículo. “Estaba sentada en la parte delantera”, recuerda. “El accidente me dejó discapacitada”. Sin embargo, tardó once años en aceptar por completo esa nueva realidad.

“Durante mucho tiempo no me identifiqué como una persona con discapacidad”, afirma Kiama. “Es porque la palabra ‘discapacitado’ siempre ha tenido connotaciones muy negativas”.

El punto de inflexión fue ser madre y decidir que iba a mejorar el mundo para sus hijos. Explica que para ella eso implicó identificarse como persona con discapacidad y redefinir lo que significa. Kiama fundaría This-Ability Trust, una empresa social centrada en

los derechos de las personas con discapacidad, a través de la cual ha observado las numerosas formas en que se niega el libre albedrío a las personas con discapacidad, especialmente en lo que atañe a su salud y derechos sexuales y reproductivos.

Explica que las personas con discapacidades visuales o auditivas rara vez tienen acceso a intérpretes o al sistema braille cuando acuden a los servicios sanitarios y las personas con cuidadores sufren una reducción de la intimidad y la confidencialidad. Muchas personas con discapacidad carecen de opciones de transporte accesibles y numerosos establecimientos sanitarios no cuentan con la infraestructura, el equipo y el personal capacitado para atenderlas.

Y luego están las historias de terror.

“He oído historias de mujeres que prefieren dar a luz en casa antes que enfrentarse a enfermeras o parteras que preguntan cómo se les ocurre, siendo discapacitadas, tener hijos o quedarse embarazadas”, cuenta Kiama. “La sociedad, en general, percibe a las personas con discapacidad, y a las mujeres en particular, como asexuales. Cosas tan básicas como la capacidad jurídica, la autonomía corporal o el derecho a tomar decisiones no se consideran la norma”.

Las mujeres y las niñas con discapacidad padecen altos porcentajes de violencia de género en Kenya (Salomé *et al.*, 2013). Aun así, lamentablemente, es frecuente que como respuesta se viole aún más su autonomía corporal, señala Kiama. “En algunos casos te encuentras con niñas con discapacidad cuyas familias se confabulan con profesionales sanitarios para esterilizarlas como forma de ‘protegerlas’, porque son víctimas constantes

“Familias se confabulan con profesionales sanitarios para esterilizarlas”.



Lizzie Kiama es una defensora de los derechos de las personas con discapacidad. Ilustración original de Naomi Vona; foto por cortesía de Lizzie Kiama.

de la violencia sexual”, revela. “A los agresores no les pasa nada”.

No obstante, estos problemas no son en absoluto exclusivos de Kenya. Las personas con discapacidad enfrentan graves

obstáculos para la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva en casi todo el mundo.

En Mongolia, por ejemplo, se han denunciado casos de

trabajadores sanitarios que practican abortos a mujeres con discapacidad sin consultarlas. Lo que hacen los médicos es solicitar la autorización de los tutores de las mujeres, según Enkhjargal Banzgarch,

trabajadora social de la Asociación Nacional de Usuarios de Sillas de Ruedas de Mongolia. Un estudio llevado a cabo por la Asociación detectó que el 22% de las personas con discapacidad han sido obligadas por sus familiares o por trabajadores sanitarios a utilizar métodos anticonceptivos.

El rechazo a la anticoncepción puede tener consecuencias. A las mujeres con discapacidad intelectual se les suele negar la prestación o la prórroga de su acreditación de discapacidad si no han recibido las dosis exigidas de anticonceptivos inyectables, explica Banzgarch.

Es posible que las personas con discapacidades y sus cuidadores apenas reciban explicaciones, dice Iliza Azyei, representante auxiliar del UNFPA en Mongolia, que colaboró con activistas y se dirigió al Ministerio de Sanidad para plantear estas cuestiones.

Recuerda la historia de una chica que, “en cuanto cumplió 16 años, el médico de la sanidad pública fue a su casa y empezaron a suministrarle anticonceptivos inyectables trimestrales”. Azyei preguntó a la madre de la chica si se había cuestionado lo que

estaba pasando. “Ella contestó: ‘No, confío en mi médico’”.

Aun así, hay motivos para la esperanza.

“Si nos fijamos en las políticas y el marco jurídico desde el punto de vista de la promoción, se han logrado progresos en este ámbito”, afirma Kiama, citando la ley de discapacidad de Kenya de 2003, la constitución del país, la ratificación de los convenios internacionales sobre los derechos de las personas con discapacidad y las normas de edificación, que contemplan cada vez más la accesibilidad.

En Mongolia también se han observado avances. Durante un examen llevado a cabo en 2015 del historial en materia de derechos humanos de Mongolia, se hicieron públicas violaciones de los derechos relativos a la salud reproductiva de personas con discapacidad. El Gobierno “hizo modificaciones urgentes en la orden ministerial de salud para proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres, incluidas las discapacitadas”, dice Azyei.

El cambio en el ámbito de las políticas es solo un paso,

añade. “Pero ¿cómo abordamos las prácticas reales?”.

Los expertos coinciden en que para ello también deben cambiar las actitudes. “Las mujeres con discapacidad tienen derecho a enamorarse, a tener hijos, a recibir servicios y a tener una vida plena”, subraya Azyei.

Las personas con discapacidad deben ser protegidas de los abusos sexuales, pero estas protecciones deben apoyar su autonomía corporal, en lugar de socavarla. Asimismo, deben ser empoderadas para que hagan valer sus derechos.

“Las personas con discapacidad tenemos asumido que debemos ser dóciles y pedir permiso”, dice Kiama. Pero nota un cambio en la generación más joven de personas con discapacidad. “Últimamente somos testigos de cómo hay más mujeres jóvenes que se abren camino y utilizan las redes sociales para las actividades de promoción. Están defendiendo los derechos sexuales y reproductivos de diferentes maneras, es increíble verlo”.

otros derechos humanos, como el derecho a la educación. Las diferencias en las tasas de educación entre géneros constituyen uno de los principales impedimentos para la plena igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. Asimismo, el matrimonio infantil y la maternidad temprana son obstáculos importantes para garantizar las oportunidades educativas, laborales y económicas de otro tipo para las niñas y las jóvenes.

El Banco Mundial llevó a cabo un estudio exhaustivo para comprobar si las mujeres de todo el mundo que se habían casado siendo niñas tenían menos poder de decisión en el matrimonio, con preguntas específicas sobre la búsqueda de servicios de salud reproductiva y el uso de anticonceptivos. Según el estudio, tanto en el caso del uso de anticonceptivos como en el de la capacidad de decisión, la variable que más influía eran los años de educación. Lo que el estudio confirmó fue que el matrimonio infantil sí tenía un efecto sobre la salud reproductiva y las facultades decisorias, sobre todo a través de su impacto indirecto en el nivel de instrucción alcanzado (Wodon *et al.*, 2017). La reducción de la educación formal de las niñas casadas tiene implicaciones económicas para ellas y para la sociedad, así como un impacto real en su salud sexual y reproductiva y en su capacidad para ejercer su libre albedrío y actuar de forma autónoma.

Las crisis humanitarias afectan negativamente a la autonomía corporal de las mujeres

Los datos de las crisis humanitarias en todo el mundo muestran que la descomposición de las redes familiares, sociales y jurídicas aumenta el riesgo de violencia sexual, además de incrementar la percepción generalizada de que el “honor” de las niñas y las mujeres, y por tanto de sus familias, está en peligro. Este miedo a “dañar” el honor de la

familia puede sustentar la decisión de las familias de casar a las niñas a una edad temprana, lo que provoca un mayor número de matrimonios forzados e infantiles. El miedo a la violencia sexual contra las mujeres y las niñas es una de las principales causas por las que las familias huyen de sus hogares en situaciones de emergencia, y un incentivo para casar a sus hijas a una edad temprana, ya que creen que el matrimonio las protegerá (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2019).

En los países con altas tasas de prevalencia de matrimonio infantil, las niñas desplazadas o afectadas por crisis son algunas de las más vulnerables. El Níger, por ejemplo, tiene la tasa de prevalencia de matrimonio infantil más alta del mundo (el 76% de las niñas se casan antes de los 18 años), pero en las regiones con un gran número de personas que reciben ayuda humanitaria las tasas son más elevadas todavía, hasta el 89% en Maradi. Otro ejemplo es un informe de Oxfam que constató que, tras desencadenarse combates en la región, el 70% de las niñas de una localidad del norte de Sudán se casaron antes de los 18 años, una cifra muy superior a la media nacional (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2019).

Los contextos de conflictos y posteriores a estos son especialmente propicios para la violencia de género — que se manifiesta en prácticas como el matrimonio forzado e infantil— por factores como la desaparición del estado de derecho y la seguridad, los cambios en los roles tradicionales de género y las limitaciones a la libertad de las mujeres y las niñas, las culturas de la impunidad, la pérdida de capital económico y social, e incluso las ideologías extremistas que fomentan el secuestro de mujeres y niñas por parte de grupos armados (Swaine *et al.*, 2019).

En el caso de estas ideologías extremistas, en los últimos años los actores armados no estatales han impuesto un orden social que considera a las mujeres

y las niñas o bien instrumentos de sus movimientos o como amenazas. En algunos casos, las niñas y las mujeres han sido obligadas a casarse con integrantes de estos grupos para servir de esclavas sexuales. Por ejemplo, a partir de 2014, las niñas y mujeres yazidíes del Iraq fueron obligadas a casarse con miembros del Estado Islámico en el Iraq y el Levante (EIIL).

El EIIL en la República Árabe Siria, Boko Haram en Nigeria y el Camerún, y Al-Shabaab en Somalia secuestraron a niñas y mujeres para violarlas, venderlas y obligarlas a casarse. Se han dado casos de explotación ideológica del matrimonio infantil y forzado en la República Centroafricana, Libia, Malí y Somalia, y se ha informado de que grupos armados y de delincuencia organizada en Malasia y Nigeria utilizan el matrimonio infantil y forzado como tapadera para la explotación sexual y la trata de personas (Consejo de Derechos Humanos, 2019).

Si bien existen pruebas fehacientes de que la violencia por razón de género aumenta en entornos de conflicto y desplazamientos, hay menos sobre cómo afectan las crisis a la capacidad de decisión de las mujeres en lo relativo a las relaciones sexuales. Aunque las crisis suelen provocar un deterioro de los servicios públicos, también hay pruebas que indican que la capacidad de decisión de las mujeres en el acceso a la atención médica y el uso de anticonceptivos en realidad puede aumentar en esos momentos. Esto obedece, entre otras razones, a la disminución de la influencia de las normas comunitarias de género desiguales en los contextos afectados por las crisis, que propician una mayor libertad a la hora de tomar decisiones autónomas.

En países afectados por crisis, como Eritrea y Liberia, la progresiva disolución de las normas comunitarias permitió a algunas mujeres tener no solo más autonomía, sino también mayor libertad de expresión y autoridad para tomar decisiones en el hogar. Este fenómeno también se ha observado en lugares

afectados por catástrofes naturales, como las sequías, donde un mayor número de mujeres opta por utilizar métodos anticonceptivos. Otro motivo por el que algunas mujeres tienen más poder para tomar decisiones sobre la atención sanitaria y los métodos anticonceptivos es que la información y los servicios al respecto suelen ser de fácil acceso en los campos de refugiados (UNFPA, 2019). Sin embargo, durante las crisis y después de ellas, la desigualdad de género y la discriminación también pueden agravar las dificultades con que se topan las mujeres y las niñas para proteger su autonomía e integridad corporales. Como consecuencia, muchas padecen una mayor inseguridad y movilidad restringida, y son víctimas de violencia de género y prácticas nocivas como la mutilación genital femenina (CICR, 2020).

Los programas para poner fin a la mutilación genital femenina o prevenirla no suelen incluirse en los planes de respuesta humanitaria. Durante las fases iniciales de la pandemia de COVID-19, por ejemplo, la mayoría de los países en que es frecuente la mutilación genital femenina no priorizaron la eliminación de esta práctica en sus planes nacionales de respuesta humanitaria (UNFPA y UNICEF, 2020). Con todo, varias evaluaciones indicaron un mayor riesgo de que las niñas sean sometidas a ella: una evaluación del UNFPA en Somalia mostró que el 31% de los miembros de la comunidad que fueron entrevistados declararon que creían que se había producido un aumento de esta práctica nociva desde el comienzo de la pandemia (UNFPA, 2020a). Un estudio de Save the Children en septiembre de 2020 en el campamento de refugiados de Dadaab, en Kenya, examinó los efectos de la COVID-19 y descubrió que el 75% de los trabajadores dedicados a proteger a la infancia comunicaron un aumento del 20% en los casos de mutilación genital femenina (Save the Children, 2020).

En países como Etiopía, Kenya, Nigeria y el Sudán, también se informa de que las niñas corren un mayor

riesgo de sufrir mutilación genital como paso previo al matrimonio, lo que indica una estrategia de respuesta negativa asociada a las consecuencias económicas y al cierre de escuelas (UNFPA y UNICEF, 2020).

Según las estimaciones del UNFPA, la pandemia puede dar lugar a 2 millones de casos de mutilación genital femenina que de lo contrario se hubieran evitado, o a una reducción de un tercio de los progresos realizados en aras de la meta 5.3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de eliminar la mutilación genital femenina para 2030 (UNFPA, 2020b).

“Asesinatos por honor”: una negación extrema de la autonomía corporal

Los asesinatos por honor se producen en comunidades en las que el “honor” de la familia se considera más importante que la vida de la persona, generalmente una mujer, que supuestamente ha vulnerado ciertas normas o códigos (Gibbs *et al.*, 2019).

Entre las justificaciones de los crímenes de honor se citan la separación de un cónyuge que pagó un precio por la novia, negarse a contraer un matrimonio concertado, establecer una relación con una persona de otro grupo étnico, religión o casta, mantener relaciones sexuales prematrimoniales o extramatrimoniales, ser víctima de una violación o una agresión sexual o que la persona sea señalada como homosexual (Selby, 2016).

Aunque tanto los hombres como las mujeres pueden cometer asesinatos de honor o ser víctimas de ellos, el “código de honor” tiene normas diferentes para hombres y mujeres, como unos



Ilustración de Tyler Spangler

criterios más estrictos de castidad para las mujeres y la percepción de que los hombres tienen la obligación de llevar a cabo actos violentos para preservar su honor o el de su familia. En todo caso, el código de honor forma parte del sistema social patriarcal que somete a las mujeres a los hombres y, en consecuencia, los crímenes de honor suponen una violencia desproporcionada contra las mujeres. Aunque no es posible conocer el número real de este tipo de asesinatos, se calcula que se cometen unos 5.000 al año, la mayoría en Oriente Medio y Asia Meridional (Gibbs *et al.*, 2019). Conviene destacar que se estima que el 58% de las mujeres

Amenazados por la sexualidad de la mujer

Entre las motivaciones más citadas para practicar la mutilación genital femenina figuran la cultura, la tradición y la religión. Aun así, es de conocimiento público que esta práctica conlleva una reducción del deseo sexual, algo que de hecho también supone un factor esencial de motivación. Muchos partidarios de la mutilación genital femenina señalan que la sexualidad femenina desenfrenada constituye de algún modo una amenaza para la castidad, el honor y la virtud (Berg y Denison, 2013).

Según los expertos, las conversaciones francas sobre la sexualidad femenina, la integridad y la autonomía corporales tal vez ofrezcan

un antídoto inesperado contra esta práctica.

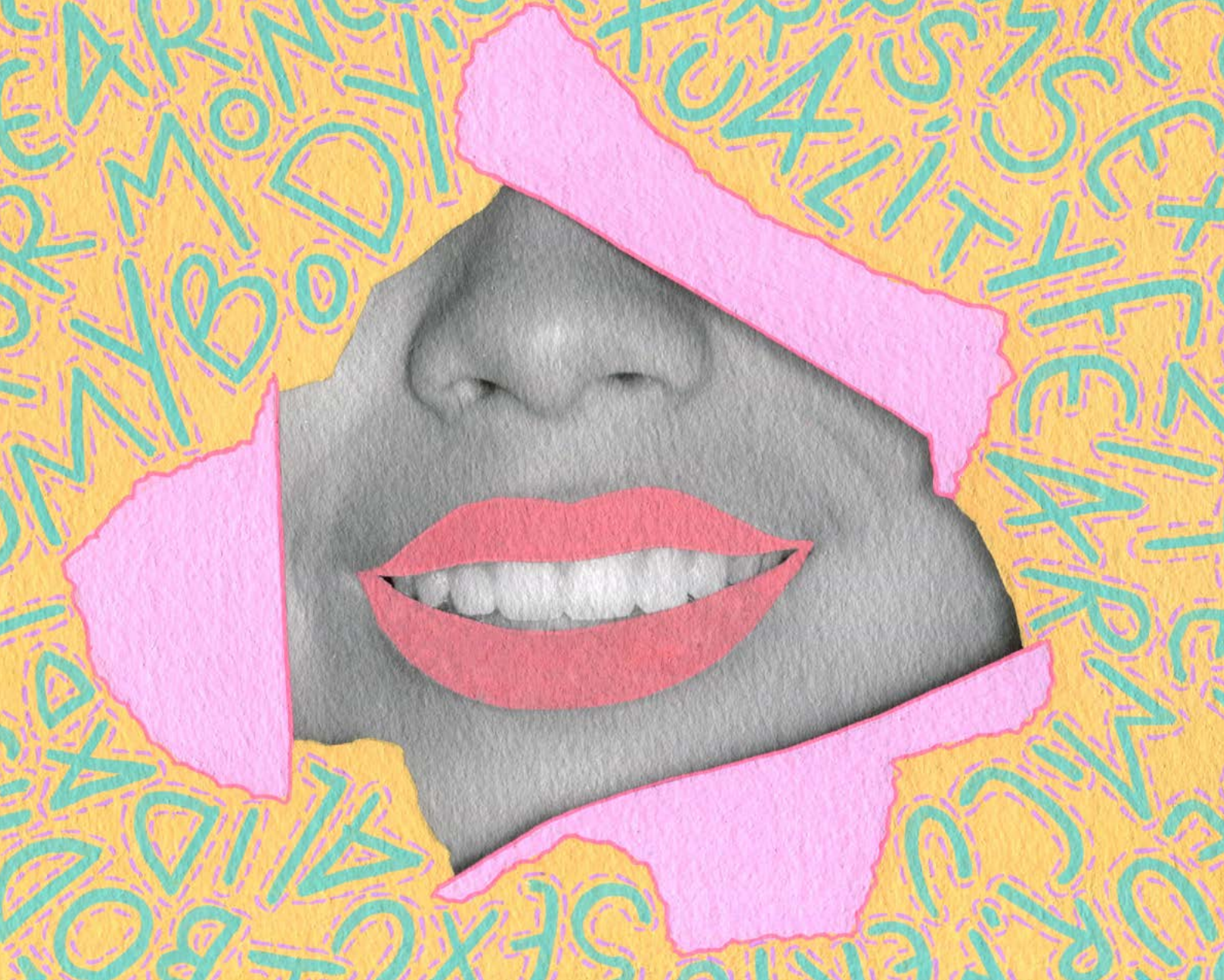
Los esfuerzos para poner fin a la mutilación genital femenina han destacado históricamente los daños físicos causados, que pueden incluir hemorragias, sepsis, futuras complicaciones en el parto y hasta la muerte. Hacer énfasis en las consecuencias físicas tiene una mejor recepción en las comunidades conservadoras, donde hablar de la sexualidad femenina suele ser tabú. No obstante, centrarse exclusivamente en los daños físicos puede provocar de forma involuntaria una medicalización de la práctica, o que se lleven a cabo tipos alternativos de mutilación,

en lugar de abandonarla por completo (Powell y Yussuf, 2021).

Ampliar estas charlas para que incluyan una explicación honesta de los daños sexuales causados por la mutilación genital femenina ha ayudado a Wafaa Benjamin Basta, obstetra y ginecóloga egipcia, a convencer a los progenitores para que la rechacen. Explicar claramente los efectos nocivos, como la incapacidad de experimentar el orgasmo, el dolor durante el coito y la aversión al sexo debido al trastorno por estrés postraumático, se ha revelado un elemento disuasorio eficaz, especialmente “si la madre vivió una experiencia muy mala al someterse a la mutilación genital femenina de joven o ha tenido problemas en su vida conyugal a causa de la ablación”, detalla la Dra. Basta.

Habla con naturalidad de las repercusiones sociales y psicológicas que pueden experimentar las mujeres. “Puede afectar a su salud mental, a su bienestar social y a la relación con su pareja, lo que a su vez tal vez influya profundamente en el concepto de la propia familia”.

“Las mentalidades están cambiando, sobre todo en las nuevas generaciones”.



La mutilación genital femenina no es simplemente una cuestión de salud, es una cuestión de sexualidad. Ilustración original de Naomi Vona; foto por cortesía de Hana Lopez en Unsplash.

Una de las razones por las que la Dra. Basta consigue mantener estas conversaciones directas es su papel de médica. “Entre la paciente y la doctora existe un vínculo”, afirma. Pero más importante, si cabe, es la aceptación cada vez más frecuente de los derechos de la mujer y su empoderamiento en Egipto. “Las mentalidades están cambiando, sobre todo en las nuevas generaciones”.

Conforme disminuye el miedo a la sexualidad femenina y el bienestar sexual tiene una consideración cada vez más relevante en el marco de la salud psicológica y social, resulta más fácil replantearse la práctica de la mutilación genital femenina.

La Dra. Basta dice que sus observaciones se limitan a las conversaciones confidenciales que puede mantener con sus

pacientes, y que la comodidad a la hora de tratar estos temas varía según la comunidad y el médico. Aun así, ha constatado grandes progresos en los últimos años y tiene esperanzas de cara al futuro, tanto para acabar con la mutilación genital femenina como para promover el bienestar y la salud sexual de las mujeres. “No tiene que dar vergüenza hablar de esto”, apunta.

víctimas de asesinatos murieron a manos de su pareja o de un miembro de su propia familia, lo que representa 137 mujeres al día (OMS, 2013). Esta situación se ha visto agravada por la pandemia de COVID-19, y la violencia contra las mujeres se considera “la pandemia en la sombra”.

Violencia sexual durante las relaciones de pareja y leyes que obligan a casarse con el violador

Aunque es evidente que los datos elegidos para el indicador 5.6.1 son medidas inexactas de todas las formas en que la capacidad de decisión de las mujeres se ve menguada por las estructuras maritales patriarcales, en el caso de un componente existe una relación directa: ¿puede una mujer decir que no a su marido o compañero si no quiere mantener relaciones sexuales? Sea cual sea la dinámica interpersonal existente en un matrimonio, se da la circunstancia de que en algunos países la ley permite al marido mantener relaciones sexuales tanto si la mujer lo desea como si no, y hay otros en los que un hombre que viola a una mujer puede evitar las penas si se casa con ella en contra de su voluntad.

Tanto si la mujer ha sido obligada a casarse como si lo ha hecho libremente, las normas patriarcales tradicionales sostienen que, una vez celebrado el matrimonio, el hombre es “dueño” del cuerpo de su mujer y puede utilizarlo para mantener relaciones sexuales cuando quiera. “El concepto de violencia sexual dentro de las relaciones de pareja o violación conyugal” no se ha reconocido como una violación atroz de los derechos humanos hasta las últimas décadas. Las víctimas de este tipo de violencia padecen los múltiples daños que sufren todas las supervivientes de violaciones: daños psicológicos y lesiones físicas

asociadas a las relaciones sexuales forzadas, embarazos no deseados, abortos espontáneos e infecciones de transmisión sexual (Yllö y Torres, 2016).

Esta violación de los derechos humanos reviste importantes consecuencias para la salud reproductiva. El riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual aumenta debido a la abrasión y la penetración vaginal forzada, que facilita la introducción del virus en el organismo (Jewkes *et al.*, 2011). Las mujeres que sufren abusos en el matrimonio tienen de una vez y media a tres veces más probabilidades de dar positivo en la prueba del VIH, y de dos a cuatro veces más probabilidades de referir otra infección de transmisión sexual (OMS, 2015).

Las diversas prácticas que imponen el control masculino y violan los derechos de las mujeres a la autonomía corporal están interrelacionadas. Los estudios llevados a cabo han detectado una marcada correlación, por ejemplo, entre la violación marital y el matrimonio infantil: un estudio de 2011 reveló que la mayoría de los casos de violación marital en Uganda habían sido cometidos contra niñas de 15 a 19 años cuyos maridos, de mayor edad, habían pagado para conseguirlas como esposas (Hague *et al.*, 2011).

Cuarenta y tres países no tienen ninguna legislación que aborde la cuestión de la violación marital. Incluso en los países en que se reconoce este concepto, las penas por relaciones sexuales no consentidas dentro del matrimonio pueden ser considerablemente menores que en otros casos. Un estudio realizado en 2020 comparó el matrimonio con un comodín que evita ir a la cárcel, y descubrió que de los 54 países del Commonwealth 35 todavía aplican alguna forma de exención conyugal a los delitos sexuales (Richardson, 2020).

En algunos países y territorios, el matrimonio puede considerarse una “cura” legal para la violación, ya

que permite a los autores casarse con sus víctimas y evitar así tener que cumplir pena alguna por su delito. En algunos países, existen leyes que permiten a un hombre condenado por violación —o, en ciertos casos, por estupro— eludir la condena si se casa con la mujer o la niña a la que ha agredido. Este es el caso de Bahrein, el Iraq, Kuwait, Filipinas, la Federación de Rusia, Serbia, Tayikistán y Tailandia (Equality Now, 2017); Argelia (Amnistía Internacional Reino Unido, 2020); Angola, el Camerún, Guinea Ecuatorial y Eritrea (Venkatash y Randall, 2017); la República Dominicana (Sims, 1997); Libia, Siria y Venezuela (Selfscholar, 2012); y Tonga (Stewart, 2016).

En 2017, la ONG Equality Now llevó a cabo un examen exhaustivo de las leyes que contemplaban el matrimonio con el violador. Descubrió, por ejemplo, que en el Iraq, si el agresor se casa con la víctima, cualquier actuación judicial contra él queda anulada y todas las investigaciones o causas judiciales que haya en curso se suspenden. Si ya se ha dictado una sentencia, esta se anula y no se ejecuta, pero puede restablecerse si hay un divorcio en un plazo de tres años. En Kuwait, si el agresor se casa legalmente con su víctima con el permiso del tutor de esta y este pide que no se le castigue, el agresor queda libre. En Rusia, si el agresor ha cumplido 18 años y ha cometido un estupro con una menor de menos de 16 años, queda libre de castigo si se casa con la víctima. En Serbia está prohibido “cohabitar con una menor”; sin embargo, “si se contrae matrimonio no se procederá con el enjuiciamiento y, si este ya se ha iniciado, se suspenderá”. En Tailandia, el matrimonio puede considerarse una compensación por el estupro si el agresor tiene más de 18 años y la víctima más de 15, si ella “consintió” el delito y si el tribunal autoriza el matrimonio (Equality Now, 2017).

Las leyes y prácticas matrimoniales que subordinan a las mujeres y les niegan su capacidad de decisión

están muy extendidas y son difíciles de erradicar. No obstante, distan de ser las únicas formas en que las estructuras patriarcales refuerzan la dominación masculina y circunscriben la sexualidad femenina.

Mutilación genital femenina

La mutilación genital femenina comprende todos los procedimientos que implican la ablación parcial o total de los genitales externos de la mujer u otras lesiones en los órganos genitales sin causa médica (OMS, 2020a).

La mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, y una forma extrema de discriminación y violencia dirigida exclusivamente a las niñas y las mujeres. También es una parte del conjunto de prácticas patriarcales, arraigadas en la desigualdad de género y destinadas a controlar la sexualidad de las mujeres y las niñas, sus cuerpos y sus derechos sexuales y reproductivos.

Esta práctica niega a las mujeres y a las niñas su derecho a: la integridad física y mental; a no sufrir violencia; al más alto nivel posible de salud; a no sufrir discriminación por razón de género; y a no sufrir torturas ni tratos crueles, inhumanos y degradantes, entre otros. Pese a todo, más de 200 millones de niñas y mujeres viven con las consecuencias de la mutilación genital, y al menos 4 millones de niñas corren el riesgo de ser sometidas a esta práctica cada año (UNFPA, 2020c; UNICEF, 2020a).

La mutilación genital femenina priva a las mujeres y a las niñas de su derecho a tomar decisiones autónomas sobre una intervención que tiene un efecto duradero en su cuerpo y vulnera su autonomía y control sobre sus vidas. La mutilación genital femenina es una privación de oportunidades, que afecta a la capacidad de las mujeres y las niñas de

Dar **unidad** a la comunidad

Daniyar se dio cuenta de que era transgénero a los 7 años, pero durante años creyó que estaba solo. “Cuando tenía 15 o 16 años, estaba muy deprimido. No me aceptaba a mí mismo. No sabía que había comunidades ni organizaciones LGBTI en Kirguistán”. Hasta que alguien le dijo que existía un grupo local LGBTI, no se sintió preparado para tomar el control de su cuerpo y de su vida. “Comprendí que este es mi mundo”, señala. “Antes, sentía que no vivía en mi propio cuerpo. Pero descubrí lo que eran las personas transgénero y empecé a leer sobre el tema, y luego comencé mi transición”.

Daniyar, que ahora tiene 23 años, sabe que esta experiencia no es ni mucho menos única. De hecho, los

activistas e investigadores llevan mucho tiempo observando las formas creativas y colectivas en que las personas se unen para reclamar su autonomía corporal cuando esta se ve amenazada. Las personas LGBTI han creado espacios seguros para ellas incluso en los entornos más restrictivos de todo el mundo. Y hay más ejemplos. Los trabajadores sexuales se unen para intercambiar información sobre clientes violentos. Las mujeres se ayudan mutuamente a ocultar anticonceptivos, a escapar de las parejas que abusan de ellas o a interrumpir embarazos no deseados en países donde el aborto es de difícil acceso o ilegal. En la medida de lo posible, estas redes informales tienden

a transformarse en grupos formales de presión, los cuales son un motor del cambio.

Es lo que está ocurriendo en Kirguistán, dice Ayim, una mujer transgénero de 24 años que también se sintió aislada durante mucho tiempo antes de ser aceptada y encontrar solidaridad en la comunidad LGBTI. “Me ponía las faldas de mi madre. Mi madre se burlaba de mí y me regañaba al mismo tiempo. Cuando empecé a estudiar en la universidad, comprendí que tenía que revelar quién era. Si lo ocultaba toda la vida, estaría atrapada. En 2016, me volqué en conocer a personas de la comunidad LGBTI”.

Tanto Daniyar como Ayim son ahora activistas

**“Tenemos problemas comunes
y sabemos cómo ayudarnos
los unos a los otros”.**



Ayim dice que se sentía aislada antes de encontrar la comunidad LGBTI. Ilustración original de Naomi Vona; foto por cortesía de Ayim.

LGBTI. Colaboran con una organización no gubernamental local, Kyrgyz Indigo, para proporcionar servicios a las personas LGBTI que lo necesitan, como asistencia en materia de vivienda y

acceso a información y atención sanitaria. Este apoyo es fundamental en un país donde las personas LGBTI a menudo son objeto de discriminación. Las personas transgénero son especialmente

vulnerables, señalan, con altas tasas de desempleo en parte por no poder actualizar sus documentos identificativos para reflejar su identidad de género. “Las últimas modificaciones de la ley

prohíben a la gente cambiar el pasaporte para corregir su género”, indica Daniyar. También hay muy pocos especialistas médicos que ayuden a las personas transgénero a realizar la transición, lo que hace que el proceso sea sumamente costoso. “Mucha gente sacrifica su alimentación o no duerme [para trabajar sin descanso], a fin de poder ahorrar el dinero de la operación para cambiar su cuerpo”.

Sobre ellos siempre pende una amenaza de violencia. Tanto Daniyar como Ayim han recibido amenazas y tienen amigos que han sido víctimas de agresiones. “Hay muchas historias como esta”, sostiene Daniyar. “Golpean a la persona o se la llevan a algún sitio, a las montañas, fuera de la ciudad, y la golpean casi hasta la muerte, o tal vez hasta la muerte, y la dejan en un descampado”.

A pesar de estos riesgos, les mueve un profundo conocimiento de las luchas de su comunidad. “Tenemos problemas comunes y sabemos cómo ayudarnos los unos a los otros”, explica Ayim.

“Nos apoyamos entre nosotros”. Y expresar la auténtica identidad de género que uno tiene no es negociable, advierten. Es una cuestión de vida o muerte. Si se obligara a las personas transgénero a esconderse por completo, “habría muchos suicidios”, asegura Daniyar. O “se marcharían de Kirguistán y se convertirían en refugiados, porque vivir en un cuerpo que no es el tuyo es terrible”, añade Ayim.

Las circunstancias de la comunidad han empeorado con la pandemia de COVID-19, y la destrucción de puestos de trabajo ha hecho que muchos hayan perdido su hogar, pasen hambre o sean incapaces de pagar la medicación. Kyrgyz Indigo entrega alimentos y productos de primera necesidad, como jabón, papel higiénico y compresas higiénicas, a quienes no pueden permitírselos. Está ayudando a que las personas transgénero puedan seguir accediendo a la terapia hormonal, y las que viven con el VIH a antirretrovirales. Asimismo, gestiona tres refugios durante la pandemia para dar respuesta al aumento

de la necesidad de alojamiento de emergencia.

Explican que sus experiencias son una lección para otras comunidades marginadas que trabajan para defender sus derechos y su autonomía corporal. En primer lugar, “hay que empoderar a la comunidad y aumentar su visibilidad”, insiste Ayim. La aceptación de las cuestiones LGBTI en el país es mayor en Bishkek, la capital, gracias a la presencia de grupos de activistas y a la labor realizada allí, explica.

Sin embargo, los activistas también deben estar preparados para encontrar oposición y tienen que protegerse: “Hay que estar preparados para cualquier reacción y vivir sin miedo”, dice Ayim. “Cuando te dedicas por completo al activismo, a un trabajo así, te agota”. Además, afirma que lo más importante es la confianza: “Lo principal es confiar en una misma, confiar en tu poder. No tenerle miedo a nadie. Porque estás tú y estamos nosotros, y juntos podemos llegar más lejos”.

alcanzar un pleno funcionamiento en el mundo debido a las consecuencias físicas, sexuales y emocionales que conlleva, y que a su vez pueden afectar negativamente a su bienestar individual, en particular a la posibilidad de obtener satisfacción sexual y de elección en las cuestiones relativas a la reproducción (Nussbaum, 2000).

Aunque las familias y las comunidades aducen motivos culturales, religiosos y sociales para practicar la mutilación genital femenina, las justificaciones se centran en la necesidad de reducir el deseo sexual de las mujeres (Gamal *et al.*, 2018). La mutilación genital femenina está directamente vinculada a las relaciones de poder de género y al control social sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, así como a la condición de las mujeres y las niñas en una determinada sociedad y a su nivel de empoderamiento o capacidad de decisión (Toubia y Sharief, 2003).

Las mujeres que viven en comunidades que practican la mutilación genital femenina están sometidas a un régimen social y económico fuertemente patriarcal, sin apenas opciones de elección en cuanto a los medios de subsistencia, lo que les deja pocas posibilidades de negociar una cantidad limitada de poder (Toubia y Sharief, 2003). La falta de control sobre sus propias vidas convierte el acto de someter a sus hijas a la mutilación genital femenina y de cumplir con otras normas sociales —sobre todo las relacionadas con la sexualidad y la economía de la reproducción— en un requisito esencial para las “negociaciones silenciosas de poder” (Toubia y Sharief, 2003).

Es posible que las mujeres defiendan o practiquen la mutilación genital femenina porque la utilizan como un instrumento para adquirir poder (Instituto Mediterráneo de Estudios de Género, 2015). Las mujeres pueden incluso renunciar a la autonomía sobre su cuerpo a

cambio de la inclusión social, la supervivencia económica (mediante el matrimonio) y otras libertades (Instituto Mediterráneo de Estudios de Género, 2015; Toubia y Sharief, 2003).

No hay igualdad de género sin control sobre el propio cuerpo

El matrimonio forzado e infantil, la violencia sexual en las relaciones de pareja y la mutilación genital femenina son algunos de los ejemplos más crudos de la relación entre las normas de género desiguales y la erosión de la capacidad de una mujer o niña para tomar decisiones autónomas en la vida. Los ataques a esta capacidad vienen también de muchas otras direcciones, desde los sistemas jurídicos y económicos que niegan a las mujeres la independencia financiera hasta las tradiciones de herencia patrilínea y los sistemas educativos que no imparten conocimientos a las niñas sobre sus cuerpos y derechos.

Romper las numerosas barreras económicas, sociales e institucionales que impiden la plena equidad e igualdad de género es complejo y difícil, pero cualquier logro que se consiga tendrá poca importancia si no se alcanza el derecho más fundamental: el derecho a controlar el propio cuerpo. Esto se ha reconocido mundialmente a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que confirman que el Objetivo 5 —lograr la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas— debe incluir el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos. Asimismo, uno de los parámetros para cuantificar el logro es la proporción de mujeres que toman sus propias decisiones informadas sobre las opciones sexuales y reproductivas, es decir, el grado en que las mujeres controlan sus propios cuerpos.



HÜLYA'20

MI CUERPO MIS DERECHOS

Los tratados y las declaraciones internacionales sientan las bases del derecho a la autonomía y la integridad corporales

¿Tienen las personas derecho a tomar decisiones sobre la atención de su propia salud, incluida la reproductiva? ¿Incluyen estos derechos la toma de decisiones en materia de anticoncepción? ¿Tiene la mujer derecho a decir que no —o que sí— a las relaciones sexuales, cuando desee y con quien desee?

Según el derecho internacional de los derechos humanos, la respuesta a estas preguntas es un “sí” rotundo.

Aunque la autonomía corporal es una base sobre la que se fundamentan los derechos humanos, rara vez se articula como un derecho en sí mismo (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2007). En lugar de ello, la autonomía corporal sustenta o está subsumida en una serie de derechos que figuran en tratados y acuerdos internacionales.

La autonomía corporal en el contexto de las cuestiones sexuales y reproductivas engloba los derechos que permiten a las personas elegir y tomar decisiones con conocimiento de causa en relación con sus necesidades de salud sexual y reproductiva, y hacerlo sin sufrir discriminación, coerción ni violencia. Estos derechos se articularon por primera vez en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 y en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 (Naciones Unidas, 1995; UNFPA, 1994).

Dependiendo del tratado o acuerdo, la “autonomía” en asuntos relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva y la toma de decisiones puede abarcar el acceso a la educación sexual integral, la información y los servicios de anticoncepción, la atención a la salud materna, el tratamiento

de la infertilidad, las intervenciones de afirmación del género, como el tratamiento hormonal y quirúrgico, y la asistencia integral en casos de aborto. La autonomía afecta también a cuestiones relativas al estado civil, que van desde el matrimonio y el divorcio hasta la capacidad jurídica para tomar decisiones sobre el propio cuerpo y la facultad de expresar la propia identidad de género.

Los derechos a la autonomía corporal están alineados con los derechos a la integridad corporal, los cuales están ligados físicamente a la libertad y la seguridad de la persona, y a no sufrir torturas ni tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como a la inviolabilidad de la propia identidad: el cuerpo y la mente. En el contexto de la reproducción y la sexualidad, las violaciones de la integridad corporal incluyen prácticas como la mutilación genital femenina, las pruebas de virginidad y los exámenes anales punitivos, así como la violación, incluida la cometida por el cónyuge o la pareja, y otras formas de violencia por razón de género.

Los derechos relacionados con la autonomía e integridad corporales permiten a las personas tomar sus propias decisiones en los ámbitos de la reproducción y la sexualidad. Los Estados respaldan y regulan estos derechos mediante políticas y leyes que definen la “capacidad jurídica” o determinan la edad de consentimiento para mantener relaciones sexuales, contraer matrimonio o acceder a servicios como la anticoncepción.

Los derechos de autonomía son interdependientes y se apoyan mutuamente, al margen de cómo se expresen, ya sea como “derecho a su integridad física y psíquica” (Unión Europea, 2012, artículo 3(1)), como “derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2007a, artículo 7(1)), como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos crueles, inhumanos

o degradantes, o como el derecho a la dignidad y a la intimidad, o el derecho a la salud tal y como se expresa en muchas constituciones nacionales (Viens, 2020).

Autonomía corporal y toma de decisiones en el ámbito reproductivo

El derecho de los derechos humanos establece de forma clara el derecho a la información y a los medios para tomar decisiones sobre la maternidad. El artículo 16.1(e) de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer —comúnmente conocida como la Convención sobre la Mujer— exige a los Estados partes que defiendan los derechos de la mujer “a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, conocida como la Convención sobre la Discapacidad, especifica que el derecho a tomar decisiones acerca del número de hijos y el intervalo entre los nacimientos es de aplicación a las personas con discapacidad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2007). El derecho a decidir sobre el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos se refleja en el “Protocolo de Maputo”, el Protocolo relativo a los Derechos de la Mujer en África de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Unión Africana, 2003). El Programa de Acción de la CIPD y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer emplean términos similares.

Los derechos humanos y el sistema de tratados de las Naciones Unidas

Los derechos humanos son garantías básicas que la comunidad internacional reconoce y promete salvaguardar. Estos derechos abarcan cuestiones civiles, políticas, sociales, económicas y culturales, y establecen lo que los gobiernos pueden hacer y lo que no, así como lo que deben hacer por todos nosotros, sin discriminación. Todas las personas, sin distinción de sexo, género, raza, origen étnico, religión, nacionalidad, idioma, discapacidad, lugar de residencia o cualquier otra condición, poseen estos derechos.

Con frecuencia, la ley contempla y garantiza los derechos humanos a través de tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales de la legislación y otras fuentes del derecho internacional (ACNUDH, s. f.).

Las Naciones Unidas velan por la aplicación de los tratados de derechos humanos a través de los comités de supervisión de los tratados, conocidos como “órganos creados en virtud de tratados”, que garantizan que los Estados partes cumplan los compromisos asumidos en cada uno de ellos. Por ejemplo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas supervisa los avances realizados en favor de las mujeres en los países que son Estados partes de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979. El Comité también formula recomendaciones sobre cuestiones a las que crea que los Estados partes deben prestar más atención.

Se han creado órganos similares para supervisar los avances en el cumplimiento de las obligaciones de otros tratados, como la Convención sobre los Derechos del Niño.

Los órganos creados en virtud de tratados pueden formular recomendaciones no vinculantes, u observaciones finales, con determinadas sugerencias para los países sobre las medidas que deberían adoptar a fin de atender mejor a sus obligaciones en lo tocante a los derechos humanos. También pueden publicar observaciones o recomendaciones generales para ayudar a los gobiernos a entender su cometido con arreglo a los tratados y brindar una interpretación bien fundamentada acerca del significado de estos. En algunos casos, los órganos creados en virtud de tratados pueden actuar como tribunales y emitir dictámenes destinados a resolver disputas y cuestiones de derecho.

Los acuerdos políticos, como el Programa de Acción de la CIPD de 1995 y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995, son otra fuente destacada de normas relacionadas con los derechos humanos. Estos acuerdos, junto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, establecen políticas y objetivos mundiales para la realización de los derechos, como los sexuales y reproductivos.



Ilustración de Kaisei Nanke

En primer lugar, **no hacer daño**

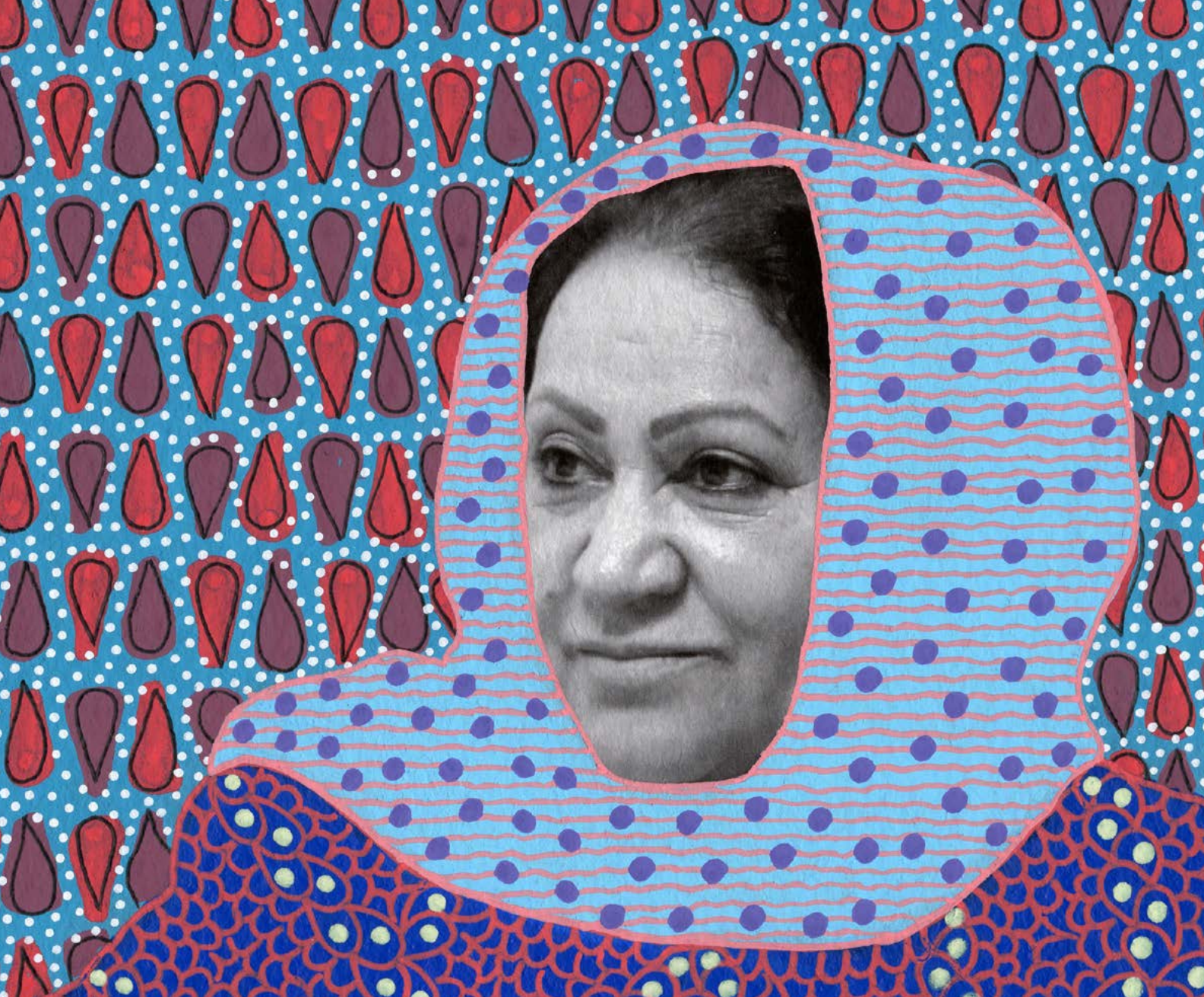
Las Naciones Unidas han declarado de forma categórica que las pruebas de virginidad violan los derechos humanos y la dignidad de las personas. Cuando se realizan sin consentimiento, constituyen una tortura y una forma de violencia sexual. También son inútiles desde el punto de vista científico y una violación de la ética médica (OMS *et al.*, 2018). Aun así, persisten en todas las regiones del mundo; su práctica continuada ha sido noticia recientemente en el Reino Unido, por ejemplo, donde se está revisando un proyecto de ley para prohibirlas. Las pruebas de virginidad se utilizan para imponer o fomentar la abstinencia entre las mujeres solteras y las niñas, con justificaciones que van desde la preservación de su “pureza” y el “honor” de la familia hasta

la prevención de la transmisión del VIH y el embarazo en la adolescencia (Olson y García-Moreno, 2017). No obstante, muchos de sus defensores recurren a un lenguaje feminista para abogar por su perpetuación.

La prueba de virginidad —también conocida como “examen del himen” o “prueba de los dos dedos”— suele consistir en un examen del himen, un tejido fino que a menudo, aunque no siempre, está presente en la vagina. La prueba se basa en la suposición de que las características físicas del himen o de la vagina pueden demostrar si una mujer o una niña ha mantenido relaciones sexuales vaginales, una creencia que los estudios médicos desacreditan de forma contundente. Los exámenes que carecen de justificación científica para

“probar” o “refutar” que se ha practicado el coito no hacen más que reforzar normas sociales perniciosas y deben prohibirse, según afirman los expertos en medicina y derechos humanos. Entre dichos exámenes figuran no solo las pruebas de virginidad, sino también los exámenes anales forzados, que consisten en la introducción de dedos u objetos en el ano de un hombre o una mujer transexual con el supuesto objetivo de encontrar “pruebas” de una conducta homosexual. Se han documentado casos de realización de pruebas anales forzadas en todos los Estados Árabes y en las regiones de África Oriental y Meridional, aunque “carecen de valor médico” y “equivalen a tortura o malos tratos”, según el informe de 2018 de un experto independiente al Consejo

“Es una violación de los derechos humanos y va en contra de la dignidad humana”.




Suraya Sobhrang describe cómo el personal médico y judicial perpetró las pruebas de virginidad no consentidas en el Afganistán. Ilustración original de Naomi Vona; fotografía © UNFPA/A. Mohaqqueq.

de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2018).

Las pruebas de virginidad y los exámenes anales forzados son físicamente invasivos, dolorosos y estigmatizantes. Suraya Sobhrang, doctora y

ex comisionada de derechos humanos en el Afganistán, afirma que las pruebas se realizaban a modo de castigo tras cualquier supuesta transgresión, como sentarse junto a una persona del sexo opuesto. "Cualquier acto se consideraba un 'crimen moral'", describe la Dra. Sobhrang.

Las condiciones de las pruebas a menudo ni eran higiénicas ni respetaban la privacidad, y las mujeres podían ser obligadas a someterse a ellas repetidas veces, afirma. "Esto traumatizaba a estas mujeres. Una me dijo que la segunda vez sintió como si alguien la hubiera violado".



Las mujeres podían ser encarceladas por no superar la prueba de virginidad. “Algunas se suicidaban después de esta prueba”, recuerda la Dra. Sobhrang. Otras fueron asesinadas por sus familias.

La Dra. Sobhrang y sus colegas propiciaron la prohibición de las pruebas de virginidad no consentidas en el Afganistán en 2018. Hoy en día, en el Afganistán solo pueden hacerse con orden judicial y el consentimiento de la paciente, aunque la aplicación de esta norma continúa siendo motivo de preocupación, sobre todo en las zonas rurales. Además, tanto los médicos como las pacientes pueden seguir sufriendo consecuencias si rechazan hacer la prueba. Mozghan Azami, especialista en medicina forense en Kabul, recuerda a una chica que se negó dos veces, a pesar de existir una orden judicial: “En la tercera ocasión, el tribunal nos la devolvió diciendo que si los médicos no realizaban esta vez la prueba, serían objeto de una investigación. Así que, tras hablar con la chica durante dos horas, la convencimos para que se la hiciera”.

La Dra. Azami coincide en que las pruebas de virginidad, sobre todo cuando se realizan bajo coacción, pueden “perjudicarlas psicológicamente”. Sin embargo, es partidaria de hacerlas en

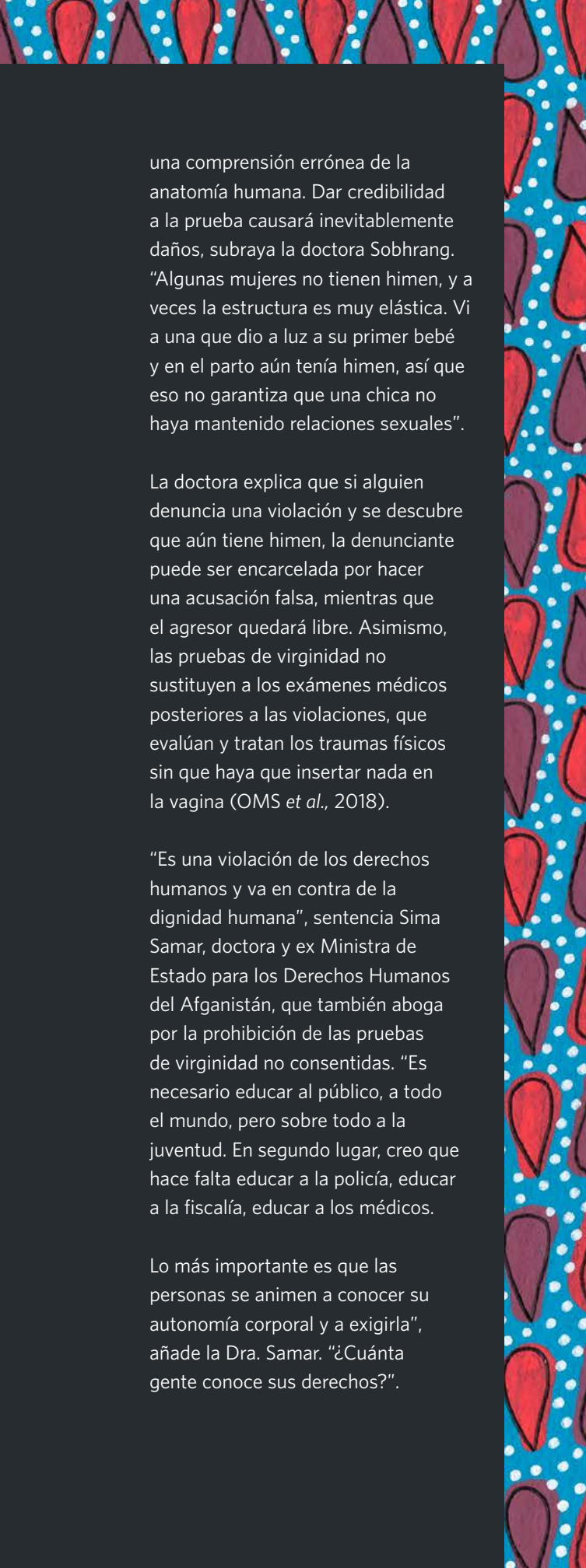
algunos casos, siempre que sea con confidencialidad, dignidad y pleno consentimiento informado. Estas opiniones están condicionadas por temores serios y la realidad: en lugares en los que no existen procedimientos médicos científicamente sólidos (como las pruebas de ADN), las pruebas de virginidad son una de las pocas formas en que las supervivientes pueden presentar pruebas que respalden una acusación de violación. “Para la víctima, la prueba del himen es un medio con el que buscar justicia y luchar contra la culpabilización social y tradicional”, afirma la Dra. Azami.

La prueba, si sus resultados son positivos, también puede ayudar a las mujeres a evitar la violencia en lugares donde la percepción de la pérdida de la virginidad puede ser una sentencia de muerte. “En la noche de bodas, se entrega a la pareja un paño o papel blanco que debe teñirse de rojo con la sangre del himen una vez consumado el matrimonio”, añade la Dra. Azami. “[Si] el hombre no ve los signos de virginidad, se lleva a cabo la prueba de virginidad [...] según la petición de la chica”, normalmente con la esperanza de que su himen muestre un indicio de desgarró.

En ciertas comunidades, como en la provincia sudafricana de KwaZulu-Natal, la prueba

de virginidad también es considerada por algunas personas como una protección contra el embarazo adolescente, el VIH y otros riesgos (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2016). “Se cree que las pruebas de virginidad evitarán que los iintsizwa (hombres mayores) coaccionen a las niñas para tener relaciones sexuales y abusen de ellas, especialmente las de 10.º, 11.º y 12.º curso”, afirma el jefe Msingaphansi, de Umzimkhulu, en KwaZulu-Natal. Señala que las pruebas, realizadas en su mayoría por mujeres mayores, recalcan el valor cultural de la abstinencia, lo que anima a las niñas a rechazar la presión de sus compañeras y a retrasar la actividad sexual. El jefe Msingaphansi describe el ritual con un lenguaje de empoderamiento: “Después de las pruebas, las niñas cobran conciencia de sus derechos”, dice, y añade que aprenden a identificar las relaciones de explotación. Sin embargo, es habitual que para hacerlas no haya consentimiento, lo que las convierte en ilegales. “Deciden los padres”, reconoce un “inspector de virginidad” de los distritos de uMgungundlovu y uThukela.

A pesar de estas justificaciones, la prueba refuerza la creencia errónea de que la virtud de una mujer depende de sus antecedentes sexuales y perpetúa



una comprensión errónea de la anatomía humana. Dar credibilidad a la prueba causará inevitablemente daños, subraya la doctora Sobhrang. “Algunas mujeres no tienen himen, y a veces la estructura es muy elástica. Vi a una que dio a luz a su primer bebé y en el parto aún tenía himen, así que eso no garantiza que una chica no haya mantenido relaciones sexuales”.

La doctora explica que si alguien denuncia una violación y se descubre que aún tiene himen, la denunciante puede ser encarcelada por hacer una acusación falsa, mientras que el agresor quedará libre. Asimismo, las pruebas de virginidad no sustituyen a los exámenes médicos posteriores a las violaciones, que evalúan y tratan los traumas físicos sin que haya que insertar nada en la vagina (OMS *et al.*, 2018).

“Es una violación de los derechos humanos y va en contra de la dignidad humana”, sentencia Sima Samar, doctora y ex Ministra de Estado para los Derechos Humanos del Afganistán, que también aboga por la prohibición de las pruebas de virginidad no consentidas. “Es necesario educar al público, a todo el mundo, pero sobre todo a la juventud. En segundo lugar, creo que hace falta educar a la policía, educar a la fiscalía, educar a los médicos.

Lo más importante es que las personas se animen a conocer su autonomía corporal y a exigirla”, añade la Dra. Samar. “¿Cuánta gente conoce sus derechos?”.

Autonomía corporal y salud

El derecho a la salud incluye decidir por uno mismo, buscar y recibir información, y acceder a los servicios relativos a la salud reproductiva y sexual, y se interpreta como tal, según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016). Al mismo tiempo, disfrutar de la salud sexual y reproductiva es “imprescindible para su autonomía [de las mujeres]” y “está íntimamente ligado a los derechos civiles y políticos que fundamentan la integridad física y mental de las personas y su autonomía” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016, párrafo 34).

Los derechos “a adoptar decisiones y hacer elecciones libres y responsables, sin violencia, coacción ni discriminación, con respecto a los asuntos relativos al propio cuerpo y la propia salud sexual y reproductiva” y a tener “acceso sin trabas a toda una serie de establecimientos, bienes, servicios e información relativos a la salud” son, por tanto, dos caras de una misma moneda (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016, párrafo 5).

Según el Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, los servicios sanitarios deben crear un entorno propicio en el que las personas puedan tomar sus decisiones autónomas y los Estados deben “exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía,

Los derechos y el tratamiento de la infertilidad

El acceso al tratamiento de la infertilidad forma parte de la atención a la salud reproductiva e incluye técnicas como la fecundación in vitro (Zegers-Hochschild *et al.*, 2009). Los derechos humanos internacionales exigen que todos los servicios de salud reproductiva y sexual estén disponibles y sean accesibles sobre la base de la no discriminación y de la igualdad. Diversos órganos de tratados han llegado a la conclusión de que, cuando la fecundación in vitro está disponible en un Estado, no debe restringirse indebidamente ni ofrecerse de manera que viole otros derechos humanos (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2019; Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, 2016; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, 2015).



Ilustración de Kaisei Nanke

intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa” (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, 1999).

Autonomía corporal e intimidad

Otros aspectos del derecho a la autonomía corporal son poder tomar decisiones sobre la vida privada y familiar. Por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que “[n]adie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966, artículo 17(1)).

En otros tratados internacionales y regionales de derechos humanos —en particular la Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989, artículo 16), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 1969, artículo 11), el Convenio Europeo de Derechos Humanos (Consejo de Europa, 1950, artículo 8), la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (Unión Africana, 1990, artículo 10) y la Declaración de Derechos Humanos de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN, 2012, artículo 21)— figuran, asimismo, redacciones semejantes del derecho a la intimidad.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos han interpretado sus tratados de forma similar, destacando que “la noción de autonomía personal es un principio importante que subyace a la interpretación de sus garantías [del artículo 8, sobre la intimidad]” (TEDH, 2002).

En Estados Unidos, hace más de un siglo, Samuel Warren y Louis Brandeis expresaron el derecho

El aborto y la integridad y autonomía corporales

Los órganos creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas —es decir, los comités que supervisan la aplicación por parte de los gobiernos de sus obligaciones en materia de derechos humanos— han pedido a los Estados que reformen las leyes sobre el aborto a fin de proteger la integridad y la autonomía corporales de las mujeres. Según el Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, por ejemplo, las leyes deben permitir a las mujeres interrumpir los embarazos que ponen en peligro su vida (Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, 2019). Las leyes que obligan a las mujeres a continuar con embarazos que no son viables en contra de su voluntad, o que las obligan a viajar fuera de sus países para interrumpir dichos embarazos o aquellos que ponen en peligro su vida, violan una serie de derechos humanos reconocidos (Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, 2017). Los Estados también deben garantizar que, cuando sus leyes permitan a las mujeres optar por abortar, no se pongan trabas que les impidan

ejercer su elección (Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, 2011, 2005).

El Programa de Acción de la CIPD es un documento fundacional que ha venido orientando el trabajo del UNFPA desde 1994. Subraya que las medidas o los cambios relacionados con el aborto dentro del sistema de salud son asuntos que incumben al proceso legislativo nacional. El Programa de Acción afirma, asimismo, que allí donde el aborto es legal, siempre debe ser seguro; y que, en todos los casos, las mujeres deben recibir una atención de calidad para las consecuencias del aborto.

Entretanto, son cada vez más los organismos y tribunales internacionales, regionales y nacionales de derechos humanos que recomiendan que, incluso allí donde el acceso sea restrictivo, se promueva y proteja la salud y la vida de las mujeres. Además, instan a los Estados a despenalizar el aborto —tanto para las mujeres que solicitan los servicios como para los profesionales sanitarios que los prestan— a fin de reducir así el estigma y la discriminación a los que podrían enfrentarse.



Ilustración de Kaisei Nanke

a la intimidad como el “derecho a ser dejado en paz” (Warren y Brandeis, 1890). Desde entonces, la intimidad ha adquirido una definición mucho más amplia en Estados Unidos y en otros países, y se aplica a las decisiones sobre salud sexual y reproductiva, que incluyen la información y los servicios anticonceptivos, el acceso al aborto,

los tratamientos de la infertilidad, las relaciones sexuales, la orientación sexual y la identidad de género. Los tribunales internacionales, regionales y nacionales han dictaminado que el derecho a la intimidad prohíbe la interferencia gubernamental en el comportamiento sexual y reproductivo privado y consentido entre adultos

La legalización de las relaciones entre personas del mismo sexo supone una mayor autonomía para grupos que antes estaban excluidos

En la misma línea que las leyes que discriminan a las personas (especialmente a las mujeres) dentro del matrimonio o las obligan a contraer un matrimonio no deseado, existen restricciones legales generalizadas a las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo, así como restricciones a las parejas del mismo sexo que contraen un matrimonio legal.

En los últimos años, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y otras organizaciones internacionales encargadas de proteger los derechos humanos han reconocido que los derechos de autonomía de las personas LGBTI son violados a través de leyes y acciones discriminatorias. El informe de 2015 del Alto Comisionado para los Derechos Humanos señaló de forma franca lo siguiente: “Los países que penalizan los actos homosexuales consentidos incumplen las normas internacionales de derechos humanos, ya que la mera existencia de leyes en ese sentido constituye una vulneración del derecho a la intimidad y a la no discriminación” (ACNUDH, 2015).

En un discurso pionero en una reunión ministerial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2017, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos dijo: “Pero el diálogo ha de conllevar una premisa inequívoca: no se trata de si se termina o no con los abusos, sino de cómo ponerles fin. Las personas que forman el colectivo LGBTI son

miembros de pleno derecho de la familia humana. No valen menos que nosotros; son iguales y, como iguales, tienen derecho a ejercer los mismos derechos que cualquiera de nosotros”. El Alto Comisionado hizo un llamamiento a todos los gobiernos para que permitan a cada persona amar a quien prefiera e ilegalicen la discriminación (ACNUDH, 2017).

En esta declaración, el Alto Comisionado reconocía que un cambio de este tipo en las leyes y actitudes relativas a nuestra comprensión de la autonomía corporal tendría un efecto liberador para los 300 millones de personas que se identifican como LGBTI que se calcula que hay en el mundo (Patterson y D’Augelli, 2012).

Sin embargo, el Alto Comisionado reconoció que los avances no solo eran frágiles, sino que se estaba retrocediendo debido a las políticas que atienden a los prejuicios y la intolerancia. De hecho, en el mundo hay actualmente 69 países en los que las relaciones sexuales consentidas entre personas del mismo sexo son ilegales (ILGA World, 2020).

Además de las implicaciones de estas leyes desde el punto de vista de los derechos humanos, la discriminación de las personas LGBTI tiene importantes repercusiones en muchos otros ámbitos, como la salud. El Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para



Ilustración de Kaisei Nanke

los Derechos Humanos ha constatado que dichas leyes “obstaculizan la capacidad de los ministerios gubernamentales competentes y de otros agentes que participan en la labor sanitaria”, por ejemplo, en la respuesta al VIH y al sida. Un informe reciente señalaba que los marcos jurídicos punitivos, en combinación con el estigma, la discriminación y unos niveles elevados de violencia, situaban a los hombres homosexuales y a otros hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres en un alto riesgo de contraer el VIH, ya que se ven abocados a la clandestinidad por temor a ser procesados o a sufrir otras consecuencias negativas. Como consecuencia de ello, no reciben una educación sobre salud adecuada y son reacios a buscar servicios de atención sanitaria, pruebas y tratamiento (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2018).

Una parte importante de la consecución de la plena igualdad ante la ley es la capacidad de las personas LGBTI de formar uniones con la misma categoría jurídica que las de personas de sexo opuesto: “Las Naciones Unidas y los órganos regionales de derechos humanos [...] urgen a los Estados a

proporcionar reconocimiento legal a las parejas homosexuales y a sus hijos y garantizar que las parejas del mismo sexo no sufren discriminación en comparación con las parejas heterosexuales [...] Queda en manos del Estado el determinar la forma de reconocimiento, pero sea cual fuere, no deben existir diferencias en el trato entre parejas del mismo sexo y aquellas de sexo distinto” (Naciones Unidas, 2016). Este reconocimiento está lejos de conseguirse en todo el mundo.

Sin embargo, las cosas están cambiando. En 1989, el registro de parejas del mismo sexo se hizo realidad en Dinamarca y, dos años después, los Países Bajos legalizaron el matrimonio entre personas del mismo sexo. Desde entonces, el derecho legal de las parejas del mismo sexo a casarse y a formar familias también se ha reconocido en Alemania, la Argentina, Austria, Bélgica, el Brasil, el Canadá, Colombia, el Ecuador, España, los Estados Unidos de América, Finlandia, Francia, Groenlandia, Irlanda, Islandia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Nueva Zelandia, Portugal, el Reino Unido, Sudáfrica, Suecia, la provincia china de Taiwán y el Uruguay (World Population Review, 2020).

El parto como trabajo: ser madre subrogante

Josefina recuerda cómo decidió ser madre subrogante. “En parte fue por el dinero, pero lo que me impulsó de verdad fue tener la facultad de hacer realidad el sueño de muchas mujeres de ser madres”, cuenta. Lo que no preveía era la pésima —y abusiva— gestión de la agencia de maternidad subrogada.

“Pensé que habría otras mujeres como yo: seguras de su decisión, con un mínimo de un hijo, tal y como establecían los requisitos. Pero el lugar al que llegué no era así. Había muchas mujeres jóvenes que no habían tenido ningún hijo. Recuerdo que pensé ‘¿dónde estoy?’”. Cuando estaba embarazada de pocos meses, la llevaron junto con otras dos o tres madres subrogantes y

algunos de sus hijos a una casa ruínosa, sin agua, electricidad ni comida, y las encerraron en ella.

Aunque la situación era provisional, Josefina (nombre ficticio), que vive en México, dice que de repente empezó a tener miedo de que el embarazo no fuese para ser de verdad una madre subrogante. “Me pasaron muchas cosas por la cabeza, como la trata de niños o el tráfico de órganos”. Seguía teniendo su teléfono móvil y logró ponerse en contacto subrepticamente con los futuros padres del bebé, algo que le habían prohibido de forma expresa. “Encontré a los padres por Facebook”, señala. “Fueron muy amables conmigo y me apoyaron”. Se

trasladaron a otra agencia de gestación subrogada, llevándose a Josefina con ellos. “Continué el proceso en un lugar más seguro, donde sentía más confianza”.

Josefina explica que nunca dudó de su decisión, ni siquiera después de esa peligrosa experiencia. “Estaba convencida de que quería tener al bebé. No me arrepiento, fue una aventura”, afirma. “Después de conocer a los padres, quedé satisfecha con el proceso”.

Incluso se plantearía volver a hacerlo.

La gestación subrogada lleva tiempo considerándose una cuestión delicada desde los puntos de vista ético y jurídico.

“Aproveché esta oportunidad para ayudar a otras personas a conseguir lo que realmente deseaban: tener un bebé”.



Los expertos afirman que los legisladores apenas tienen en cuenta las opiniones de las madres subrogantes al elaborar las leyes sobre este tipo de gestación. Ilustración original de Naomi Vona; foto por cortesía de Alexander Krivitskiy en Unsplash.

Algunas demandas y luchas por la custodia muy publicitadas en los Estados Unidos, la India y otros países han planteado interrogantes acerca de los derechos y las responsabilidades de las madres subrogantes y

los futuros padres, así como sobre los derechos del bebé nacido por medio del acuerdo de subrogación (Nadimpally *et al.*, 2016). Las leyes varían mucho entre los distintos países y dentro de ellos.

Algunos prohíben la gestación subrogada; otros la gestación subrogada comercial, también denominada “remunerada”, pero permiten la llamada “gestación subrogada altruista”; algunos autorizan ambas; y otros no

tienen ninguna ley específica al respecto (UCLS, 2019).

Cuando se permite la subrogación remunerada, suele surgir un sector con ánimo de lucro, que comprende clínicas de tecnología de reproducción asistida, operadores de viajes médicos, bufetes de abogados, reclutadores y otros. Los países con costos más bajos pueden convertirse en destinos solicitados por los padres comitentes. Sin embargo, en esos lugares, la maternidad subrogada es a menudo una de las pocas oportunidades bien remuneradas disponibles para las mujeres económicamente marginadas, lo que crea la posibilidad de que se produzcan explotaciones. Los intermediarios y las agencias pueden controlar el intercambio de dinero e información, así como la prestación de asistencia sanitaria. Es posible que las madres subrogantes estén mal pagadas, faltas de información y desprovistas de atención médica (Nadimpally *et al.*, 2016).

El importante componente de género de la subrogación y la maternidad genera, asimismo, vulnerabilidades en ambas partes del acuerdo. Las mujeres infértiles tal vez se vean sometidas a una intensa presión cultural para ser madres, mientras que a las parejas del mismo sexo o a los

progenitores solteros a menudo se les prohíbe contratar madres subrogantes porque no siguen los principios aceptados en materia de paternidad. Y las madres subrogantes pueden ser criticadas por traicionar el vínculo que se percibe como sagrado entre una mujer y el feto que lleva dentro. Josefina mantuvo en secreto su acuerdo de subrogación precisamente por eso. “Es un tabú. Mucha gente se asusta cuando oye hablar de ello, así que preferí no contárselo a casi nadie. De hecho, mucha gente de mi propia familia no lo sabe”, dice.

“El estigma ha aumentado mucho en los últimos diez años”, afirma Isabel Fulda, subdirectora del Grupo de Información en Reproducción Elegida, una organización de justicia reproductiva de México que defiende tanto a las madres subrogantes como a los padres comitentes. Las leyes de gestación subrogada varían en México, pero en general en los últimos años se han hecho más restrictivas. “Aunque las reformas en un principio sean bienintencionadas y pretendan conseguir una mayor protección de todas las partes, tienen consecuencias desafortunadas, sobre todo para las madres subrogantes”, explica. En los lugares que han implantado prohibiciones estrictas, “la práctica sigue

existiendo, pero ahora se lleva a cabo de forma clandestina y poco segura”.

Josefina sufrió muchas de estas consecuencias. “Cuando estuve en la primera agencia, ni siquiera teníamos contrato. Un contrato me habría dado la seguridad de que todo iba a ser correcto”. Cree que las restricciones no hacen sino empujar a la maternidad subrogada todavía más al margen de la legalidad y las regulaciones, en un terreno propicio para las agencias poco éticas y en el que las propias madres subrogantes son penalizadas. “Si fuera legal, la gente se sentiría más segura”, asevera.

En lugar de prohibiciones, debe haber políticas más matizadas que tengan en cuenta las aportaciones y perspectivas de las personas afectadas, apunta Sarojini Nadimpally, miembro fundadora del Grupo de Recursos Sama para la Mujer y la Salud, en la India, y experta en las cuestiones sociales y jurídicas que afectan a la maternidad subrogada. “¿Han participado las madres subrogantes y las parejas que no pueden concebir en la formulación de las políticas? ¿Se les ha preguntado qué quieren que figure en las políticas o en la legislación? ¿Hasta qué punto serán accesibles

estas disposiciones legales para las madres subrogantes?”.

No solo se dejan de lado las experiencias de las madres subrogantes en la elaboración de la legislación, sino que los estigmas y las normas punitivas hacen que les sea más difícil hacer oír su voz. “Cuanto más política se vuelve la cuestión, más se les silencia”, señala Fulda. En lugar de las historias reales de las madres subrogantes, ha surgido una caricatura que describe a las madres subrogantes que reciben una compensación como víctimas, mientras que a las altruistas “suele representarlas como ángeles que están dispuestas a gestar durante nueve meses y exponerse a posibles riesgos por puro amor. Resulta increíble pensar que puedan querer dinero a cambio”, afirma Fulda.

En opinión de Josefina, la distinción entre gestación subrogada remunerada y altruista no tiene sentido. Ella considera que ser madre subrogante fue tanto un trabajo como un regalo. No recurrió a ello por la pobreza: “En aquel momento mi situación económica tampoco era tan mala. Me decidí a hacerlo porque quería hacer algo diferente con mi vida y algo positivo por otra persona. Yo también soy madre y sé la felicidad que puede dar un hijo”.

(Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, 1994). El Tribunal Supremo de los Estados Unidos basó su sentencia en el caso *Roe v. Wade* en ese derecho a la intimidad.

Incluso en los casos de presuntos comportamientos sexuales nocivos, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ordena a los gobiernos que se esmeren para encontrar un equilibrio entre los intereses del Estado y los de la autonomía de la persona y su derecho a mantener una actividad sexual privada y consentida (TEDH, 1997).

La intimidad, especialmente en lo que atañe a la vida familiar, es lo suficientemente amplia como para abarcar todas las formas de toma de decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción, al reconocer “el derecho a que se respete tanto la decisión de tener hijos como de no tenerlos” (TEDH, 2010, 2007). La jurisprudencia referente a la intimidad del Tribunal Europeo de Derechos Humanos es la más desarrollada; el aborto, así como la reproducción médicamente asistida para parejas e individuos heterosexuales y del mismo sexo (como la gestación subrogada, tanto compensada como altruista), se han interpretado en el marco de la protección de la vida privada y familiar del artículo 8 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Roseman, 2020).

No discriminación e igualdad de género

Disfrutar de autonomía y tener la capacidad de tomar decisiones sin sufrir discriminación por ello son aspectos fundamentales de los derechos humanos.

No sufrir discriminación y disfrutar de igualdad de trato significa que los Estados no pueden hacer ninguna distinción en la legislación o en

las políticas por características como el sexo, la edad, la raza, la etnia, la expresión de género, la religión, la nacionalidad, el estado civil, la salud o las discapacidades (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2009). La discriminación por razón de sexo, por ejemplo, abarcaría las distinciones hechas no solo por “las características fisiológicas, sino también la creación social de estereotipos, prejuicios y funciones basadas en el género” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2009, párrafo 20). El acceso desigual de los adolescentes a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva es un ejemplo de discriminación por motivo de edad (Comité de Derechos

Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2009).

Los Estados deben respetar la autonomía e integridad corporal de las personas, independientemente del contexto social. Según un grupo de trabajo de derechos humanos sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres en la legislación y en la práctica, “el derecho de una mujer o niña a tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y sus funciones reproductivas se encuentra en el centro mismo de su derecho fundamental a la igualdad y la privacidad” (Grupo de trabajo de las Naciones Unidas sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres en la legislación y en la práctica, 2017).

A menudo se ha negado a las mujeres y las niñas el derecho a tomar sus propias decisiones debido a creencias o actitudes sociales y culturales estereotipadas que atribuyen más valor a la opinión de los hombres y los progenitores. El derecho internacional de los derechos humanos considera que estas creencias y actitudes son estereotipos de género asociados a prácticas nocivas, como

EL ACCESO DESIGUAL DE LOS ADOLESCENTES ES UN EJEMPLO DE DISCRIMINACIÓN POR MOTIVO DE EDAD



la mutilación genital femenina, la violencia sexual dentro de las relaciones de pareja y “curativa” (la cometida contra personas por su orientación sexual o identidad de género), el matrimonio infantil, el matrimonio forzado y la maternidad forzada.

Estas creencias y actitudes también han dado lugar a la exclusión de la educación sexual integral, a la denegación de información y servicios anticonceptivos y al aborto forzado, así como

a la violencia contra las personas de diversas orientaciones sexuales e identidades de género (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas y Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2014). Todas estas prácticas coercitivas y violentas se basan en creencias sociales que privilegian la heteronormatividad y pretenden controlar y subordinar las capacidades sexuales y reproductivas de las mujeres.

Relaciones sexuales transaccionales y gestación subrogada

¿Cuáles son los límites del ejercicio de la autonomía corporal en la sexualidad y la reproducción? De acuerdo con los principios relativos a los derechos humanos, deben permitirse las opciones personales que no perjudiquen a los demás. Pero ¿no perjudica el intercambio de dinero? ¿Puede una persona recibir una retribución financiera a cambio de actos sexuales o servicios reproductivos? Las leyes y los reglamentos nacionales relacionados con el trabajo sexual, la prostitución, la provisión de gametos y la subrogación gestacional son muy variables. Algunos gobiernos consideran que estos intercambios son explotadores por naturaleza y los penalizan, mientras que otros juzgan que el trabajo sexual y la subrogación gestacional constituyen formas de trabajo o medios de vida legítimos (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2018a; Asamblea General de las Naciones Unidas, 2010).

La legislación en materia de derechos humanos no proporciona respuestas definitivas, aunque se han invocado argumentos basados en los derechos tanto en apoyo de la prohibición como de la legalización.

Por ejemplo, la Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación ha recomendado la despenalización del trabajo sexual, mientras que el Consejo de Derechos Humanos ha indicado que, en los casos de subrogación remunerada, la legislación debe tener en cuenta y respetar apropiadamente los derechos humanos de todas las partes involucradas (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2019a; PNUD, 2012).

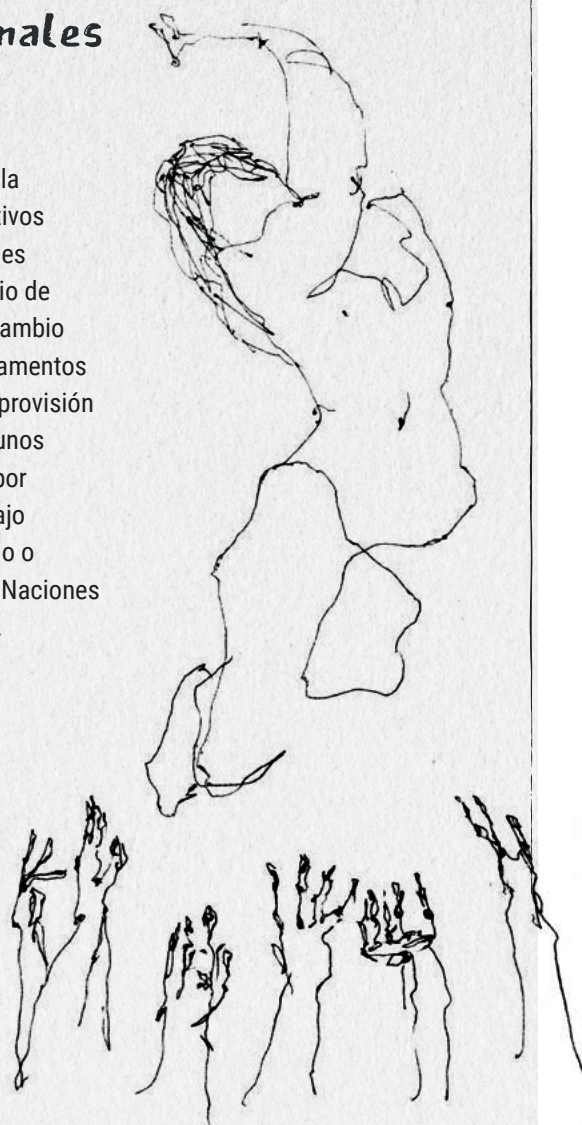


Ilustración de Kaisei Nanke

Capacidad jurídica y edad de consentimiento

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos define la capacidad jurídica como “la capacidad y el poder para ejercer derechos y contraer obligaciones por medio de la propia conducta, es decir, sin asistencia ni representación de terceros” (ACNUDH, 2005). El reconocimiento en la legislación de la posesión de “capacidad” significa que una persona puede dar o negar su consentimiento para la actividad sexual, los servicios de salud o el matrimonio, entre otras cosas.

El legado de considerar a las mujeres, los niños y las personas con discapacidad “incapacitados” para tomar decisiones por sí mismos o necesitados de protección frente a la explotación es lo que rectifican los derechos humanos internacionales. Por ejemplo, la Convención de la Mujer establece que “los Estados partes reconocerán a la mujer, en materias civiles, una capacidad jurídica idéntica a la del hombre”

y que estas tendrán “las mismas oportunidades para el ejercicio de esa capacidad” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979, artículo 15(2)).

Dada la historia de discriminación con que se topaban las mujeres con discapacidad, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hizo hincapié en la importancia de la capacidad jurídica para su toma de decisiones autónoma: “Todas las mujeres con discapacidad han de poder ejercer su capacidad jurídica tomando sus propias decisiones, con apoyo cuando así lo deseen, sobre la atención médica o el tratamiento terapéutico, incluidas las decisiones relativas a conservar su fertilidad y su autonomía reproductiva [...] La restricción o supresión de la capacidad jurídica puede facilitar intervenciones forzadas, como la esterilización, el aborto, la anticoncepción, la mutilación genital femenina, las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos realizados en niños intersexuales sin su consentimiento informado y la detención forzosa en instituciones” (Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, 2016).

Otra forma de entender la capacidad jurídica es la “edad de consentimiento”. Las edades mínimas de consentimiento varían entre los distintos países, y a veces dentro de ellos, en función de la actividad y en ocasiones por sexo (aunque esto se considera incompatible con las normas de derechos humanos). La Convención sobre los Derechos del Niño ordena a los Estados que reconozcan la evolución de las capacidades de los niños —específicamente de los adolescentes— en lo que respecta al consentimiento para la actividad sexual, así como al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información al respecto. El Comité de los Derechos del Niño insta a los gobiernos a establecer leyes y políticas de respaldo y proporcionar a “los niños, los padres y los trabajadores sanitarios orientación adecuada basada en derechos con respecto al consentimiento, el asentimiento y la confidencialidad”



Ilustración de Kaisei Nanke

(Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2013). Estas políticas incluyen la prestación de asesoramiento confidencial a los niños, sin necesidad del consentimiento de los progenitores o tutores, así como la concesión de la presunción de competencia jurídica para que los adolescentes demanden y obtengan servicios, productos básicos e información en materia de salud sexual y reproductiva (Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2016). Según el Comité de los Derechos del Niño, los gobiernos deben evitar criminalizar la actividad sexual consentida y sin explotación entre adolescentes de edades similares (Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2016).

El derecho a casarse y a fundar una familia está reconocido tanto en el artículo 16 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948) como en el artículo 23 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que especifica que “el matrimonio no podrá celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966). Todos los matrimonios celebrados sin dicho consentimiento son uniones forzadas y, sin excepciones, una violación de los derechos humanos. La Convención de la Mujer establece claramente que los esponsales y el matrimonio de niños no tendrán ningún efecto jurídico y ordena a los Estados que fijen una edad mínima para el consentimiento al matrimonio (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979, artículo 16(2)). En consonancia con el principio de la evolución de las capacidades y a raíz de la Convención sobre los Derechos del Niño, la mayoría de los Estados ha decretado que la edad mínima de consentimiento para contraer matrimonio son los 18 años, aunque en algunos contextos varía, en función del sexo de la persona (Centro de Investigaciones Pew, 2016). El consentimiento de los progenitores puede prevalecer sobre los requisitos de edad mínima en más de la mitad de los países del mundo (Arthur *et al.*, 2018).

Los Estados tienen el deber de “modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres” (OEA, 1994, artículo 8(b); Asamblea General de las Naciones Unidas, 1979, artículo 5(a)).

Los gobiernos pueden tratar a las personas de forma diferente y a veces deben hacerlo; sin embargo, tiene que haber una justificación legítima para el tratamiento dispar, que equilibre todos los derechos respectivos (Clapham, 2015). El principio general del “interés superior” en la Convención sobre los Derechos del Niño es un ejemplo de este enfoque. Si bien los progenitores y tutores toman decisiones en nombre de sus niños, estos tienen derecho a participar de forma significativa en las decisiones que les afectan, sin que exista una línea clara que delimite una edad apropiada (Coyne y Harder, 2011). La Convención sobre los Derechos del Niño contempla que los padres los incluyan conforme sus facultades vayan evolucionando y acaben cediéndoles el control final de tales decisiones cuando sean maduros. Un ejemplo de respeto por la evolución de las facultades de los niños es el cambio de mentalidad sobre los lactantes intersexuales. Antes se aceptaba comúnmente que había que operarlos de inmediato para asignar los genitales a uno u otro sexo. Ese punto de vista ha sido reemplazado en gran medida por el de esperar a que los niños tomen su propia decisión sobre la operación (Reis, 2019; Zillén *et al.*, 2017). Sin el consentimiento válido de los niños intersexuales, estas operaciones han sido calificadas como violaciones de la integridad corporal, equivalentes a la tortura (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2016a).

Del mismo modo, la negación categórica de los deseos y las opciones sexuales y reproductivas de las personas que viven con discapacidades físicas o del desarrollo, reflejada en la concesión de autoridad a los progenitores, tutores e instituciones, o “sustitución en la adopción de decisiones”, se ha transformado en la norma de “apoyo para la toma de decisiones”, en la que se hace todo lo posible por educar y determinar cuál es la voluntad de la persona y permitirle ejecutarla (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, 2018, 2014).

Integridad corporal

Como principio general, los derechos relacionados con la integridad corporal impiden que el Estado o terceros se inmiscuyan en el cuerpo físico de alguien sin obtener un consentimiento libre e informado.

El fundamento de la noción de consentimiento informado en relación con la integridad corporal emana del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: “Nadie será sometido

a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1966). Esta idea ha tenido eco en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, artículo 15 (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2007); la Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 37(a) (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1989); y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1984).

El Comité de Derechos Humanos ha interpretado que la integridad corporal está protegida por el derecho a la libertad y a la seguridad personales recogido en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2014) y por el artículo 7 del mismo, que protege a todas las personas de los tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Los derechos a la integridad corporal están formalmente reconocidos en los instrumentos de derechos humanos. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, por ejemplo, señala que “[t]oda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2007, artículo 17). Diversos tratados regionales de derechos humanos reconocen la integridad corporal directamente o como parte del derecho a recibir un trato humano, por ejemplo, la Carta de Banjul de la Unión Africana (Unión Africana, 1981, artículo 4); el Protocolo de Maputo de la Unión Africana (Unión Africana, 2003, artículo 4(1)); y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (OEA, 1969, artículo 5(1)).

LOS DERECHOS A LA INTEGRIDAD CORPORAL ESTÁN FORMALMENTE RECONOCIDOS EN LOS INSTRUMENTOS DE DERECHOS HUMANOS

Los tribunales regionales de derechos humanos se han pronunciado sobre una serie de asuntos relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha constatado violaciones del derecho a la integridad corporal en casos de desnudez forzada e inspecciones vaginales (Corte I/A DH, 2006), amenazas de violación e infección de transmisión sexual (Corte I/A DH, 2014) y muchas otras formas de violencia sexual (Corte I/A DH, 2013, 2010).

Obligaciones de los Estados partes

Los derechos a la autonomía e integridad corporales están formalmente reconocidos en las leyes internacionales de derechos humanos y abordan una serie de cuestiones referentes a la salud y los derechos reproductivos y sexuales. Pero ¿cómo se traducen estos derechos en lo que los gobiernos pueden, no pueden o deben hacer por las personas y poblaciones a las que sirven?

Los gobiernos observan principalmente sus deberes en materia de derechos humanos a través de la legislación, las políticas y las asignaciones presupuestarias; para respetar, proteger y cumplir los derechos, algunas medidas pueden adoptarse de inmediato y otras aplicarse de forma progresiva a lo largo del tiempo (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016; Gruskin y Tarantola, 2002).

Eliminar las trabas a la toma de decisiones individuales

El respeto de los derechos a la autonomía e integridad corporales exige que los gobiernos garanticen que sus leyes, políticas y programas no vulneren la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su vida reproductiva y sexual. Esto implica eliminar las trabas al acceso a servicios, bienes, educación e información

integrales de salud sexual y reproductiva (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016).

Las leyes, las políticas y la programación deben tener en cuenta las diferentes necesidades y vulnerabilidades de las mujeres, los niños, las comunidades LGBTI, los migrantes, las minorías raciales y étnicas y los habitantes de las zonas rurales, y han de garantizar que las medidas adoptadas para proteger a un grupo no acaben vulnerando los derechos de otros (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2000).

Según el Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, las leyes penales relacionadas con la anticoncepción, la educación sexual integral, el aborto y el acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva violan los derechos a la autonomía e integridad corporales (Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, 2019; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016). Las leyes que requieren la autorización o el consentimiento de terceros —teniendo en cuenta la evolución de las capacidades de los niños— también suponen una violación de derechos (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, 1999).

Los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos han criticado a los Estados que han permitido que terceros, ya sean progenitores, cónyuges u otros, impidan a las personas tomar decisiones sobre su propio cuerpo y su vida sexual y reproductiva (Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, 2005).

Los tratados y acuerdos de derechos humanos ordenan a los gobiernos que no interfieran

“Terapia de conversión”

La “terapia de conversión” tiene por objeto modificar la orientación sexual y las identidades de género que no se ajustan a las expectativas sociales y culturales heteronormativas. Emplea métodos como la “violación correctiva”, la terapia aversiva, la castración química, los tratamientos hormonales, e incluso el exorcismo. En 2020, el Experto Independiente en materia de protección contra la violencia y la discriminación basadas en la orientación sexual y la identidad de género publicó un informe sobre las prácticas empleadas en la llamada “terapia de conversión”. En él, observó que todas esas prácticas comparten “el objetivo específico de interferir en su integridad y autonomía personales” (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2020,

párrafo 59). Detalló el dolor y el sufrimiento psicológicos y físicos que causa la terapia de conversión, y señaló que los órganos creados en virtud de tratados consideran que estas prácticas violan los derechos a la igualdad y a la no discriminación, a la salud y a una vida libre de torturas y malos tratos. El Experto Independiente recomendó que los Estados prohíban la práctica de la terapia de conversión y adopten medidas decisivas para proteger la autonomía y la integridad corporales a través de intervenciones que incluyan la erradicación de los prejuicios y la discriminación contra las comunidades LGBTI (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2020).

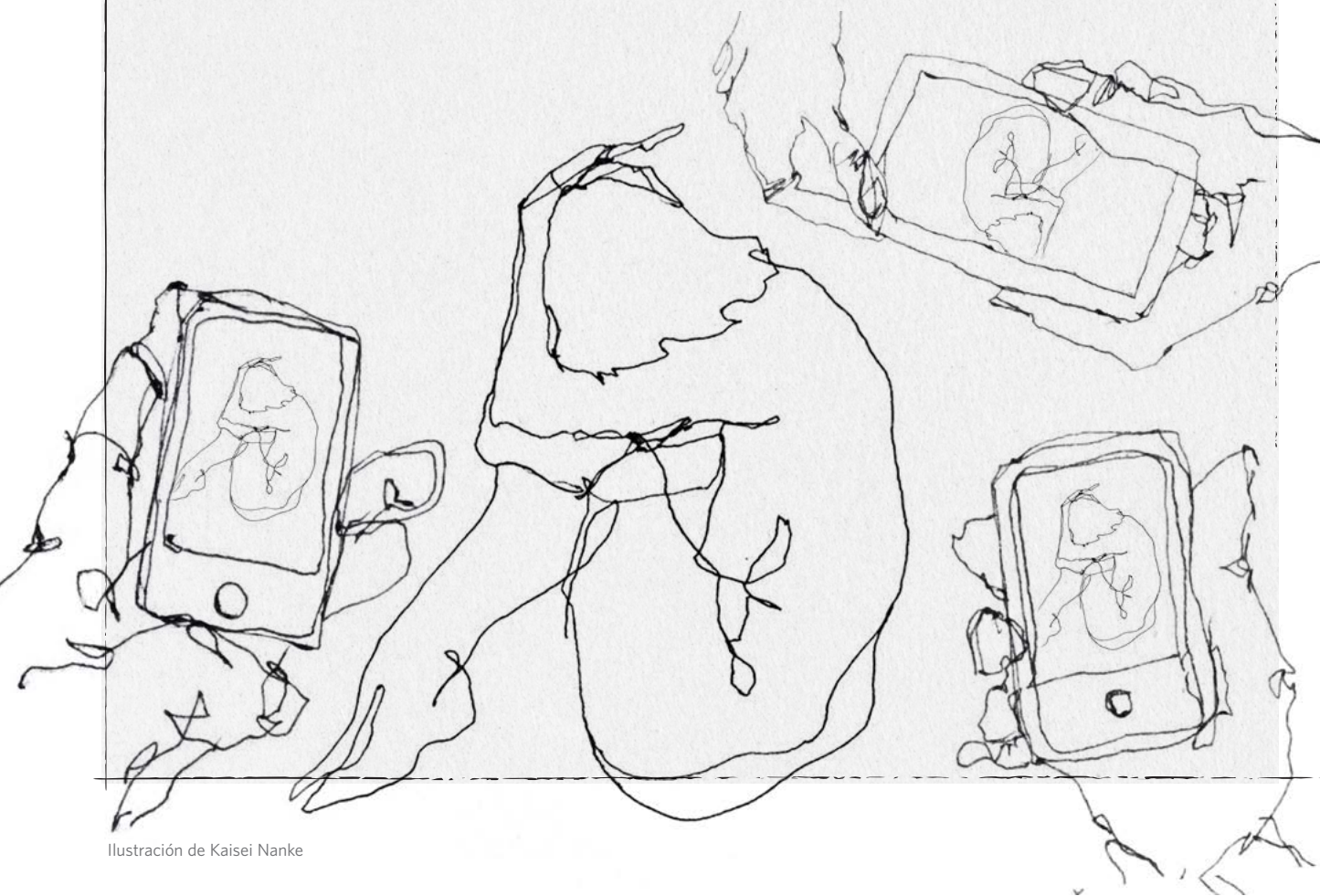


Ilustración de Kaisei Nanke

en las “relaciones sexuales consentidas entre adultos en privado” ni promulguen leyes penales contra la actividad sexual entre adultos del mismo sexo en “privado” (Comité de Derechos Civiles y Políticos de las Naciones Unidas, 1994, párrafo 8.2). Además, las leyes que “criminalizan” el aborto, la no revelación de la posible seropositividad y la identidad o expresión transgénero van en contra de los derechos de autonomía e integridad corporales (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016, párrafo 40).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas afirma que las leyes y políticas pueden hacer que un gobierno cumpla con sus obligaciones en materia de derechos humanos siempre que favorezcan su ejercicio y garanticen a todas las personas el acceso a anticonceptivos asequibles, seguros y eficaces y a una educación sexual integral, liberalicen las leyes restrictivas del aborto, avalen el acceso de las mujeres y las niñas a servicios de aborto sin riesgo y atención de calidad posterior a casos de aborto, y respeten el derecho de las mujeres a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016).

Defender los derechos de los adolescentes

Disponer de información precisa sobre el propio cuerpo y salud, así como comprender lo que significa, es indispensable para ejercer la autonomía corporal (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas 2016). Esto significa garantizar que los adolescentes tengan ese acceso “independientemente de su estado civil y del consentimiento de sus padres o tutores, con respeto de su privacidad y confidencialidad” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016, párrafo. 44).

Algunos Estados han tipificado como delitos el matrimonio infantil y las relaciones sexuales con

DISPONER DE INFORMACIÓN PRECISA SOBRE EL PROPIO CUERPO Y SALUD ES INDISPENSABLE PARA EJERCER LA AUTONOMÍA CORPORAL

menores de 18 años, en aras de proteger a las poblaciones vulnerables de la explotación o el daño (Khosla *et al.*, 2017). Sin embargo, los defensores de los derechos humanos son, por lo general, escépticos acerca de las prohibiciones penales a pesar de su importancia simbólica, porque afectan de un modo desproporcionado a comunidades que ya están marginadas, se hallan comparativamente desempoderadas y que apenas tienen alternativas. Los activistas recomiendan, en cambio, corregir las condiciones que hacen que esas personas y comunidades sean vulnerables a la explotación en primer lugar, como, por ejemplo, a través de la creación de oportunidades económicas a las mujeres jóvenes (Miller y Roseman, 2019).

Establecer sistemas para reparar las violaciones de derechos

La protección de los derechos a la autonomía e integridad corporales requiere un sistema de reparación de las violaciones de derechos efectivo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas pidió en 2016

El vocabulario de la violación

En los años que lleva ayudando a las personas supervivientes en Estados Unidos, Leidy Londoño se ha acostumbrado a oír el lenguaje de la conmoción, el miedo y la vergüenza que utilizan cuando tienen que lidiar con las secuelas de una agresión sexual. Además, ha visto cómo les cuesta expresar con palabras una forma concreta de violación, un fenómeno extendido pero poco comprendido, incluso por quienes la experimentan o la perpetran: la coacción reproductiva.

“Implica comportamientos que la pareja u otra persona utiliza para mantener el poder y el control en una relación que están relacionados con la salud reproductiva”, explica Londoño, quien ha acompañado a las supervivientes a los hospitales y ha proporcionado asesoramiento a través de una línea telefónica

directa. Ahora trabaja como educadora y gestora de programas en Planned Parenthood, en Washington D. C. “Puede adoptar muchas formas diferentes. Hay intentos explícitos de dejar embarazada a una pareja en contra de sus propios deseos. Puede tratarse de controlar los resultados de un embarazo, de coaccionar a la pareja para que mantenga relaciones sexuales sin protección, de interferir explícita o implícitamente en los métodos anticonceptivos, o de mentir o engañar acerca de estos”.

Las supervivientes carecen de un vocabulario común para describir la violación específica que sienten cuando se les niega el dominio de su fecundidad o de su salud sexual, hayan consentido o no a un encuentro sexual. Sin las palabras para identificar esta experiencia, a

menudo expresan confusión y autorrecriminación. Londoño recuerda a una joven que descubrió que su pareja se había quitado el preservativo sin decírselo durante una relación sexual consentida, una práctica conocida como *stealthing*. “Al principio se preguntaba si estaba exagerando”.

El concepto de coacción reproductiva es relativamente nuevo, ya que la mayoría de los estudios sobre este tema se han hecho en los últimos 20 años, la mayoría en Estados Unidos, donde se calcula que su prevalencia está entre el 15% y el 25% (Park *et al.*, 2016). No obstante, las investigaciones recientes muestran que se halla muy extendida en todo el mundo y quienes la cometen no son solo las parejas, sino incluso las familias y los miembros de la comunidad

“Aquí entra en juego un factor universal, la prerrogativa de los hombres para controlar a su pareja”.



Leidy Londoño ha trabajado en persona, por teléfono y a través de un chat en línea para proporcionar apoyo e información a las personas supervivientes de agresiones sexuales. Ilustración original de Naomi Vona; fotografía © UNFPA/R. Zerzan.

(Grace y Fleming, 2016). Incluso puede ser fomentada por los sistemas de salud, a través de políticas que obligan a una mujer a obtener el permiso de su marido para poder utilizar servicios de planificación familiar, por ejemplo.

Dipika Paul, que lleva décadas trabajando como investigadora en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en

Bangladesh, confiesa que desconocía el término “coacción reproductiva”. Tanto ella como los trabajadores sanitarios y los activistas se referían de forma más general a “trabas a la planificación familiar”.

Actualmente, Paul es una experta en el tema. Como asesora de Ipas en Dhaka, es testigo de muchas formas de coacción reproductiva. “En el

caso de los maridos, puede empezar con ellos diciéndole a sus esposas que no usen anticonceptivos —orden que ellas acatan—, hasta llegar a la violencia grave. A veces los maridos les niegan la comida o el dinero si ellas quieren seguir usando métodos anticonceptivos”, explica Paul. Es habitual que esta presión esté relacionada con “el deseo de los maridos u otros familiares de

tener más hijos o hijos varones". Añade que también se observa el uso forzado de anticonceptivos y el aborto forzado.

Estos actos coercitivos no suelen considerarse formas de violencia, quizás porque la reproducción se ve como una decisión familiar. "La familia política influye mucho", dice Paul. Esto es particularmente cierto en el caso de las esposas más jóvenes y menores de edad; la edad media del matrimonio es de 16 años, según una Encuesta Demográfica y de Salud de 2018. "A las mujeres jóvenes les resulta difícil decidir ellas solas".

Y, sin embargo, existe un claro vínculo entre la coacción reproductiva y la violencia. Paul calcula que, según un estudio que está realizando actualmente, alrededor de tres de cada cinco mujeres que dijeron haber sufrido coacción reproductiva habían experimentado también violencia sexual o física por parte de sus maridos.

Jay Silverman, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, en San Diego, comenzó su carrera trabajando con hombres jóvenes y adultos que habían ejercido violencia contra sus parejas. Desde entonces, ha estudiado la coacción reproductiva en Bangladesh, la India, Kenya, el Níger y los Estados Unidos. Silverman dice que, aunque

la coacción reproductiva a veces puede ser ejercida por mujeres de la familia, la violación tiene sus raíces en la desigualdad de género.

"Aquí entra en juego un factor universal", explica, "que es la supuesta prerrogativa de los hombres para controlar a su pareja. De alguna manera, esa sensación que tienen los hombres, ese derecho a ese control, es algo omnipresente, en mi opinión, en la mayoría de nuestras sociedades".

Silverman y sus colegas —entre ellos, los de Ipas en Bangladesh— están ensayando instrumentos para ayudar a los trabajadores sanitarios a identificar la coacción reproductiva como, por ejemplo, preguntas sobre las actitudes y el comportamiento de la pareja. Una vez que se reconoce la existencia de la coacción, las mujeres pueden reafirmar su integridad corporal, por ejemplo, seleccionando métodos de planificación familiar que no puedan ser detectados por su pareja.

Aunque las mujeres carezcan de vocabulario para describir la coacción reproductiva, "también creo que los seres humanos se resisten de forma innata a ser controlados. Hay muchas estrategias de respuesta diferentes que las mujeres de las comunidades de todo el

mundo han desarrollado para hacer frente a la coacción reproductiva, entre ellas el apoyo de unas a otras. Es algo que ocurre de manera natural, en todas partes. Siempre ha sido así, ya sea una vecina o una mujer de la familia que esconda las píldoras o que ayude a ir a una clínica", explica Silverman. Cuando las clínicas reparten folletos sobre la coacción reproductiva, la violencia por parte de la pareja y cómo buscar ayuda, las mujeres suelen "llevarse montones" para poder compartir la información con otras.

Gran parte de la carga que entraña abordar la coacción reproductiva recae en los profesionales, que a menudo se enfrentan a un doble imperativo: encontrar el equilibrio entre involucrar a los hombres en cuestiones de salud reproductiva sin cederles todo el poder de decisión. "El ideal de la participación masculina en la salud sexual y reproductiva y en la salud maternoinfantil se ha convertido en una prioridad a nivel internacional", afirma Silverman. La participación masculina se ha relacionado con un mayor uso de la planificación familiar y los anticonceptivos y la mejora de los resultados en materia de salud maternoinfantil (Kriel *et al.*, 2019; Assaf y Davis, 2018). Sin embargo, cuando los hombres desean controlar la libertad reproductiva

de su pareja, “su involucración resulta, obviamente, perjudicial”.

Asimismo, los hombres —de hecho, las personas de todos los géneros y orientaciones sexuales— también pueden ser víctimas de coacción reproductiva. “Cualquiera puede sufrir coacción reproductiva”, dice Londoño. “Las mujeres de las comunidades marginadas experimentan niveles de violencia en porcentajes desproporcionados, y eso incluye la coacción reproductiva. No obstante, eso no excluye que yo haya hablado con chicos y hombres jóvenes en general que intentan identificar sus propias experiencias, expresarlas con palabras y contextualizarlas”.

Es necesario dominar el vocabulario de la coacción reproductiva, especialmente entre los encargados de formular políticas. “Cuando nuestras leyes y nuestras políticas son imprecisas y nuestro lenguaje es ambiguo, no se tiene en cuenta a las personas supervivientes”, asegura Londoño.

El aprendizaje de la autonomía corporal también es algo crucial. En un proyecto reciente, dice Paul, “hablamos con las mujeres y ellas eligieron esta terminología: ‘mi cuerpo, mis derechos’. Todas coincidieron en que hay que difundir este mensaje entre la población: que mi cuerpo me pertenece”.

a los gobiernos que elaborasen leyes, políticas y programas para “prevenir, abordar y remediar las violaciones del derecho de todas las personas a la adopción de decisiones con autonomía sobre los asuntos relativos a su salud sexual y reproductiva, sin violencia, coacción ni discriminación” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016).

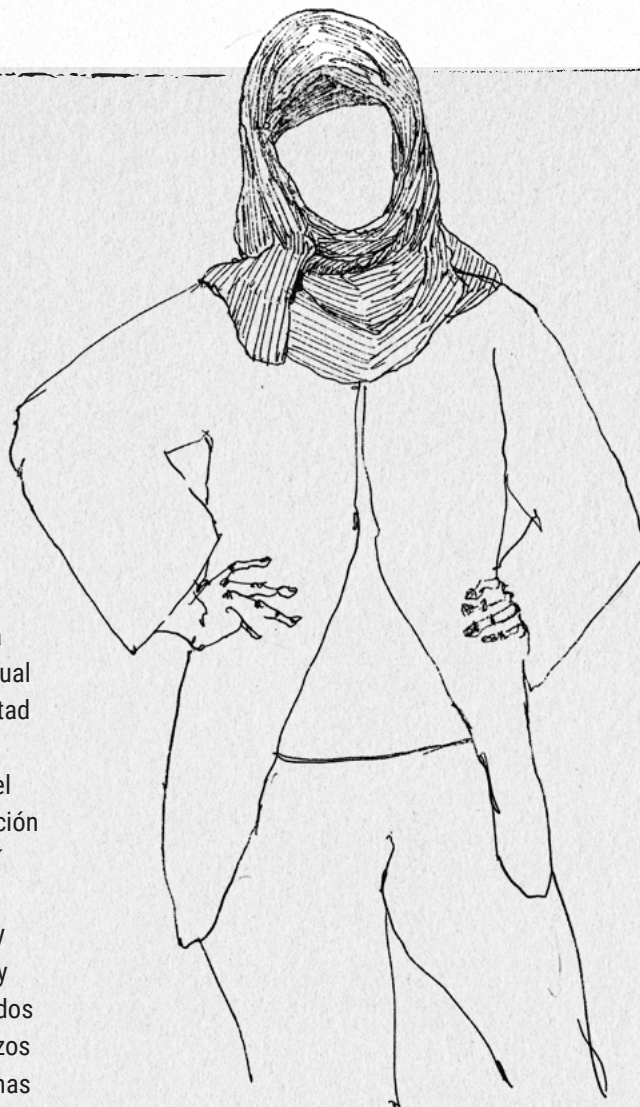
Además de eliminar los requisitos de autorización de terceros para acceder a los servicios y a la información, el Comité pidió que se pusiera fin a la “objeción de conciencia” de los profesionales sanitarios a la prestación de servicios y que se exigiera la remisión de los casos “a un proveedor accesible con capacidad y disposición para prestar el servicio requerido” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016, párrafo 43).

Las leyes que están en consonancia con los derechos humanos garantizan la misma protección para todas las personas que pretenden ejercer sus derechos a la autonomía e integridad corporales. Aun así, en todo el mundo existen ejemplos de cómo las protecciones no son en absoluto equitativas. La violencia y la discriminación contra las personas de diversa orientación sexual o identidad de género, por ejemplo, están bien documentadas y han sido cometidas por agentes estatales y no estatales (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2016b).

Del mismo modo, las mujeres y las niñas —especialmente las que sufren discriminación interseccional, como las que tienen discapacidades o las que pertenecen a minorías étnicas o religiosas— padecen mayores tasas de violencia por razón de género y sufren disparidades en el acceso a la justicia y a un servicio policial justo (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, 2015a).

El derecho a la salud y los derechos reproductivos en el Programa de Acción

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. [...] [L]os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y



en otros documentos aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (UNFPA, 1994).

Ilustración de Kaisei Nanke

La impunidad de la violencia sexual y por razón de género, la violencia sexual durante las relaciones de pareja y la “violación curativa” cometida contra las personas disconformes con las categorías de género son otros ejemplos atroces de diferencias en la protección ante la ley (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016).

Permitir a todos el ejercicio de los derechos a la autonomía e integridad corporales

El cumplimiento de los derechos a la autonomía e integridad corporales requiere que los gobiernos faciliten y hagan accesibles información, servicios y métodos de salud sexual y reproductiva de calidad (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 2016, 2000). Según los órganos de tratados de las Naciones Unidas, esto implicaría servicios e información que respalden las decisiones sobre la formación de una familia (anticoncepción, tratamiento de la infertilidad, atención a la salud materna, aborto seguro) y sobre la salud sexual (prevención de las infecciones de transmisión sexual —el VIH en particular—, educación sexual integral, tratamiento de las disfunciones sexuales, prevención de la violencia sexual y atención a las personas sobrevivientes), así como la atención sanitaria de reafirmación de la identidad de género (Asociación Profesional Mundial para la Salud de las Personas Transgénero, 2011).

Los servicios y la información, según detalla el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, deben reunir las siguientes cualidades:

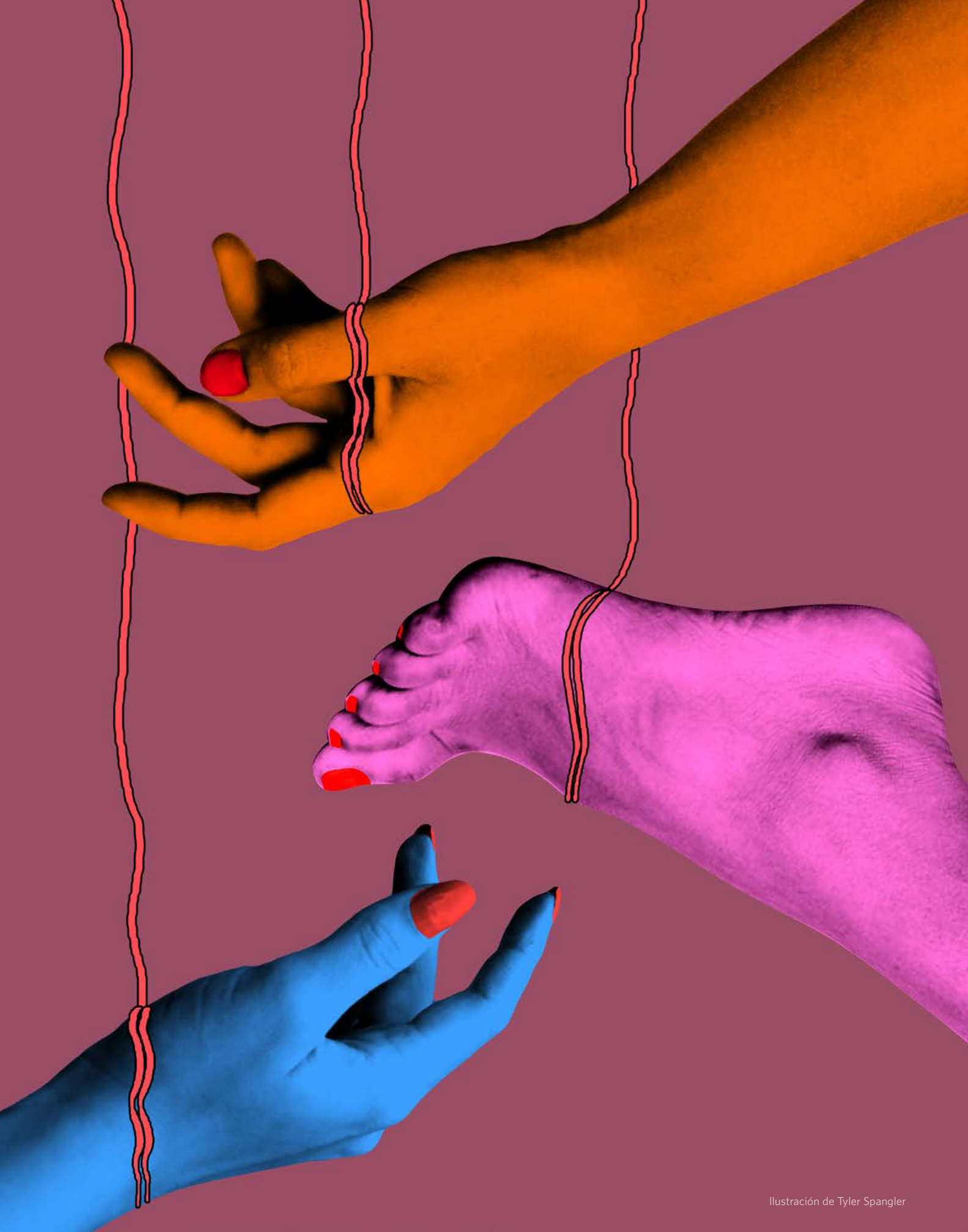
- *Estar disponibles*: en cantidad suficiente.
- *Ser accesibles*: asequibles y al alcance de todos.

- *Ser aceptables*: sensibles al género, la cultura y la edad y médicamente éticos.
- Ser de calidad: que cumplan con los estándares científicos y médicos de atención y que se suministren respetando los derechos.

Disponer de los medios para ejercer los derechos relacionados con la autonomía y la integridad corporales a través de los servicios de salud reproductiva y sexual es un aspecto inseparable del reconocimiento de esos derechos en primer lugar. De conformidad con el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, “los centros de salud deben empoderar a los usuarios, en cuanto titulares de derechos, para que ejerzan su autonomía y participen significativa y activamente en todos los asuntos que los afecten, tomen sus propias decisiones sobre su salud, incluida la salud sexual y reproductiva, y sobre sus tratamientos, con el debido apoyo cuando sea necesario” (Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2017, párrafo 43).

Los derechos humanos internacionales a la autonomía y la integridad corporales garantizan que cada persona pueda tomar las decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva, y que tengan los medios para hacerlo. Esto obliga a los Estados a proporcionar información completa y apropiada para la cultura y la edad sobre sexualidad y reproducción, así como bienes y servicios de calidad para efectuar esas decisiones sin discriminación, coerciones y violencia.

Los derechos humanos constituyen la base común sobre la cual los Estados erigen sus cuerpos jurídicos y normativos para promover y proteger la autonomía y la integridad corporales en el marco de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, numerosos Estados aún tienen que recorrer un largo camino para que todas las personas puedan adoptar sus propias decisiones sobre el cuidado de la salud, la anticoncepción, la sexualidad y muchas otras dimensiones de la autonomía corporal.



LEYES QUE EMPODERAN Y LEYES QUE CONTROLAN

La forma en que las leyes y los reglamentos afectan a la autonomía corporal

Todos los países cuentan con leyes que protegen o niegan la autonomía corporal.

La legislación puede respaldar la autonomía corporal, por ejemplo, al garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, obligar a las escuelas a impartir educación sexual integral y exigir el consentimiento informado en la prestación de asistencia sanitaria.

Los gobiernos también pueden utilizar las leyes para controlar los cuerpos de las personas; por ejemplo, mediante la limitación del acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la

información en la materia, o la prohibición de las relaciones homosexuales. Las leyes que no están formuladas de forma correcta o clara también pueden ser perjudiciales para la autonomía corporal, aunque su objetivo no fuera este.

Las leyes de algunos países todavía establecen que las mujeres casadas deben obedecer a su marido, aún están lejos de considerar la violencia doméstica como un delito, siguen concediendo más derechos a los hombres en caso de divorcio, y todavía no penalizan la violencia dentro de las relaciones de pareja. Más de 30 países restringen el derecho de las mujeres a desplazarse fuera del hogar (Banco Mundial, 2020).

Las leyes nacionales también pueden ser los principales instrumentos utilizados por los gobiernos para cumplir sus obligaciones en virtud del derecho internacional de los derechos humanos. No obstante, para que estos derechos se traduzcan de forma concreta en la vida de las personas, los gobiernos deben ir más allá de promulgar leyes y adoptar medidas en favor del cambio.

La Organización Mundial de la Salud ha instado a los gobiernos a que establezcan marcos legislativos y normativos que mejoren el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y supriman las restricciones innecesarias que impiden que las mujeres disfruten de su derecho a la autonomía corporal (OMS, 2004).

Como punto de partida fundamental para la acción, es fundamental determinar si los marcos legales nacionales afectan a la autonomía corporal, cuáles la promueven y en qué países podría ser necesaria una reforma legislativa. A veces, la legislación se modifica para reflejar la evolución de la opinión pública; en otras ocasiones, el cambio legislativo precede a los cambios en las actitudes sociales. En este caso, puede que sea necesario llevar a cabo iniciativas de calado en materia de comunicación para el cambio social y conductual a fin de lograr la aceptación general de la legislación y facilitar su aplicación. Una vez que se promulga una ley, es posible que los resultados previstos no se observen hasta varios años después, dependiendo de la voluntad política o el compromiso para aplicarla u obligar a cumplirla. Puede que sea necesario formular políticas para añadir detalles operacionales a la ley, asignar un presupuesto o crear un sistema de rendición de cuentas.

Incluso puede ocurrir que la ley sea ampliamente favorable, pero que no beneficie a todos por igual. Por ejemplo, muchos países cuentan con leyes que garantizan la gratuidad de la terapia

antirretroviral para tratar el VIH, pero puede que el acceso no sea universal. En Botswana, el tratamiento solo estaba disponible para las personas que tenían la ciudadanía: incluía a las personas en prisión, pero no a los reclusos de otros países. En 2019 se modificó la ley y se amplió la prestación del tratamiento a todos los reclusos, independientemente de su nacionalidad (ONUSIDA, 2019).

Leyes en conflicto

Ninguna ley o política puede considerarse de forma aislada, sin tener en cuenta la totalidad del marco jurídico y normativo de una nación. Muchos países, por ejemplo, cuentan con leyes sobre la edad de consentimiento sexual que son incompatibles con las leyes relativas a la edad mínima de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a la información en la materia (gráfico 7). Esto significa que, de acuerdo con la legislación, los adolescentes pueden mantener relaciones sexuales antes de que puedan acceder a información o servicios relacionados con prácticas sexuales más seguras o con la anticoncepción (Iniciativa por los Derechos Sexuales, 2020; Comité sobre Adolescencia, 2017; Dennis *et al.*, 2009).

La existencia de leyes en conflicto puede generar confusiones sobre qué ley prima, no solo a las personas, sino también a los responsables de que se cumpla.

La falta de claridad puede causar problemas incluso en ausencia de leyes contradictorias. ¿Qué deben hacer los trabajadores de la salud si tienen dudas acerca de sus obligaciones jurídicas o de la responsabilidad penal derivada de una actuación determinada? Por ejemplo, aunque en el país el aborto sea legal en ciertas circunstancias, puede que los proveedores sean reacios a proporcionar este servicio por temor a que se los acuse de infringir

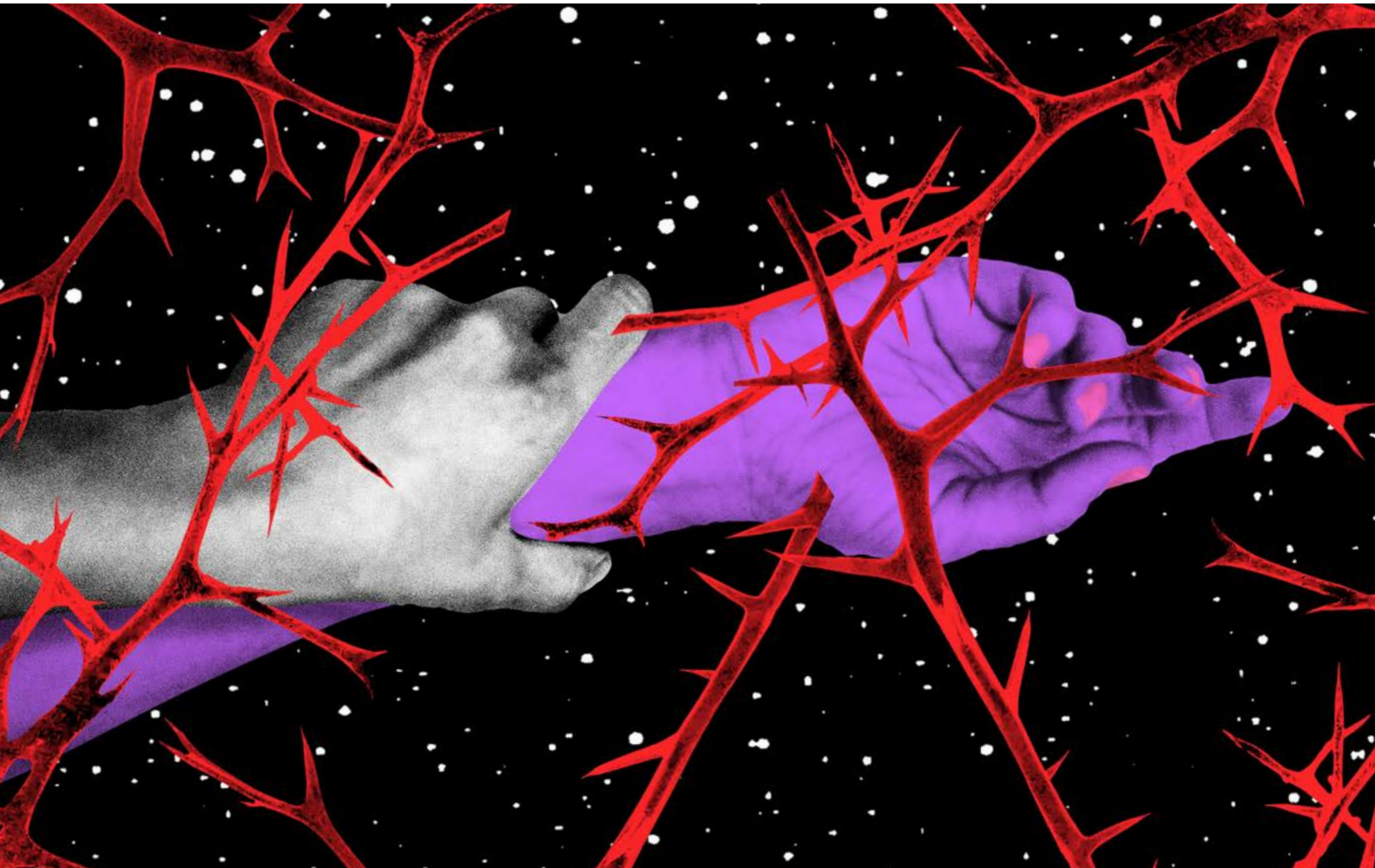
GRÁFICO 7

Edad de consentimiento sexual y edad en la que no se requiere el consentimiento de los progenitores para beneficiarse de los servicios determinados en los países seleccionados

	Belice	Croacia	Italia	Jamaica	Macedonia del Norte	Malasia	Palau	Polonia
Edad mínima legal para contraer matrimonio	18	18	18	18	18	18	Para los ciudadanos no se establece una edad mínima; 18 años para los demás	18
Edad mínima legal para contraer matrimonio con consentimiento parental, judicial o de otro tipo	16	16	16	16	16	16	Para los ciudadanos no se establece una edad mínima; 16 años para los demás	16
Edad mínima de consentimiento sexual	16*	15	14	16	14	16*	15	15
Acceso al aborto sin consentimiento de los progenitores	18	16	18	18	18	18	18	18
Acceso a anticonceptivos de emergencia sin consentimiento de los progenitores	18	16	14	16	18	18	18	18
Acceso a anticonceptivos orales sin consentimiento de los progenitores	18	18	14	16	18	18	18	18

* Aplicable solo a las mujeres
Iniciativa por los Derechos Sexuales, 2020

Ilustración de Tyler Spangler



El sexo como trabajo

“En realidad no supe que puedo decidir y que tengo el control de mi cuerpo hasta que me convertí en trabajadora sexual”, explica Liana través de un traductor en Indonesia.

Ahora Liana ya está acostumbrada a romper con las expectativas: una titulada universitaria, de clase media y ex contable no encaja en el estereotipo de una trabajadora sexual. “Cuando mi bebé tenía cuatro meses, mi marido falleció”, recuerda. Sus ingresos no eran suficientes y, al mismo tiempo, el negocio familiar estaba en apuros y su hermana tenía dificultades financieras.

“Visité un conocido establecimiento de la industria del sexo y solicité trabajar allí,” relata, haciendo hincapié en que lo hizo por decisión propia. “Lo decidí yo; nadie me obligó”.

Actualmente, Liana es la coordinadora nacional de OPSI, una red que defiende a los trabajadores sexuales y les presta servicios —como, por ejemplo, en materia de atención de la salud— que recibe apoyo del UNFPA. “En realidad hay muchos tipos de trabajadores sexuales”, explica. “Hay hombres, hay personas transgénero, y las razones por las que se dedican a esto varían de una persona a otra. La mayoría busca una fuente de ingresos”.

Monika, de Macedonia del Norte, se convirtió en trabajadora sexual tras perder su trabajo y divorciarse. Ella también afirma con convicción que fue por decisión propia. “Tenía 19 o 20 años. Era lo bastante consciente y madura para pensar lo que quería y lo que no quería hacer”. Hoy, como

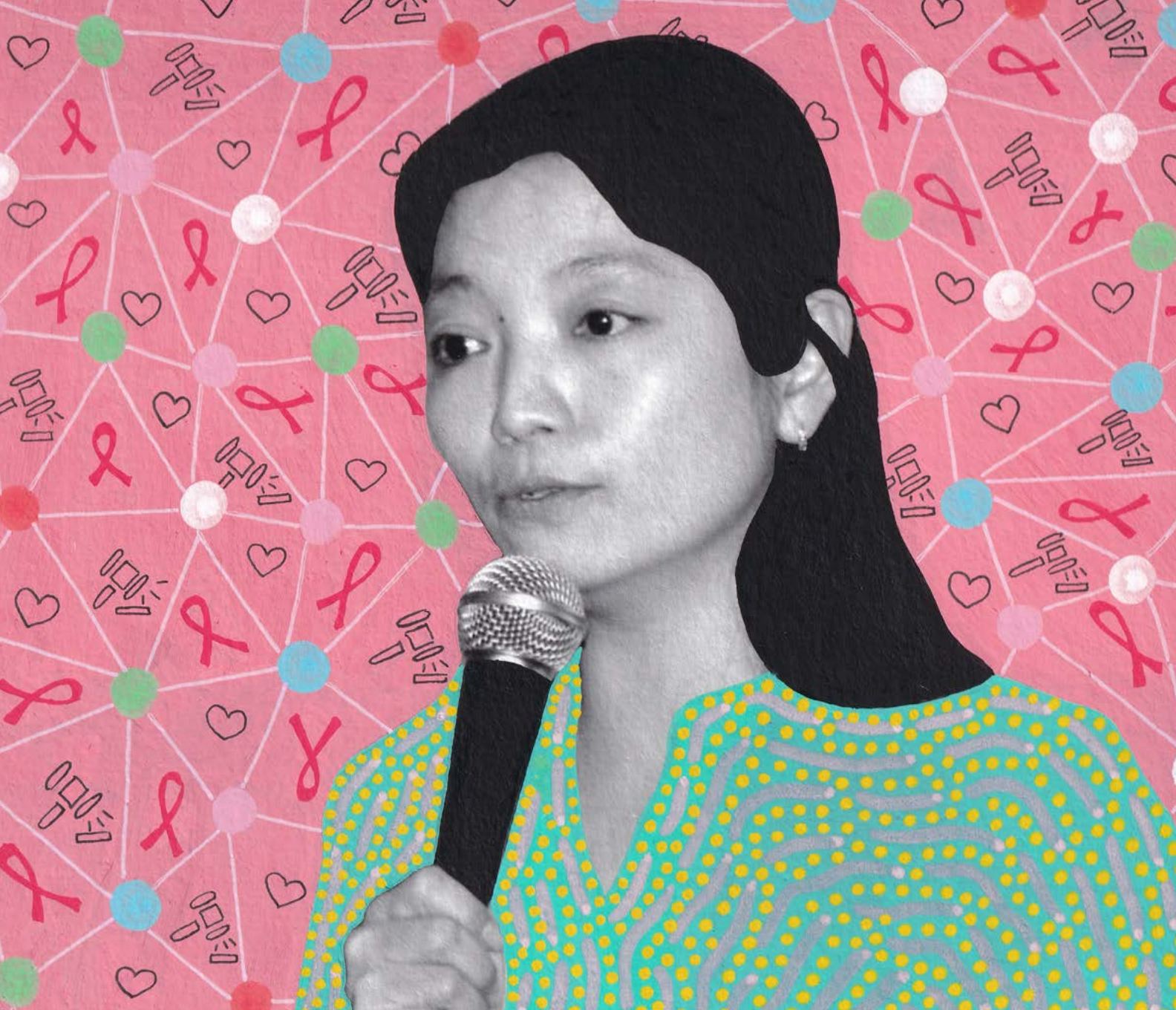
coordinadora regional de STAR —el primer colectivo de trabajadores sexuales de los Balcanes, también asociado del UNFPA— comenta que ha observado que esta es la norma: “Casi todos los trabajadores sexuales que conozco se han dedicado voluntariamente al trabajo sexual”.

Aun así, tanto Liana como Monika reconocen que la trata sexual —la explotación sexual por la fuerza o mediante la coacción, el fraude o el engaño— es motivo de gran preocupación en la industria. Sus respectivas organizaciones trabajan en estrecha colaboración con víctimas y supervivientes, y los ayudan a obtener servicios y a dejar el trabajo sexual si así lo desean.

La prevalencia de la explotación y el abuso ha centrado gran parte de la conversación en torno a la situación jurídica del trabajo sexual. Tanto los defensores de la despenalización como quienes se oponen a ella mencionan la necesidad de proteger a las personas de los abusos.

Pero los contrarios a la despenalización consideran que

“Me di cuenta de que, en última instancia, yo tenía el control de mi cuerpo. Mi cuerpo me pertenece”.



Liana defiende los derechos de los trabajadores sexuales en Indonesia. Ilustración original de Naomi Vona; foto por cortesía de Liana.

el concepto de “consentimiento” en la industria del sexo es, por naturaleza, problemático. En efecto, los estudios muestran que muchos de los que se dedican al trabajo sexual han experimentado una mayor vulnerabilidad: en la infancia han sido víctimas de la pobreza,

han padecido abusos, han vivido en un entorno familiar inestable y han tenido problemas para acceder a la economía formal, en particular debido a la falta de educación (McCarthy *et al.*, 2014). Se considera que estos factores socavan su capacidad de consentimiento

libre e informado. Además, una proporción considerable de los trabajadores sexuales —entre el 20% y el 40%, según las estimaciones— se inician en el trabajo sexual en la infancia (Parcesepe *et al.*, 2016), lo que constituye una clara violación de los derechos humanos.

Diversos instrumentos en favor de los derechos humanos han respondido a estas vulnerabilidades. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer exige que se adopten “todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer”. Y los Protocolos de la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional incluyen “la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación” en la definición de la trata de personas.

Sin embargo, muchos defensores de los trabajadores del sexo consideran que el enfoque en la vulnerabilidad en realidad los despoja de su seguridad y autonomía. Tanto Liana como Monika manifiestan que eligieron libremente continuar el trabajo sexual, a pesar de que percibían unos ingresos suficientes fuera del sector.

“Por favor, no den por supuesto que todos los trabajadores sexuales son víctimas de trata. Hay personas como yo que eligen este trabajo intencionalmente. Nadie nos engaña”, afirma Liana. “Cuando

preguntamos a miembros de OPSI si abandonarían el trabajo sexual si encontraran otro trabajo, la mayoría de las veces la respuesta es que no”. Los trabajos a los que pueden acceder los trabajadores sexuales suelen estar mal remunerados, explicó, y el trabajo sexual ofrece una flexibilidad que muchos encuentran deseable. “Pueden organizar su tiempo. Pueden cumplir sus obligaciones hacia la sociedad y estar más unidos a sus hijos”.

El trabajo sexual —o algunos de sus aspectos, como la facilitación— es ilegal en la mayoría de los países, de acuerdo con la Red Mundial de Proyectos sobre el Trabajo Sexual. Según Liana y Monika, lo único que consiguen esas leyes es empujar la profesión a la clandestinidad, lo que aumenta las dificultades de los trabajadores sexuales para descartar a los clientes violentos. La penalización también expone a los trabajadores sexuales al riesgo de que los detengan y hace que tengan miedo de denunciar a los abusadores, afirman. Algunos policías también acosan a los trabajadores sexuales y abusan de ellos, “ya que, como saben que el trabajo sexual no es legal, creen que no los denunciaremos y que no podemos hacer nada”, explica Monika.

Ellas desearían que se penalizara y se sancionara la violencia y la explotación sexual en lugar del trabajo sexual. Liana hizo hincapié en que “la violencia no solo afecta a los trabajadores sexuales. Atañe a todas las mujeres y los grupos minoritarios”.

El movimiento para despenalizar el trabajo sexual ha ganado terreno en los últimos años en las Naciones Unidas; numerosos organismos y programas, como la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, están incorporándose a él como un medio eficaz para prevenir la transmisión del VIH y eliminar la discriminación contra las poblaciones vulnerables (OMS, 2014; ONUSIDA, 2012).

Al mismo tiempo, las Naciones Unidas están redoblando sus esfuerzos para eliminar la explotación y los abusos sexuales. La preocupación que despiertan las fuerzas de paz y los trabajadores humanitarios que mantienen relaciones de explotación con trabajadores sexuales y personas vulnerables y marginadas ha llevado a la institución a reforzar el control del cumplimiento de las normas que prohíben que el personal intercambie dinero, bienes o servicios por sexo, incluso en los países donde el trabajo sexual es legal. Estas posiciones —que la despenalización ayudará a salvaguardar la salud

y los derechos de las trabajadoras sexuales, y también que los miembros del personal no deben adquirir relaciones sexuales, aunque sea legal— no son contradictorias, afirman funcionarios de las Naciones Unidas.

“El personal de las Naciones Unidas no debe participar en ninguna actividad que pudiera dar lugar a la explotación sexual. Esto no constituye un juicio sobre el trabajo sexual voluntario desempeñado por adultos informados y con su consentimiento, pero hay que reconocer que el hecho de que el trabajo sexual sea legal no garantiza que sea voluntario”, comenta Eva Bolkart, que coordina las acciones del UNFPA para prevenir la explotación y los abusos sexuales.

Monika y Liana están de acuerdo en que la legalidad por sí sola no es suficiente. Para ellas, la despenalización debe ir acompañada de la desestigmatización. Mientras que los trabajadores sexuales no disfruten del mismo respeto y dignidad que los ciudadanos normales, seguirán obligados a trabajar en la sombra, donde los abusos se pueden ocultar. “Somos padres y madres. Somos hijos. Tenemos familia”, argumenta Monika. “Nadie tiene por qué tratarnos de forma diferente debido a nuestra profesión. El trabajo sexual es un trabajo como cualquier otro”.

la ley, y que las directrices y políticas de los sistemas de salud se basen en una interpretación más conservadora de la ley. La atención posterior al aborto, acordada por 179 gobiernos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994, y que debería estar disponible independientemente de la situación jurídica del aborto, sigue sin ofrecerse en muchos lugares, y a veces los trabajadores de salud se niegan a proporcionar este servicio por temor a que se los procese o estigmatice por prestarlo a alguien que ha abortado ilegalmente.

Obstáculos estructurales

En el plano estructural, para garantizar la eficacia de la ley es fundamental disponer de un presupuesto adecuado. En México, por ejemplo, se promulgó una ley que establece que todas las personas, independientemente de su edad o su estado civil, deben tener acceso a anticonceptivos. No obstante, las tasas de fecundidad se mantuvieron elevadas entre los adolescentes, especialmente entre los de los hogares más pobres. Una serie de organizaciones de la sociedad civil examinaron los presupuestos y el gasto destinados a los servicios de salud sexual y reproductiva a nivel federal y estatal, e identificaron los cuellos de botella y las ineficiencias que impiden que los programas locales dispongan de fondos. El análisis permitió mejorar la asignación de fondos y que estos llegaran a las comunidades más pobres, donde la necesidad de información y servicios para adolescentes en materia de anticoncepción no se había satisfecho del todo (Rajan, s. f.).

Para que los sistemas de salud tengan la capacidad de aplicar plenamente una ley, puede que se requieran diversas medidas, desde la creación de directrices médicas sobre la prestación de servicios, hasta la formación de los trabajadores de la salud en lo relativo al contenido de la ley y sus implicaciones

para su trabajo, el fortalecimiento de los sistemas logísticos y de adquisición a fin de garantizar el acceso sin interrupciones a los medicamentos y los equipos adecuados, la comprobación de que los sistemas de información pueden obtener datos sobre el uso, la calidad y el impacto de los servicios, el ajuste de los mecanismos de financiación de la salud con objeto de promover la asequibilidad de los servicios, y el seguimiento de la aceptabilidad y la calidad de los servicios que se prestan.

Los factores sociales, entre ellos la religión y las normas de género, pueden influir en el grado en que se aplican o se hacen cumplir las leyes. Por ejemplo, en las sociedades en las que las relaciones sexuales antes del matrimonio se consideran inaceptables, puede que las leyes que permiten el acceso de los adolescentes a métodos anticonceptivos no se traduzcan en el uso de anticonceptivos si el estigma asociado a las relaciones sexuales en la adolescencia tiene demasiado peso.

Incluso cuando existen leyes favorables, puede que otros problemas impidan que las personas protejan su autonomía corporal o accedan a servicios de salud apropiados. Puede tratarse de problemas inmediatos, como el hambre, la pobreza o situaciones de vida difíciles. También puede ocurrir que los servicios sean inasequibles, que no existan servicios de puericultura, o que el esposo o un familiar interfieran en las decisiones relativas a la atención de la salud o la anticoncepción.

Los encargados de formular políticas deben conocer y tener en cuenta los factores estructurales que perpetúan o ahondan la pobreza, impiden el acceso a la educación o al empleo y conducen a la discriminación por razones de edad, raza, etnia, orientación sexual o identidad de género, ya que pueden interferir con los beneficios que se espera que reporten las leyes en favor de ciertos grupos. Por ejemplo, incluso en los países en los que la legislación

establece la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva para todos, puede que no obstante los proveedores de servicios de salud nieguen el acceso a las personas que viven con el VIH, los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o las personas transgénero (ONUSIDA, 2017).

Además, es posible que las personas no sean conscientes de la existencia de una ley, o que la consideren como una abstracción muy alejada de su vida cotidiana.

Las leyes y las políticas pueden empoderar a las mujeres para que tomen sus propias decisiones y puedan desempeñar un papel importante en la rendición de cuentas, en particular en lo relativo a la atención sanitaria de poblaciones diversas, al garantizar el acceso a mecanismos de justicia, reparación y compensación para las personas cuyos derechos humanos se violan (OMS, 2015).

El indicador 5.6.2 permite hacer un seguimiento de las leyes favorables y los obstáculos jurídicos

Para ayudar a los gobiernos a hacer el seguimiento de los avances hacia la consecución de la meta 5.6 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible —asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing— las Naciones Unidas han elaborado el indicador 5.6.2. Este evalúa el “número de países con leyes y reglamentos que garantizan a los hombres y las mujeres a partir de los 15 años un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto” (UNFPA, 2020d).

Se trata de un indicador compuesto, guiado por el derecho internacional de los derechos humanos, los documentos consensuados en el plano internacional y las normas en materia de derechos humanos, y está dirigido a evaluar el entorno jurídico relacionado con la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Abarca cuatro grandes ámbitos: la atención materna; la anticoncepción y la planificación familiar; la educación sexual integral y la información en la materia; y los servicios de salud y bienestar sexuales (gráfico 8).

Cada uno de los 13 componentes de estas cuatro esferas se ocupan de aspectos que pueden ser regulados por la legislación. Para cada uno de los componentes, se recopilan datos sobre la existencia de elementos jurídicos propicios (leyes y reglamentos) y obstáculos de esta índole. Entre estos obstáculos se cuentan las restricciones a las leyes y reglamentos propicios; por ejemplo, el requisito de contar con la autorización de terceros, que obliga a las personas a obtener el consentimiento de los padres, el cónyuge, un juez o una comisión médica.

GRÁFICO 8

Los 4 ámbitos y los 13 componentes analizados por el indicador 5.6.2



Todos los aspectos de este indicador son pertinentes para la autonomía corporal.

El indicador evalúa si existe una ley que apoye cada uno de estos componentes o si hay factores que los restrinjan, por ejemplo, limitaciones de edad o el requisito de contar con la autorización del cónyuge. Asimismo, evalúa si en paralelo a la legislación nacional coexisten otros sistemas jurídicos —regidos por la tradición, las costumbres o la religión— que podrían limitar la aplicabilidad de la legislación nacional a ciertos grupos de población (DAES, 2018).

Por tanto, el indicador 5.6.2 capta información sobre la existencia de una ley favorable y también de algunos factores adicionales que podrían hacer peligrar los efectos positivos de esa ley. Los datos sobre todos estos aspectos se utilizan para calcular el valor de cada uno de los 13 componentes en cada país. A continuación se suman los valores de los componentes correspondientes a cada uno de los cuatro ámbitos amplios, y finalmente se suman estos cuatro valores para obtener el valor total (gráficos 9 y 10).

El indicador, calculado sobre una escala porcentual de 0 a 100, indica la situación de cada país y los progresos logrados en lo relativo a la existencia de leyes y reglamentos nacionales que garanticen el disfrute pleno e igualitario de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El indicador 5.6.2 mide solo la existencia de leyes y reglamentos, no su aplicación.

Entre todos los países que presentaron datos para calcular el indicador 5.6.2, los cinco que obtuvieron el valor total más elevado son Suecia (100), Uruguay (99), Camboya (98), Finlandia (98) y los Países Bajos (98). Los cinco países que registraron los valores más bajos son Sudán del Sur (16), Trinidad y Tábago (32), Libia (33), Iraq (39) y Belice (42).

Garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos

Las autoridades nacionales de estadística y los ministerios competentes de 107 países presentaron datos para calcular el indicador 5.6.2 y sus componentes individuales. No obstante, solo 75 de ellos disponían de todos los datos necesarios para calcular el indicador.

El número de países que presentan datos relativos a cada una de las cuatro secciones del indicador general es variable: 79 países sobre atención materna, 104 países sobre servicios anticonceptivos, 98 países sobre educación sexual y 101 países sobre VIH y papilomavirus humano (VPH).

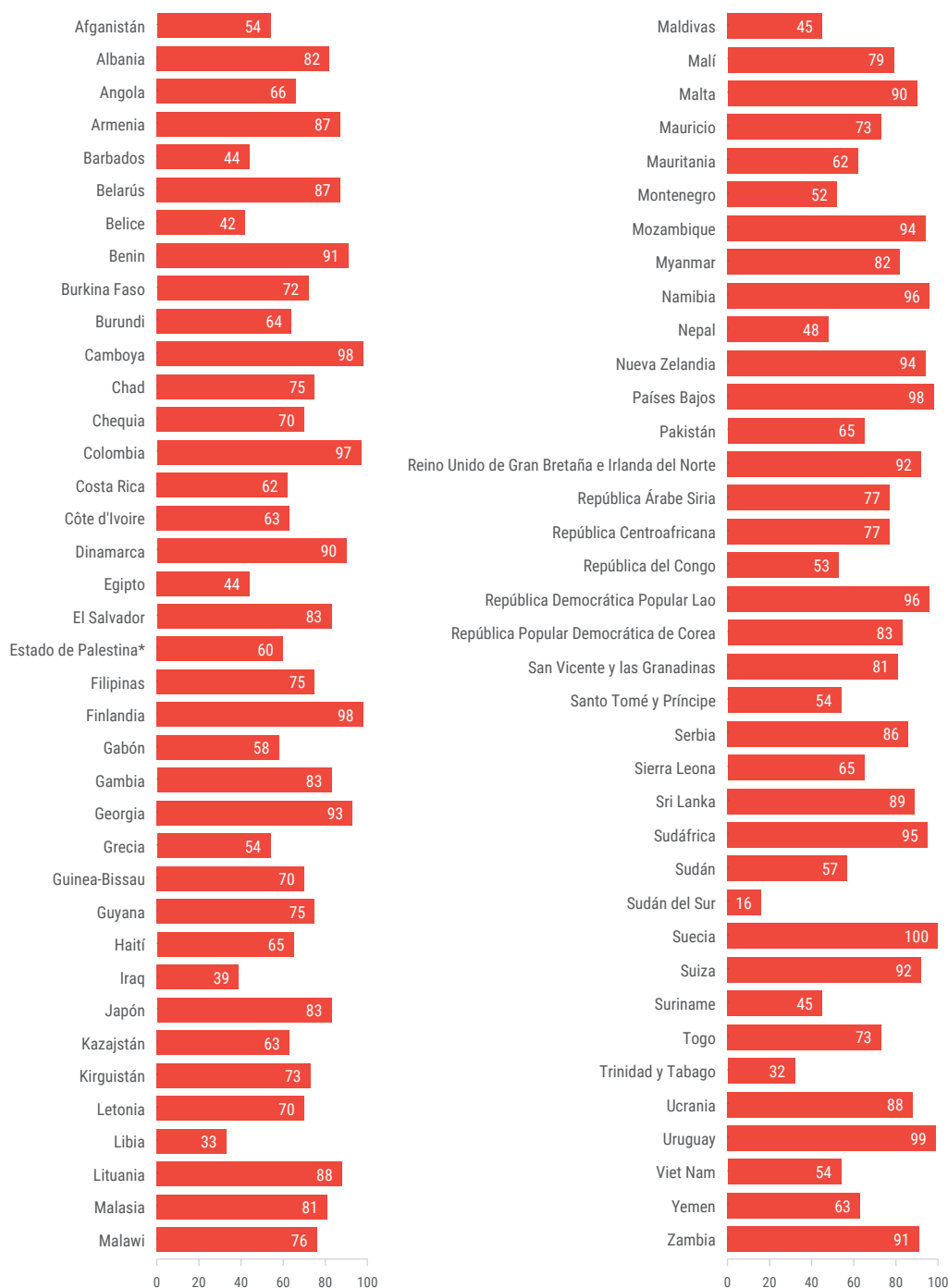
Los 75 países que presentan datos completos disponen, en promedio, del 73% de las leyes y reglamentos necesarios para garantizar el acceso pleno y equitativo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, el 20% de los países que cuentan con leyes propicias presentan también una pluralidad de sistemas jurídicos, lo que sugiere que esas leyes no benefician a toda su población.

Alrededor del 80% de los países que disponen de datos manifiestan contar con leyes que protegen o respaldan la salud y el bienestar sexuales. Alrededor del 75% declaran tener las leyes y los reglamentos necesarios para garantizar el acceso pleno e igualitario a la anticoncepción. Alrededor del 71% cuentan con leyes que garantizan el acceso a la “atención materna” en general, lo cual puede incluir servicios y suministros de salud materna y servicios de aborto o atención posterior al aborto; y el 56% indican que disponen de leyes que apoyan la educación sexual integral.

El análisis de los valores globales del indicador 5.6.2 revela que los resultados no dependen del nivel de

GRÁFICO 9

Valor del indicador 5.6.2 (en porcentaje), como combinación de los 13 componentes relativos a la salud sexual y reproductiva, por países.



*El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió a Palestina "la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas [...]".

GRÁFICO 10

Medida en que los países cuentan con leyes y reglamentos a escala nacional que garantizan a hombres y mujeres de 15 años y mayores un acceso pleno y en pie de igualdad a servicios de salud sexual y reproductiva, así como a información y educación en la materia.

	Atención materna					Servicios de anticoncepción				Educación sexual			El VIH y el VPH					Valor general para todas las categorías, indicador ODS 3.6.2
	Atención materna	Productos básicos de supervivencia	Aborto	Atención posterior al aborto	Promedio de categoría	Servicios de anticoncepción	Consentimiento para el uso de anticonceptivos	Anticonceptivos de emergencia	Promedio de categoría	Leyes para incluir la educación sexual en los planes de estudios	Temas sobre educación sexual tratados en los planes de estudios	Promedio de categoría	Servicios de asesoramiento y diagnóstico del VIH	Servicios de tratamiento y atención del VIH	Confidencialidad relativa al VIH	Vacuna del VPH	Promedio de categoría	
Afganistán	100	92	0	100	73	60	0	50	37	0	0	0	100	100	100	0	75	54
Albania	100	77	50	100	82	80	100	75	85	100	100	100	80	100	100	0	70	82
Alemania	100	46	50	75	68	80	100	75	85	–	–	–	100	100	100	100	100	–
Angola	100	62	0	100	65	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	66
Antigua y Barbuda	–	85	0	100	–	0	100	0	33	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Arabia Saudita	75	–	–	–	–	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	0	75	–
Armenia	75	100	100	100	94	80	100	100	93	100	100	100	80	100	100	0	70	87
Australia	100	–	0	100	–	80	100	100	93	0	0	0	100	100	100	0	75	–
Bangladesh	0	85	–	100	–	0	0	0	0	100	88	94	40	40	75	0	39	–
Barbados	100	77	75	0	63	60	0	0	20	0	0	0	80	80	100	0	65	44
Belarús	100	85	75	100	90	100	100	100	100	100	100	100	100	100	75	0	69	87
Bélgica	–	–	100	0	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–
Belice	0	100	0	100	50	0	0	0	0	0	100	50	60	80	100	0	60	42
Benin	100	100	50	100	88	80	100	50	77	100	100	100	100	100	100	100	100	91
Botswana	100	92	–	0	–	80	100	100	93	100	88	94	40	80	100	100	80	–
Burkina Faso	75	100	0	100	69	80	0	75	52	100	50	75	60	100	100	100	90	72
Burundi	75	92	50	100	79	40	0	75	38	0	100	50	100	100	100	0	75	64
Camboya	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Camerún (Rep. del)	100	92	25	100	79	100	100	100	100	0	0	0	–	–	–	0	–	–
Chad	100	100	75	100	94	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	75
Chequia	100	15	100	100	79	0	0	0	0	100	100	100	100	100	100	100	100	70
China	100	62	–	100	–	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	0	75	–
Colombia	100	92	75	100	92	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	97
Congo (Rep. del)	100	100	-25	0	44	100	100	75	92	0	0	0	60	80	100	0	60	53
Congo (Rep. Democrática del)	100	92	–	100	–	80	100	75	85	–	–	–	100	100	100	0	75	–
Corea (Rep. Popular Democrática de)	75	77	100	100	88	100	100	100	100	100	25	63	100	100	100	0	75	83
Côte d'Ivoire	100	100	25	0	56	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	63

	Atención materna					Servicios de anticoncepción				Educación sexual			El VIH y el VPH					Valor general para todas las categorías, Indicador ODS 5.6.2
	Atención materna	Productos básicos de supervivencia	Aborto	Atención posterior al aborto	Promedio de categoría	Servicios de anticoncepción	Consentimiento para el uso de anticonceptivos	Anticonceptivos de emergencia	Promedio de categoría	Leyes para incluir la educación sexual en los planes de estudios	Temas sobre educación sexual tratados en los planes de estudios	Promedio de categoría	Servicios de asesoramiento y diagnóstico del VIH	Servicios de tratamiento y atención del VIH	Confidencialidad relativa al VIH	Vacuna del VPH	Promedio de categoría	
Costa Rica	100	77	25	0	50	100	100	0	67	0	0	0	100	100	100	100	100	62
Dinamarca	100	100	50	100	88	80	100	75	85	100	100	100	80	80	100	100	90	90
Egipto	100	54	-50	100	51	60	0	50	37	0	0	0	80	80	100	0	65	44
El Salvador	100	100	-25	100	69	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	83
Eslovenia	100	54	-	100	-	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	-
Federación Rusa	100	77	-	100	-	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Filipinas	100	77	-25	100	63	60	100	0	53	100	100	100	80	80	100	100	90	75
Finlandia	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98
Gabón	100	100	0	100	75	40	0	25	22	100	100	100	40	100	50	0	48	58
Gambia	100	100	25	100	81	100	100	100	100	100	100	100	40	20	100	100	65	83
Georgia	100	85	75	100	90	100	100	100	100	100	88	94	80	80	100	100	90	93
Grecia	100	62	75	0	59	100	0	0	33	0	0	0	80	80	100	100	90	54
Guatemala	100	85	-	0	-	80	100	75	85	100	100	100	80	80	100	0	65	-
Guyana	100	92	75	100	92	60	100	50	70	100	100	100	60	60	75	0	49	75
Guinea	100	100	-	100	-	100	100	100	100	-	100	-	100	100	100	0	75	-
Guinea Ecuatorial	-	100	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Guinea-Bissau	100	100	100	0	75	80	100	75	85	0	100	50	80	80	100	0	65	70
Haití	100	92	0	100	73	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	65
Honduras	50	-	-25	0	-	80	100	0	60	0	0	0	100	100	100	0	75	-
India	-	85	75	-	-	100	100	100	100	0	0	0	60	100	100	-	-	-
Iraq	75	77	0	0	38	80	0	0	27	0	0	0	80	100	100	0	70	39
Irán (Rep. Islámica de)	100	100	0	-	-	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Japón	100	85	0	0	46	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	83
Kazajistán	75	69	75	100	80	100	100	0	67	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Kirguistán	100	92	50	50	73	60	100	50	70	100	88	94	60	100	100	0	65	73
Letonia	100	31	75	0	51	0	100	0	33	100	100	100	100	100	100	100	100	70
Liberia	100	92	-	100	-	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	-
Libia	75	77	-25	0	32	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	0	75	33
Lituania	100	92	75	100	92	80	100	75	85	100	100	100	60	60	100	100	80	88
Malasia	75	77	-25	75	50	80	100	75	85	100	100	100	100	100	100	100	100	81
Malawi	25	100	-50	75	38	80	100	100	93	100	100	100	80	80	100	100	90	76
Maldivas	0	92	25	0	29	0	0	0	0	100	63	81	100	100	100	0	75	45
Malí	100	100	50	100	88	80	100	100	93	0	0	0	100	100	100	100	100	79

	Atención materna					Servicios de anticoncepción				Educación sexual			El VIH y el VPH					Valor general para todas las categorías, Indicador ODS 5.6.2		
	Atención materna	Productos básicos de supervivencia		Atención posterior al aborto	Promedio de categoría	Servicios de anticoncepción	Consentimiento para el uso de anticonceptivos		Promedio de categoría	Temas sobre educación sexual		Promedio de categoría	Servicios de asesoramiento y diagnóstico del VIH		Servicios de tratamiento y atención del VIH		Confidencialidad relativa al VIH		Vacuna del VPH	Promedio de categoría
													Leyes para incluir la educación sexual en los planes de estudios	Tratados en los planes de estudios						
Malta	100	100	-25	100	69	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	90	
Mauricio	100	85	50	100	84	60	100	50	70	0	0	0	100	100	100	100	100	100	73	
Mauritania	50	85	-25	0	27	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	100	100	100	62	
México	100	–	–	0	–	100	100	100	100	100	88	94	–	–	–	100	–	–	–	
Moldova (Rep. de)	75	100	75	100	88	100	100	0	67	100	–	–	80	80	75	100	84	–	–	
Montenegro	75	100	75	75	81	60	0	50	37	0	0	0	80	80	75	0	59	52	52	
Mozambique	100	92	25	100	79	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94	94	
Myanmar	100	92	-25	100	67	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	82	82	
Namibia	100	100	50	100	88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96	96	
Nepal	100	77	50	100	82	100	100	0	67	0	0	0	0	0	100	0	25	48	48	
Níger	100	100	–	100	–	100	100	100	100	100	100	100	80	100	100	100	95	–	–	
Nigeria	–	100	75	0	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	
Nueva Zelandia	100	100	25	100	81	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	94	94	
Países Bajos	100	100	75	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	98	98	
Pakistán	100	92	-50	100	61	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	65	65	
Palestina*	100	77	-50	100	57	80	100	75	85	0	0	0	100	100	100	0	75	60	60	
Perú	100	–	–	100	–	80	100	100	93	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	100	100	0	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92	92	
Rep. Árabe Siria	100	85	-50	100	59	80	100	100	93	100	88	94	100	100	100	0	75	77	77	
Rep. Centroafricana	100	100	0	100	75	60	100	50	70	100	88	94	100	100	100	0	75	77	77	
Rep. Democrática Popular Lao	100	100	50	100	88	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	96	96	
Rumania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	0	0	–	–	–	–	–	–	–	
San Vicente y las Granadinas	100	62	25	100	72	80	100	100	93	100	100	100	80	100	100	0	70	81	81	
Santa Lucía	100	92	–	100	–	60	100	50	70	100	100	100	80	80	75	100	84	–	–	
Santo Tomé y Príncipe	0	100	0	100	50	0	0	0	0	100	0	50	100	100	100	100	100	54	54	
Senegal	25	92	–	100	–	40	0	25	22	0	0	0	40	80	75	–	–	–	–	
Serbia	100	92	25	100	79	100	100	100	100	100	0	50	100	100	100	100	100	86	86	
Sierra Leona	100	100	50	0	63	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	65	65	
Somalia	0	85	–	100	–	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	0	75	–	–	
Sri Lanka	100	77	-25	100	63	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	89	89	
Sudáfrica	100	100	75	100	94	80	100	75	85	100	100	100	100	100	100	100	100	95	95	

	Atención materna					Servicios de anticoncepción				Educación sexual			El VIH y el VPH					Valor general para todas las categorías, Indicador ODS 5.6.2
	Atención materna	Productos básicos de supervivencia	Aborto	Atención posterior al aborto	Promedio de categoría	Servicios de anticoncepción	Consentimiento para el uso de anticonceptivos	Anticonceptivos de emergencia	Promedio de categoría	Leyes para incluir la educación sexual en los planes de estudios	Temas sobre educación sexual tratados en los planes de estudios	Promedio de categoría	Servicios de asesoramiento y diagnóstico del VIH	Servicios de tratamiento y atención del VIH	Confidencialidad relativa al VIH	Vacuna del VPH	Promedio de categoría	
Sudán	100	85	25	100	77	60	0	75	45	0	0	0	100	100	100	0	75	57
Sudán del Sur	0	100	0	0	25	20	0	0	7	0	88	44	0	0	0	0	0	16
Suecia	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Suiza	100	100	0	100	75	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	92
Suriname	100	62	0	0	40	60	0	0	20	0	0	0	80	80	100	100	90	45
Tanzania (Rep. Unida de)	100	100	–	100	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–
Togo	100	100	50	100	88	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	73
Trinidad y Tabago	25	85	0	25	34	0	0	0	0	100	100	100	40	40	0	0	20	32
Túnez	100	100	–	100	–	100	–	–	–	0	0	0	0	0	75	0	19	–
Turquía	100	100	0	100	75	80	100	75	85	–	–	–	80	100	100	0	70	–
Ucrania	100	69	75	100	86	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	0	75	88
Uruguay	100	85	100	100	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99
Uzbekistán	100	69	75	–	–	100	100	0	67	–	–	–	–	–	–	0	–	–
Viet Nam	50	77	25	0	38	80	0	75	52	0	100	50	100	100	100	0	75	54
Yemen	25	100	0	100	56	100	100	100	100	0	0	0	100	100	100	0	75	63
Zambia	100	100	50	100	88	60	100	75	78	100	100	100	100	100	100	100	100	91

Fuente: Fondo de Población de las Naciones Unidas, bases de datos mundiales, 2020. Basado en las respuestas oficiales a la Duodécima Encuesta de las Naciones Unidas entre los Gobiernos sobre población y desarrollo.

Un valor negativo revela la preponderancia de las restricciones legales sobre las leyes de respaldo. Esto se reflejará, por ejemplo, en el establecimiento de restricciones en un determinado país o territorio al acceso al aborto (como, entre otras formas, la necesidad de contar con el consentimiento del marido), así como en la penalización de la práctica de este derecho.

Los datos que faltan se representan con el signo “–”.

*El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió a Palestina “la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas [...]”.

ingresos de los países. Estos pueden crear un entorno jurídico y normativo favorable independientemente de su nivel de ingresos (gráfico 11).

Salud y bienestar sexuales

En relación con el VIH, casi todos los países manifestaron que cuentan con leyes y reglamentos que garantizan el acceso a servicios voluntarios de diagnóstico y tratamiento del VIH y de asesoramiento y atención en la materia, y que protegen la privacidad. Sin embargo, puede que en

algunos de estos países el acceso se vea limitado debido a la coexistencia de diversos sistemas jurídicos, y que algunos de ellos impongan restricciones de edad o requieran el consentimiento de terceros.

Poco más del 50% de los países informantes tienen leyes o reglamentos en vigor que garantizan el acceso de las adolescentes a la vacuna contra el VPH. Un examen reciente de la introducción de vacunas contra el VPH en 45 países de ingreso bajo

y mediano mostró que el éxito depende sobre todo de la voluntad política y la obtención de fondos, pero que también requiere una planificación sólida, movilización social y comunicaciones claras (Howard *et al.*, 2017).

Anticoncepción y planificación familiar

El 91% de los 104 países declararon disponer de leyes y reglamentos que garantizan el acceso a servicios de anticoncepción, pero en algunos de ellos se establece una edad mínima y se exige la autorización de terceros y estar casada.

En el 12% de los 104 países cuya legislación protege el acceso a servicios de anticoncepción, los diversos sistemas jurídicos existentes entran en contradicción con las leyes y reglamentos propicios. Aunque el 87% de los países

informantes indicaron tener leyes y reglamentos que exigen a los usuarios su consentimiento pleno, libre e informado antes de recibir servicios anticonceptivos —especialmente la esterilización— el 9% de ellos señalan que coexisten sistemas jurídicos que contradicen dichas leyes.

Atención materna

El ámbito del indicador 5.6.2 que analiza la atención materna consta de cuatro componentes: leyes que garantizan el acceso a servicios, medicamentos y suministros vitales (o “productos básicos”) de atención materna y a servicios de aborto y de atención posterior al aborto. A continuación se examinan los datos relativos a cada uno de esos componentes.

El 99% de los 79 países manifestaron contar con leyes y reglamentos que garantizan el acceso a la atención materna. No obstante, en algunos de ellos el acceso depende del estado civil y la edad, y se exige la autorización de una tercera persona; por ejemplo, un familiar o el marido.

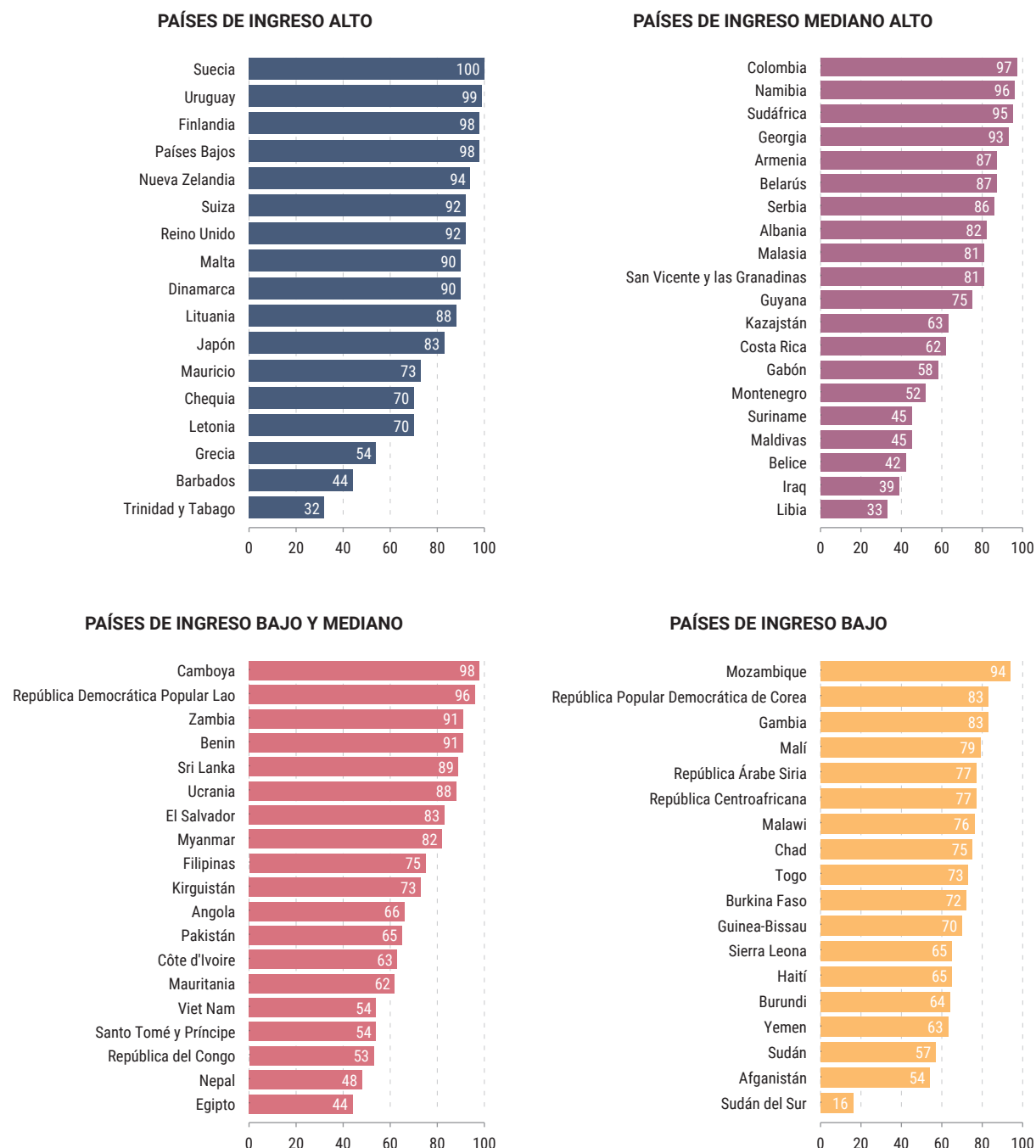
Solo el 44% de estos países informaron de que su lista nacional de medicamentos esenciales incluía los 13 productos básicos considerados por la Comisión de las Naciones Unidas sobre Productos Básicos de Supervivencia para Mujeres y Niños como “vitales” para la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil.



Ilustración de Tyler Spangler

GRÁFICO 11

Valores totales del indicador 5.6.2, los cuales demuestran que la existencia de leyes y reglamentos favorables en materia de salud sexual y reproductiva no depende del nivel de ingresos del país (en porcentaje)



Al margen de la ley: la realidad de las desigualdades en el acceso al aborto

“Una vez trajeron a una mujer de un pueblo remoto. Estaba muy grave, había tratado de provocarse un aborto”, recuerda Nuriye Ortayli, que trabajó en Turquía como obstetra y ginecóloga en las décadas de 1980 y 1990. “Durante más de 12 horas, casi 24, todos —residentes jóvenes, personal más experimentado— trataron de salvarla. Lo intentamos todo, pero murió”.

Sin embargo, el relato de la Dra. Ortayli no se refiere a un aborto ilegal en un centro clandestino. En ese momento, Turquía disponía de servicios de aborto seguro. “Si hubiera podido venir al hospital, podría haber abortado con

anestesia local”, dice. Lo que relata es una realidad a la que se enfrentan las mujeres y los proveedores de salud en todo el mundo: el aborto es un hecho frecuente, incluso en los lugares donde el procedimiento está muy restringido o es ilegal (Bearak *et al.*, 2020), y a las mujeres se les niega habitualmente el acceso al aborto seguro aun en los países en los que es legal (Gerdtz *et al.*, 2015). Por tanto, independientemente de la legislación, suelen ser otros los factores que determinan si una mujer podrá acceder al aborto seguro —por ejemplo, los recursos económicos, la distancia a los servicios o las normas sociales—.

La Dra. Ortayli fue testigo de este fenómeno tanto cuando trabajaba como médica en Turquía como en su capacidad de responsable de programas y asesora de salud reproductiva para organizaciones que operan en el ámbito de la salud —como el UNFPA— en Europa Oriental, Oriente Medio, África Occidental y América. “Lo vemos una y otra vez. Independientemente de la situación jurídica del aborto en un país, las mujeres toman esa decisión y encuentran la manera de abortar”, comenta. “Aquellas con una situación económica más desahogada tienen mejor salud, porque disponen de más oportunidades, de dinero, de redes.

“Independientemente de la situación jurídica del aborto en un país, las mujeres toman esa decisión y encuentran la manera”.



Independientemente del estatus jurídico del aborto, las mujeres con medios suelen poder recurrir a este procedimiento, mientras que las que no tienen recursos se ven expuestas a mayores riesgos. Ilustración original de Naomi Vona; foto por cortesía de JESHOOOTS en Unsplash.

Las más desfavorecidas en los planos económico, social o cultural sufren más”.

En Irlanda, por ejemplo, cuando el aborto estaba estrictamente prohibido en casi todas las circunstancias, un gran

número de mujeres viajaban al extranjero para someterse a este procedimiento. “En muchísimos casos, si las mujeres estaban decididas a abortar, finalmente lo conseguían”, explica Caitríona Henchion, directora médica

de la Asociación Irlandesa de Planificación Familiar.

Para numerosas mujeres —podría decirse que para todas— la legislación no evita el aborto, sino que “con frecuencia no hace más que retrasarlo

demasiado", comenta la Dra. Henchion. "Todo ese período de espera genera mucho estrés y ansiedad [y], obviamente, aumenta los riesgos asociados al procedimiento".

Las que no podían viajar para abortar constituían un grupo "relativamente pequeño", añadió, "sobre todo mujeres que no hablaban bien inglés o no tenían la ciudadanía ni los derechos asociados a ella" —como la posibilidad de salir sin problemas del país y volver a él—, "adolescentes que podrían haber necesitado el consentimiento de los progenitores, mujeres que directamente no tenían el dinero necesario para viajar, o que no tenían a nadie a quien confiar [que estaban embarazadas] o que pudiera ayudarlas".

Aunque la Dra. Henchion no podía practicar abortos en esa época, sí podía prestar y prestaba atención posterior al aborto, por lo general después de que las mujeres obtuvieran de forma ilegal píldoras para inducir el aborto. "En la mayor parte de los casos es seguro, sencillo y no produce problemas ni complicaciones", de modo que solo una parte ínfima de los abortos practicados por esta vía requieren atención médica, explica. Aun así, era "bastante habitual" recibir pacientes con sangrados

abundantes o prolongados y "mujeres que quizá tomaban la píldora en casa para inducir el aborto en una etapa de la gestación más avanzada de lo que creían o de la adecuada para usar ese método".

Estas circunstancias eran difíciles para los médicos, recuerda la Dra. Henchion. A veces, las pacientes literalmente le rogaban que les proporcionara información sobre el aborto o que las remitiera a otros servicios, pero la ley se lo impedía. En definitiva, la legislación parecía crear un resultado para las personas con dinero y recursos, y otro para quienes carecían de ellos. "Esa ha sido siempre mi impresión", afirma. La Dra. Henchion ha sido una de las principales promotoras de la legalización del aborto en Irlanda, la cual se aprobó a raíz del referéndum de 2018.

No obstante, las personas desfavorecidas todavía hoy siguen enfrentándose a más obstáculos y riesgos que las demás. "Algunas partes del país no disponen prácticamente de prestadores", explica la Dra. Henchion. Algunas mujeres aún tienen que viajar para acceder a un aborto seguro, con el retraso y el costo que ello implica. Las inmigrantes indocumentadas y las personas que no hablan

inglés siguen teniendo dificultades para abortar.

La Dra. Ortayli describe una frustración similar. "Tuve una consulta privada en Estambul durante siete u ocho años. Muchas clientas venían del Golfo, donde [el aborto] está más restringido. Estas, por supuesto, eran mujeres que podían permitírselo". Al mismo tiempo, sabía que en su país las mujeres vulnerables seguían teniendo dificultades para recibir el mismo nivel de atención, debido a la distancia a los servicios o la exigencia del consentimiento del esposo. "A veces he visto que los hombres utilizan esto como arma contra las mujeres. Por ejemplo, cuando una mujer quiere divorciarse, pero queda embarazada y él no la autoriza a abortar para tenerla atada".

Aun así, se alegra de que en Turquía exista la posibilidad de interrumpir el embarazo, aunque el acceso sea desigual. Recuerda su aflicción cuando su paciente murió tras un aborto en condiciones de riesgo. Un médico más experimentado le contó que antes era peor. "Me dijo que, antes de la liberalización de la ley [del aborto], en la misma sala perdíamos dos o tres mujeres como ella cada semana".

La Dra. Henchion comenta que, paradójicamente, la legalización del aborto en Irlanda ha proporcionado a las mujeres otra opción: la de cambiar de opinión. Antes, cuando para abortar tenían que viajar al extranjero, se sentían obligadas a someterse al procedimiento, ya que habían gastado mucho dinero y recursos para organizarlo. “La presión a la que se enfrentaban a la hora de tomar la decisión era enorme. Era la única oportunidad que tenían para decidir si llevarlo a cabo o no”. Pero ahora, dice, “puedes darles toda la información necesaria y tiempo para que reflexionen”.

Afirma que estos cambios tienen aún más importancia durante la pandemia de COVID-19. “Teniendo en cuenta las limitaciones para viajar [relacionadas con la pandemia], si en aquel momento el aborto no se hubiera legalizado nos estaríamos enfrentando a una situación realmente seria. Ha habido un gran número de embarazos no deseados debido a la COVID-19, mujeres que han perdido su empleo o cuya situación ha cambiado por completo, pero pueden seguir accediendo a estos servicios”.

Tres de los 13 productos de la lista son anticonceptivos —preservativos femeninos, implantes anticonceptivos y anticonceptivos de emergencia—, y las listas nacionales de medicamentos esenciales los incluyen con menos frecuencia que cualquiera de los otros 10 productos.

El 93% de los 79 países comunicaron que el aborto es legal por algunos motivos o en cualquier circunstancia; el 90% de ellos permite el aborto para salvar la vida de una mujer, alrededor del 80% lo permite para preservar la salud física de la mujer o en casos de malformación fetal, y algo más del 60% lo autoriza en casos de violación.

La restricción más frecuente en estos países en relación al aborto es la exigencia de contar con la autorización de un profesional médico. Esta limitación puede considerarse como una discriminación contra las personas que se enfrentan a obstáculos para acceder a los servicios de salud en general o cuyos proveedores de servicios de salud se niegan a practicar abortos debido a sus creencias personales o a las creencias sociales dominantes acerca de este procedimiento. El aborto inducido con medicamentos constituye una opción segura que no necesariamente requiere la intervención de un médico. Con este tipo de aborto, las interesadas pueden ser asesoradas por personas no pertenecientes al cuerpo médico en las farmacias donde se dispensan las píldoras, por otros profesionales de la salud o a través de teleconsultas y líneas de asistencia telefónica dedicadas a aconsejar en materia de aborto seguro.

Los países en los que las mujeres pueden acceder legalmente a servicios de aborto, a todos los métodos anticonceptivos

y a información al respecto registran las tasas de aborto más bajas (Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra las mujeres y las niñas, 2017). Según las conclusiones de un estudio basado en datos de 61 países, en los países donde el aborto está totalmente prohibido o permitido únicamente si peligra la vida o la salud física de una mujer, solo el 25% de los abortos se practican de forma segura. En los países donde el aborto es legal en circunstancias más amplias, cerca del 90% de los abortos son seguros (Ganatra *et al.*, 2017). Se considera que un aborto es seguro cuando lo practica una persona capacitada para ello mediante un método recomendado por la Organización Mundial de la Salud adecuado a la duración del embarazo. Un aborto seguro puede llevarse a cabo con pastillas (aborto inducido con medicamentos) o en centros ambulatorios.

Las declaraciones internacionales en la materia, como el Programa de Acción de la CIPD, afirman que la atención posterior al aborto debe ser universal, independientemente de la situación jurídica del aborto. Sin embargo, solo alrededor del 80% de los 79 países que disponen de datos cuentan con leyes o reglamentos que garantizan el acceso a la atención posterior al aborto, independientemente de la situación jurídica al respecto. Esta incoherencia entre los marcos jurídicos internacionales y las leyes de algunos países genera lagunas en los servicios que pueden contribuir a la mortalidad y la morbilidad maternas.

Educación sexual integral e información en la materia

Solo el 62% de los países informantes cuentan con leyes, reglamentos o políticas nacionales que establecen la obligatoriedad de la educación sexual en los programas escolares nacionales.

Limitaciones del indicador

Ningún indicador puede, por sí solo, dar cuenta de la totalidad de la situación en lo relativo al entorno jurídico y normativo. La complejidad de estos marcos sobre el papel, caracterizada por una multitud de leyes y reglamentos que influyen en los resultados en materia de salud y por el largo trecho que separa la existencia de las leyes de su plena aplicación, hace que esta resulte imposible. Por consiguiente, existen pocas relaciones evidentes entre el desempeño de un país en lo relativo al indicador 5.6.2 y los resultados pertinentes registrados en ese país en materia de salud sexual y reproductiva. Los datos aportados por el indicador 5.6.2 constituyen un punto de partida para investigar en mayor profundidad los puntos fuertes y débiles de las leyes y los reglamentos, tanto en teoría como en la práctica.

Todas las leyes y los reglamentos evaluados por el indicador 5.6.2 solo tienen relación con la demanda de servicios de salud; por tanto, aporta una descripción esencial pero incompleta de la situación. Se necesita también un conocimiento más profundo de las leyes y muchas otras fuerzas que favorecen o socavan la autonomía y el empoderamiento de las mujeres en general, y de la manera en que esas fuerzas afectan directamente el poder de decisión de las personas en materia de salud sexual y reproductiva.

Además, el indicador 5.6.2 solo abarca algunos de los ámbitos de la salud asociados con la autonomía corporal. No cubre las leyes que gobiernan otras cuestiones importantes como la violación en el matrimonio, la autodeterminación en materia de identidad de género, las cirugías genitales en el caso de los niños intersexuales y la actividad sexual con personas del mismo sexo.

El indicador tampoco abarca las leyes que rigen la prestación de servicios de salud y que también son pertinentes para la autonomía corporal, ya que incluyen disposiciones en materia de no discriminación, privacidad y acceso a la justicia. Por ejemplo, en los países en que se penalizan ciertas identidades o profesiones, como en el caso de las personas transgénero o los trabajadores sexuales, en los establecimientos sanitarios suele registrarse un alto grado de estigmatización y discriminación. Estos factores obstaculizan el acceso a servicios que pueden desempeñar un papel importante en la protección de la autonomía corporal (Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, 2012).

Las reformas jurídicas recientes allanan el camino al cambio

En todo el mundo se están aprobando leyes y reglamentos con la intención de garantizar el disfrute pleno e igualitario de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Si bien aún es necesario evaluar la repercusión de estos cambios positivos, constituyen un primer paso importante para garantizar la autonomía corporal.

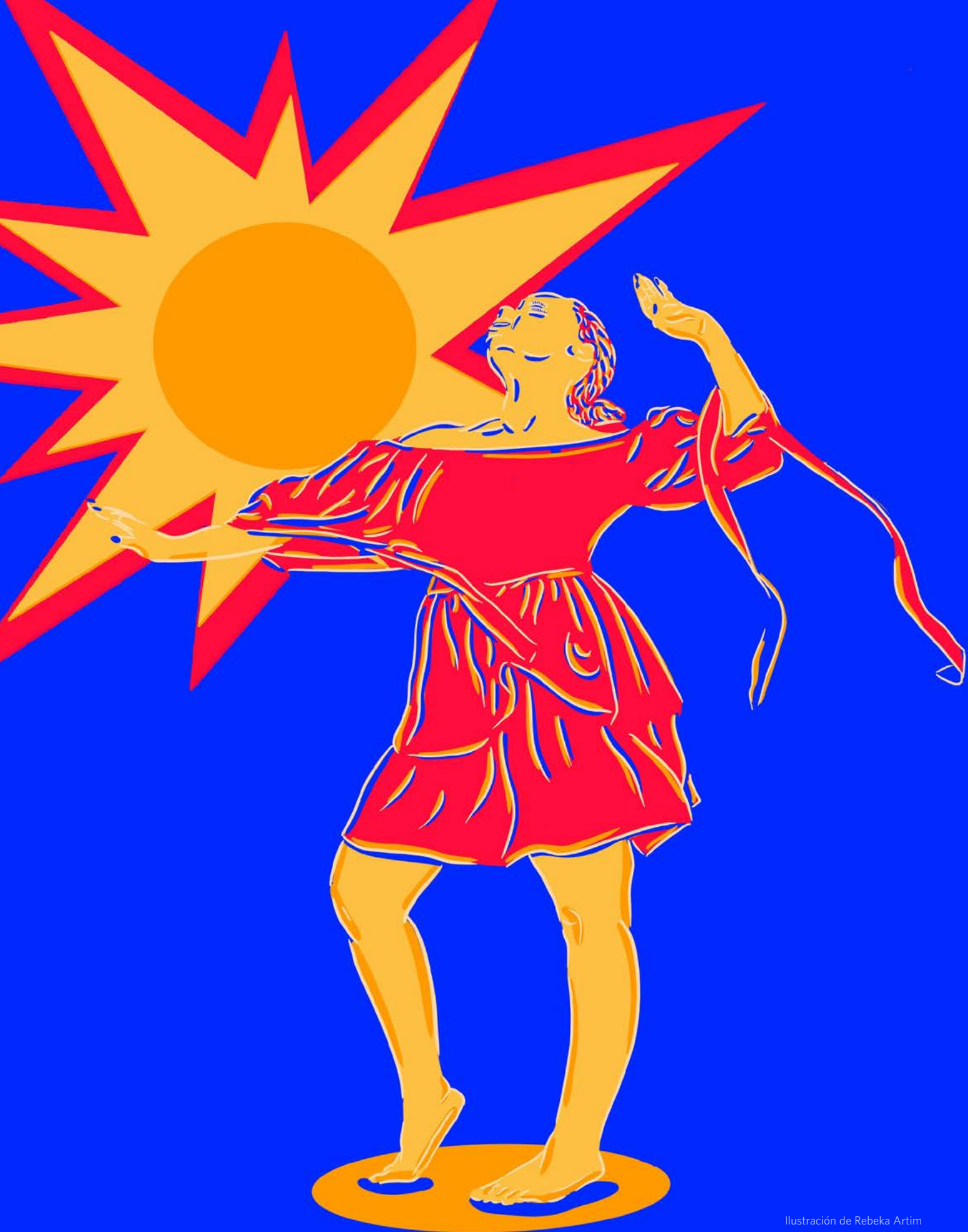
En Túnez, por ejemplo, la violencia sexual durante las relaciones de pareja o violación conyugal antes no se consideraba un delito. Sin embargo, en 2017 el Parlamento aprobó una amplia ley sobre violencia por razón de género

que incluye explícitamente la penalización de la violación conyugal. También elimina una paradoja jurídica existente que permitía que los violadores evitaran ser sancionados si se casaban con la mujer (o la niña) que habían violado (McCormick-Cavanagh, 2017).

En Malta, la ley sobre identidad de género, expresión del género y características sexuales aprobada en 2015 reconoció el derecho a la “integridad corporal y la autonomía física” como parte del derecho a la identidad de género. La ley prohíbe “todo tratamiento de asignación sexual o intervención quirúrgica relacionada con las características sexuales de un menor; estos tratamientos o intervenciones se postergarán hasta que la persona que los recibirá pueda proporcionar su consentimiento informado” (Cabral, 2015).

En Irlanda se aprobó en 2015 una ley que permite que las personas transgénero mayores de 18 años declaren su género sin necesidad de certificado médico u otras intervenciones de las autoridades (Transgender Europe, 2015). Irlanda fue el cuarto país del mundo, tras Dinamarca, Malta y Argentina, en introducir una ley de este tipo (Heidari, 2015).

Y en 2019 Botswana se convirtió en el último país africano que despenalizó los comportamientos o actos sexuales entre adultos consintientes, invocando los derechos a la privacidad, la dignidad y la no discriminación (Esterhuizen, 2019).



EL PODER DE DECIR “SÍ” Y EL DERECHO A DECIR “NO”

El logro de la autonomía corporal depende de la igualdad de género y de la ampliación de las opciones y las oportunidades para las mujeres, las niñas y los grupos excluidos

Las mujeres y los movimientos en favor de las mujeres siempre han sabido que la capacidad de decisión es sinónimo de poder, y ninguna decisión es tan importante como las relacionadas con el propio cuerpo.

Exigir el derecho a decidir parece un concepto moderno, pero ya en 400 a. C. la ginecóloga griega Agnódice se negó a cumplir una ley que prohibía a las mujeres ejercer la medicina y las privaba del poder de decisión. Dado que a pesar de ello atendía a pacientes, fue llevada a juicio, lo ganó y la ley se

revocó. Los siglos transcurridos desde entonces han estado marcados por las voces de las mujeres que reivindicaban su autonomía y su derecho a decidir, hasta la llegada de los movimientos feministas de los últimos decenios que han adoptado la consigna “nuestro cuerpo, nuestra decisión”.

La autonomía corporal abarca numerosas cuestiones, pero todas se resumen en el poder de decisión. El concepto de autonomía corporal adoptado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible hace hincapié en tres aspectos fundamentales: la capacidad de decidir en materia de atención

de la salud, anticoncepción y sexualidad. Sin embargo, en estas decisiones influyen muchas otras cuestiones. No será posible avanzar si no se elimina el obstáculo subyacente que impide adoptar decisiones: la discriminación por razón de género, entrelazada en el tejido social, económico y político, y sostenida por los privilegios y el poder que aún detentan los hombres de forma mayoritaria.

El poder de decisión es esencial porque constituye el fundamento de muchos otros derechos y reporta múltiples beneficios. Una mujer que puede tomar sus propias decisiones en materia de sexualidad, anticoncepción y salud reproductiva también tiene más posibilidades de gozar de mejor salud, poseer bienes, contar con un empleo remunerado, disponer de más tiempo de ocio y evitar la violencia por razón de género. Si decide tener hijos, es más probable que estos disfruten de buena salud (UNFPA, 2020e).

No cabe duda de que hoy en día las mujeres y las niñas sufren menos discriminación por razón

de género. Los logros obtenidos en materia de igualdad y las opciones de las que disponen las mujeres y las niñas son evidentes. Aun así, está muy lejos de haberse logrado el objetivo de garantizar la igualdad y el poder de decisión. Las mujeres y las niñas se enfrentan a violaciones continuas y flagrantes de sus derechos, tanto más si también se las discrimina por motivos de raza, edad, orientación sexual, nivel de ingresos o discapacidad.

La libertad de tomar decisiones importantes depende tanto del empoderamiento de las personas —y, por tanto, de la información con la que cuenten y de su capacidad de decisión— como de un entorno —desde el ámbito familiar hasta el jurídico— que defienda y respete plenamente las decisiones individuales. Estas dos nociones inseparables constituyen el núcleo del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Ambas se reflejan también en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y en la Declaración de Nairobi sobre la CIPD25 de 2019, en la que se insta a proteger y garantizar el derecho de “todas las personas a la integridad y la autonomía corporales y los derechos reproductivos, además de proporcionar acceso a servicios esenciales en apoyo a estos derechos”.

Dichos compromisos constituyen ahora los criterios de referencia de la nueva campaña mundial “Generación Igualdad”, puesta en marcha con ocasión del vigesimoquinto aniversario de la Plataforma de Beijing y cuyo objetivo es lograr la igualdad de género para 2030. La campaña, que reúne a personas de toda edad y condición animadas de un deseo de cambio ferviente y entusiasta, ofrece la posibilidad de lograr por fin, de forma irrevocable, que todas las personas puedan gozar de autonomía y del derecho a decidir. ¿Qué se requiere para ello?

EL PODER DE DECISIÓN ES ESENCIAL PORQUE CONSTITUYE EL FUNDAMENTO DE MUCHOS OTROS DERECHOS Y REPORTA MÚLTIPLES BENEFICIOS

La autonomía depende de la igualdad de género

La consecución de la autonomía corporal de las mujeres y las niñas depende, sobre todo, del logro de la igualdad de género. Si bien se trata de un objetivo muy ambicioso, la igualdad de género es, asimismo, una prioridad internacional, ya que constituye el quinto Objetivo de Desarrollo Sostenible, así como el propósito fijado en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Todos los países pueden esforzarse más para alcanzarla, ya que sigue sin ser una realidad.

Los gobiernos pueden desempeñar un papel fundamental para lograr ese objetivo. Mediante el cumplimiento de sus obligaciones en virtud de los tratados en materia de derechos humanos, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño, pueden alterar las estructuras sociales, políticas, institucionales y económicas que refuerzan las normas de género discriminatorias y se alimentan de ellas.

La eliminación de las desigualdades en el funcionariado, las legislaturas y los puestos directivos constituye un avance fundamental, ya que los puntos de vista de las mujeres fundamentan y guían las políticas y los reglamentos que afectan a los derechos y las decisiones de las mujeres. Algunos países han dado grandes pasos en lo relativo a la incorporación de las mujeres a los puestos electivos mediante el uso de cuotas y otras medidas especiales. Pero estas transformaciones pueden tener efectos aún mayores si se acompañan de sistemas, instituciones o “mecanismos” —como se los denomina en la Plataforma de Acción de Beijing— más sólidos y adecuadamente financiados para promover la igualdad de género.

En la actualidad, numerosos mecanismos en favor de la igualdad de género disponen de una financiación insuficiente o están financiados por países donantes cuyas prioridades posiblemente no coincidan con las de los países en desarrollo. Asimismo, aunque unas tres cuartas partes de los países afirman que la igualdad de género ocupa un lugar central en la estrategia nacional de consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a la hora de formularla solo la mitad de ellos hacen partícipes a las instituciones nacionales que trabajan en favor de la igualdad de género (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2019).

Un creciente número de gobiernos, comenzando por Suecia en 2014, han aprobado una “política exterior feminista”. De acuerdo con el Centro por una Política Exterior Feminista, se trata de “un marco normativo multidimensional dirigido a mejorar las experiencias y la capacidad de decisión de las mujeres y los grupos marginados”. Si bien la iniciativa es alentadora, una política exterior feminista solo tendrá repercusión si va más allá de una retórica feminista en apariencia ajena a la realidad.

La ayuda oficial internacional humanitaria y para el desarrollo podría constituir un buen punto de partida. En 2018, solo alrededor del 4% del total de la ayuda proporcionada por los 30 mayores donantes se destinó a programas cuyo principal objetivo era la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

Uno de los principales problemas que se plantearán en el futuro probablemente será el nivel sin precedentes de deuda pública. Numerosos países se encuentran en los umbrales de un nuevo período de austeridad fiscal que afectará, según estimaciones previas a la pandemia, a casi tres cuartas partes de las mujeres y las niñas del mundo. Las medidas de austeridad pocas veces están en consonancia con

En el UNFPA, la autonomía corporal constituye el núcleo de toda nuestra labor

Durante más de 50 años, el UNFPA ha sido un adalid mundial del derecho a la autonomía corporal. En su calidad de organismo de las Naciones Unidas responsable de la salud sexual y reproductiva, su misión es lograr un mundo donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo. Nuestros programas se llevan a cabo en más de 150 países y territorios que en conjunto suman más del 80% de la población mundial y, de una u otra manera, promueven la concreción de los derechos y las decisiones que definen la autonomía.

El UNFPA proporciona a mujeres, niñas y jóvenes de todo el mundo servicios de salud accesibles y de calidad, una variedad de anticonceptivos modernos, información precisa y empoderante, y protección contra prácticas nocivas como el matrimonio precoz y todas las formas de violencia por razón de género.

La organización es el mayor proveedor mundial de anticonceptivos donados a países en desarrollo. En 2019, estos permitieron a las mujeres tomar decisiones que evitaron unos 14 millones de embarazos no planeados y 3,9 millones de abortos en condiciones de riesgo.

El apoyo prestado por la entidad en todo el mundo a iniciativas en materia de salud materna es especialmente importante en los 32 países de cinco regiones que registran las mayores tasas de mortalidad y morbilidad maternas. En 2019, 29.000 parteras recibieron educación y formación, mientras que 2.700 tutores especializados en la profesión mejoraron sus competencias, lo cual ha permitido ofrecer a las mujeres más opciones asequibles y de calidad en materia de atención de la salud.

Dado que el embarazo precoz suele ser consecuencia de un acceso limitado o inexistente a la escolarización, la información o la atención de la salud, el UNFPA ayuda a proteger y hacer realidad los derechos y las decisiones de las adolescentes a través de la educación sexual integral y de actividades de sensibilización en favor de que las niñas completen su educación.

Su colaboración con UNICEF sostiene el mayor programa mundial dirigido a acelerar el abandono de la mutilación genital femenina en los 17 países en los que la práctica es más prevalente. Entre otros logros, el programa ha aplicado estrategias pioneras para cambiar las normas sociales con objeto de poner fin a una práctica que socava la integridad corporal en las primeras etapas de la vida.

La colaboración con UNICEF sostiene también programas dirigidos a eliminar el matrimonio infantil para 2030. Cada año, se somete a esta práctica a nada menos que 12 millones de niñas, lo cual puede mermar su poder de decisión no solo en lo relativo a la atención de la salud, la anticoncepción y la sexualidad, sino también a la escolarización, los medios de vida y la participación en los asuntos de la comunidad.

Como una de las entidades principales de las Naciones Unidas en materia de promoción de la igualdad de género y empoderamiento de las mujeres, el UNFPA presta una combinación de servicios esenciales para proteger a las personas supervivientes de la violencia por razón de género, en particular en crisis humanitarias.

El ejercicio efectivo de la autonomía corporal ilustra, en cierta manera, el papel desempeñado por el UNFPA en el mundo: es su razón de ser. Nuestra misión no finalizará hasta que todas las mujeres y las niñas, sin excepción, disfruten de ella.

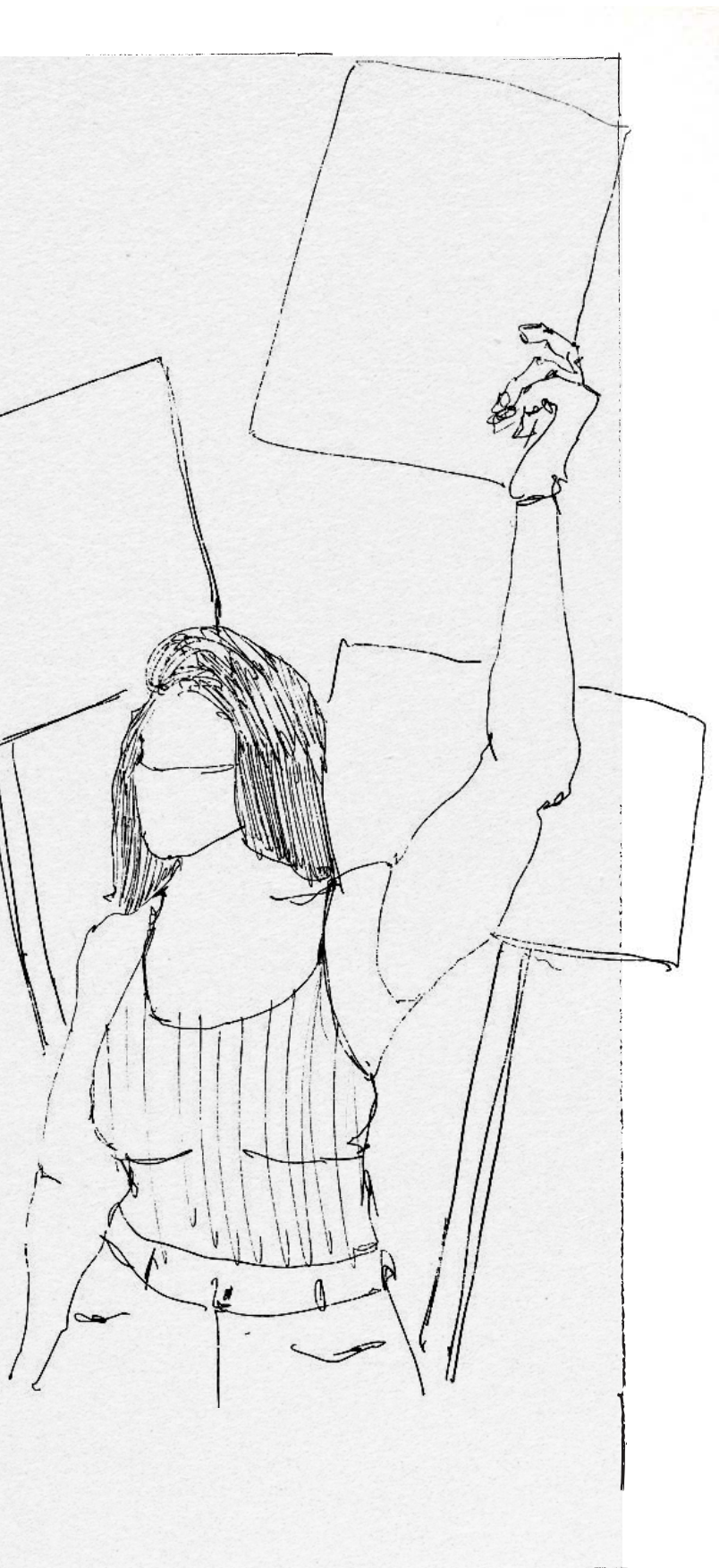


Ilustración de Kaisei Nanke

la igualdad de género. Tienden a reducir los servicios públicos, los salarios y la calidad general del empleo, y golpean con particular fuerza a las mujeres pobres. A pesar de las dificultades que se avecinan, los gobiernos pueden conformar las políticas monetarias y fiscales de modo que protejan los servicios esenciales para la igualdad y la autonomía y promuevan la creación de empleos decentes (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2019). No obstante, ello requeriría una cierta flexibilidad en el servicio de la deuda en el plano internacional, algo por lo que podría abogar una política exterior feminista.

Para lograr la autonomía es necesario reconocer sus vínculos

El presente informe se centra en las decisiones y la autonomía corporal relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, de conformidad con algunas de las metas en materia de igualdad de género definidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Este enfoque constituye un importante punto de partida, ya que el poder de decidir en estas esferas puede determinar las decisiones que se adopten en muchos otros ámbitos de la vida. Sin embargo, la capacidad de decisión y la autonomía corporal de las mujeres se ven amenazadas en numerosos frentes por factores estrechamente interconectados que se refuerzan mutuamente. La industria y sectores enteros de la economía, por ejemplo, prosperan gracias a que las mujeres ocupan empleos tediosos y mal pagados en condiciones laborales marginales que pueden deteriorar su salud y acortar su vida. En numerosas sociedades las mujeres sufren la indignidad —cuando no peor— del acoso sexual, el cual puede influir en su decisión a la hora de frecuentar espacios públicos e incluso de salir de casa.

La nueva coalición de acción de las Naciones Unidas en favor de la autonomía corporal y de la salud

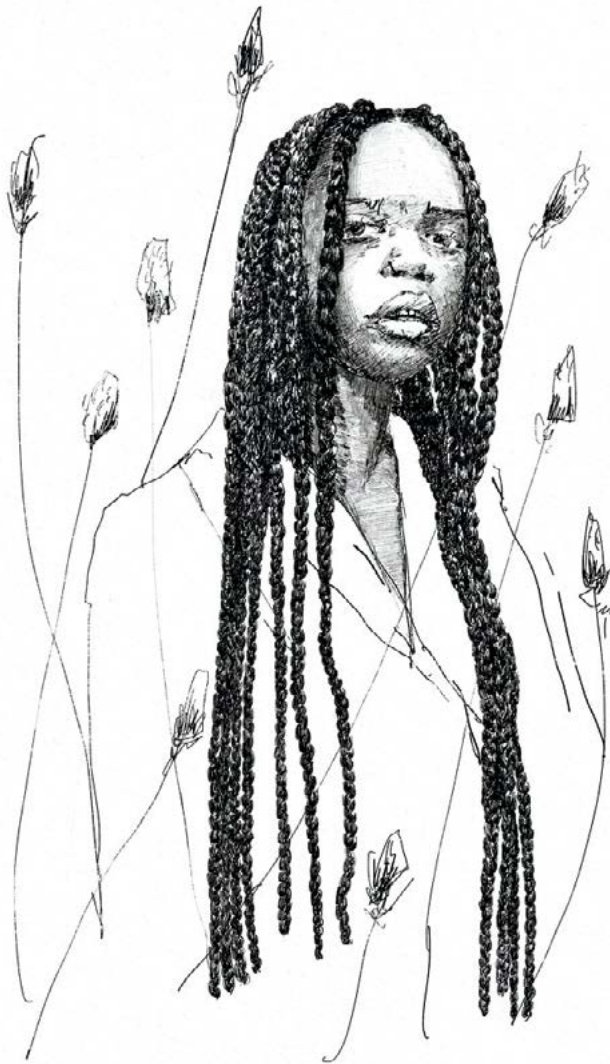


Ilustración de Kaisei Nanke

y los derechos sexuales y reproductivos insta a tener en cuenta los diversos elementos de la autonomía y las numerosas maneras en que se intersecan. Como parte integrante de los preparativos para el Foro Generación Igualdad, que marcará el vigesimoquinto aniversario de la Declaración de Beijing, la coalición tiene por objeto proponer medidas ambiciosas para impulsar los derechos de las mujeres en el curso de los próximos cinco años. El UNFPA es el organismo de las Naciones Unidas designado como uno de los líderes de la coalición.

En general, las mujeres y las adolescentes necesitan más opciones que apoyen sus elecciones en términos inmediatos y prácticos, por ejemplo, a través de la igualdad de oportunidades para acceder a educación

de alta calidad y trabajos decentes. No obstante, incluso las medidas bienintencionadas pueden ser insuficientes si no establecen vínculos y contribuyen activamente a transformar los sistemas que perpetúan la discriminación de género. Los programas para fomentar el espíritu empresarial de las mujeres, por ejemplo, aunque son populares en muchos sectores y tienen el potencial de mejorar el bienestar económico de las mujeres y su capacidad de decisión, no lograrán su pleno potencial si no se eliminan múltiples sesgos en el trabajo, los sistemas de protección social, la atención de la salud, los planes de pensiones, el acceso a los activos y los servicios financieros, el acceso a los mercados y la protección laboral (CESPAP de la ONU y ONU-Mujeres, 2020).

La autonomía requiere cambiar las normas y ofrecer oportunidades

Hoy en día existe una mayor comprensión sobre las maneras de modificar las normas sociales que mantienen intactas la discriminación de género y otras formas de discriminación. Entre ellas se encuentran las campañas de promoción y comunicación, y la labor de sensibilizar a las comunidades sobre cómo todo el mundo —mujeres, hombres, niños y niñas— puede beneficiarse de las sociedades equitativas en materia de género.

El programa MenCare, respaldado por el UNFPA en Georgia, puede constituir un modelo que otros países podrían adaptar a sus circunstancias locales. Este promueve la participación de los hombres como padres y cuidadores equitativos para lograr mejorar la salud y el bienestar familiar, y anima a los hombres a apoyar la igualdad de género. Además, contribuye a mejorar la comunicación, el consentimiento y la toma de decisiones de las parejas, lo que a su vez puede promover una mayor autonomía corporal de las mujeres y las niñas.

Estas medidas deben combinarse con otras más amplias y sistémicas que fomenten e incluso incentiven otras formas de pensar. Reequilibrar la injusta carga del trabajo de cuidados no remunerado que recae sobre las mujeres y las niñas, por ejemplo, requiere no solo que los hombres asuman responsabilidades y hagan lo que les corresponde, sino también que las familias gocen de un acceso asequible a servicios esenciales que alivien la carga de este tipo de tareas, que abarquen desde servicios de calidad de cuidado de niños y ancianos hasta el suministro fiable de agua y electricidad.

La autonomía depende de leyes que faculden, no que limiten

Puede que las leyes no sean una panacea para corregir los déficits de libertad de elección y autonomía, pero establecen normas y garantizan la rendición de cuentas al proporcionar recursos cuando se incumplen dichas normas. Pueden tener una mayor repercusión si se adaptan a los principios de los derechos humanos acordados a nivel mundial y a los compromisos que los países han contraído en materia de derechos de las mujeres, igualdad de género, y salud sexual y reproductiva.

En la mayoría de los países, los compromisos constitucionales explícitos con los derechos de las mujeres y la igualdad de género ofrecen la posibilidad de corregir la discriminación en la legislación y la práctica jurídica. No obstante, aunque 191 constituciones incluyen actualmente algunas disposiciones sobre igualdad y no discriminación, solo 24 cuentan con disposiciones autónomas sobre los derechos de las mujeres (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2019).

Las disposiciones constitucionales explícitas para la aplicación de tratados internacionales —como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer— han logrado fomentar los derechos de la mujer, y han proporcionado una fuente de derecho adicional para resolver contradicciones a nivel nacional. Un examen reciente de 62 decisiones judiciales de 30 países puso de manifiesto que las referencias más frecuentes a la Convención aparecían en decisiones relacionadas con el derecho de familia, seguidas de casos de violencia de género. Esto puede demostrar los desafíos a los que se enfrentan los tribunales a la hora de promover la igualdad de las mujeres en relación con las costumbres ampliamente respaldadas y practicadas (ONU-Mujeres e IDEA, 2017).

Revisar las leyes para que apliquen la perspectiva de género y sean conformes a las normas de derechos humanos puede ser un paso para eliminar los vestigios de discriminación y desigualdad. En algunos países, una institución nacional de derechos humanos puede asesorar de manera amplia sobre una reforma jurídica mediante un análisis de la discriminación en todas sus formas y en los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (UNFPA, 2020c). Un proceso como este podría fomentar la ratificación de leyes —en caso de que aún no existan— que garanticen el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva sin ningún tipo de discriminación. Podría ayudar a eliminar contradicciones como los requisitos de consentimiento de terceros y las limitaciones relacionadas con el estado civil. Debe resolverse el desajuste entre la edad de consentimiento para practicar sexo y para acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva; el objetivo es que tan pronto como las adolescentes puedan mantener relaciones sexuales legalmente, puedan acceder a la información y los servicios.

La libertad de elección debe respetarse en la práctica jurídica

Dado que las normas sociales discriminatorias se infiltran en los sistemas de justicia con la misma eficacia que lo hacen en otras instituciones de una sociedad, estas pueden provocar resultados discriminatorios, incluso aunque la letra de la legislación se ajuste correctamente a los derechos humanos y la igualdad de género. De hecho, el contexto social puede ser tan determinante para la justicia como la propia legislación.

Por ejemplo, en Nepal la sociedad es muy patriarcal y se observan en ella graves disparidades de género. A fin de contrarrestar estas tendencias y garantizar que se apliquen de forma efectiva las importantes reformas jurídicas llevadas a cabo recientemente para respaldar la igualdad de género, se han establecido de forma proactiva sólidos mecanismos de cumplimiento y rendición de cuentas. Entre estos, se encuentra una Comisión Nacional de la Mujer, la cual —según estipula la Constitución— debe investigar periódicamente cuestiones relacionadas con las mujeres y la legislación. Las medidas para incrementar el número de mujeres en el cuerpo de policía han incluido la creación de unidades de mujeres policías en los 77 distritos del país. Tras establecer dichas unidades, las denuncias de casos de violencia doméstica se han multiplicado por más de ocho (Akhmetova *et al.*, 2020).

Existen algunos indicios de que está aumentando el reconocimiento judicial de que las normas y las prácticas patriarcales, independientemente de su origen, no pueden perpetuarse en conflicto con las actitudes sociales y los valores constitucionales cambiantes. En numerosos casos de violencia de género los tribunales han definido la discriminación basada en motivos religiosos o culturales como

inconstitucional, como sucedió con la mutilación genital femenina en Uganda. En el Pakistán, el Tribunal Superior de Lahore no solo rechazó un argumento basado en la religión, sino que se basó en principios islámicos para mantener la sentencia dictada por el asesinato de la hija, el yerno y el nieto del autor (ONU-Mujeres e IDEA, 2017).

Avanzar en esta dirección requiere que los miembros del poder judicial y de la policía no solo tengan pleno conocimiento de las leyes concebidas para proteger los derechos y la autonomía de las mujeres, sino también que sean capaces de reconsiderar sus propias suposiciones y prejuicios, y la forma en que estos pueden influir a la hora de juzgar o denunciar casos. Con este conocimiento, se puede alentar a los funcionarios judiciales a aplicar técnicas interpretativas innovadoras, como análisis en los que se considera el contexto social, así como evaluaciones rutinarias con perspectiva de género para determinar si los grupos de mujeres o niñas se verían afectados negativamente por una sentencia.

Las mujeres y las niñas también deben ser conscientes de los derechos que les garantiza la ley y de los recursos de que disponen si estos se violan. Dado que muchas cuestiones relativas a la autonomía corporal se originan en ámbitos sumamente personales —tras barreras reforzadas por las nociones de espacios públicos y privados, así como por la discriminación de género—, puede ser importante apoyar a las organizaciones de derechos de las mujeres para que estén a la vanguardia en la divulgación. Puesto que a menudo tienen mejor acceso a las mujeres de las familias y las comunidades, pueden ayudar a tender un puente entre las mujeres y sus derechos jurídicos. Asimismo, pueden detectar patrones de discriminación entre grupos marginados que podrían rectificarse mediante una legislación de interés público.



Ilustración de Hülya Özdemir

La libertad de elección en la atención de la salud se centra en la paciente

Las mujeres y las niñas no pueden ejercer su autonomía corporal sin acceso a la atención de la salud, en la que se incluyen los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva. Hace 26 años, la Declaración de Beijing, la declaración política que acompañaba a la Plataforma de Acción, reconocía que “el derecho de todas las mujeres a controlar

todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación”. Más recientemente, los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecieron el primer objetivo mundial para lograr la cobertura sanitaria universal, definida como el acceso de todas las personas a los servicios de salud esenciales que necesitan, sin verse expuestas a riesgos financieros (Hogan *et al.*, 2017).

A fin de alcanzar la cobertura sanitaria universal, se ha de priorizar la atención en la planificación del desarrollo nacional, impulsar sistemas de salud eficaces, proporcionar asignaciones presupuestarias

adecuadas y generar y utilizar datos sólidos para adaptar los servicios y la protección social a los distintos grupos de población, así como a las necesidades durante todo el ciclo vital.

No obstante, teniendo en cuenta las maneras en que opera la discriminación de género —también en los sistemas de salud—, la cobertura sanitaria universal que respalda la autonomía corporal debe abandonar la noción de que basta con proporcionar servicios basados únicamente en definiciones estrictas de las necesidades médicas, sin prestar atención a la dinámica de género que influye en dichas necesidades, así como en la búsqueda de atención sanitaria. Como se señaló en la Plataforma de Acción de Beijing: “La salud de la mujer también se ve sujeta a discriminaciones por motivos de género en el sistema de salud y por los servicios médicos insuficientes e inadecuados que se prestan a las mujeres”. Las personas con discapacidad y aquellas que tienen diversas orientaciones sexuales e identidades de género, entre otras, se enfrentan a problemas similares.

Aunque se ha prestado mucha atención a determinar si los servicios de salud son técnicamente sólidos y asequibles, a menudo no se hace tanto hincapié en la aceptabilidad, la seguridad y el empoderamiento desde la perspectiva de las mujeres y las niñas como usuarias. La tolerancia o la aceptación de normas discriminatorias puede llevar rápidamente a los proveedores de servicios de salud a dejar de lado las nociones de consentimiento informado y autonomía de la paciente, que les obligan a apoyar y educar a las pacientes para que tomen decisiones, sin elegir por ellas (Bernstein, 2018). Como consecuencia de ello, pueden producirse, entre otras, la denegación de servicios, como la provisión de anticonceptivos, abortos seguros o atención posaborto a niñas y mujeres solteras —incluso cuando esto no supone incumplir leyes oficiales—, así como la violencia obstétrica, que se define como el hecho de sufrir,

durante el embarazo o el parto, malos tratos o ser obligada a someterse a procedimientos contra la voluntad propia, por parte del personal médico.

Existe una serie de opciones que pueden ayudar a corregir los prejuicios en la atención de la salud. Las directrices médicas pueden estipular cómo deben prestarse los servicios conforme a la legislación, y la capacitación puede contribuir a que los trabajadores sanitarios conozcan los estatutos jurídicos para poder trabajar en consonancia con ellos. La capacitación específica para sensibilizar a los proveedores de servicios de salud sobre la perspectiva de género podría incluir el desarrollo de habilidades para entender, detectar y superar las barreras a la libertad de elección a las que se enfrentan algunas pacientes. La supervisión sistemática del cumplimiento de los principios de no discriminación y de la calidad de la atención podría incluir el seguimiento de pacientes, por ejemplo, mediante encuestas sencillas a través de mensajes de texto.

Los servicios que respaldan la libertad de elección y la autonomía ofrecen múltiples opciones de anticoncepción, garantizan que las mujeres puedan ser atendidas por médicas —si así lo prefieren— y proporcionan canales para comunicarse en varios idiomas con los proveedores de servicios de salud. Publicar una declaración de derechos de la paciente que haga hincapié en la dignidad, los derechos y la libertad de elección en los hospitales y los centros de servicios de salud, y que contenga disposiciones sobre la comunicación de esta información a mujeres analfabetas o discapacitadas, marca la pauta de que los servicios se basan en lo que sus pacientes desean y deciden. La pertinencia de los servicios también es fundamental y subraya la importancia de otorgar prioridad a las intervenciones de atención de la salud que respondan a la demanda de las pacientes, empezando por centrarse de forma especial en los grupos con mayor necesidad insatisfecha de atención de la salud sexual y reproductiva o con escaso uso

de los servicios. También es necesario un entorno que permita a los trabajadores de la salud sexual y reproductiva —la mayoría de los cuales son mujeres— ejercer su trabajo con profesionalidad y compasión.

Fomentar el uso de los servicios y la libertad de elección también depende de elementos básicos de la atención sanitaria de calidad, como la proximidad, las facilidades en los horarios de apertura y la asequibilidad. Los servicios deben garantizar la privacidad y emplear a trabajadores sanitarios con actitudes positivas y plenamente respetuosas hacia sus pacientes. Se ha demostrado que aumenta la aceptación de los anticonceptivos cuando los trabajadores sanitarios de la comunidad prestan servicios de planificación familiar mediante los cuales comparten información correcta y ayudan a educar a los hombres (UNFPA, 2019). La promoción a nivel comunitario de los beneficios sanitarios de la información y los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes solteros puede disminuir el estigma y fomentar su uso.

El programa “SASA!” de Uganda, respaldado por el UNFPA, utiliza múltiples foros para catalizar cambios dirigidos por la comunidad en las normas y las conductas que perpetúan la desigualdad de género, la violencia y el aumento de la vulnerabilidad al VIH entre las mujeres. Los trabajadores sanitarios, las autoridades locales y los activistas empiezan por un análisis crítico del poder y las desigualdades, y luego introducen conceptos aprendidos gracias a conversaciones, debates de puerta a puerta, proyecciones de películas, grupos de teatro y otros eventos en la comunidad. El programa ha reducido considerablemente la aceptación social de la violencia de pareja, y ha incrementado el consenso de que una mujer puede rechazar el sexo. Las tasas de violencia física de pareja entre las mujeres de las comunidades en las que se ha llevado a cabo el programa han

disminuido hasta un 52% (Starmann *et al.*, 2017; Kyegombe *et al.*, 2014).

Los parteros ofrecen oportunidades únicas como cuidadores primarios de mujeres embarazadas en todo el mundo. También prestan otros servicios esenciales que fomentan la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que abarcan desde el asesoramiento sobre planificación familiar hasta el examen del estado de la nutrición y la detección del cáncer cervicouterino. En sus prácticas, los parteros, en su mayoría mujeres, pueden moldear y cambiar las normas en torno al significado de la libertad de elección y la autonomía corporal, especialmente si las mismas parteras están capacitadas y empoderadas. Dado que pueden tener una idea más clara de los problemas a los que se enfrentan otras mujeres en relación con la autonomía corporal, en los sistemas de atención de la salud se deberían fomentar canales a través de los cuales se puedan intercambiar conocimientos que respalden una prestación de servicios con perspectiva de género. Los servicios de obstetricia también requieren una inversión continua y ampliada para desarrollar, desplegar y retener a los profesionales cualificados.

Es necesario que todos los sistemas de atención de la salud respondan a las formas en que la discriminación de género se entrelaza con otros tipos de exclusión para mermar la autonomía y la libertad de elección. No reconocer esta interseccionalidad puede dar lugar a servicios que resulten inadecuados o no estén disponibles, o que incluso se basen en flagrantes violaciones de derechos. Por ejemplo, muchas mujeres indígenas y mujeres con discapacidad, que han sido objeto de prácticas como la esterilización forzada, han percibido este peligro. A fin de rectificar el desempoderamiento y la discriminación, el Grupo de Apoyo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Cuestiones de los Pueblos Indígenas ha hecho hincapié en diversas medidas para garantizar

que los pueblos indígenas gocen plenamente de su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, como, por ejemplo, mediante su participación activa en la elaboración de políticas y programas en materia de salud que resulten apropiados en términos culturales. Dichas medidas han incrementado el acceso de las mujeres, las niñas y los jóvenes indígenas a servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, prevención del VIH, y violencia de género, especialmente en zonas rurales y desatendidas (Grupo de Apoyo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Cuestiones Indígenas, 2014).

La autonomía requiere información

Ejercer la autonomía corporal depende de la capacidad no solo de elegir libremente, sino también de tomar decisiones informadas, que se basen en un análisis cuidadoso de los hechos y las opciones. Las mujeres con un mayor nivel de educación tienen más probabilidades de tomar sus propias decisiones sobre el uso de anticonceptivos y la atención de la salud, así como de poder negarse a mantener relaciones sexuales. Con un nivel de educación inferior al de su marido o pareja, una mujer tiene más probabilidades de sufrir violencia sexual. Asimismo, existe una correlación entre las mujeres y las niñas con más acceso a los medios de comunicación de masas y el uso de anticonceptivos y la búsqueda de atención de la salud (UNFPA, 2019).

De los 75 países que disponen de datos sobre leyes y reglamentos que respaldan la salud sexual y reproductiva, menos de dos tercios cuentan con estatutos o políticas que establezcan la obligación de incluir la educación sexual integral en los planes de estudios escolares nacionales. Dicha educación debe adecuarse a la edad, basarse en un plan de estudios claramente definido, ajustarse a los derechos humanos y a la igualdad de género, y

ser culturalmente pertinente. Lo ideal es que esté disponible tanto dentro como fuera de la escuela (UNESCO *et al.*, 2018).

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura destaca que impartir una educación sexual integral con base empírica desde la primera infancia fomenta una mayor autonomía y seguridad durante los primeros años de la edad adulta, sin que ello incite a una actividad sexual precoz (UNESCO, 2009). Los cursos integrales pueden promover relaciones más respetuosas y decisiones más autónomas en materia de sexualidad en las etapas posteriores de la vida (Marí Yarte *et al.*, 2020).

Dado que gran parte de la información sobre sexo y reproducción puede proceder de los proveedores de servicios de salud, estos deben adaptarse para ofrecerla de forma respetuosa, sin emitir juicio alguno y teniendo en cuenta las diferentes necesidades en función de la edad, la capacidad o la situación socioeconómica. Esto es particularmente necesario en el caso de adolescentes y otros grupos que tradicionalmente se han visto ignorados o marginados a la hora de acceder a la educación sexual. Los proveedores deben estar preparados para contrarrestar los mitos que circulan y socavan la capacidad de tomar decisiones informadas. Un enfoque novedoso que está aplicando el UNFPA en Colombia y Filipinas consiste en buscar conversaciones en Twitter que contengan mitos comunes sobre cuestiones que van desde la anticoncepción hasta las infecciones de transmisión sexual. Esta información puede usarse para elaborar programas de educación sexual y atención de la salud.

Reforzar los mensajes empoderadores en torno a la libertad de elección podría tener un efecto más amplio en la educación al alentar a las niñas a emprender diversos ámbitos de estudio,

independientemente de las normas de género que imponen “lo que deben hacer las niñas”. Tomar una decisión así es una forma de empoderamiento en sí misma, y podría proporcionar más empoderamiento y autonomía conforme las jóvenes obtienen empleos potencialmente más lucrativos y gratificantes. Gran parte de la actual brecha salarial entre hombres y mujeres se debe a la segregación del mercado laboral, que empuja a las mujeres a los trabajos peor remunerados. Por ejemplo, solo el 3% de los estudiantes que participan en cursos de tecnología de la información y las comunicaciones en todo el mundo son mujeres (Naciones Unidas, s. f.).

La autonomía exige proteger a los defensores del empoderamiento y los derechos de las mujeres

Desde hace mucho tiempo, los movimientos de mujeres abogan por el derecho a la libertad de elección y la autonomía corporal, y lo defienden, a menudo con recursos mínimos. Lo mismo ocurre con las organizaciones de personas LGBTI, pueblos indígenas, jóvenes y personas con discapacidad. No obstante, actualmente el margen que tienen para actuar se ve cada vez más presionado, y existen pruebas de que se está produciendo un retroceso en logros que ha costado mucho conseguir. En todo el mundo, ha surgido una oposición más enérgica y organizada a la igualdad de género y al activismo por los derechos de las mujeres, en especial por parte de grupos religiosos y conservadores, grupos populistas y nacionalistas, grupos de derechos de los hombres y movimientos contra la ideología de igualdad de género (Roggeband y Krizsán, 2020).

Las mujeres políticas, periodistas, activistas y defensoras de los derechos humanos son, cada vez más, objeto de acoso, violencia y ciberacoso. Entre 2014 y 2018, el Relator Especial sobre los defensores de los derechos humanos emitió 181 comunicaciones a 60 Estados sobre mujeres que defienden los derechos humanos. Los ataques documentados incluyen campañas de difamación; violencia física o sexual, tortura, asesinatos y desapariciones forzadas; amenazas y ataques a familiares, o perpetrados por estos, debido a sus actividades; y ataques contra sus colectivos y movimientos (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2019).

Deben aplicarse medidas decisivas para contrarrestar y prevenir estas violaciones. Algunos países han aprobado leyes específicas que tipifican como delito la violencia contra las mujeres en la política y la vida pública, con frecuencia bajo la presión ejercida por las mujeres activistas, tal y como ha ocurrido en Costa Rica, el Ecuador,

**LAS MUJERES
POLÍTICAS,
PERIODISTAS,
ACTIVISTAS Y
DEFENSORAS DE LOS
DERECHOS HUMANOS
SON, CADA VEZ
MÁS, OBJETO DE
ACOSO, VIOLENCIA
Y CIBERACOSO**

México y el Perú. En 2017, la Organización de los Estados Americanos publicó su Ley Modelo Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en la Vida Política. Puesto que el miedo a la violencia es uno de los principales elementos de disuasión para que las mujeres asuman más funciones públicas en muchos lugares, adoptar y aplicar medidas como estas podría cambiar las condiciones en que las mujeres pueden participar, liderar y tomar decisiones. Las medidas complementarias podrían incluir campañas de promoción y colaboraciones con los medios de comunicación y las escuelas para eliminar los estereotipos de género. Cabe alentar a los partidos políticos a reconocer el valor y los derechos de

las mujeres en la política, y a ir más allá de las palabras vacías y la igualdad simbólica (O'Neil y Domingo, 2016).

Los grupos y los movimientos de mujeres son sumamente diversos y cuentan con un vasto caudal de conocimientos sobre los problemas a los que se enfrentan las mujeres para ejercer su autonomía y sus derechos. Sin embargo, los proveedores de servicios comunitarios y las asociaciones profesionales de mujeres no siempre están bien conectados entre sí. Más apoyo y recursos continuados para reunirlos sistemáticamente podrían fomentar la organización a fin de afrontar problemas comunes (O'Neil y Domingo, 2016) y dar una respuesta más unificada y contundente a las fuerzas regresivas.

Asimismo, la autonomía corporal representa una preocupación que comparten diversos grupos de activistas, como los relacionados con la discapacidad, los derechos LGBTI y los derechos de las comunidades indígenas. Vincular las diferentes cuestiones y las intersecciones entre ellas podría conformar una agenda y un activismo colectivos e influyentes para hacer efectivos los derechos humanos fundamentales en todas las prioridades económicas, los sistemas de justicia, los servicios sanitarios y sociales, y las redes de protección social.

La autonomía requiere cambios en la actitud de los hombres

Las mujeres pueden reivindicar sus derechos y los Estados pueden defenderlos. No obstante, el progreso depende fundamentalmente de la disposición, tanto individual como colectiva, de los hombres a abandonar los papeles dominantes que privilegian su poder y su libertad de elección en detrimento del poder y la libertad de elección de las mujeres. Actualmente, se está produciendo este cambio de actitud



hacia la igualdad de género, en particular entre los hombres más jóvenes, pero todavía queda un largo camino por delante.

Esta transición puede verse impulsada por una mayor conciencia entre los hombres de las desventajas de la dominación masculina, entre las que se encuentran los riesgos para su propia salud y la de sus mujeres o parejas, y los conflictos interpersonales. En un estudio regional llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud en Europa se determinó que la igualdad de género beneficia a la salud de los hombres, dado que, entre otros, contribuye a que las tasas de mortalidad disminuyan, las probabilidades de sufrir depresión disminuyan a la mitad y el riesgo de morir violentamente se reduzca un 40% (Oficina Regional de la OMS para Europa, 2018). Los adolescentes varones, en especial, deben estar expuestos a nociones positivas de masculinidad, sobre todo en una etapa de la vida en que las normas de género perjudiciales empiezan a consolidarse y pueden causar daños a largo plazo, tanto a ellos mismos como a otras jóvenes (UNFPA y Promundo, 2016).

El movimiento #MeToo y los datos de las encuestas muestran que uno de los ámbitos en los que las mujeres están más rezagadas en lo que respecta a la libertad de elección y autonomía es el poder de negarse a mantener relaciones sexuales. Lo ideal es inculcar a los niños nociones de relaciones respetuosas y no violentas desde una edad temprana en el hogar, pero —independientemente de que esto suceda o no— estas nociones deberían formar parte de la educación sexual integral en las escuelas. Asimismo, estos conceptos pueden ocupar un lugar más destacado en los medios de comunicación y el entretenimiento (del mismo modo que se enseña la religión), e incluso en los lugares de trabajo, en forma de políticas sobre acoso sexual definidas y establecidas. También es fundamental poner fin

**LA IGUALDAD DE GÉNERO
BENEFICIA A LA SALUD DE
LOS HOMBRES, DADO QUE,
ENTRE OTROS, CONTRIBUYE
A QUE LAS TASAS DE
MORTALIDAD DISMINUYAN,
LAS PROBABILIDADES
DE SUFRIR DEPRESIÓN
DESCIENDAN A LA MITAD
Y EL RIESGO DE MORIR
VIOLENTAMENTE SE
REDUZCA UN 40%**

a la impunidad de la violencia sexual en todas sus formas, desde las violaciones aisladas hasta los delitos en masa que se producen cuando la violación se utiliza como arma de guerra. En el año 2000, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas aprobó la Resolución 1325, en la que se insta a todas las partes en un conflicto armado a que adopten medidas especiales para proteger a las mujeres y las niñas de la violencia por razón de género, particularmente la violación y otras formas de abusos sexuales, y todas las demás formas de violencia en situaciones de conflicto armado. Desde entonces, el Consejo de Seguridad ha aprobado otras siete resoluciones que condenan esta forma de violencia.

Mejorar las oportunidades de las mujeres de ganarse la vida y desempeñar funciones de liderazgo en su comunidad y fuera de ella puede incrementar su poder para tomar decisiones en los hogares y sobre su cuerpo. No obstante, es posible que este apoyo

La **trampa** de la masculinidad

La exuberante belleza del altiplano central de Guatemala esconde una oscura realidad para las mujeres y las niñas, explica Alexander Armando Morales Tecún, educador de jóvenes indígenas y defensor de la igualdad de género en el departamento rural de Quiché. “En muchos sitios, se culpa a las mujeres si son agredidas, y se las acusa de haber tentado o seducido a sus agresores o violadores, por su forma de vestir, por ejemplo, o por su forma de actuar”.

Según el índice de las mujeres, la paz y la seguridad de 2019 de la Universidad de Georgetown, estas actitudes no solo tienen lugar en Guatemala, que se encuentra en el tercio inferior

de los países y territorios en lo que respecta a medidas de seguridad y bienestar de las mujeres. De hecho, en todo el mundo se culpa de forma sistemática a las víctimas de incitar a la violencia de género por estar en el lugar equivocado, llevar ropa inadecuada, comportarse de forma incorrecta o simplemente por desarrollarse físicamente a una edad temprana. Además, estos factores suelen considerarse elementos atenuantes o de descargo para los agresores.

En 1998, por ejemplo, el Tribunal Supremo de Italia anuló la condena por violación de un hombre porque la acusadora llevaba unos vaqueros ajustados en el momento de la agresión.

En 2010, cuando una niña de 11 años sufrió una violación colectiva por parte de más de una docena de jóvenes y hombres en los Estados Unidos, los medios de comunicación nacionales informaron de que era conocida por vestirse de forma inapropiada para su edad. En el Afganistán, las supervivientes de violaciones pueden ser encarceladas por “delitos contra la moral”.

El hecho de culpar y señalar a las víctimas en lugar de a los agresores se remonta a las normas que alientan a los hombres a tomar el control, no solo de los cuerpos de las mujeres, sino también de sus familias. Tecún recuerda haber preguntado a un grupo de hombres jóvenes por qué querían casarse. Uno de ellos respondió: “Quiero dirigir mi familia. Quiero que alguien cocine para mí, que alguien me lave la ropa, que alguien me dé hijos y que alguien se ocupe de mi casa”.

Jay Silverman, profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de California,

“Las mujeres son agredidas y se las acusa de haber tentado o seducido a sus agresores o violadores”.



Alexander Armando Morales Tecún educa a los jóvenes sobre la igualdad de género. Ilustración original de Naomi Vona; fotografía © UNFPA/J. Serrano

en San Diego, estudia la coacción reproductiva y afirma que estas actitudes son universales. “El derecho que se adjudican los hombres para controlar a sus parejas femeninas suele extenderse también a los hijos. La percepción de este derecho se ve favorecida por todo

tipo de estructuras y normas diferentes en comunidades y naciones de todo el mundo”.

No obstante, el resultado no es una simple dinámica de hombres contra mujeres, advierte Tecún. Estas normas de género —que él denomina “modelo

hegemónico de masculinidad”— pueden hacer que los hombres también se sientan atrapados. “Si no estás casado, no eres un hombre. Si no tienes una relación, no eres un hombre”.

Añade que, a su vez, las mujeres también desempeñan

un papel en la perpetuación de estas creencias. “Muchas mujeres también reafirman que es aceptable golpear a una mujer por no cumplir sus deberes, como no haber lavado la ropa de su marido o haber quemado la comida. Se dice que es adecuado ser golpeada por no cumplir la obligación de satisfacer a su marido”.

Estas ideas se inculcan a una edad temprana y se refuerzan “con la música, los juegos, la representación y la publicidad”,

señala Tecún. “En la localidad de donde provengo, cuando nace un niño, se prepara un buen caldo de pollo criollo. Cuando nace una niña, hay un silencio total, como si se tratara de un velatorio”.

Según Romeo Alejandro Méndez Zúñiga, otro activista y educador de jóvenes indígenas de Quiché, cualquier elemento que socave estas normas —incluido el propio concepto de autonomía corporal— puede verse como una amenaza. “Las pocas personas que han oído hablar de la autonomía corporal

la asocian a ideas negativas porque afecta al sistema patriarcal machista”, explica.

Zúñiga quiere que los hombres y los niños adopten nuevas normas que liberen tanto a los hombres como a las mujeres de los ideales masculinos tradicionales. “Lo que nuestra sociedad merece son nuevas masculinidades, nuevas maneras de ver la virilidad, formas de fortalecer y promover la igualdad de oportunidades para el desarrollo que nos permitan a todos vivir con dignidad”.

requiera trabajar de forma explícita con los hombres y las comunidades para facilitar la transición hacia normas de género más progresistas y limitar el riesgo de reacciones negativas por parte de algunos hombres que pueden sentirse amenazados por los avances de las mujeres.

Otro elemento importante es lograr la participación de los hombres en la transformación de los modelos de cuidados no remunerados, para que las mujeres no sean quienes los llevan a cabo principalmente y conseguir así un mayor equilibrio en la dinámica de los hogares relativa al poder y las decisiones. Las políticas de licencia parental y de paternidad pueden alentar a los hombres a participar en la prestación de cuidados, especialmente si la licencia no puede transferirse al otro progenitor. Estas disposiciones son cada vez más comunes, pero en los países en desarrollo todavía solo puede beneficiarse de ellas un número limitado de familias, especialmente en el ámbito de la fuerza de trabajo informal. Las políticas públicas también podrían desplegar mayores esfuerzos para animar

a los hombres a acabar con los estereotipos y acceder a profesiones de prestación de cuidados con mayor representación femenina, como el cuidado de niños y ancianos (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2019).

Existen otras oportunidades para promover actitudes equitativas en materia de género entre los hombres y los adolescentes varones mediante servicios de salud sexual y reproductiva, a través de los cuales los proveedores pueden compartir información sobre la equidad en las relaciones, la crianza de los hijos y la comunicación (IPPF y UNFPA, 2017). Los programas de movilización de la comunidad también pueden cuestionar las relaciones de poder desiguales y las normas sociales discriminatorias, basándose en conocimientos teóricos sólidos de género y poder. Las iniciativas en las que participan conjuntamente las mujeres, los hombres, las niñas y los niños han demostrado ser más eficaces que aquellas dirigidas solo a los hombres y los niños (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2019).

La autonomía requiere inversión

La discriminación de género plantea múltiples e importantes barreras al empoderamiento y la autonomía de las mujeres. Derribarlas requiere una inversión considerable y sostenida, que se adecúe a los principios de justicia y equidad, y preste especial atención a las desigualdades que se entrelazan. No obstante, la financiación suele ser muy inferior a la que se necesita, por razones que se originan en la forma en que se estructuran las economías para concentrar los recursos en las manos de unos pocos privilegiados, en su mayoría hombres.

Una inversión considerable y sostenida en servicios integrados de protección social, salud y educación podría abordar los múltiples riesgos y vulnerabilidades a los que se enfrentan las mujeres y las niñas a lo largo de su vida, así como promover el empoderamiento y la autonomía al hacer hincapié en la salud y los derechos sexuales y reproductivos (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2019). Estos enfoques nunca habían tenido tanta importancia como en los planes de recuperación de la COVID-19, enfermedad que ha provocado que familias pobres y cada vez más desesperadas traten de afrontar la crisis económica, por ejemplo, casando a sus hijas.

Los planes de acción y las instituciones nacionales para la igualdad de género necesitan recursos adecuados, ya que muchos sufren una falta de financiación crónica y no pueden cumplir sus mandatos (ECOSOC de las Naciones Unidas, 2019). También se encuentran en esta situación las organizaciones de mujeres de la sociedad civil, que con frecuencia están en primera línea para proteger la autonomía y los derechos de las mujeres. Por ejemplo, prestan muchos de los servicios de asistencia a las supervivientes de la violencia de género y, aun así, ya estaban considerablemente infrafinanciadas antes de la pandemia de COVID-19. Aunque la necesidad de estos servicios aumentó

drásticamente durante la crisis, en muchos casos no se incrementó la financiación. Como consecuencia de esto, en la región de Asia y el Pacífico, el 12% de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan para eliminar la violencia contra las mujeres suspendieron totalmente sus servicios, y el 71% solo operan parcialmente (CESPAP de la ONU y ONU-Mujeres, 2020). Los grupos más reducidos que realizan una labor pionera y tienen una agenda dedicada a los derechos de las mujeres suelen estar entre los más ignorados por la ayuda internacional y otros donantes.

De acuerdo con un estudio conjunto del UNFPA y la Universidad Johns Hopkins, en colaboración con la Universidad de Victoria, la Universidad de Washington y Avenir Health, el coste de poner fin a las muertes maternas evitables, responder a todas las necesidades insatisfechas de planificación familiar y acabar con la violencia de género en todo el mundo de aquí a 2030 será de 264.000 millones de dólares. Cumplir estos objetivos contribuiría a la autonomía corporal de las mujeres (UNFPA, 2020f).

La autonomía implica medición

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible representan un avance al hacer un llamamiento para que se mida el progreso en materia de igualdad de género, incluida la capacidad de las mujeres y las adolescentes de tomar decisiones sobre su cuerpo. No obstante, sigue faltando una gran cantidad de datos desglosados por género. Es posible que no se recopilen datos sobre el género o, en caso de hacerlo, que no se utilicen ni compartan. Las incongruencias en la recopilación impiden llevar a cabo un análisis esencial de la evolución de las tendencias a lo largo del tiempo.

Esta falta de información sobre lo que de verdad ocurre en la vida de las mujeres y las niñas reduce

automáticamente la posibilidad de desarrollar servicios y políticas que apoyen de forma más eficaz la igualdad de género y la autonomía. Puede ser un factor impulsor de discriminación que contribuya a que cuestiones como la violencia de género y el trabajo de cuidados no remunerado sigan siendo invisibles y no se contabilicen ni aborden.

Se estima que solo el 13% de los países cuenta con un presupuesto reservado para la recopilación y el análisis de estadísticas de género. En todo el mundo, solo el 22% de los países generan datos regulares para los 54 indicadores específicos de género de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU-Mujeres, 2018). Existen grandes deficiencias en los datos sobre las mujeres en edad reproductiva; la alfabetización digital de las niñas; y el género y el medio ambiente, entre otros ámbitos (Data2x, 2020).

La toma de decisiones informadas de las mujeres se mide de forma deficiente y faltan datos —o no se producen periódicamente— sobre el uso que hacen las mujeres de los servicios de salud, así como sobre las leyes que garantizan el acceso pleno e igualitario a la atención de la salud sexual y reproductiva. También cabría señalar las necesidades interseccionales, especialmente en el caso de las mujeres y las adolescentes en crisis humanitarias, las personas LGBTI y las mujeres con discapacidad. Los datos sobre la salud de los adolescentes no siempre están desglosados por sexo, y existe muy poca información sobre las niñas socialmente excluidas (Data2x, 2020a).

Los sistemas de datos deben diseñarse de manera estratégica a fin de captar las experiencias comunes de las mujeres y las niñas y, al mismo tiempo, ser lo suficientemente matizados para reflejar su diversidad (Data2x, 2020). Estos sistemas han de ser metódicos y exhaustivos, y deben aplicar los principios de los derechos humanos para evitar

la marginación y la discriminación, una dirección que debe establecerse mediante políticas nacionales.

Otra prioridad es evitar separar el género en compartimentos en lo que respecta a ciertos temas o ámbitos de trabajo. Esta separación tiene lugar incluso ahora, en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, dado que 6 de los 17 objetivos no tienen en cuenta las cuestiones de género, lo que significa que no mencionan el género a pesar de que lograrlos requerirá abordar algunos aspectos de la desigualdad de género (ONU-Mujeres, 2018). En las encuestas nacionales podrían incluirse más preguntas que reflejen dimensiones más amplias de la libertad de elección y la autonomía corporal. La medición también es insuficiente a la hora de captar los vínculos entre los objetivos mundiales (Data2x, 2020); se trata de un problema que se refleja también en las divisiones “sectoriales” de muchos sistemas estadísticos nacionales.

Incrementar la inversión en la generación de datos sobre género requiere un plan de acción nacional en materia de género con plena financiación que cubra todas las fuentes de datos y estadísticas, y que se guíe por hitos medibles. Un punto de partida para la colaboración con las oficinas nacionales de estadística podría ser la demostración inequívoca del valor de la recopilación de datos sobre género y la incorporación de las diferencias entre los sexos en los datos administrativos importantes, como el registro civil y las estadísticas vitales, aprovechando el impulso que está recibiendo esta cuestión (Pryor, 2020).

Un mundo de derechos, libertad de elección y autonomía

Se han empleado muchas excusas, racionalizaciones y teorías a fin de justificar la privación de los derechos

y la libertad de elección de las mujeres y las niñas, así como para someter sus cuerpos a los caprichos de otros. No obstante, si estas se siguen aceptando, no se alcanzará prácticamente ninguno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas de aquí a 2030. Esto supondría desaprovechar el potencial de progreso humano, social y económico previsto por la comunidad internacional en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, lo que sería perjudicial para todos.

La igualdad de género es una variable crítica en la ecuación del éxito. También lo es garantizar los derechos de las personas que se identifican como LGBTI, las personas con discapacidad y cualquier otra persona que sufra discriminación o a la que se le niegue su autonomía por su raza, etnia o situación económica. Todas las personas deben tener el poder para tomar sus propias decisiones sobre atención de la salud, anticoncepción y sexo.

Los gobiernos, todas las instituciones sociales y económicas, las comunidades, las familias y los hombres tienen una función en la defensa de los derechos de las mujeres y en la eliminación de la discriminación en general. Todos deben esforzarse más. La nueva “Generación Igualdad” ya está aquí y no esperará a que se produzca el cambio. Tampoco debería hacerlo.

Cada persona es la única con derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida. Solo ella tiene derecho a decir “sí” o “no”. Juntos podemos conseguirlo.

Ilustración de Rebeka Artim



Salud sexual y reproductiva

	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje				Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, todas las mujeres de 15 a 49 años	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje
						CUALQUIER MÉTODO		MÉTODOS MODERNOS							
	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	
Mundo y áreas regionales	2017	2017	2017	2014-2019	2018	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2019
Mundial	211	199	243	81	0,24	49	63	45	57	9	11	77		73	
Regiones más desarrolladas	12	11	13	99	–	59	71	53	62	7	9	80		84	
Regiones menos desarrolladas	232	219	268	79	–	47	62	43	56	9	12	76		69	
Países menos adelantados	415	396	477	61	0,58	32	42	28	37	16	20	59		71	
Regiones de UNFPA															
África Occidental y Central	717	606	917	55	–	20	22	17	18	17	22	46		70	
África Oriental y Meridional	391	361	463	64	–	34	43	31	39	16	21	62		75	
América Latina y el Caribe	74	70	80	94	–	59	75	56	70	8	10	83		66	
Asia y el Pacífico	120	108	140	85	–	52	67	48	62	7	9	80		72	
Estados Árabes	151	121	208	90	–	34	53	29	45	10	16	65		53	
Europa Oriental y Asia Central	20	18	22	99	–	46	64	36	49	8	12	66		82	
Países, territorios y otras áreas	2017	2017	2017	2014-2019	2018	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2019
Afganistán	638	427	1010	59	0,02	19	26	17	23	17	24	47		54	
Albania	15	8	26	–	–	31	44	4	5	12	17	10		82	
Alemania	7	5	9	99	0,03	61	78	60	78	5	5	91		–	
Angola	241	167	346	47	1,01	16	17	15	15	27	36	35		66	
Antigua y Barbuda	42	24	69	100	–	45	64	43	61	10	13	78		–	
Arabia Saudita	17	10	30	99	–	19	30	15	24	15	25	44		–	
Argelia	112	64	206	–	0,03	35	64	31	57	6	9	76		–	
Argentina	39	35	43	94	0,15	60	71	57	67	9	11	84		–	
Armenia	26	21	32	100	0,06	39	59	21	31	8	12	44		87	
Aruba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		–	
Australia	6	5	8	97	0,04	59	67	57	64	8	11	85		–	
Austria	5	4	7	98	–	65	70	62	68	6	8	88		–	
Azerbaiján	26	21	32	99	–	37	57	15	22	9	14	32		–	
Bahamas	70	48	110	99	0,55	45	67	43	65	9	12	80		–	
Bahrein	14	10	21	100	–	31	67	21	46	5	10	59		–	
Bangladesh	173	131	234	53	0,01	55	66	48	57	9	11	75		–	
Barbados	27	17	39	99	0,58	50	63	47	61	12	14	76		44	
Belarús	2	1	4	100	0,22	61	70	52	58	6	8	78		87	
Bélgica	5	4	7	–	–	59	67	58	66	6	8	90		–	
Belice	36	26	48	94	0,81	44	57	42	53	14	18	71		42	
Benin	397	291	570	78	0,34	17	18	14	14	25	31	33		91	
Bhután	183	127	292	96	0,11	39	60	38	58	8	13	80		–	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	155	113	213	72	0,13	48	67	35	49	12	16	59		–	
Bosnia y Herzegovina	10	5	16	100	0,01	38	49	19	21	11	14	38		–	
Botswana	144	124	170	100	4,36	57	69	56	68	8	10	86		–	
Brasil	60	58	61	99	–	65	80	63	77	6	7	89		–	
Brunei Darussalam	31	21	45	100	–	–	–	–	–	–	–	–		–	
Bulgaria	10	6	14	100	0,05	65	79	50	57	5	7	71		–	
Burkina Faso	320	220	454	80	0,12	30	34	29	33	20	24	58		72	
Burundi	548	413	728	85	0,16	19	31	17	28	17	28	47		64	
Cabo Verde	58	45	75	92	0,19	49	68	47	65	11	11	79		–	
Camboya	160	116	221	89	0,05	43	63	32	46	7	11	63		98	
Camerún (República del)	529	376	790	69	1,02	27	23	22	17	16	23	51		–	

Salud sexual y reproductiva

Países, territorios y otras áreas	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, todas las mujeres de 15 a 49 años	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODOS MODERNOS		TODAS		2021	2021
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre		
Canadá	10	8	14	98	—	74	82	70	77	3	5	91	—
Chad	1140	847	1590	24	0,44	7	8	6	7	18	24	25	75
Chequia	3	2	5	100	0,05	63	85	56	76	3	4	85	70
Chile	13	11	14	100	0,27	63	77	59	71	6	8	85	—
China	29	22	35	100	—	69	85	67	83	4	3	91	—
China, RAE de Hong Kong	—	—	—	—	—	48	70	45	67	8	9	81	—
China, RAE de Macao	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chipre	6	4	10	98	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	83	71	98	99	0,14	64	82	60	77	6	7	87	97
Comoras	273	167	435	—	0	20	27	16	22	19	29	41	—
Congo (República del)	378	271	523	91	1,03	42	43	28	27	15	19	50	53
Congo (República Democrática del)	473	341	693	80	0,21	23	25	12	12	21	26	28	—
Corea (República de)	11	9	13	100	—	56	81	51	73	6	5	82	—
Corea (República Popular Democrática de)	89	38	203	100	—	58	74	55	71	8	9	84	83
Costa Rica	27	24	31	99	0,21	55	73	53	71	9	11	84	62
Côte d'Ivoire	617	426	896	74	0,7	26	26	23	22	21	27	49	63
Croacia	8	6	11	100	0,02	51	71	36	47	7	8	63	—
Cuba	36	33	40	100	0,15	70	75	69	74	7	8	89	—
Curaçao	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dinamarca	4	3	5	95	0,02	65	78	61	74	5	7	88	90
Djibouti	248	116	527	—	0,57	16	29	16	28	15	27	50	—
Dominica	—	—	—	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	59	53	65	96	0,13	60	81	54	73	6	6	82	—
Egipto	37	27	47	92	0,04	44	61	43	59	9	12	81	44
El Salvador	46	36	57	100	0,11	52	73	49	69	8	10	81	83
Emiratos Árabes Unidos	3	2	5	100	—	36	51	29	41	12	17	60	—
Eritrea	480	327	718	—	0,15	9	14	9	13	18	29	32	—
Eslovaquia	5	4	7	98	0,02	56	79	48	66	4	6	79	—
Eslovenia	7	5	9	—	—	54	80	45	67	6	5	76	—
España	4	3	5	—	0,07	60	63	58	62	9	13	84	—
Estados Unidos de América	19	17	21	99	—	64	76	57	67	5	6	83	—
Estonia	9	5	13	99	0,23	57	65	52	58	7	11	81	—
Eswatini	437	255	792	—	8,62	54	68	53	66	10	13	83	—
Etiopía	401	298	573	28	0,24	29	42	29	41	15	21	66	—
Federación Rusa	17	13	23	100	—	49	68	41	57	6	10	75	—
Filipinas	121	91	168	84	0,13	36	57	27	43	10	16	58	75
Finlandia	3	2	4	100	0,04	79	82	74	78	3	5	91	98
Fiji	34	27	43	100	—	35	51	30	44	12	16	65	—
Francia	8	6	9	98	0,09	65	78	63	75	4	4	91	—
Gabón	252	165	407	—	1,01	38	37	30	27	18	24	53	58
Gambia	597	440	808	—	1,06	11	15	11	15	17	25	39	83
Georgia	25	21	29	99	0,18	32	47	24	34	13	19	52	93
Ghana	308	223	420	78	0,7	27	36	23	31	19	26	51	—
Granada	25	15	39	100	—	45	64	42	59	10	13	76	—
Grecia	3	2	4	100	—	54	74	39	50	6	7	64	54
Guadalupe	—	—	—	—	—	46	60	41	53	11	15	73	—

Salud sexual y reproductiva

Países, territorios y otras áreas	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje				Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, todas las mujeres de 15 a 49 años	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODOS MODERNOS		TODAS		TODAS		2021	2019
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre		
Guam	–	–	–	–	–	42	66	36	56	7	10	75	–	–	–
Guatemala	95	86	104	70	0,14	42	64	36	53	9	13	70	–	–	–
Guyana	169	132	215	96	0,51	34	46	32	44	17	25	63	75	–	–
Guyana Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	576	437	779	55	0,52	12	10	10	9	20	25	33	–	–	–
Guinea Ecuatorial	301	181	504	–	4,21	17	17	15	14	23	31	37	–	–	–
Guinea-Bissau	667	457	995	45	1,43	29	20	27	19	16	20	60	70	–	–
Haití	480	346	680	42	0,69	28	38	26	35	23	34	50	65	–	–
Honduras	65	55	76	74	0,09	52	76	47	67	7	9	78	–	–	–
Hungría	12	9	16	100	0,02	49	70	45	63	6	9	81	–	–	–
India	145	117	177	81	–	43	57	39	51	9	12	74	–	–	–
Indonesia	177	127	254	95	0,17	44	62	42	59	8	11	81	–	–	–
Iraq	79	53	113	96	–	37	56	26	39	9	13	57	39	–	–
Irán (República Islámica del)	16	13	20	99	0,05	58	81	46	65	4	5	75	–	–	–
Irlanda	5	3	7	100	0,08	66	71	63	66	6	9	88	–	–	–
Islandia	4	2	6	98	0,05	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Salomón	104	70	157	86	–	24	33	20	27	13	17	54	–	–	–
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	–	–	–	–	–	52	75	49	70	8	8	81	–	–	–
Israel	3	2	4	–	0,05	39	74	30	56	5	8	68	–	–	–
Italia	2	1	2	100	0,05	59	67	48	51	7	9	73	–	–	–
Jamaica	80	67	98	100	–	42	68	40	64	9	11	78	–	–	–
Japón	5	3	6	100	0,01	48	56	41	44	12	16	68	83	–	–
Jordania	46	31	65	100	0	30	54	22	38	8	14	56	–	–	–
Kazajstán	10	8	12	100	0,14	43	53	40	51	11	15	75	63	–	–
Kenya	342	253	476	62	1,02	46	64	45	62	12	14	77	–	–	–
Kirguistán	60	50	76	100	0,09	29	41	27	39	13	18	66	73	–	–
Kiribati	92	49	158	–	–	20	26	16	21	18	26	44	–	–	–
Kuwait	12	8	17	100	0,04	41	60	34	49	9	14	67	–	–	–
Lesotho	544	391	788	87	7,8	53	66	52	65	11	15	81	–	–	–
Letonia	19	15	26	100	0,19	61	72	54	62	6	9	81	70	–	–
Líbano	29	22	40	–	0,02	29	62	21	46	6	12	61	–	–	–
Liberia	661	481	943	–	0,39	28	30	27	29	25	28	51	–	–	–
Libia	72	30	164	–	0,07	25	39	16	25	17	26	38	33	–	–
Lituania	8	5	12	100	–	46	66	38	53	8	11	70	88	–	–
Luxemburgo	5	3	8	–	0,09	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia del Norte	7	5	10	100	0,02	40	48	21	21	13	17	40	–	–	–
Madagascar	335	229	484	46	0,24	41	50	36	44	15	16	65	–	–	–
Malasia	29	24	36	100	0,18	35	57	25	41	9	14	57	81	–	–
Malawi	349	244	507	90	2,28	48	64	48	63	13	15	77	76	–	–
Maldivas	53	35	84	100	–	15	22	12	17	22	30	33	45	–	–
Mali	562	419	784	67	0,78	18	19	17	19	21	24	45	79	–	–
Malta	6	4	11	100	–	64	85	50	66	4	3	74	90	–	–
Marruecos	70	54	91	87	0,03	43	71	37	61	7	11	74	–	–	–
Martinica	–	–	–	–	–	47	62	43	56	11	14	74	–	–	–
Mauricio	61	46	85	100	0,7	43	67	28	43	8	10	56	73	–	–

Salud sexual y reproductiva

Países, territorios y otras áreas	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, todas las mujeres de 15 a 49 años	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje
	2017	2017	2017	2014-2019	2018	CUALQUIER MÉTODO		MÉTODOS MODERNOS		2021		2021	2019
Mauritania	766	528	1140	69	0,03	12	18	11	16	18	29	35	62
México	33	32	35	96	0,08	56	73	53	70	9	10	82	–
Micronesia (Estados Federados de)	88	40	193	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Moldova (República de)	19	15	24	100	0,25	53	64	42	50	9	12	67	–
Mongolia	45	36	56	99	0,01	41	56	37	51	13	15	70	–
Montenegro	6	3	10	99	0,08	26	26	18	15	17	22	43	52
Mozambique	289	206	418	73	5,25	26	28	25	27	19	22	56	94
Myanmar	250	182	351	60	0,2	33	58	33	56	8	14	78	82
Namibia	195	144	281	–	2,82	52	61	52	60	10	15	83	96
Nepal	186	135	267	58	0,03	43	55	38	48	17	21	63	48
Nicaragua	98	77	127	96	0,07	53	82	51	79	5	6	88	–
Níger	509	368	724	39	0,08	16	19	16	18	16	18	49	–
Nigeria	917	658	1320	43	0,65	17	20	13	15	15	19	41	–
Noruega	2	2	3	99	0,02	67	86	63	80	4	4	89	–
Nueva Caledonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelandia	9	7	11	97	0,03	65	80	61	75	5	5	88	94
Omán	19	16	22	99	0,07	21	35	14	24	15	26	40	–
Países Bajos	5	4	7	–	0,03	63	73	61	71	6	7	89	98
Pakistán	140	85	229	69	0,11	25	37	19	28	12	17	52	65
Palestina ¹	–	–	–	100	–	41	62	31	47	7	11	65	60
Panamá	52	45	59	93	0,32	48	60	45	56	14	17	73	–
Papua Nueva Guinea	145	67	318	56	0,26	28	38	23	32	18	25	51	–
Paraguay	84	72	96	98	0,16	58	72	54	67	8	9	82	–
Perú	88	69	110	92	0,1	55	77	42	57	5	7	70	–
Polinesia Francesa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	2	2	3	100	–	53	73	43	57	6	8	72	–
Portugal	8	6	11	99	0,07	61	75	52	65	7	7	78	–
Puerto Rico	21	16	29	–	–	57	82	52	74	6	5	82	–
Qatar	9	6	14	100	–	30	48	26	40	10	16	64	–
Reino Unido	7	6	8	–	–	73	82	67	74	4	5	87	92
República Árabe Siria	31	20	50	–	0	37	62	28	46	8	13	62	77
República Centroafricana	829	463	1470	–	1,2	23	26	17	20	18	22	42	77
República Democrática Popular Lao	185	139	253	64	0,08	39	61	34	54	8	11	74	96
República Dominicana	95	88	102	100	0,26	57	72	55	70	9	10	84	–
Reunión	–	–	–	–	–	49	72	48	71	9	9	83	–
Rwanda	248	184	347	91	0,29	34	58	31	53	12	17	69	–
Rumania	19	14	25	97	0,04	55	72	45	58	5	8	75	–
Sáhara Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	43	20	97	83	–	17	29	16	27	24	41	39	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	68	44	100	99	–	50	67	48	64	10	12	80	81
Santa Lucía	117	71	197	100	–	49	61	46	57	12	15	76	–
Santo Tomé y Príncipe	130	73	217	93	–	36	46	33	43	21	27	59	54
Senegal	315	237	434	74	0,08	22	31	21	29	16	22	56	–
Serbia	12	9	17	98	0,02	49	56	33	30	10	13	56	86

Salud sexual y reproductiva

	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior ^a	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación superior ^a	Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje	Número de nuevas infecciones por el VIH, todos los grupos etarios, por cada 1.000 habitantes no infectados	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje				Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años, en porcentaje		Porcentaje de demanda satisfecha con métodos modernos, todas las mujeres de 15 a 49 años	Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva, en porcentaje		
						CUALQUIER MÉTODO		MÉTODOS MODERNOS		Todas	Casadas o en unión libre			Todas	Casadas o en unión libre
						Todas	Casadas o en unión libre	Todas	Casadas o en unión libre						
Países, territorios y otras áreas	2017	2017	2017	2014-2019	2018	2021		2021		2021		2021	2019		
Seychelles	53	26	109	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Sierra Leona	1120	808	1620	87	0,55	28	25	27	25	20	24	57	65		
Singapur	8	5	13	100	0,04	40	69	36	61	6	10	77	–		
San Martín	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Somalia	829	385	1590	–	0,03	16	27	7	12	16	27	23	–		
Sri Lanka	36	31	41	100	0,01	45	67	37	55	5	7	74	89		
Sudáfrica	119	96	153	97	4,94	50	58	50	57	11	14	82	95		
Sudán	295	207	408	78	0,13	11	16	10	14	18	28	34	57		
Sudán del Sur	1150	789	1710	–	1,56	6	8	5	7	20	30	21	16		
Suecia	4	3	6	–	–	62	73	57	66	6	8	84	100		
Suiza	5	3	7	–	–	72	73	68	69	4	7	89	92		
Suriname	120	96	144	98	0,49	33	46	33	45	15	23	68	45		
Tailandia	37	32	44	99	0,09	56	80	54	78	4	5	91	–		
Tanzania (República Unida de)	524	399	712	64	1,41	36	44	32	39	16	20	61	–		
Tayikistán	17	10	26	95	0,09	24	32	22	29	16	22	55	–		
Timor-Leste (República Democrática de)	142	102	192	57	–	19	32	17	29	14	24	52	–		
Togo	396	270	557	69	0,7	24	26	22	24	22	31	48	73		
Tonga	52	24	116	–	–	20	37	17	32	13	25	52	–		
Trinidad y Tabago	67	50	90	100	–	40	49	36	45	14	20	66	32		
Túnez	43	33	54	100	0,02	30	58	26	50	7	13	69	–		
Turkmenistán	7	5	10	100	–	37	55	34	51	10	14	74	–		
Turquía	17	14	20	98	–	48	71	33	49	7	10	61	–		
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Ucrania	19	14	26	100	0,28	53	68	44	55	6	9	74	88		
Uganda	375	278	523	74	1,4	35	45	32	41	19	25	59	–		
Uruguay	17	14	21	100	0,26	57	79	55	77	6	7	87	99		
Uzbekistán	29	23	37	100	0,16	49	69	46	65	6	9	83	–		
Vanuatu	–	–	–	–	–	36	48	31	41	15	20	61	–		
Venezuela (República Bolivariana de)	125	97	170	99	–	56	76	52	71	8	10	82	–		
Viet Nam	43	32	61	94	0,06	59	80	50	67	4	5	79	54		
Yemen	164	109	235	–	0,04	27	43	20	31	15	24	48	63		
Zambia	213	159	289	63	2,97	37	53	35	50	15	18	68	91		
Zimbabwe	458	360	577	86	2,79	49	69	49	68	8	10	85	–		

Salud sexual y reproductiva

NOTAS

- No existen datos disponibles.
- a La razón de mortalidad materna se ha redondeado con arreglo al sistema siguiente: <100, redondeo a la unidad más próxima; 100-999, redondeo a la unidad más próxima; y ≥1.000, redondeo a la decena más próxima.
- 1 El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió a Palestina “la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas [...]”.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

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

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

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

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

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

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

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

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

FUENTES DE DATOS MÁS IMPORTANTES

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

Partos atendidos por personal de salud cualificado: base de datos mundial conjunta sobre asistencia cualificada durante el parto, 2020, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la base de datos mundial conjunta.

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

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

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

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

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

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

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

Género, derechos y capital humano

	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria	Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria
Mundo y áreas regionales	2020	2019	2019	2018	2020	2019	2019	2019	2019	2019	2019
Mundial	41	20	–	13	55	–	–	85	1,00	65	0,99
Regiones más desarrolladas	12	–	–	–	–	–	–	98	1,00	93	1,01
Regiones menos desarrolladas	45	27	–	–	54	–	–	83	1,00	62	0,99
Países menos adelantados	91	38	–	22	50	–	–	66	0,97	44	0,89
Regiones de UNFPA											
África Occidental y Central	108	39	23	–	37	–	–	62	0,96	43	0,86
África Oriental y Meridional	95	32	24	–	53	–	–	66	0,96	44	0,84
América Latina y el Caribe	61	25	–	–	74	–	–	93	1,00	79	1,03
Asia y el Pacífico	23	26	–	–	59	–	–	87	1,02	63	1,03
Estados Árabes	48	20	55	–	–	–	–	81	0,94	60	0,91
Europa Oriental y Asia Central	27	12	–	–	75	–	–	96	0,99	85	1,00
Países, territorios y otras áreas	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
Afganistán	62	28	–	46	–	–	–	–	–	44	0,56
Albania	16	12	–	–	69	98	1,04	96	1,05	82	1,07
Alemania	6	–	–	5 ^c	–	99	1,01	95	1,02	86	0,96
Angola	163	30	–	26	62	82	0,78	76	0,76	18	0,71
Antigua y Barbuda	28	–	–	–	–	99	1,01	99	0,99	87	1,02
Arabia Saudita	9	–	–	–	–	98	0,98	99	0,98	96	0,94
Argelia	10	3	–	–	–	100	0,99	–	–	–	–
Argentina	54	–	–	–	–	100	0,99	100	1,00	90	1,10
Armenia	21	5	–	4	66	91	1,00	90	1,02	89	1,15
Aruba	26	–	–	–	–	100	1,00	–	–	–	–
Australia	10	–	–	2 ^b	–	100	1,00	98	1,00	92	1,04
Austria	7	–	–	4 ^c	–	100	1,00	100	1,00	90	1,01
Azerbaiyán	45	11	–	10	–	92	1,03	100	1,00	100	1,00
Bahamas	29	–	–	–	–	76	1,02	71	1,02	67	1,06
Bahrein	14	–	–	–	–	98	0,99	96	1,07	87	1,14
Bangladesh	74	59	–	29	–	95	1,11	74	1,10	62	1,08
Barbados	50	29	–	–	–	99	0,98	95	1,04	95	1,05
Belarús	14	5	–	–	–	99	0,98	99	1,00	99	1,02
Bélgica	6	–	–	8 ^c	–	99	1,00	99	0,99	99	1,00
Belice	64	34	–	–	–	100	1,01	90	0,98	64	1,04
Benin	108	31	2	14	36	94	0,94	66	0,78	44	0,63
Bhután	28	26	–	7	–	96	1,03	88	1,15	72	1,16
Bolivia (Estado Plurinacional de)	71	20	–	27	–	93	1,00	87	0,99	79	1,00
Bosnia y Herzegovina	11	4	–	–	–	–	–	–	–	79	1,04
Botswana	50	–	–	–	–	89	1,01	–	–	–	–
Brasil	53	26	–	–	–	96	0,99	97	1,00	85	1,07
Brunei Darussalam	10	–	–	–	–	99	1,01	97	1,00	82	1,04
Bulgaria	38	–	–	9 ^c	–	87	1,00	87	0,99	88	0,95
Burkina Faso	132	52	58	9	20	78	0,99	54	1,08	34	1,04
Burundi	58	19	–	28	44	92	1,04	66	1,08	35	1,15

Género, derechos y capital humano

	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria	Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria
Países, territorios y otras áreas	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
Cabo Verde	80	18	—	8	—	94	0,98	87	1,01	73	1,08
Camboya	57	19	—	9	76	91	1,00	87	0,98	—	—
Camerún (República del)	119	31	0,4	22	38	92	0,91	63	0,89	46	0,83
Canadá	8	—	—	—	—	100	1,00	100	1,00	94	0,99
Chad	179	67	32	18	27	74	0,79	38	0,68	22	0,51
Chequia	12	—	—	6 ^c	—	100	1,01	99	1,00	97	1,00
Chile	26	—	—	—	—	99	0,99	95	0,99	95	1,00
China	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
China, RAE de Hong Kong	2	—	—	—	—	97	1,05	99	1,00	99	1,00
China, RAE de Macao	3	—	—	—	—	99	0,99	98	1,02	87	1,06
Chipre	4	—	—	3 ^c	—	99	1,00	100	1,00	93	0,98
Colombia	61	23	—	18	—	98	1,01	94	1,01	79	1,03
Comoras	70	32	—	5	21	82	1,00	81	1,02	50	1,07
Congo (República del)	111	27	—	—	27	89	1,09	—	—	—	—
Congo (República Democrática del)	138	37	—	37	31	—	—	—	—	—	—
Corea (República de)	1	—	—	—	—	99	1,00	97	1,00	96	0,99
Corea (República Popular Democrática de)	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Costa Rica	50	21	—	—	—	100	1,00	98	1,01	94	1,03
Côte d'Ivoire	123	27	27	22	25	95	0,93	56	0,87	42	0,74
Croacia	9	—	—	4 ^c	—	98	1,03	99	1,02	86	1,05
Cuba	52	26	—	—	—	99	1,00	90	1,00	82	1,07
Curaçao	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dinamarca	3	—	—	7 ^c	—	99	1,01	99	0,99	90	1,02
Djibouti	21	5	80	—	—	67	0,96	52	1,00	34	0,95
Dominica	48	—	—	—	—	96	1,01	99	1,02	82	1,03
Ecuador	71	20	—	11	87	99	1,03	95	1,03	80	1,01
Egipto	52	17	70	14	—	99	1,01	98	1,02	77	0,98
El Salvador	74	26	—	7	—	86	1,01	83	0,99	66	0,97
Emiratos Árabes Unidos	5	—	—	—	—	99	0,97	99	0,99	88	0,86
Eritrea	76	41	69	—	—	53	0,91	64	0,88	51	0,86
Eslovaquia	27	—	—	8 ^c	—	96	1,00	95	1,00	89	1,00
Eslovenia	4	—	—	2 ^c	—	100	1,00	98	1,01	98	1,01
España	7	—	—	2 ^c	—	97	1,00	100	1,00	98	1,01
Estados Unidos de América	19	—	—	—	—	99	1,00	100	1,02	96	1,00
Estonia	11	—	—	4 ^c	—	98	1,00	99	1,02	99	0,99
Eswatini	87	5	—	—	49	84	0,98	97	1,00	84	0,96
Etiopía	80	40	47	20	45	86	0,93	53	0,92	26	0,91
Federación Rusa	22	—	—	—	—	100	1,00	100	1,01	97	1,00
Filipinas	39	17	—	6	81	96	0,99	89	1,07	79	1,09
Finlandia	5	—	—	8 ^c	—	99	1,00	100	1,00	96	0,98
Fiji	23	—	—	30 ^c	—	99	0,97	96	—	74	1,09
Francia	9	—	—	7 ^c	—	100	1,00	99	1,00	95	1,01

Género, derechos y capital humano

	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria	Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria
Países, territorios y otras áreas	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
Gabón	91	22	—	32	48	—	—	—	—	—	—
Gambia	86	26	75	7	40	85	1,12	69	1,03	—	—
Georgia	32	14	—	1 ^d	—	99	1,01	100	1,00	94	1,04
Ghana	75	21	2	19	52	99	1,01	89	1,05	72	1,00
Granada	36	—	—	—	—	99	1,02	97	—	97	1,00
Grecia	9	—	—	8 ^c	—	99	1	96	0,99	95	0,98
Guadalupe	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guam	35	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	79	30	—	9	65	89	1,01	67	0,93	41	0,90
Guyana	74	30	—	—	71	98	0,96	93	1,02	70	1,11
Guyana Francesa	76	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guinea	120	47	92	—	29	78	0,83	49	0,7	33	0,59
Guinea Ecuatorial	176	30	—	44	—	45	1,02	—	—	—	—
Guinea-Bissau	106	24	42	—	—	73	0,95	—	—	—	—
Haití	55	15	—	14	59	—	—	—	—	—	—
Honduras	89	34	—	11	70	87	0,97	62	1,23	44	1,11
Hungría	23	—	—	8 ^c	—	96	1,00	97	1,00	88	1,01
India	11	27	—	22	—	98	1,02	85	1,07	52	0,98
Indonesia	36	16	—	5 ^d	—	94	0,95	84	1,07	77	1,01
Iraq	82	28	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Irán (República Islámica del)	33	17	—	—	—	100	1,00	95	0,97	74	0,97
Irlanda	7	—	—	4 ^c	—	100	1,00	99	—	99	1,01
Islandia	6	—	—	—	—	100	1,00	100	1,00	87	1,04
Islas Salomón	78	21	—	42	—	96	1,01	—	—	—	—
Islas Turcas y Caicos	15	—	—	—	—	99	1,03	80	1,06	68	0,90
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Israel	10	—	—	—	—	100	1,01	100	—	98	—
Italia	4	—	—	7 ^c	—	97	1,00	98	1,00	95	1,01
Jamaica	52	8	—	9	—	83	1,00	82	1,02	76	1,04
Japón	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordania	27	10	—	14	61	81	0,98	70	1,00	54	1,09
Kazajstán	26	7	—	6 ^c	—	99	1,02	100	—	99	—
Kenya	96	23	11	26	56	81	1,04	—	—	—	—
Kirguistán	34	13	—	17	77	100	0,99	98	0,99	72	1,05
Kiribati	49	20	—	43	—	96	1,08	—	—	—	—
Kuwait	6	—	—	—	—	83	1,22	94	1,05	82	1,03
Lesotho	94	16	—	—	61	98	1,01	83	1,11	66	1,15
Letonia	16	—	—	7 ^c	—	99	1,01	99	1,01	96	1,01
Líbano	13	6	—	35	—	—	—	—	—	—	—
Liberia	150	36	26 ^a	35	67	79	1,01	79	0,9	74	0,86
Libia	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	13	—	—	6 ^c	—	100	1,00	100	1,00	97	1,02
Luxemburgo	4	—	—	3 ^c	—	99	0,98	96	0,98	81	1,06
Macedonia del Norte	15	7	—	—	—	99	1,00	—	—	—	—

Género, derechos y capital humano

	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria	Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria
Países, territorios y otras áreas	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
Madagascar	152	40	—	—	74	98	1,05	70	1,03	36	0,97
Malasia	9	—	—	—	—	100	1,01	87	1,03	63	1,16
Malawi	138	42	—	24	47	98	1,04	81	1,01	31	0,64
Maldivas	9	2	1	6	58	98	1,03	91	—	—	—
Malí	164	54	86	21	8	59	0,90	47	0,86	25	0,74
Malta	13	—	—	5 ^c	—	100	1,01	99	1,01	90	1,05
Marruecos	19	14	—	—	—	100	1,01	91	0,96	72	0,94
Martinica	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mauricio	24	—	—	—	—	99	1,03	95	1,02	79	1,10
Mauritania	84	37	63	—	—	77	1,05	72	1,08	39	1,12
México	71	26	—	10	—	99	1,01	92	1,02	74	1,05
Micronesia (Estados Federados de)	44	—	—	26	—	90	0,98	87	1,06	—	—
Moldova (República de)	21	12	—	15	—	90	0,98	84	0,98	65	1,02
Mongolia	33	12	—	15	63	99	0,99	—	—	—	—
Montenegro	10	6	—	—	—	100	1,00	92	1,01	89	1,02
Mozambique	180	53	—	16	49	98	0,97	57	0,87	31	0,76
Myanmar	28	16	—	11	67	98	0,96	79	1,03	57	1,16
Namibia	64	7	—	20	71	98	1,03	—	—	—	—
Nepal	88	40	—	11	48	96	0,93	97	1,03	81	1,18
Nicaragua	92	35	—	8	—	96	1,03	88	1,03	64	1,08
Níger	154	76	1	—	7	59	0,88	35	0,79	14	0,67
Nigeria	106	43	14	14	46	66	0,84	—	—	—	—
Noruega	3	—	—	—	—	100	1,00	99	0,99	92	1,01
Nueva Caledonia	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nueva Zelanda	14	—	—	—	—	100	1,01	99	1,00	98	1,03
Omán	12	4	—	—	—	97	1,06	98	1,02	90	0,90
Países Bajos	3	—	—	7 ^c	—	100	1,01	97	1,01	100	1,00
Pakistán	46	18	—	15	40	—	—	—	—	—	—
Palestina ¹	48	15	—	—	—	97	1,00	97	1,04	75	1,21
Panamá	76	26	—	10	79	87	0,99	88	1,01	56	1,08
Papua Nueva Guinea	68	27	—	48	—	93	0,94	86	0,89	54	0,82
Paraguay	72	22	—	8 ^a	—	89	1,00	90	0,9	68	1,05
Perú	44	17	—	11	—	98	0,96	98	1,00	92	0,94
Polinesia Francesa	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Polonia	11	—	—	3 ^c	—	98	1,01	98	0,98	96	1,00
Portugal	8	—	—	6 ⁱ	—	100	0,99	100	1,00	99	0,99
Puerto Rico	22	—	—	—	—	78	1,03	80	1,10	83	1,07
Qatar	9	4	—	—	—	98	1,03	95	0,92	91	0,97
Reino Unido	12	—	—	6 ^c	—	99	1,00	100	1,00	96	1,01
República Árabe Siria	54	13	—	—	—	72	0,98	62	0,97	34	1,00
República Centroafricana	229	68	18	26	—	67	0,8	44	0,61	16	0,48
República Democrática Popular Lao	83	33	—	6	—	92	0,98	72	1,00	56	0,92
República Dominicana	51	36	—	16	77	96	1,01	94	1,00	78	1,02
Reunión	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Género, derechos y capital humano

	Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje	Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje	Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje	Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria	Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje	Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria
Países, territorios y otras áreas	2003-2018	2005-2019	2004-2018	2000-2019	2007-2018	2010-2020	2010-2020	2010-2019	2010-2019	2009-2019	2009-2019
Rwanda	41	7	–	21	70	94	1,00	96	1,04	50	1,02
Rumania	38	–	–	7 ^c	–	87	1,00	91	1,00	80	1,03
Sáhara Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Saint Kitts y Nevis	46	–	–	–	–	99	0,98	87	0,95	96	0,99
Samoa	39	11	–	22	–	99	1,02	100	–	90	1,11
San Martín	1	–	–	–	–	95	1,1	99	–	46	0,89
San Vicente y las Granadinas	52	–	–	–	–	97	1,06	98	0,99	85	1,02
Santa Lucía	36	24	–	–	–	98	1,03	90	0,98	79	0,99
Santo Tomé y Príncipe	92	35	–	26	46	94	1,00	90	1,06	83	1,03
Senegal	78	29	21	8	7	74	1,14	–	–	–	–
Serbia	15	3	–	–	–	98	1,00	98	1,00	88	1,03
Seychelles	68	–	–	–	–	98	1,05	99	–	82	1,16
Sierra Leona	101	30	64	29	40	99	1,03	51	0,99	35	0,93
Singapur	3	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	100	–
Sint Maarten	–	–	–	–	–	97	1,07	–	–	–	–
Somalia	123	45	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	21	10	–	6 ^g	–	99	0,99	100	1,00	84	1,06
Sudáfrica	41	4	–	11	65	89	1,02	86	1,03	79	1,02
Sudán	87	34	82	–	–	62	0,98	45	0,88	43	0,96
Sudán del Sur	158	52	–	–	–	38	0,77	44	0,72	36	0,65
Suecia	5	–	–	6 ^c	–	100	1,00	100	1,01	99	0,99
Suiza	2	–	–	–	–	100	1,00	99	0,99	82	0,96
Suriname	57	36	–	–	–	88	1,04	85	1,09	62	1,15
Tailandia	38	23	–	–	–	–	–	–	–	79	1,00
Tanzania (República Unida de)	139	31	5	30	47	87	1,04	–	–	14	0,76
Tayikistán	54	9	–	19	33	99	0,99	94	0,94	61	0,74
Timor-Leste (República Democrática de)	42	15	–	35	40	95	1,04	90	1,04	76	1,07
Togo	89	25	1	13	30	97	0,98	79	0,85	43	0,64
Tonga	30	6	–	19	–	99	1,02	95	1,02	62	1,17
Trinidad y Tabago	38	11	–	7	–	99	0,99	–	–	–	–
Túnez	4	2	–	–	–	99	1,02	–	–	–	–
Turkmenistán	28	6	–	–	–	–	–	92	0,98	83	0,99
Turquía	21	15	–	11	–	95	0,99	94	0,99	83	0,99
Tuvalu	27	10	–	25	–	85	0,96	71	0,92	50	1,57
Ucrania	19	9	–	10	81	92	1,02	96	1,01	94	1,03
Uganda	132	34	0,1	30	62	96	1,03	–	–	–	–
Uruguay	36	25	–	3	–	100	1,00	100	1,01	88	1,08
Uzbekistán	19	7	–	–	–	99	0,99	99	0,98	86	0,99
Vanuatu	51	21	–	44	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	95	–	–	–	–	90	1,00	86	1,02	77	1,12
Viet Nam	30	11	–	10	–	99	1,03	–	–	–	–
Yemen	67	32	16	–	–	84	0,88	72	0,85	44	0,59
Zambia	135	29	–	25	47	85	1,05	–	–	–	–
Zimbabwe	78	34	–	20	60	100	1,01	98	0,95	52	0,90

Género, derechos y capital humano

NOTAS

- No existen datos disponibles.
- a Porcentaje de niñas de 15 a 19 años que forman parte de la sociedad Sande. El número de miembros de la sociedad es un indicador indirecto de la mutilación genital femenina.
- b Mujeres a partir de 18 años que alguna vez hayan tenido pareja.
- c Mujeres de 18 a 49 años que alguna vez hayan tenido pareja.
- d Mujeres de 15 a 64 años que alguna vez hayan tenido pareja.
- e Mujeres de 15 a 44 años que alguna vez hayan tenido pareja.
- f Mujeres de 18 a 50 años que alguna vez hayan tenido pareja.
- g Mujeres a partir de 15 años que alguna vez hayan tenido pareja.
- 1 El 29 de noviembre de 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la resolución 67/19, que concedió a Palestina “la condición de Estado observador no miembro en las Naciones Unidas [...]”.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

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

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

Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años: porcentaje de niñas de 15 a 19 años sometidas a la mutilación genital femenina (indicador 5.3.2 de los ODS).

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

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones en las tres esferas siguientes: su atención de salud, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales con la pareja (indicador 5.6.1 de los ODS). En el momento de imprimir este informe, se publicaron datos actualizados sobre este indicador de los ODS. Las cifras actualizadas están disponibles en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

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

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

Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria: número total de estudiantes del grupo de edad oficial para concurrir al primer

ciclo de la enseñanza secundaria matriculados en cualquier nivel de enseñanza, expresado como porcentaje de la población correspondiente.

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

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

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

FUENTES DE DATOS MÁS IMPORTANTES

Tasa de natalidad adolescente: División de Población de las Naciones Unidas.

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

Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años: UNFPA.

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

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos: UNFPA. En el momento de imprimir este informe, se publicaron datos actualizados sobre este indicador de los ODS. Las cifras actualizadas están disponibles en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU).

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

Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU).

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

Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU).

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

Indicadores demográficos

	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 19 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Tasa total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años (2021)	
Mundo y áreas regionales	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	hombres	mujeres
Mundial	7875	1,1	25,3	16,0	23,6	65,1	9,6	2,4	71	75
Regiones más desarrolladas	1276	0,3	16,3	11,0	16,6	64,0	19,7	1,6	77	83
Regiones menos desarrolladas	6599	1,3	27,0	17,0	25,0	65,4	7,6	2,5	69	74
Países menos adelantados	1082	2,3	38,5	22,3	31,7	57,8	3,6	3,8	64	68
Regiones de UNFPA										
África Occidental y Central	471	2,7	42,9	23,3	32,3	54,3	2,8	4,9	57	60
África Oriental y Meridional	633	2,6	40,9	23,0	32,3	55,9	3,2	4,2	62	67
América Latina y el Caribe	656	1,0	23,7	16,0	24,2	67,2	9,2	2,0	73	79
Asia y el Pacífico	4116	0,9	23,4	15,6	23,3	67,9	8,6	2,1	71	75
Estados Árabes	385	1,9	33,8	19,2	27,6	61,0	5,1	3,2	70	74
Europa Oriental y Asia Central	251	0,9	23,4	14,4	21,2	66,2	10,5	2,1	71	78
Países, territorios y otras áreas	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	hombres	mujeres
Afganistán	39,8	2,5	41,2	25,0	35,2	56,1	2,7	4,0	64	67
Albania	2,9	-0,1	17,1	12,2	19,8	67,7	15,2	1,6	77	80
Alemania	83,9	0,5	14,0	9,4	14,8	64,0	22,0	1,6	79	84
Angola	33,9	3,3	46,2	24,1	32,9	51,6	2,2	5,3	59	65
Antigua y Barbuda	0,1	0,9	21,7	14,0	21,6	68,6	9,7	2,0	76	78
Arabia Saudita	35,3	1,9	24,5	14,2	20,8	71,8	3,6	2,2	74	77
Argelia	44,6	2,0	30,9	15,8	22,3	62,2	6,9	2,9	76	79
Argentina	45,6	1,0	24,3	15,7	23,3	64,2	11,5	2,2	74	80
Armenia	3,0	0,3	20,8	12,7	18,4	66,9	12,3	1,8	72	79
Aruba ¹	0,1	0,5	17,3	12,8	19,8	67,5	15,1	1,9	74	79
Australia ²	25,8	1,3	19,3	12,4	18,5	64,2	16,5	1,8	82	86
Austria	9,0	0,7	14,5	9,6	15,1	66,1	19,5	1,6	80	84
Azerbaiyán ³	10,2	1,0	23,4	13,4	20,2	69,5	7,1	2,0	71	76
Bahamas	0,4	1,0	21,3	15,9	24,3	70,7	8,0	1,7	72	76
Bahrein	1,7	4,3	18,0	11,1	17,0	79,1	2,9	1,9	77	79
Bangladesh	166,3	1,1	26,3	18,3	27,5	68,4	5,3	2,0	71	75
Barbados	0,3	0,1	16,6	12,5	19,0	66,3	17,2	1,6	78	81
Belarús	9,4	0,0	17,3	10,2	14,5	66,6	16,1	1,7	70	80
Bélgica	11,6	0,5	17,0	11,4	17,0	63,5	19,6	1,7	80	84
Belice	0,4	1,9	28,8	19,2	29,0	66,1	5,2	2,2	72	78
Benin	12,5	2,7	41,7	22,9	32,1	55,0	3,3	4,6	61	64
Bhután	0,8	1,2	24,6	17,2	26,6	69,1	6,3	1,9	72	73
Bolivia (Estado Plurinacional de)	11,8	1,4	29,8	19,5	28,6	62,6	7,6	2,6	69	75
Bosnia y Herzegovina	3,3	-0,9	14,3	10,5	17,0	67,2	18,5	1,2	75	80
Botswana	2,4	2,1	33	20,1	28,7	62,3	4,7	2,8	67	73
Brasil	214	0,8	20,5	14,4	22,3	69,6	9,9	1,7	73	80
Brunei Darussalam	0,4	1,1	21,9	14,7	22,7	72,1	6,0	1,8	75	77
Bulgaria	6,9	-0,7	14,7	10,1	14,3	63,6	21,7	1,6	72	79
Burkina Faso	21,5	2,9	44,1	24,1	33,3	53,5	2,4	5,0	62	63
Burundi	12,3	3,1	45,1	23,1	31,8	52,5	2,5	5,2	60	64
Cabo Verde	0,6	1,2	27,7	17,7	25,8	67,4	4,9	2,2	70	77
Camboya	16,9	1,5	30,7	18,5	27,4	64,3	5	2,4	68	72
Camerún (República del)	27,2	2,6	41,8	23,3	32,4	55,5	2,7	4,4	59	61
Canadá	38,1	0,9	15,8	10,5	16,6	65,7	18,6	1,5	81	85
Chad	16,9	3	46,2	24,6	33,9	51,3	2,5	5,5	53	56

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 19 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Tasa total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años (2021)	
	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	hombres	mujeres
Chequia	10,7	0,2	15,8	10,1	14,4	63,8	20,4	1,7	77	82
Chile	19,2	1,2	19,0	13,0	20,1	68,3	12,7	1,6	78	83
China ⁶	1444,20	0,5	17,6	7,4	17,5	70	12,4	1,7	75	80
China, RAE de Hong Kong ⁴	7,6	0,8	13,0	11,6	12,1	68,1	18,9	1,4	82	88
China, RAE de Macao ⁵	0,7	1,5	14,6	7,4	12,5	72,6	12,7	1,3	82	87
Chipre ⁷	1,2	0,8	16,5	11,7	19,1	68,8	14,7	1,3	79	83
Colombia	51,3	1,4	21,9	15,6	24,1	68,7	9,4	1,8	75	80
Comoras	0,9	2,2	38,7	22,0	31,1	58,1	3,2	4,0	63	67
Congo (República del)	5,7	2,6	41,0	23,0	31,7	56,2	2,8	4,3	63	67
Congo (República Democrática del)	92,4	3,2	45,6	23,6	32,2	51,4	3,0	5,6	60	63
Corea (República de)	51,3	0,2	12,3	9,1	15,1	71,2	16,6	1,1	80	86
Corea (República Popular Democrática de)	25,9	0,5	19,8	13,6	21,0	70,6	9,6	1,9	69	76
Costa Rica	5,1	1,0	20,6	13,9	21,6	68,8	10,6	1,7	78	83
Côte d'Ivoire	27,1	2,5	41,4	23,0	32,6	55,7	2,9	4,5	57	60
Croacia	4,1	-0,6	14,5	10,0	15,6	63,9	21,7	1,4	76	82
Cuba	11,3	0,0	15,7	10,9	17,0	68,1	16,2	1,6	77	81
Curaçao ¹	0,2	0,5	17,8	13,0	19,0	64,0	18,2	1,7	76	82
Dinamarca ⁸	5,8	0,4	16,3	11,6	17,9	63,4	20,3	1,8	79	83
Djibouti	1,0	1,6	28,6	18,0	27,0	66,6	4,8	2,6	66	70
Dominica	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	17,9	1,7	27,2	17,4	26,2	65,0	7,8	2,4	75	80
Egipto	104,3	2,0	33,8	18,2	26,3	60,7	5,4	3,2	70	75
El Salvador	6,5	0,5	26,3	17,6	27,1	64,9	8,8	2,0	69	78
Emiratos Árabes Unidos	10,0	1,3	14,9	9,1	16,5	83,7	1,4	1,4	78	80
Eritrea	3,6	1,2	40,7	24,5	32,6	54,8	4,5	3,9	65	69
Eslovaquia	5,5	0,1	15,6	10,1	15,2	67,2	17,2	1,5	74	81
Eslovenia	2,1	0,1	15,1	9,6	14,2	63,6	21,3	1,6	79	84
España ⁹	46,7	0,0	14,2	10,2	15,0	65,5	20,3	1,4	81	86
Estados Unidos de América ¹⁰	332,9	0,6	18,2	12,7	19,4	64,7	17,0	1,8	76	82
Estonia	1,3	0,2	16,5	10,7	14,9	62,8	20,8	1,6	75	83
Eswatini	1,2	1,0	37,0	23,7	33,4	59,0	4,0	2,9	57	66
Etiopía	117,9	2,6	39,6	23,1	33,3	56,9	3,6	4,0	65	69
Federación Rusa	145,9	0,1	18,5	10,8	15,3	65,5	16,0	1,8	67	78
Filipinas	111,0	1,4	29,5	19,4	28,6	64,7	5,7	2,5	68	76
Finlandia ⁹	5,5	0,2	15,6	11,0	16,6	61,4	23,0	1,4	80	85
Fiji	0,9	0,6	28,9	17,7	25,6	65,1	6,0	2,7	66	70
Francia ¹⁰	65,4	0,3	17,5	12,1	17,8	61,4	21,1	1,8	80	86
Gabón	2,3	2,7	37,4	19,2	27,1	59,1	3,5	3,8	65	69
Gambia	2,5	2,9	43,8	23,1	32,4	53,7	2,5	5,0	61	64
Georgia ¹³	4,0	-0,2	20,3	12,1	17,8	64,2	15,6	2,0	70	78
Ghana	31,7	2,2	36,9	21,3	30,4	59,9	3,2	3,7	63	66
Granada	0,1	0,5	23,8	14,4	21,8	66,2	10,0	2,0	70	75
Grecia	10,4	-0,4	13,4	10,2	15,3	63,9	22,6	1,3	80	85
Guadalupe ¹⁴	0,4	0,0	18,2	14,2	21,5	61,9	19,9	2,1	79	86
Guam ¹⁵	0,2	0,8	23,6	15,8	24	65,5	10,9	2,3	77	84
Guatemala	18,2	1,9	32,9	21,2	31,3	62,0	5,1	2,7	72	78
Guyana	0,8	0,5	27,5	18,1	27,8	65,2	7,3	2,4	67	73

Indicadores demográficos

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 19 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Tasa total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años (2021)	
	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	hombres	mujeres
Guyana Francesa ¹⁴	0,3	2,7	31,7	19,0	27,6	62,5	5,8	3,2	77	83
Guinea	13,5	2,8	42,7	24,2	34,1	54,3	3	4,5	61	63
Guinea Ecuatorial	1,4	3,7	36,8	19,4	29,2	60,8	2,4	4,3	58	61
Guinea-Bissau	2	2,5	41,7	22,9	32,1	55,4	2,9	4,3	57	61
Haití	11,5	1,3	32,1	20,4	29,7	62,6	5,3	2,8	62	67
Honduras	10,1	1,7	30,1	20,4	30,6	64,8	5,1	2,4	73	78
Hungría	9,6	-0,2	14,5	10	15,2	65	20,6	1,5	74	81
India	1393,40	1	25,8	18	26,9	67,4	6,8	2,2	69	71
Indonesia	276,4	1,1	25,6	16,8	25,1	67,9	6,5	2,2	70	74
Iraq	41,2	2,5	37,3	21,6	31,1	59,2	3,5	3,5	69	73
Irán (República Islámica del)	85	1,4	24,8	14,1	20,5	68,4	6,8	2,1	76	78
Irlanda	5	1,2	20,5	13,8	19,7	64,6	14,9	1,8	81	84
Islandia	0,3	0,7	19,2	13,2	19,5	64,8	16,1	1,7	82	85
Islas Salomón	0,7	2,6	39,9	21,7	30,6	56,4	3,7	4,3	72	75
Islas Turcas y Caicos	0	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes de los Estados Unidos ¹⁴	0,1	-0,1	18,9	13,4	19,6	59,9	21,1	2	78	83
Israel	8,8	1,6	27,7	16,3	23,6	59,7	12,6	3	82	85
Italia	60,4	0	12,8	9,5	14,4	63,6	23,6	1,3	82	86
Jamaica	3	0,5	23,1	15,5	24,1	67,6	9,3	1,9	73	76
Japón	126,1	-0,2	12,3	8,9	13,6	59	28,7	1,4	82	88
Jordania	10,3	1,9	32,1	21,3	30,5	63,9	4	2,6	73	77
Kazajstán	19	1,3	29,2	15,2	20,8	62,7	8,2	2,7	70	78
Kenya	55	2,3	38	23,6	33,4	59,4	2,6	3,3	65	70
Kirguistán	6,6	1,8	32,6	17,3	24,9	62,5	4,9	2,9	68	76
Kiribati	0,1	1,5	35,8	20	28,8	59,8	4,3	3,5	65	73
Kuwait	4,3	2,1	21,1	13,1	18,5	75,5	3,4	2,1	75	77
Lesotho	2,2	0,8	32,1	19,7	29,1	62,8	5	3	52	59
Letonia	1,9	-1,1	16,8	10,2	13,7	62,2	21	1,7	71	80
Líbano	6,8	0,9	24,5	16,3	24,8	67,6	7,9	2	77	81
Liberia	5,2	2,5	40	23,2	32,4	56,6	3,4	4,1	63	66
Libia	7	1,4	27,4	17,4	25,2	68	4,6	2,1	70	76
Lituania	2,7	-1,5	15,6	9	13,7	63,3	21,1	1,7	71	82
Luxemburgo	0,6	2	15,6	10,5	16,8	69,8	14,6	1,4	81	85
Macedonia del Norte	2,1	0	16,2	11,1	17,2	68,9	14,9	1,5	74	78
Madagascar	28,4	2,7	39,8	22,7	32,4	57	3,2	3,9	66	69
Malasia ¹⁷	32,8	1,3	23,3	15,5	24,1	69,3	7,4	1,9	75	79
Malawi	19,6	2,7	42,5	24,7	34,4	54,8	2,7	4	62	68
Maldivas	0,5	3,4	19,8	11,3	19,3	76,4	3,8	1,8	78	81
Mali	20,9	3	46,7	24,8	33,7	50,8	2,5	5,6	59	61
Malta	0,4	0,4	14,4	9,3	14,7	63,8	21,8	1,5	81	85
Marruecos	37,3	1,3	26,5	16,5	24,2	65,6	7,9	2,3	76	78
Martinica ¹⁴	0,4	-0,2	15,5	12,2	18,8	62,2	22,3	1,8	80	86
Mauricio ¹⁸	1,3	0,2	16,4	13,4	20,7	70,6	13	1,4	72	79
Mauritania	4,8	2,8	39,5	21,7	30,6	57,3	3,2	4,4	64	67
México	130,3	1,1	25,5	17,2	25,6	66,7	7,8	2,1	72	78
Micronesia (Estados Federados de)	0,1	1,1	31	19,9	29,8	64,4	4,6	2,9	66	70
Moldova (República de) ¹⁹	4	-0,2	15,8	10,5	16,2	71,2	13,0	1,3	68	76

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 19 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Tasa total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años (2021)	
	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	hombres	mujeres
Mongolia	3,3	1,8	31,2	15,8	22,4	64,3	4,5	2,8	66	75
Montenegro	0,6	0,0	18,0	12,4	18,9	65,9	16,2	1,7	75	80
Mozambique	32,2	2,9	43,8	24,2	33,6	53,3	2,9	4,6	59	65
Myanmar	54,8	0,6	25,1	17,9	26,7	68,4	6,5	2,1	64	71
Namibia	2,6	1,9	36,7	20,8	30,2	59,7	3,6	3,2	61	67
Nepal	29,7	1,5	28,1	20,3	31,2	66,0	5,9	1,8	70	73
Nicaragua	6,7	1,3	29,1	18,6	27,3	65,0	5,9	2,3	71	78
Níger	25,1	3,8	49,5	24,4	33,1	47,9	2,6	6,6	62	64
Nigeria	211,4	2,6	43,3	23,2	32,0	53,9	2,8	5,2	54	56
Noruega ²⁰	5,5	0,8	17,1	11,9	18,3	65,1	17,8	1,7	81	85
Nueva Caledonia ¹⁴	0,3	1,0	21,7	15,0	23,2	68,3	10,0	1,9	75	81
Nueva Zelanda ¹⁸	4,9	0,9	19,3	13,0	19,5	64,0	16,7	1,9	81	84
Omán	5,2	3,6	22,9	11,1	17,1	74,5	2,6	2,7	77	81
Países Bajos ¹⁶	17,2	0,2	15,5	11,3	17,2	64	20,5	1,7	81	84
Pakistán	225,2	2,0	34,6	20,4	29,7	61,0	4,4	3,3	67	69
Palestina ²⁰	5,2	2,4	38,0	21,8	31,4	58,8	3,3	3,4	73	76
Panamá	4,4	1,7	26,2	16,7	24,8	65	8,8	2,4	76	82
Papua Nueva Guinea	9,1	2,0	34,8	21,3	30,7	61,5	3,7	3,4	64	66
Paraguay	7,2	1,3	28,6	18,5	27,8	64,4	7,0	2,4	72	77
Perú	33,4	1,6	24,7	15,5	23,1	66,4	9,0	2,2	75	80
Polinesia Francesa ¹⁴	0,3	0,6	22,0	15,5	23,1	68,6	9,4	1,9	76	80
Polonia	37,8	-0,1	15,2	9,9	14,9	65,4	19,4	1,5	75	83
Portugal	10,2	-0,3	12,9	9,9	15,2	64,0	23,1	1,3	79	85
Puerto Rico ¹⁵	2,8	-3,3	14,9	14,1	19,4	63,9	21,3	1,2	77	84
Qatar	2,9	2,3	13,7	8,4	16,5	84,5	1,9	1,8	79	82
Reino Unido ²³	68,2	0,6	17,6	11,4	17,3	63,5	18,8	1,7	80	83
República Árabe Siria	18,3	-0,6	30,7	18,3	27,1	64,4	4,9	2,7	71	79
República Centroafricana	4,9	1,4	43,0	26,1	36,3	54,1	2,8	4,5	52	56
República Democrática Popular Lao	7,4	1,5	31,6	20,0	29,3	64,0	4,4	2,5	67	70
República Dominicana	11,0	1,1	27,2	17,7	26,2	65,1	7,8	2,3	71	78
Reunión ¹⁴	0,9	0,7	22,0	15,3	22,6	64,8	13,2	2,2	78	84
Rwanda	13,3	2,6	39,2	22,3	31,5	57,5	3,2	3,9	67	72
Rumania	19,1	-0,7	15,5	10,8	16,1	64,9	19,7	1,6	73	80
Sáhara Occidental	0,6	2,5	26,9	16,5	24,8	69,5	3,6	2,3	69	73
Saint Kitts y Nevis	0,1	0,8	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	0,2	0,5	37,1	21,2	29,5	57,7	5,2	3,7	72	76
San Marino	0,0	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	0,1	0,3	21,6	15,4	23,8	68,3	10,2	1,8	71	75
Santa Lucía	0,2	0,5	17,7	12,8	21,2	71,7	10,6	1,4	75	78
Santo Tomé y Príncipe	0,2	1,9	41,3	24,7	33,5	55,6	3,1	4,2	68	73
Senegal	17,2	2,8	42,3	23,2	32,3	54,6	3,1	4,4	66	70
Serbia ²⁴	8,7	-0,3	15,2	11,3	17,3	65,4	19,4	1,4	74	79
Seychelles	0,1	0,7	23,7	14,3	20,6	67,9	8,4	2,4	70	78
Sierra Leona	8,1	2,1	40,0	23,4	32,8	57,1	2,9	4,0	55	56
Singapur	5,9	0,9	12,4	8,4	14,8	73,3	14,3	1,2	82	86
San Martín ¹	0,0	1,4	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	16,4	2,8	46	24,6	34,3	51,1	2,9	5,8	56	60

Indicadores demográficos

Países, territorios y otras áreas	POBLACIÓN	CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN	COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN					FECUNDIDAD	ESPERANZA DE VIDA	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje	Población de 0 a 14 años, en porcentaje	Población de 10 a 19 años, en porcentaje	Población de 10 a 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de 65 años en adelante, en porcentaje	Tasa total de fecundidad, por mujer	Esperanza de vida al nacer, en años (2021)	
	2021	2015–2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	hombres	mujeres
Sri Lanka	21,5	0,5	23,4	15,8	22,7	64,9	11,6	2,2	74	81
Sudáfrica	60,0	1,4	28,6	17,7	25,8	65,8	5,6	2,3	61	68
Sudán	44,9	2,4	39,5	23,0	32,5	56,8	3,7	4,2	64	68
Sudán del Sur	11,4	0,9	41,1	23,0	32,5	55,6	3,4	4,5	57	60
Suecia	10,2	0,7	17,7	11,3	16,5	61,9	20,5	1,8	81	85
Suiza	8,7	0,8	15	9,7	15,1	65,6	19,4	1,6	82	86
Suriname	0,6	1,0	26,4	17,3	25,6	66,3	7,3	2,3	69	75
Tailandia	70,0	0,3	16,3	12,0	18,7	70,2	13,5	1,5	74	81
Tanzania (República Unida de) ²⁵	61,5	3,0	43,3	23,6	32,5	54,0	2,7	4,7	64	68
Tayikistán	9,7	2,4	37,4	19,0	27,4	59,3	3,3	3,5	69	74
Timor-Leste (República Democrática de)	1,3	1,9	36,6	22,8	32,7	59,1	4,3	3,8	68	72
Togo	8,5	2,5	40,3	23,1	32,2	56,8	2,9	4,1	61	63
Tonga	0,1	1,0	34,4	22,1	31,5	59,7	6,0	3,4	69	73
Trinidad y Tabago	1,4	0,4	19,8	13,4	19,4	68,3	11,9	1,7	71	76
Túnez	11,9	1,1	24,2	14,0	20,8	66,6	9,2	2,1	75	79
Turkmenistán	6,1	1,6	30,6	17,0	24,5	64,4	5,0	2,7	65	72
Turquía	85,0	1,4	23,6	15,9	23,9	67,1	9,3	2,0	75	81
Tuvalu	0,0	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania ²⁶	43,5	-0,5	15,9	10,3	15,1	66,8	17,3	1,4	67	77
Uganda	47,1	3,6	45,5	25,0	34,6	52,4	2,0	4,6	62	66
Uruguay	3,5	0,4	20,2	13,6	20,9	64,5	15,3	1,9	74	82
Uzbekistán	33,9	1,6	28,7	16,4	24,4	66,2	5,0	2,4	70	74
Vanuatu	0,3	2,5	38,2	21,9	30,3	58,2	3,6	3,7	69	72
Venezuela (República Bolivariana de)	28,7	-1,1	26,5	18,2	25,9	65,3	8,2	2,2	68	76
Viet Nam	98,2	1,0	23,2	14,0	20,7	68,6	8,2	2,0	72	80
Yemen	30,5	2,4	38,4	22,6	32,2	58,6	3,0	3,5	65	68
Zambia	18,9	2,9	43,6	24,7	34,3	54,3	2,2	4,4	61	68
Zimbabwe	15,1	1,5	41,3	24,2	33,6	55,6	3,1	3,4	60	63

NOTAS

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

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

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

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

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

Población de 10 a 19 años, en porcentaje: proporción de la población de 10 a 19 años.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje: proporción de la población de 10 a 24 años.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje: proporción de la población de 15 a 64 años.

Población de 65 años en adelante, en porcentaje: proporción de la población de 65 años en adelante.

Tasa total de fecundidad: número de nacimientos por mujer en caso de que viva hasta el final de su edad fértil y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo etario, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Esperanza de vida al nacer: número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalecientes en una muestra representativa de la población.

FUENTES DE DATOS MÁS IMPORTANTES

Población total: División de Población de las Naciones Unidas.

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

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

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

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

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

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

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

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

La edición de 2021 del *Estado de la Población Mundial* incluye indicadores que reflejan el avance hacia los objetivos del Marco de Medidas para el Seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en las esferas de la salud materna, el acceso a la educación y la salud sexual y reproductiva. Además, en los cuadros figuran diversos indicadores demográficos. Los cuadros estadísticos respaldan el trabajo del UNFPA centrado en el avance y la obtención de resultados para conseguir un mundo donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo.

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

Los cuadros estadísticos se basan en encuestas de hogares representativas en el ámbito nacional, como las encuestas demográficas y de salud (EDS) y las encuestas a base de indicadores múltiples (MICS, por sus siglas en inglés), estimaciones de organizaciones de las Naciones Unidas y estimaciones interinstitucionales. También incluyen las estimaciones de población más recientes y proyecciones de *World Population Prospects: The 2019 revision* y “Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020” (División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). Los datos van acompañados de definiciones, fuentes y notas. Por lo general, los cuadros estadísticos que se incluyen en el *Estado de la Población Mundial 2021* recogen la información disponible hasta enero de 2021.

Seguimiento de los avances hacia los objetivos de la CIPD

Salud sexual y reproductiva

Razón de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos) y rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior y superior (2017).

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

Partos atendidos por personal de salud cualificado, en porcentaje (2014–2019).

Fuente: Base de datos mundial conjunta sobre asistencia cualificada durante el parto, 2020, UNICEF y OMS. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la base de datos mundial conjunta. Los datos de partos atendidos por profesionales sanitarios (personal médico, de enfermería o de partería) indican el porcentaje de partos con atención de personal capacitado para proporcionar atención obstétrica que salva vidas, incluida la necesaria supervisión, atención e instrucción a las mujeres durante el embarazo, el parto y el período de posparto; para atender el parto sin ayuda y por sí mismos; y para cuidar a los recién nacidos (indicador 3.1.2 de los ODS). No se incluye a las parteras tradicionales, aun cuando hayan recibido un breve curso de capacitación.

Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados (2018).

Fuente: ONUSIDA. Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes/año no infectados (indicador 3.3.1 de los ODS).

Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, cualquier método (2021).

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. Estos datos indican la proporción del total de mujeres en edad fértil y de mujeres casadas (así como las mujeres que viven en unión libre) que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo.

Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años, métodos modernos (2021).

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo moderno. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. Estos datos indican la proporción del total de mujeres en edad fértil y de mujeres casadas (así como las mujeres que viven en unión libre) que actualmente utilizan cualquier tipo de método anticonceptivo moderno. Entre los métodos modernos figuran la esterilización masculina y femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), las píldoras anticonceptivas, los productos inyectables, los implantes hormonales, los preservativos y los métodos de barrera femeninos.

Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años (2021).

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que desean impedir o retrasar la maternidad pero no emplean un método anticonceptivo. Las estimaciones a partir de modelos se basan en los datos que se obtienen de los resultados de encuestas por muestreo. No se considera que las mujeres que recurren a métodos anticonceptivos tradicionales tengan una necesidad insatisfecha de planificación familiar. Se asume que todas las mujeres o todas aquellas casadas o en uniones libres son sexualmente activas y corren el riesgo de quedarse embarazadas. La suposición de que la exposición a este riesgo es universal para todas las mujeres o todas aquellas casadas o en uniones libres puede traducirse en unas estimaciones inferiores

a los riesgos reales de la población expuesta. Tal vez sea posible que, al aumentar el uso de anticonceptivos, también aumente la necesidad insatisfecha de planificación familiar, sobre todo cuando los niveles de uso de anticonceptivos son bajos. Por lo tanto, es necesario interpretar ambos indicadores de manera conjunta.

Porcentaje de la demanda de planificación familiar satisfecha mediante métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años (2021).

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de demanda total de planificación familiar entre mujeres de 15 a 49 años de edad satisfecho mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos (indicador 3.7.1 de los ODS). El uso de anticonceptivos modernos dividido entre la demanda total de planificación familiar. La demanda total de planificación familiar corresponde a la suma del uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de planificación familiar.

Leyes y normas que garantizan el acceso a atención, información y educación en materia de salud sexual y reproductiva (2019).

Fuente: UNFPA. La medida en que los países cuentan con leyes y reglamentos a escala nacional que garantizan a hombres y mujeres de 15 años y mayores un acceso pleno y en pie de igualdad a servicios de salud sexual y reproductiva y a información y educación en la materia (indicador 5.6.2 de los ODS).

Género, derechos y capital humano

Tasa de natalidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años (2003-2018).

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Número de partos por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años (indicador 3.7.2 de los ODS). La tasa de natalidad adolescente representa el riesgo de tener hijos entre las niñas adolescentes de 15 a 19 años. A los fines del registro civil, las tasas están sujetas a limitaciones que dependen del grado de exhaustividad de los registros de nacimientos, la forma en que se inscriban los niños y niñas nacidos vivos pero que mueren antes del registro o dentro de las primeras 24 horas de vida, la calidad de la información proporcionada con respecto a la edad de la madre y la inclusión de nacimientos en períodos anteriores. Es posible que estas limitaciones afecten a las estimaciones de la población, al representar erróneamente las edades y la cobertura. En lo que respecta a datos de encuestas y censos, tanto el numerador como el denominador corresponden a la misma población. Las principales limitaciones atañen a información errónea sobre edades, omisiones de partos, información errónea sobre la fecha de nacimiento de los niños y niñas, y variabilidad en las técnicas de muestreo, cuando se trata de encuestas.

Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje (2005-2019).

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

Prevalencia de la mutilación genital femenina en niñas de 15 a 19 años, en porcentaje (2004-2018).

Fuente: UNFPA. Porcentaje de niñas de 15 a 19 años sometidas a la mutilación genital femenina (indicador 5.3.2 de los ODS).

Violencia de pareja en los últimos 12 meses, en porcentaje (2000-2019).

Fuente: UNFPA. Estimaciones regionales y mundiales elaboradas por el Grupo Interinstitucional de Estimaciones y Datos sobre la Violencia contra la Mujer (OMS, ONU-Mujeres, UNICEF, División de Estadística de las Naciones Unidas, UNODC y UNFPA). Porcentaje de mujeres y niñas de 15 a 49 años que han sufrido violencia física o sexual a manos de su pareja en los últimos 12 meses (indicador 5.2.1 de los ODS).

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje (2007-2020).

Fuente: UNFPA. Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años casadas (o en unión libre) que toman sus propias decisiones en las tres esferas siguientes: su atención de salud, el uso de anticonceptivos y las relaciones sexuales con la pareja (indicador 5.6.1 de los ODS). En el momento de imprimir este informe, se publicaron datos actualizados sobre este indicador de los ODS. Las cifras actualizadas están disponibles en: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>.

Tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria, en porcentaje (2010-2020).

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

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en la enseñanza primaria (2010-2020).

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

Tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje (2010-2019).

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Número total de estudiantes del grupo de edad oficial para concurrir al primer ciclo de la enseñanza secundaria matriculados en cualquier nivel de enseñanza, expresado como porcentaje de la población correspondiente.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria (2010-2019).

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la tasa neta de matriculación total en el primer ciclo de la enseñanza secundaria.

Tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria, en porcentaje (2009-2019).

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Número total de estudiantes del grupo de edad oficial para concurrir al segundo ciclo de la enseñanza secundaria matriculados en cualquier nivel de enseñanza, expresado como porcentaje de la población correspondiente.

Índice de paridad de género, tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria (2009-2019).

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la tasa neta de matriculación total en el segundo ciclo de la enseñanza secundaria.

Indicadores demográficos

Población

Población total, en millones (2021).

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Crecimiento de la población

Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje (2015-2020).

Fuente: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Tasa media de crecimiento exponencial de la población en un período dado, basada en las proyecciones según la variante media.

Composición de la población

Población de 0 a 14 años, en porcentaje (2021).

Fuente: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas
Proporción de la población de 0 a 14 años.

Población de 10 a 19 años, en porcentaje (2021).

Fuente: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 10 a 19 años.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje (2021).

Fuente: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 10 a 24 años.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje (2021).

Fuente: Cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Proporción de la población de 15 a 64 años.

Clasificación por regiones

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

Región de los Estados Árabes

Argelia, Djibouti, Egipto, Estado de Palestina, Iraq, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez y Yemen.

Región de Asia y el Pacífico

Afganistán, Bangladesh, Bhután, Camboya, China, Fiji, Filipinas, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Maldivas, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistán, Palau, Papua Nueva Guinea, República Democrática de Timor-Leste, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Samoa, Sri Lanka, Tailandia, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y Viet Nam.

Región de Europa Oriental y Asia Central

Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Macedonia del Norte, República de Moldova, Serbia, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania y Uzbekistán.

Región de África Oriental y Meridional

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

Región de América Latina y el Caribe

Anguila, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curaçao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

Población de 65 años en adelante, en porcentaje (2021).

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

Fecundidad

Tasa total de fecundidad, por mujer (2021).

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas.
Número de nacimientos por mujer en caso de que viva hasta el final de su edad fértil y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo etario, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Esperanza de vida

Esperanza de vida al nacer, en años (2021).

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

Región de África Occidental y Central

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

La expresión regiones más desarrolladas —que engloba las regiones de la DPNU para Europa, América del Norte, Australia y Nueva Zelandia, y el Japón— solo tiene una finalidad estadística y no implica juicio alguno sobre la etapa de desarrollo alcanzada por cualquier país o región.

La expresión regiones menos desarrolladas —que engloba todas las regiones de la DPNU para África, Asia (salvo el Japón), América Latina y el Caribe, Melanesia, Micronesia y Polinesia— solo tiene una finalidad estadística y no implica juicio alguno sobre la etapa de desarrollo alcanzada por cualquier país o región.

Los países menos adelantados, según la definición de la Asamblea General de las Naciones Unidas en sus resoluciones (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55, 67/L.43, 64/295 y 68/18), los conformaban 47 países (en diciembre de 2018): 33 en África, 9 en Asia, 4 en Oceanía y 1 en América Latina y el Caribe: Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Chad, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Islas Salomón, Kiribati, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática de Timor-Leste, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Togo, Tuvalu, Uganda, Vanuatu, Yemen y Zambia. Estos países también se incluyen en las regiones menos desarrolladas. Podrá encontrar más información en: <http://unohrrls.org/about-ldcs/>.

Referencias

- African Union, 2003. *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*. Website: au.int/sites/default/files/treaties/37077-treaty-charter_on_rights_of_women_in_africa.pdf, accessed 18 November 2020.
- African Union, 1990. *African Charter on the Rights and Welfare of the Child*. Website: un.org/en/africa/osaa/pdf/au/afr_charter_rights_welfare_child_africa_1990.pdf, accessed 18 November 2020.
- African Union, 1981. *African Charter on Human and Peoples' Rights (Banjul Charter)*. Website: achpr.org/legalinstruments/detail?id=49, accessed 18 November 2020.
- Agot, Kawango E. and others, 2010. "Widow Inheritance and HIV Prevalence in Bondo District, Kenya." *PLOS One* 5(11): e14028.
- Akhmetova, Anna and others, 2020. "Understanding Successful Legal Reform for Women's Economic Empowerment: A Case Study Analysis." The Bush School of Government and Public Service, Texas A&M University. Website: bush.tamu.edu/wp-content/uploads/2020/07/WPS2020CapstoneFullReport.pdf, accessed 29 December 2020.
- Amnesty International UK, 2020. "Sexual Violence in Algeria, Tunisia and Morocco." Website: amnesty.org.uk/sexual-violence-algeria-tunisia-and-morocco, 18 May 2020.
- Arthur, Megan and others, 2018. "Child Marriage Laws Around the World: Minimum Marriage Age, Legal Exceptions, and Gender Disparities." *Journal of Women, Politics & Policy* 39(1): 51-74.
- ASEAN (Association of Southeast Asian Nations), 2012. *ASEAN Human Rights Declaration*. Website: asean.org/storage/images/ASEAN_RTK_2014/6_AHRD_Booklet.pdf, accessed 18 November 2020.
- Assaf, Shireen and Lwendo Moonzwe Davis, 2018. "Does Men's Involvement Improve the Health Outcomes of Their Partners and Children?" DHS Analytical Studies No. 64. Rockville, Maryland, USA: ICF.
- Bearak, Jonathan and others, 2020. "Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion: Estimates from a Comprehensive Model for 1990-2019." *The Lancet Global Health* 8(9): e1152-e1161.
- Berg, Rigmor C. and Eva Denison, 2013. "A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review." *Health Care for Women International* 34(10): 837-859.
- Bernstein, Carolyn A., 2018. "Take Control of Your Health Care (Exert Your Patient Autonomy)." Harvard Health Blog. Website: health.harvard.edu/blog/take-control-of-your-health-care-exert-your-patient-autonomy-2018050713784, accessed 29 December 2020.
- Cabral, Mauro, 2015. "Statement from GATE - Global Action for Trans* Equality." *Reproductive Health Matters* 23(46): 196.
- Clapham, Andrew, 2015. *Human Rights: A Very Short Introduction*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Committee on Adolescence, 2017. "The Adolescent's Right to Confidential Care When Considering Abortion." *Pediatrics* 139(2): e20163861.
- Council of Europe, 1950. *European Convention on Human Rights*. Website: echr.coe.int/documents/convention_eng.pdf, accessed 18 November 2020.
- Coyne, Imelda and Maria Harder, 2011. "Children's Participation in Decision-Making: Balancing Protection with Shared Decision-Making Using a Situational Perspective." *Journal of Child Health Care* 15(4): 312-319.
- Data2x, 2020. "Mapping Gender Data Gaps: An SDG Era Update." Website: data2x.org/resource-center/mappinggenderdatagaps/, accessed 29 December 2020.
- Data2x, 2020a. "Why the Action Coalition on Bodily Autonomy and Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Must Call for Investment in Gender Data." Website: data2x.org/wp-content/uploads/2020/09/AC-Brief_BodilyAutonomyandSRHR.pdf, accessed 29 December 2020.
- Dennis, Amanda and others, 2009. *The Impact of Laws Requiring Parental Involvement for Abortion: A Literature Review*. New York, USA: Guttmacher Institute.
- Dhillon, Amrit, 2018. "'Death by Dowry' Claim by Bereaved Family in India." London, UK: *The Guardian*, 18 July 2018. Website: theguardian.com/global-development/2018/jul/18/death-by-dowry-claim-by-bereaved-family-in-india, accessed 15 January 2021.
- Disabled World, 2012. "People with Disabilities and Sexual Assault." Website: disabled-world.com/disability/sexuality/assaults.php#ixzz2SXMEQWra, accessed 13 November 2020.

- ECtHR (European Court of Human Rights), 2010. *Ternovszky v. Hungary* (application no. 67545/09). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{\"itemid\":\[\"001-102254\"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{\), accessed 18 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 2007. *Evans v. The United Kingdom* (application no. 6339/05). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{\"itemid\":\[\"001-80046\"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{\), accessed 19 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 2002. *Pretty v The United Kingdom* (application no. 2346/02). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{\"itemid\":\[\"001-60448\"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{\), accessed 18 November 2020.
- ECtHR (European Court of Human Rights), 1997. *Laskey and Others v. The United Kingdom* (application no. 21627/93; 21628/93; 21974/93). Website: [hudoc.echr.coe.int/eng#{\"itemid\":\[\"001-58021\"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/eng#{\), accessed 18 November 2020.
- Equality Now, 2017. *The World's Shame: The Global Rape Epidemic*. New York, Nairobi, London: Equality Now.
- Esterhuizen, Tashwill, 2019. \"Decriminalisation of Consensual Same-Sex Sexual Acts and the Botswana Constitution: Letsweletse Motshidiemang v The Attorney-General (LEGABIBO as Amicus Curiae).\" *African Human Rights Law Journal* 19(2): 843-861.
- European Union, 2012. *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Website: eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT, accessed 18 November 2020.
- Fahmida, Rokeya and Philippe Doneys, 2013. \"Sexual Coercion Within Marriage in Bangladesh.\" *Women's Studies International Forum* 38: 117-124.
- Gamal, Eldin and others, 2018. \"FGM/C Decision-Making Process and the Role of Gender Power Relations in Sudan.\" In *Evidence to End FGM/C: Research to Help Girls and Women Thrive*. New York, USA: Population Council.
- Ganatra, Bela and others, 2017. \"Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model.\" *Lancet* 390(10110): 2372-2381.
- Gerdt, Caitlin and others, 2015. \"Denial of Abortion in Legal Settings.\" *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 41: 161-163.
- Gibbs, Andrew and others, 2019. \"Factors Associated with 'Honour' Killings in Afghanistan and the Occupied Palestinian Territories: Two Cross-Sectional Studies.\" *PLoS One* 14(8): e0219125.
- Global Commission on HIV and the Law, 2012. *HIV and the Law: Risks, Rights and Health*. New York, USA: United Nations Development Programme. Website: undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/hiv-and-the-law--risks--rights---health.html, accessed 18 November 2020.
- Grace, Karen Trister and Christina Fleming, 2016. \"A Systematic Review of Reproductive Coercion in International Settings.\" *World Medical & Health Policy* 8(4): 382-408.
- Gruskin, Sofia and Daniel Tarantola, 2002. Health and Human Rights. In *Oxford Textbook of Public Health, 4th edn*, Roger Detels and others, eds. Oxford, UK: Oxford University Press; pp 311, 322.
- Habibov, Nazim and others, 2017. \"Understanding Women's Empowerment and its Determinants in Post-Communist Countries: Results of Azerbaijan National Survey.\" *Women's Studies International Forum* 62: 125-135.
- Hague, Gill and others, 2011. \"Bride Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study.\" *Women's Studies International Forum* 34(6): 550-561.
- Harrell, Erika, 2017. *Crimes Against Persons with Disabilities, 2009-2015 - Statistical Tables*. Washington, DC, USA: Bureau of Justice Statistics, Department of Justice.
- Hasday, Jill E., 2000. \"Contest and Consent: A Legal History of Marital Rape.\" *California Law Review* 88: 1373.
- Hattori, Megan Klein and Laurie DeRose, 2008. \"Young Women's Perceived Ability to Refuse Sex in Urban Cameroon.\" *Studies in Family Planning* 39(4): 309-320.
- Heidari, Shirin, 2015. \"Sexual Rights and Bodily Integrity as Human Rights.\" *Reproductive Health Matters* 23(46): 1-6.
- Hogan, Daniel R. and others, 2017. \"Monitoring Universal Health Coverage Within the Sustainable Development Goals: Development and Baseline Data for an Index of Essential Health Services.\" *The Lancet Global Health* 6(2): E152-168.
- Howard, Natasha and others, 2017. \"What Works for Human Papillomavirus Vaccine Introduction in Low and Middle-Income Countries?\" *Papillomavirus Research* 4: 22-25.
- IACTHR (Inter-American Court of Human Rights), 2014. *Espinoza Gonzales v. Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_289_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- IACTHR (Inter-American Court of Human Rights), 2013. *J. v. Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_275_ing.pdf, accessed 18 November 2020.

- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2010. *Fernández Ortega et al v. Mexico*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_215_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- IACtHR (Inter-American Court of Human Rights), 2006. *Miguel Castro Castro Prison v Peru*. Website: corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_160_ing.pdf, accessed 18 November 2020.
- ICRC (International Committee of the Red Cross), 2020. "Addressing Internal Displacement in Times of Armed Conflict and Other Violence." Website: icrc.org/en/publication/0867-internally-displaced-humanitarian-response-internally-displaced-people-armed, accessed 25 February 2021.
- ILGA World (International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association), 2020. *State-Sponsored Homophobia: Global Legislation Overview Update*. Geneva, Switzerland: ILGA.
- IPPF and UNFPA (International Planned Parenthood Federation and United Nations Population Fund), 2017. "Global Sexual and Reproductive Health Service Package for Men and Adolescent Boys." London, UK: IPPF. Website: ippf.org/resource/global-sexual-and-reproductive-health-package-men-and-adolescent-boys, accessed 13 January 2021.
- Jewkes, Rachel and others, 2011. "The Relationship Between Intimate Partner Violence, Rape and HIV Amongst South African Men: A Cross-Sectional Study." *PLoS One* 6(9): e24256.
- Khosla, Rajat and others, 2017. "Gender Equality and Human Rights Approaches to Female Genital Mutilation: A Review of International Human Rights Norms and Standards." *Reproductive Health* 14(1): 59.
- Kriel, Yolande and others, 2019. "Male Partner Influence on Family Planning and Contraceptive Use: Perspectives from Community Members and Healthcare Providers in KwaZulu-Natal, South Africa." *Reproductive Health* 16(1): 89.
- Kyegombe, Nambusi and others, 2014. "'SASA! is the Medicine that Treats Violence'. Qualitative Findings on how a Community Mobilisation Intervention to Prevent Violence Against Women Created Change in Kampala, Uganda." *Global Health Action* 7: 25082.
- Mabumba, E. D. and others, 2007. "Widow Inheritance and HIV in Rural Uganda." *Tropical Doctor* 37: 229-231.
- Maharjan, Binita and others, 2019. "Factors Influencing the Use of Reproductive Health Care Services among Married Adolescent Girls in Dang District, Nepal: A Qualitative Study." *BMC Pregnancy and Childbirth* 19: 152.
- Marí-Ytarte, Rosa and others, 2020. "Sex and Relationship Education for the Autonomy and Emotional Well-Being of Young People." *Frontiers in Psychology* 11: 1280.
- McCarthy, Bill and others, 2014. "Sex Work: A Comparative Study." *Archives of Sexual Behavior* 43(7): 1379-1390.
- McCarthy, Joe, 2017. "9 Reasons Why Dowries Are Horrible for Women: An Ugly and Corrosive System." *Global Citizen*, 6 June 2017. Website: globalcitizen.org/en/content/8-reasons-dowries-are-bad-for-women, accessed 13 November 2020.
- McCormick-Cavanagh, Conor, 2017. "New Tunisian Law Takes Long Stride Toward Gender Equality." *Al-Monitor*, 28 July 2017. Website: al-monitor.com/pulse/originals/2017/07/tunisia-new-law-women-protection-violence-rape-2018.html, accessed 28 December 2020.
- MIGS (Mediterranean Institute of Gender Studies), 2015. "Position Paper: Repositioning FGM as a Gender and Development Issue." Website: medinstgenderstudies.org/wp-content/uploads/endFGM-PositionPaper-EN-online.pdf, accessed 15 January 2020.
- Miller, Alice M. and Mindy Jane Roseman, eds, 2019. *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law*. Philadelphia, USA: University of Pennsylvania Press.
- Moore, Ann M. and others, 2007. "Coerced First Sex Among Adolescent Girls in Sub-Saharan Africa: Prevalence and Context." *African Journal of Reproductive Health* 11(3): 62-82.
- Nadimpally, Sarojini and others, 2016. "Commercial Surrogacy: A Contested Terrain in the Realm of Rights and Justice." Kuala Lumpur: Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW). Website: arrow.org.my/wp-content/uploads/2018/10/accessible%20pdf-9944/index.pdf, accessed 15 January 2021.
- November, Lucy and Jane Sandall, 2018. "'Just Because She's Young, It Doesn't Mean She Has To Die': Exploring the Contributing Factors to High Maternal Mortality in Adolescents in Eastern Freetown; A Qualitative Study." *Reproductive Health* 15: 31.
- Nussbaum, Martha, 2000. *Women and Human Development: The Capabilities Approach*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- OAS (Organization of American States), 1994. *Inter-American Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women ("Convention of Belem do Para")*. Website: oas.org/en/mesecvi/docs/belemdopara-english.pdf, accessed 18 November 2020.

OAS (Organization of American States), 1969. *American Convention on Human Rights, "Pact of San Jose", Costa Rica*. Website: oas.org/dil/access_to_information_American_Convention_on_Human_Rights.pdf, accessed 18 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2020. "Child, Early and Forced Marriage, Including in Humanitarian Settings." Website: ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/ChildMarriage.aspx, accessed 13 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2017. "Ending Violence and Discrimination against LGBTI Persons - LGBTI Core Group Ministerial Event." Website: ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22110&LangID=E, accessed 18 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2015. "Report of the High Commissioner for Human Rights on Discrimination and Violence against Individuals Based on Their Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/29/23. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/088/42/pdf/G1508842.pdf?OpenElement, accessed 28 December 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), 2005. "Background Conference Document." Website: www2.ohchr.org/SPdocs/CRPD/DGD21102009/OHCHR_BP_Legal_Capacity.doc, accessed 18 November 2020.

OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights), n.d. "What are Human Rights?" Website: ohchr.org/en/issues/pages/whatarehumanrights.aspx, accessed 23 December 2020.

Olson, Rose McKeon and Claudia García-Moreno, 2017. "Virginity Testing: A Systematic Review." *Reproductive Health* 14(1): 61.

O'Neil, Tam and Pilar Domingo, 2016. *Women and Power: Overcoming Barriers to Leadership and Influence*. London, UK: ODI.

O'Neil, Tam and others, 2014. *Progress on Women's Empowerment: From Technical Fixes to Political Action*. London, UK: ODI.

Pantuliano, Sara, 2020. "The Nairobi Summit, One Year On: The March for Women's Rights Continues." ODI, 12 November 2020. Website: odi.org/blogs/17541-nairobi-summit-one-year-march-women-s-rights-continues, accessed 22 December 2020.

Parcesepe, Angela M. and others, 2016. "Early Sex Work Initiation and Violence Against Female Sex Workers in Mombasa, Kenya." *Journal of Urban Health* 93(6): 1010-1026.

Park, Jeanna and others, 2016. "Reproductive Coercion: Uncloaking an Imbalance of Social Power." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 214(1): 71-78.

Patterson, Charlotte J. and Anthony R. D'Augelli, 2012. *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Pew Research Center, 2016. *Marriage Laws around the World*. Washington, DC, USA: Pew Research Center. Website: assets.pewresearch.org/wp-content/uploads/sites/12/2016/09/FT_Marriage_Age_Appendix_2016_09_08.pdf, accessed 18 November 2020.

Powell, Richard Antony and Mohamed Yussuf, 2021. "Medical Narrative and Religious Norm Driving Cut Type and Medicalization Changes in Female Genital Mutilation/Cutting in Somaliland." *Health Care for Women International* 4: 1-25.

Pryor, Emily Courey, 2020. "Why We're Optimistic About Gender Data after the 2020 Virtual UN World Data Forum." Data2x. Website: data2x.org/why-were-optimistic-about-gender-data-after-the-2020-virtual-un-world-data-forum/, accessed 29 December 2020.

PWN (Positive Women's Network), n.d. "Bodily Autonomy: A Framework to Guide Our Future." Website: pwn-usa.org/bodily-autonomy-framework/, accessed 22 December 2020.

RAINN (Rape, Abuse and Incest National Network), 2020. "Sexual Abuse of People with Disabilities." Website: rainn.org/articles/sexual-abuse-people-disabilities, accessed 13 November 2020.

Rajan, Dheepa, n.d. "Improving Budget Accountability in Health Through Government-Civil Society Collaboration: Insights from Mexico." Geneva, Switzerland: World Health Organization. Website: who.int/docs/default-source/health-financing/who-symposium-on-health-financing-for-uhc/session-3-1--rajan.pdf?sfvrsn=324849e7_2, accessed 18 November 2020.

Reis, Elizabeth, 2019. "Did Bioethics Matter? A History of Autonomy, Consent, and Intersex Genital Surgery." *Medical Law Review* 27(4): 658-674.

Richardson, Siane, 2020. "Marriage: A Get Out of Jail Free Card?" *International Journal of Law, Policy and the Family* 34(2): 168-190.

Roggeband, Conny and Andrea Krizsán, 2020. *Democratic Backsliding and the Backlash Against Women's Rights: Understanding the Current Challenges for Feminist Politics*. UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/06/discussion-paper-democratic-backsliding-and-the-backlash-against-womens-rights, accessed 29 December 2020.

- Roseman, Mindy Jane, 2020. "The Fruits of Someone Else's Labor: Gestational Surrogacy and the Promise of Human Rights in the 21st Century." In *The Cambridge Handbook on New Human Rights. Recognition, Novelty, Rhetoric*, Andreas von Arnould and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Salome, Nyambura and others, 2013. "Gender and Disability: Voices of Female Students with Disabilities on Gender-based Violence in Higher Education, Kenya." *International Journal of Education and Research* 1(4). Website: ijern.com/images/April-2013/36.pdf, accessed 12 January 2021.
- Santhya, K. G. and others, 2010. "Associations between Early Marriage and Young Women's Marital and Reproductive Health Outcomes: Evidence from India." *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 36(3): 132-139.
- Save the Children, 2020. Impact of COVID-19 on Protection and Education Among Children in Dadaab Refugee Camp, Kenya. Retrieved from <https://resourcecentre.savethechildren.net/library/impact-covid-19-protection-and-education-among-children-dadaab-refugee-camp-kenya-september>.
- Schneider, Madeline and Jennifer S. Hirsch, 2020. "Comprehensive Sexuality Education as a Primary Prevention Strategy for Sexual Violence Perpetration." *Trauma, Violence, & Abuse* 21(3): 439-455.
- Selby, Daniele, 2016. "Everything You Should Know About Honor Killings." *Global Citizen*, 21 July 2016. Website: globalcitizen.org/en/content/honor-based-violence-killings-women-girls-pakistan, accessed 23 December 2020.
- Selbscholar, 2012. "The Middle East's Rape-Marriage Laws," Selbscholar: Law, Human Rights and Education in the Middle East, 18 July 2012. Website: selfscholar.wordpress.com/2012/07/18/the-middle-east-rape-marriage-laws.
- Sexual Rights Initiative, 2020. National Sexual Rights Law and Policy Database. Website: sexualrightsdatabase.org/page/welcome, accessed 18 November 2020.
- Shetty, Priya, 2007. "Nahid Toubia." *The Lancet* 369(9564): 819.
- Sims, Calvin, 1997. "Justice in Peru: Victim Gets Rapist for a Husband," *New York Times*, 12 March 1997.
- Starmann, Elizabeth and others, 2017. "Exploring Couples' Processes of Change in the Context of SASA!, a Violence Against Women and HIV Prevention Intervention in Uganda." *Prevention Science* 18(2): 233-244.
- Stewart, Indira, 2016. "'Archaic' Tongan Law Allows Forced Marriage to Rapists." *RNZ International*, 26 August 2016. Website: rnz.co.nz/international/pacific-news/311891/'archaic'-tongan-law-allows-forced-marriage-to-rapists.
- Swaine, Aisling and others, 2019. "Exploring the Intersection of Violence Against Women and Girls with Post-Conflict Statebuilding and Peacebuilding Processes: A New Analytical Framework." *Journal of Peacebuilding and Development* 14(1): 3-21.
- Thiara, Ravi K., 2011. "Bride-Price and Its Links to Domestic Violence and Poverty in Uganda: A Participatory Action Research Study." *Women's Studies International Forum* 34(6): 550-561.
- Toubia, Nahid and Eiman Hussein Sharief, 2003. "Female Genital Mutilation: Have We Made Progress?" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 82: 251-261.
- Transgender Europe, 2015. "Ireland Adopts Progressive Gender Recognition Law." Website: tgeu.org/ireland-adopts-progressive-gender-recognition-law/, accessed 18 November 2020.
- Turner, Atuki, 2009. "Harmful Tradition." *Development and Cooperation*, 23 October 2009. Website: dandc.eu/en/article/womens-rights-unganda-view-bride-price-burden, accessed 13 November 2020.
- UCLS (University of Chicago Law School - Global Human Rights Clinic), 2019. "Human Rights Implications of Global Surrogacy." Global Human Rights Clinic. 10. Website: chicagounbound.uchicago.edu/ihrcl/10, accessed 15 January 2021.
- United Nations, 2016. *Living Free and Equal: What States Are Doing to Tackle Violence and Discrimination Against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex People*. New York, USA and Geneva, Switzerland: United Nations.
- United Nations, 1995. *Beijing Declaration and Platform for Action*. Fourth World Conference on Women, 27 October 1995. Website: un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/, accessed 18 November 2020.
- United Nations, n.d. International Day for the Abolition of Slavery. Website: un.org/en/observances/slavery-abolition-day, accessed 21 January 2021.
- United Nations, n.d.a. "International Day of Women and Girls in Science." Website: un.org/en/observances/women-and-girls-in-science-day/, accessed 29 December 2020.
- UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2019. "Botswana Extends Free HIV Treatment to Non-Citizens." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2019/september/20190924_Botswana_treatment_non-nationals, accessed 18 November 2020.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2017. *Confronting Discrimination: Overcoming HIV-Related Stigma and Discrimination in Health-Care Settings and Beyond*. Geneva, Switzerland: UNAIDS.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), 2012. "Guidance Note on HIV and Sex Work." Geneva, Switzerland: UNAIDS. Website: [unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf](https://aids.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf), accessed 23 December 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2019. "General Comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the Right to Life." CCPR/C/GC/36. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/1_Global/CCPR_C_GC_36_8785_E.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2017. "Whelan v. Ireland." CCPR/C/119/D/2425/2014. Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/Whelan_v_Ireland.pdf, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2016. "Concluding Observations on the Sixth Periodic Report of Costa Rica." CCPR/C/CRI/CO/6. Website: undocs.org/CCPR/C/CRI/CO/6, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2011. "LMR v Argentina." CCPR/C/101/D/1608/2007. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/DER/G11/425/28/pdf/G1142528.pdf?OpenElement, accessed 19 January 2021.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 2005. "LH. v. Peru." CCPR/C/85/D/1153/2003. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/1215, accessed 18 November 2020.

UN CCPR (United Nations Committee on Civil and Political Rights), 1994. "Toonen v. Australia." CCPR/C/50/D/488/1992. Website: juris.ohchr.org/Search/Details/702, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015. "Concluding Observations on the Combined Eighth and Ninth Periodic Reports of Portugal." CEDAW/C/PRT/CO/8-9. Website: undocs.org/en/CEDAW/C/PRT/CO/8-9, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 2015a. "General Recommendation on Women's Access to Justice." CEDAW/C/GC/33. Website: tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/1_Global/CEDAW_C_GC_33_7767_E.pdf, accessed 28 December 2020.

UN CEDAW (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women), 1999. "CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health)." Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT/CEDAW/GEC/4738&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CEDAW and UN CRC (United Nations Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and United Nations Committee on the Rights of the Child), 2014. "Joint General Recommendation/General Comment No. 31 of the Committee on the Elimination of Discrimination Against Women and No. 18 of the Committee on the Rights of the Child on Harmful Practices." CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?SymbolNo=CEDAW/C/GC/31/CRC/C/GC/18, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2019. "SC & G.P. v. Italy (No. 22/2017)." E/C.12/65/D/22/2017. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2F65%2FD%2F22%2F2017&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2016. "General Comment No. 22: (2016) on the Right to Sexual and Reproductive Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/22. Website: digitallibrary.un.org/record/832961?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2009. "General Comment No. 20: Non-Discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/659980?ln=en, accessed 19 November 2020.

UN CESCR (United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights), 2000. "General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)." E/C.12/2000/4. Website: digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2016. "General Comment No. 20 (2016) on the Implementation of the Rights of the Child During Adolescence." CRC/C/GC/20. Website: digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRC (United Nations Committee on the Rights of the Child), 2013. "General Comment No. 15 (2013) on the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health (Art. 24)." CRC/C/GC/15. Website: digitallibrary.un.org/record/778524?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2018. "General Comment No. 6 (2018) on Equality and Non-discrimination." CRPD/C/GC/6. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/6&Lang=en, accessed 12 February 2021.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2016. "General Comment No. 3 (2016) on Women and Girls with Disabilities." CRPD/C/GC/3. Website: tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/3&Lang=en, accessed 18 November 2020.

UN CRPD (United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities), 2014. "General Comment No. 1 (2014) Article 12: Equal Recognition Before the Law." CRPD/C/GC/1. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/pdf/G1403120.pdf?OpenElement, accessed 12 February 2021.

UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), 2018. *UN 12th Inquiry Among Governments on Population and Development – Module II: Fertility, Family Planning and Reproductive Health*. New York, USA: UNDESA.

UNDP (United Nations Development Programme), 2012. "Report of the Global Commission on HIV/AIDS and the Law—Rights, Risk and Health." Website: hivlawcommission.org/report/, accessed 28 December 2020.

UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council), 2019. "Review and Appraisal of the Implementation of the Beijing Declaration and Platform for Action and the Outcomes of the Twenty-third Special Session of the General Assembly. Report of the Secretary-General." E/CN.6/2020/3. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/417/93/PDF/N1941793.pdf, accessed 22 December 2020.

UN ESCAP (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific) and UN Women, 2020. "The Long Road to Equality: Taking Stock of the Situation of Women and Girls in Asia and the Pacific for Beijing+25: A Synthesis Report." Bangkok, Thailand: UN ESCAP and UN Women.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2016. "Review of the Evidence on Sexuality Education. Report to Inform the Update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education." Paris, France: UNESCO.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization), 2009. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach for Schools, Teachers and Health Educators*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf, accessed 29 December 2020.

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and others, 2018. *International Technical Guidance on Sexuality Education: An Evidence-Informed Approach*. Paris, France: UNESCO. Website: unesdoc.unesco.org/images/0026/002607/260770e.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020. "Against My Will: Defying the Practices that Harm Women and Girls and Undermine Equality." *State of World Population 2020*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020a. "GBV/FGM Rapid Assessment Report: In the Context of COVID-19 Pandemic in Somalia." Website: somalia.unfpa.org/en/publications/gbvfgm-rapid-assessment-report-context-covid-19-pandemic-somalia, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020b. "Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage." Website: unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital, accessed 21 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020c. "Conducting Public Inquiries to Eliminate Female Genital Mutilation." Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_-_Primer_Conducting_Public_Inquiries_to_Eliminate_Female_Genital_Mutilation.pdf, accessed 29 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020d. *Sustainable Development Goals Indicator 5.6.2: Legal Commitments for Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights for All*. New York, USA: UNFPA.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020e. "Ensure Universal Access to Sexual and Reproductive Health and Reproductive Rights: Measuring SDG Target 5.6." New York, USA: UNFPA. Website unfpa.org/sdg-5-6, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2020f. "Costing the Three Transformative Results." New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Transformative_results_journal_23-online.pdf, accessed 19 January 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund), 2019. *Research on Factors That Determine Women's Ability to Make Decisions about Sexual and Reproductive Health and Rights. Volume I*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_HERA_5-6-1_CLEAN_02_March1.pdf, accessed 22 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund), 1994. *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. A/CONF.171/13/Rev.1. Website: unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf, accessed 18 November 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) and Promundo, 2016. *Adolescent Boys and Young Men*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/adolescent-boys-and-young-men, accessed 23 December 2020.

UNFPA and UNICEF (United Nations Population Fund and United Nations Children's Fund), 2020. "Resilience In Action: Lessons Learned From The Joint Programme During The Covid-19 Crisis." Website: unfpa.org/resources/resilience-action-lessons-learned-joint-programme-during-covid-19-crisis, accessed 25 February 2021.

UNFPA (United Nations Population Fund) and others, 2018. *Young Persons with Disabilities: Global Study on Ending Gender-based Violence and Realising Sexual and Reproductive Health and Rights*. New York, USA: UNFPA. Website: unfpa.org/publications/young-persons-disabilities, accessed 23 December 2020.

UNFPA (United Nations Population Fund) in the Kyrgyz Republic, 2016. *Gender in Society Perception Study: National Survey Results*. Bishkek, Kyrgyzstan: National Statistical Committee of the Kyrgyz Republic.

UN General Assembly, 2010. "Trafficking in Persons, Especially Women and Children." A/65/288. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N10/483/11/pdf/N1048311.pdf?OpenElement, accessed 12 January 2021.

UN General Assembly, 2007. *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. A/RES/61/106. Website: un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 2007a. *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. A/RES/61/295. Website: un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1989. *Convention on the Rights of the Child*. A/RES/44/25. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/crc.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1984. *Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*. A/RES/39/46. Website: ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cat.aspx, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1979. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. A/RES/34/180. Website: ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1966. *International Covenant on Civil and Political Rights*. Website: treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%20999/volume-999-i-14668-english.pdf, accessed 18 November 2020.

UN General Assembly, 1948. *Universal Declaration of Human Rights*. Website: un.org/en/universal-declaration-human-rights/, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2020. "Practices of So-Called 'Conversion Therapy'. Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/44/53. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/108/68/PDF/G2010868.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019. "Child, Early and Forced Marriage in Humanitarian Settings: Report of the United Nations Commissioner for Human Rights." A/HRC/41/19, 26 April 2019.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2019a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/74/162. Website: undocs.org/A/74/162, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018. "Report of the Independent Expert on Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity." A/HRC/38/43. Website: undocs.org/A/HRC/38/43, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2018a. "Report of the Special Rapporteur on the Sale and Sexual Exploitation of Children, Including Child Prostitution, Child Pornography and Other Child Sexual Abuse Material." A/HRC/37/60. Website: undocs.org/en/A/HRC/37/60, accessed 28 December 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2017. "Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health." A/HRC/35/21. Website: ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016. "Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences on Her Mission to South Africa." A/HRC/32/42/Add.2. Website: refworld.org/docid/57d90a4b4.html, accessed 12 January 2021.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016a. "Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment." A/HRC/31/57. Website: documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/97/PDF/G1600097.pdf?OpenElement, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2016b. "Protection Against Violence and Discrimination Based on Sexual Orientation and Gender Identity: Resolution/ Adopted by the Human Rights Council on 30 June 2016." A/HRC/RES/32/2. Website: digitallibrary.un.org/record/845552?ln=en, accessed 18 November 2020.

UN HRC (United Nations Human Rights Council), 2014. "Report of the Working Group on the Issue of Discrimination Against Women in Law and in Practice." A/HRC/26/39. Website: undocs.org/en/A/HRC/26/39, accessed 22 December 2020.

UN IASG (United Nations Inter-Agency Support Group on Indigenous Issues), 2014. "Sexual and Reproductive Health and Rights of Indigenous Peoples." Thematic paper. Website: un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper_Reproductive%20Health%20-%20rev1.pdf, accessed 20 January 2021.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020. "Child Marriage Around the World." Website: unicef.org/stories/child-marriage-around-world, accessed 13 November 2020.

UNICEF (United Nations Children's Fund), 2020a. "Female Genital Mutilation." Website: unicef.org/protection/female-genital-mutilation, accessed 30 September 2020.

United Nations Secretary-General, 2020. "Secretary-General's Remarks to the High-Level Meeting on the 25th Anniversary of the Fourth World Conference on Women." Website: un.org/sg/en/content/sg/statement/2020-10-01/secretary-generals-remarks-the-high-level-meeting-the-25th-anniversary-of-the-fourth-world-conference-women-bilingual-delivered-scroll-down-for-english, accessed 22 December 2020.

UN Women, 2018. *Turning Promises into Action: Gender Equality in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York, USA: UN Women. Website: unwomen.org/en/digital-library/publications/2018/2/gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018, accessed 29 December 2020.

UN Women, 2013. *The Costs of Violence: Understanding the Costs of Violence Against Women and Girls and its Responses – Selected Findings and Lessons Learned from Asia and the Pacific*. Bangkok, Thailand: UN Women. Website: [asiapacific.unwomen.org/en/digital-library/publications/2014/1/the-costs-of-violence](https://unwomen.org/en/digital-library/publications/2014/1/the-costs-of-violence), accessed 22 December 2020.

UN Women and IDEA, 2017. *Gender Equality and Women's Empowerment: Constitutional Jurisprudence*. New York, USA: UN Women.

UN Working Group on Discrimination Against Women in Law and Practice, 2017. "Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends." Website: ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf, accessed 18 November 2020.

Van Eerdewijk, Anouka and others, 2017. "White Paper: a Conceptual Model on Women and Girls' Empowerment." Amsterdam, The Netherlands: Royal Tropical Institute (KIT). Website: kit.nl/wp-content/uploads/2018/10/BMGF_KIT_WhitePaper_web-1.pdf, accessed 11 January 2021.

Venkatash, Vasanthi and Melanie Randall (2017). "The Marital Rape Impunity in Comparative and Historical Perspective" in Randall, Melanie and others, *The Right to Say No: Marital Rape and Law Reform in Canada, Ghana, Kenya and Malawi*. London: Bloomsbury Publishing, 2017.

Viens, A. M., 2020. "The Right to Bodily Integrity." In *The Cambridge Handbook of New Human Rights*, Andreas von Arnould and others, eds. Cambridge, UK: Cambridge University Press, p 373.

Warren, Samuel and Louis Brandeis, 1890. "The Right to Privacy." *Harvard Law Review*, vol. IV December 15, 1890 No. 5. Website: groups.csail.mit.edu/mac/classes/6.805/articles/privacy/Privacy_brand_warr2.html, accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020. "Adolescent Pregnancy." Website: who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy, accessed 13 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2020a. "Female Genital Mutilation: Key Facts." Website: who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation, accessed 11 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2015. *Sexual Health, Human Rights and the Law*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/, accessed 18 November 2020.

WHO (World Health Organization), 2014. *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf?sequence=1, accessed 23 December 2020.

WHO (World Health Organization), 2013. *Global and Regional Estimates of Violence Against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-partner Sexual Violence*. Geneva, Switzerland: WHO.

WHO (World Health Organization), 2004. "Reproductive Health Strategy: To Accelerate Progress Towards the Attainment of International Development Goals and Targets." Geneva, Switzerland: WHO. WHO (World Health Organization) and others, 2018. "Eliminating Virginity Testing: An Interagency Statement." World Health Organization, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UN Women. Geneva, Switzerland: WHO. Website: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275451/WHO-RHR-18.15-eng.pdf?ua=1, accessed 12 January 2021.

WHO Regional Office for Europe, 2018. "Men's Health and Well-being in the WHO European Region." Website: euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/381403/who-mhr-fs-eng.pdf, accessed 29 December 2020.

Wodon, Quentin and others, 2017. "Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report." Washington, DC, USA: The World Bank.

Woog, Vanessa and Anna Kågesten, 2017. "The Sexual and Reproductive Health Needs of Very Young Adolescents Aged 10-14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?" New York, USA: Guttmacher Institute, 2017. Website: www.guttmacher.org/report/srh-needs-very-young-adolescents-in-developing-countries, accessed 23 February 2021.

World Bank, 2020. "Marriage." Women, Business and the Law database. Website: wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/wbl_gm, accessed 29 December 2020.

World Population Review, 2020. "Countries Where Gay Marriage is Legal 2020." Website: worldpopulationreview.com/country-rankings/countries-where-gay-marriage-is-legal, accessed 14 December 2020.

World Professional Association for Transgender Health, 2011. "Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People." Website: wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English.pdf, accessed 18 November 2020.


Yllö, Kersti and M. Gabriela Torres, 2016. *Marital Rape: Consent, Marriage and Social Change in Global Context*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Zillén, Kavot and others, 2017. "The Rights of Children in Biomedicine: Challenges Posted by Scientific Advances and Uncertainties." Report to the Council of Europe Committee on Bioethics. Website: diva-portal.org/smash/get/diva2:1065442/FULLTEXT01.pdf, accessed 18 November 2020.


Zegers-Hochschild, Fernando and others, 2009. "The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology." *Human Reproduction* 24(11): 2683-2687.



Asegurando derechos y opciones para todos desde 1969

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

Print ISSN: 2518-671X
Online ISSN: 2519-8998
eISBN: 978-92-1-604019-2

 Impreso en papel reciclado.