

EL PODER DE DECIDIR

DERECHOS REPRODUCTIVOS Y TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA



Estado de la Población Mundial 2018

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

ASESOR SUPERIOR EN INVESTIGACIÓN

Peter McDonald

INVESTIGADORES Y AUTORES PRINCIPALES DE LOS CAPÍTULOOS

John Bongaarts
Suzana Cavanaghi
Gavin Jones
Gretchen Luchsinger
Peter McDonald
Cheikh Mbacké
Tomas Sobotka

ASESORES TÉCNICOS DEL UNFPA

Alanna Armitage
Michael Herrmann
Eduard Mihalas
Sandile Simelane

EQUIPO EDITORIAL

Editor: Richard Kollodge

Editoras adjuntas: Katie Madonia y Katheline Ruiz

Asesora ejecutiva de comunicaciones: Teresa Buerkle

Directoras de la edición digital: Katie Madonia y Katheline Ruiz

Asesor de la edición digital: Hanno Ranck

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

© UNFPA 2018

Fotografía de la cubierta anterior (de izquierda a derecha y de arriba abajo):

© Mark Tuschman

© Chris Stowers/Panos Pictures

© UNFPA/Egor Dubrovsky

© Joshua Cogan/OPS

Fotografía de la cubierta posterior:

© UNFPA/Roger Anis

AGRADECIMIENTOS

Jeffrey Edmeades asesoró a los autores en cuestiones relacionadas con los derechos reproductivos.

Sanne De Wilde (Estado Plurinacional de Bolivia), Bruna Tiussu (Brasil), Reza Sayah (República Islámica del Irán), Alice Oldenburg (Kenya), Nathalie Prevost (Níger), Erik Halkjaer (Suecia) y Matthew Taylor (Tailandia) redactaron los artículos de fondo. Egor Dubrovsky (Belarús), Sanne De Wilde y Pep Bonet (Estado Plurinacional de Bolivia), Deborah Klempous (Brasil), Roger Anis (Egipto), Reza Sayah (República Islámica del Irán), Alice Oldenburgh (Kenya), Ollivier Girard (Níger), Melker Dahlstrand (Suecia), y Matthew Taylor y Varin Sachdev (Tailandia) facilitaron el material fotográfico y audiovisual que acompaña a los artículos de fondo. Los editores desean expresar su agradecimiento a los asesores regionales de comunicaciones del UNFPA que coordinaron la elaboración del contenido de los reportajes: Celine Adotevi, Tamara Alrifai, Jacob Eben, Jens-Hagen Eschenbacher, Adebayo Fayoyin, Alvaro Serrano y Roy Wadia. Otros colaboradores del UNFPA organizaron o supervisaron la producción de los artículos en Belarús (Katsiaryna Mikhadziuk y Hanna Leudanskaya), el Estado Plurinacional de Bolivia (Ana Angarita, Marisol Murillo, Luigi Burgoa, Gerberth Camargo, María Eugenia Villalpando, Francesca Palestra y Guadalupe Valdés), Brasil (Paola Bello), Egipto (Aleksandar Sasha Bodiroza y Merhan Ghaly), la República Islámica del Irán (Nazanin Akhgar), Kenya (Korir Kigen y Douglas Waudu), Níger (Souleymane Saddy Maazou), Suecia (Pernille Fenger, Mette Strandlod y Patricia Grundberg) y Tailandia (Kullwadee Kai Sumalnop y Wassana Im-em). Deseamos también dar las gracias a Hans Linde y Julia Schalk, de la Asociación Sueca para la Educación Sexual, por el apoyo prestado en la preparación del artículo sobre Suecia.

La Subdivisión de Población y Desarrollo del UNFPA agregó los datos regionales de la sección dedicada a los indicadores en este informe. La Subdivisión de Población y Desarrollo del UNFPA, la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, el Instituto de Estadística de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud facilitaron los datos de origen para los indicadores contenidos en el informe.

MAPAS Y DESIGNACIONES

Las designaciones utilizadas y la presentación de material en los mapas de este informe 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. Una línea punteada marca aproximadamente la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes no han acordado todavía la situación definitiva de Jammu y Cachemira.

UNFPA

Asegurando derechos y opciones para todos

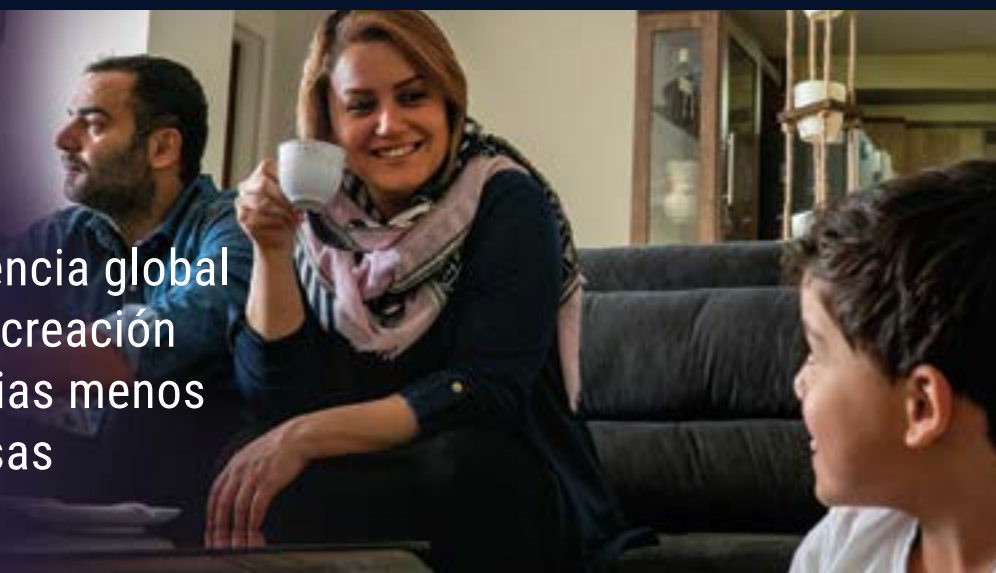
EL PODER DE DECIDIR

DERECHOS REPRODUCTIVOS
Y TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

1

La tendencia global
hacia la creación
de familias menos
numerosas

página 12



2

El legado de
las familias
numerosas

página 28



3

Desviaciones con
respecto a la trayectoria
típica de transición de
la fecundidad

página 50



4

Muchos caminos
que llevan a
un solo destino

página 68



5

La creación de
las condiciones
propicias para
tener hijos

página 92



6

Todas las
personas tienen
derecho a elegir

página 120





Prólogo

LA POSIBILIDAD DE DECIDIR PUEDE CAMBIAR EL MUNDO.

Puede mejorar rápidamente el bienestar de las mujeres y las niñas, transformar familias y sociedades, y acelerar el desarrollo mundial.

La medida en que las parejas y las personas disfrutan de la posibilidad real de decidir si tener o no hijos, y cuándo y cuántos tener, también repercute directamente en los niveles de fecundidad. Cuando las personas pueden tomar esas decisiones por sí mismas, tienden a elegir familias más pequeñas. En los casos en los que sus opciones son limitadas, suelen formar familias grandes o muy pequeñas, a veces incluso sin hijos.

Ningún país puede afirmar haber hecho realidad el ejercicio de los derechos reproductivos de todas las personas. La falta de opciones afecta a demasiadas mujeres. Es decir, todavía hay millones de personas que tienen más o menos hijos de los que desean; y esta situación encierra consecuencias que trascienden el plano individual y alcanzan a las comunidades, las instituciones, las economías, los mercados de trabajo y hasta a naciones enteras.

Para algunas, el ejercicio de los derechos reproductivos se ve frustrado por sistemas de salud que no brindan servicios esenciales como el acceso a anticonceptivos. Para otras, las barreras económicas, incluidos los trabajos de mala calidad y mal remunerados, y la ausencia de servicios de cuidado del niño, hacen que sea casi imposible formar o ampliar una familia.

Una de las causas subyacentes de estos y otros obstáculos es la persistencia de la desigualdad de género, que niega a las mujeres el poder de tomar decisiones fundamentales sobre su vida.

En el Programa de Acción de 1994 de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, los Gobiernos se comprometieron a garantizar el derecho de las personas a tomar decisiones fundamentadas sobre su salud sexual y reproductiva como una cuestión de derechos humanos fundamentales. Ahora, casi 25 años después, sigue siendo necesario asegurar que las personas tengan acceso a los medios oportunos para decidir libre y responsablemente el número, el momento y el espaciamiento de los embarazos.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible consagra estos principios al hacer de la salud y los derechos reproductivos un objetivo específico. De hecho, los derechos reproductivos son fundamentales para la consecución de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible. **EN ESTO CONSISTE EL PODER DE DECIDIR.**

El camino que debemos seguir es el ejercicio pleno de los derechos reproductivos de cada persona y de cada pareja, sin importar dónde o cómo viven ni cuánto ganan. Por tanto, debemos eliminar todas las barreras, ya sean económicas, sociales o institucionales, que inhiben el derecho a decidir de manera libre y fundamentada.

Al final, nuestro éxito no solo se basará en alcanzar lo que consideremos que es la fecundidad óptima. La verdadera medida del progreso son las personas, especialmente el bienestar de las mujeres y las niñas, el disfrute de sus derechos y la igualdad plena, y la posibilidad de tomar decisiones libres en la vida.

Dra. Natalia Kanem

Directora Ejecutiva
Fondo de Población de las
Naciones Unidas (UNFPA)



RESUMEN

La transición mundial de altas a bajas tasas de fecundidad

© Layland Masuda/Getty Images

Hasta hace poco tiempo, la mayoría de las familias eran numerosas, con un promedio de cinco niños. Si bien antes existía una sola tasa de fecundidad mundial, hoy existen múltiples tasas, y las diferencias entre ellas son abismales.

El tamaño de los hogares, ya sean numerosos o no, está estrechamente relacionado con el ejercicio de los derechos reproductivos, lo que a su vez se relaciona con muchos otros derechos, como el derecho a la salud, la educación, la libertad de decidir, la no discriminación y tener acceso a ingresos adecuados.

Cuando las personas ejercen todos sus derechos, tienden a prosperar. Cuando no lo hacen, no pueden desarrollar su potencial y las tasas de fecundidad tienden a ser distintas de lo que la población realmente quisiera.

La fecundidad importa

Por un lado, la fecundidad es importante para las personas porque refleja el grado de poder y los medios que tienen para tomar sus propias decisiones respecto al número, el momento y el espaciamiento de los embarazos. Por otro lado, la fecundidad también es importante para la sociedad porque puede frenar o acelerar el progreso hacia una mayor prosperidad, un desarrollo equitativo y sostenible, y el bienestar de todos y todas.

Antes de que comenzara la era actual de servicios nacionales de planificación y de atención de salud, la transición mundial hacia tasas de fecundidad más bajas, se inició en la capacidad de decisión individual. A finales del siglo XIX, en los países europeos y en países anglófonos las economías en evolución ofrecieron nuevas oportunidades laborales y profesionales que animaron a las parejas —que querían aprovechar esas oportunidades— a reducir el número de hijos. A medida que crecía el número de niñas matriculadas en la escuela, el nivel de alfabetización fue aumentando. Asimismo, la sociedad gozaba de un mayor acceso a la información y a las noticias, lo cual propició la percepción de que controlar la propia fecundidad se inscribía en el marco de una decisión consciente.

La población, especialmente las mujeres, comenzó a darse cuenta de que si tenían menos hijos podían obtener mejores resultados en numerosas esferas de la vida.

Desde entonces, cuando los ciudadanos cuentan con la información y las opciones necesarias para controlar la fecundidad, las tasas tienden a disminuir.

Durante la segunda mitad del siglo XX, ciertos Gobiernos favorecieron esa situación al allanar el acceso a los anticonceptivos. Algunos invirtieron en el capital humano de los jóvenes y en la ampliación de las oportunidades laborales, entre otras, con lo cual generaron un conjunto de circunstancias económicas y sociales que condujo a la reducción del tamaño de las familias. Un pequeño número de Gobiernos, decididos a ralentizar el crecimiento demográfico, recurrió a la coacción o a campañas agresivas dirigidas a las parejas y los ciudadanos para disuadirlos de tener hijos, o incluso a prohibirlo.

En 1994, un total de 179 Gobiernos ratificaron el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, mediante el que se comprometieron a permitir que la población tomara decisiones con conocimiento de causa sobre su salud sexual y reproductiva como parte de los derechos humanos fundamentales que sustentan las sociedades prósperas, justas y sostenibles. Convinieron que el progreso depende de la promoción de la igualdad de género, la eliminación de la violencia contra la mujer y la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad. Ante todo, concordaron que los asuntos relacionados con las estadísticas demográficas, el desarrollo económico y social y los derechos reproductivos están estrechamente ligados y se refuerzan entre sí.

Los Gobiernos también coincidieron en que los derechos reproductivos pueden ejercerse cuando todas las parejas y las personas disponen de la información y los medios necesarios para decidir de forma responsable el número, el momento y el espaciamiento de los embarazos. Una mujer debe decidir si desea quedarse embarazada, cuándo y con qué frecuencia, sin estar sujeta a ningún tipo de discriminación, coacción o violencia.

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, de más reciente aprobación, establece un compromiso similar. La salud reproductiva y los derechos reproductivos constituyen propósitos específicos de uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y son fundamentales para el cumplimiento de todos los objetivos.



© Giacomo Pirozzi

La variación de la fecundidad

Desde la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, en muchas regiones del mundo se ha avanzado de forma constante en materia de salud reproductiva y derechos reproductivos. La población conoce mejor sus derechos y opciones, y tiene más capacidad para reclamar sus derechos.

La amplia variación que existe en el ámbito de la fecundidad tanto entre los países como dentro de ellos demuestra que, si bien hasta el momento hemos avanzado de forma considerable, aún nos queda mucho por hacer para garantizar el ejercicio universal de los derechos reproductivos y cerrar estas brechas.

Actualmente, la mayoría de los países y territorios se clasifican en cuatro amplias categorías en función de sus tasas de fecundidad. En todas ellas, existen preocupaciones acerca de las políticas nacionales sobre tendencias demográficas. Y en todas ellas hay personas que, debido a que sus derechos se han visto comprometidos de alguna manera y en cierta medida, no están plenamente empoderadas para decidir de forma libre y responsable cuántos hijos desean tener.

En la primera categoría de países, las tasas de fecundidad son las que más se acercan a las que solían prevalecer en todo el mundo, es decir, tasas elevadas. Gran parte de África Subsahariana y otros seis países con un pasado de conflictos o crisis recientes presentan

tasas superiores a cuatro nacimientos por mujer. Esta situación puede indicar una serie de deficiencias en materia de derechos humanos. En general, los países son más pobres y el acceso a la atención de salud y la educación es limitado. La discriminación de género arraigada supone un obstáculo para la autonomía de la mujer. Y prácticas como el matrimonio a temprana edad, que guarda una estrecha relación con la maternidad precoz, pueden estar generalizadas.

Las altas tasas de fecundidad suelen dificultar la tarea de los países de mejorar los servicios y desarrollarse con el fin de que la población pueda encontrar vías para salir de la pobreza. A medida que el número de jóvenes en edad de trabajar aumenta, estos se enfrentan con una economía que no es lo suficientemente sólida para generar empleos para todos.

En la segunda categoría de países, las tasas de fecundidad disminuyeron de manera considerable y más tarde se estabilizaron o, en algunos casos, incluso han vuelto a aumentar. Esto se debe, entre otros motivos, a la interrupción de los programas de planificación familiar y a las secuelas derivadas de conflictos o crisis económicas.

La tercera categoría de países, relacionada con la anterior, ha experimentado descensos constantes en las tasas de fecundidad desde la década de los sesenta o, en algunos casos, más recientemente, durante la década de los ochenta. Estos descensos continúan en la actualidad.

La mayoría son países de renta media, aunque algunos de ellos son más pobres y muy pocos son ricos.

Un gran número de los países de la tercera categoría disponen de programas nacionales de planificación familiar eficaces y se han esforzado por garantizar el ejercicio efectivo de los derechos reproductivos, incluso en los casos en que los recursos son limitados. Sin embargo, las diferencias en términos de fecundidad a veces son pronunciadas, en especial entre las zonas rurales y urbanas y entre los segmentos más ricos y más pobres de la población. Por ejemplo, en algunos países de América Latina, las tasas de embarazo entre las adolescentes son elevadas, al mismo tiempo que la población está envejeciendo de forma acelerada, de modo que los costos relacionados con las pensiones y la atención de salud en algunos casos podrían ser elevados. Por el momento, la mayoría de los países no sufren fuertes presiones a causa de las tendencias demográficas, pero se enfrentan a un futuro con menos población activa.

En la cuarta categoría de países, las tasas de fecundidad han sido bajas durante un período considerable; esta abarca principalmente los Estados más desarrollados de América del Norte, Asia y Europa. Por lo general, los países pertenecientes a esta categoría suelen presentar niveles más altos de educación e

ingresos, y han conseguido más avances en el marco del ejercicio efectivo de los derechos de la mujer.

La mayoría de los derechos reproductivos básicos y otros derechos se respetan. No obstante, la falta de servicios de guardería de calidad y asequibles pueden obstaculizar la conciliación del trabajo y la vida familiar y, como resultado, las familias tienen menos hijos de los que desean tener. Asimismo, como consecuencia del envejecimiento de la población y la disminución de la fuerza de trabajo, los países encaran economías potencialmente más débiles a corto plazo.

¿Qué obstáculos se interponen?

En las cuatro categorías de países por tasa de fecundidad, las barreras para que las personas ejerzan sus derechos y tomen sus propias decisiones con relación a la planificación familiar tienen algunos orígenes comunes, si bien adoptan formas diferentes y se manifiestan en distinta medida. En sentido amplio, varios factores institucionales, económicos y sociales pueden ayudar a que las parejas y las personas hagan realidad sus objetivos y deseos en el ámbito reproductivo, pero también pueden influir en sentido contrario. Cuando las parejas y las personas están plenamente empoderadas, la tasa de fecundidad suele rondar los dos partos por mujer, nivel que se considera necesario para mantener el tamaño de una población estable si no existe inmigración.

Entre las barreras institucionales para tomar decisiones de forma libre y responsable sobre la fecundidad se incluyen la carencia de servicios de atención de salud, que limita las opciones en cuanto al uso de anticonceptivos, así como la dificultad de acceder a tecnologías de reproducción asistida para mujeres que ya han superado el punto máximo de la edad reproductiva o que no pueden concebir. En algunos casos, la mala calidad de los servicios de salud da pie a tasas de mortalidad infantil constantemente altas, lo cual impulsa la tendencia de tener más hijos para compensar los que se pierden en el parto o debido a enfermedades o la malnutrición.

En ciertos países, siguen existiendo barreras jurídicas para acceder a los métodos anticonceptivos, por ejemplo en el caso de las parejas que no han contraído matrimonio o que no han cumplido una edad específica. Incluso cuando las leyes permiten a las

© Miho Aikawa/Getty Images



mujeres o adolescentes solteras acceder a los servicios de anticoncepción, algunos proveedores con prejuicios se niegan a proporcionarlos.

Por lo que respecta a los sistemas educativos, en gran parte del mundo, la educación sexual integral es escasa y de mala calidad, lo cual priva a la gente joven de las habilidades y los conocimientos necesarios para tomar decisiones bien fundadas.

Entre las barreras económicas figuran las que impiden el acceso a servicios de salud reproductiva asequibles o las que obligan a las mujeres a trabajar durante largas jornadas a cambio de una escasa remuneración, lo cual les impide comenzar una familia.

Muchos de los obstáculos insuperables para ejercer los derechos reproductivos se han generado a causa de la discriminación de género, motivo por el que el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo da tanta importancia a la igualdad de género. La situación de subordinación de muchas mujeres aún implica que no conocen o no comprenden plenamente sus derechos o cómo reclamarlos.

También puede significar que no gozan del poder ni la independencia para decidir si desean quedarse embarazadas. La desigualdad de género institucionalizada, que puede manifestarse a través de servicios de atención de salud no adecuados, puede dar pie a que las mujeres tengan más o menos hijos de los que realmente quisieran tener.

La violencia de género, fenómeno preponderante en todas las sociedades, debilita aún más la autonomía y puede provocar embarazos forzados. Además, en todas partes, las mujeres desempeñan labores de prestación de cuidados no remunerados relacionadas con la crianza de los niños en mayor medida que los hombres. En consecuencia, dependen del hombre como sostén de la familia, pierden oportunidades de trabajo remunerado, y pagan un alto precio físico y mental derivado de su estado de agotamiento.

Garantizar el derecho a decidir

En ningún lugar del mundo todas las personas están plenamente empoderadas para hacer realidad sus objetivos y derechos reproductivos. Los obstáculos son mayores en ciertos lugares y más difíciles de superar en algunas circunstancias. De cualquier manera, el carácter universal de los derechos reproductivos, los compromisos internacionales asumidos al respecto y la interrelación entre fecundidad y desarrollo conllevan la necesidad de que desaparezcan los obstáculos que continúan existiendo, especialmente si nos proponemos cumplir la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Las políticas, los servicios y los presupuestos públicos deben armonizarse con el fin de que todas las personas y parejas puedan ejercer sus derechos reproductivos, incluido el derecho a planificar sus familias.

La manera de avanzar en este sentido dependerá de cada país, pero existen algunas vías comunes para todos, comenzando por sistemas de salud que faciliten el ejercicio de los derechos reproductivos y que proporcionen servicios de salud reproductiva de alta calidad y de acceso universal. Los servicios de salud deben brindar a las mujeres y los hombres información detallada sobre las opciones de que disponen y acerca de cómo repercute la planificación familiar en la salud y otros aspectos del bienestar, de manera que elijan de forma efectiva entre los diferentes tipos de métodos anticonceptivos. Los proveedores de



© 2012 Meagan Harrison, por cortesía de Photoshare



© 2016 UNFPA/Arvind Jodha, por cortesía de Photoshare

servicios deben intentar capacitar a las personas para que puedan elegir y deben tratar sus decisiones con respeto, incluso cuando se trate de adolescentes, parejas no casadas, personas con discapacidad y otros grupos para quienes las normas sociales continúan generando estigma y discriminación.

En todos los países, al margen de su tasa de fecundidad, hay grupos cuyos derechos reproductivos se encuentran especialmente en peligro. Estos grupos pueden corresponder a personas que viven en situación de pobreza, en zonas rurales, personas jóvenes, o a miembros de una comunidad que no hablen el idioma que se emplea en los servicios de salud. En muchos casos, esos grupos presentan las tasas más elevadas de necesidades no satisfechas de métodos anticonceptivos, así como de embarazos no deseados. El primer paso hacia la consecución del ejercicio universal de estos derechos debería consistir en establecer la prioridad urgente de que tales grupos también puedan ejercerlos.

Finalmente, debido a que la fecundidad influye en varios factores sociales, económicos e institucionales, y viceversa, la mayoría de los países deben ayudar a sus ciudadanos a tener el número de hijos que desean. A tal fin, han de adoptar políticas dirigidas a

incrementar el trabajo decente, las licencias parentales, y la disponibilidad de viviendas asequibles y servicios de guardería de calidad, así como a lograr la igualdad de género, entre otras prioridades.

Las personas están reclamando su derecho a elegir cuántos hijos desean tener y cuándo concebirlos y, en consecuencia, estamos asistiendo a cambios profundos y se plantean grandes desafíos desde el punto de vista demográfico. Sin embargo, los esfuerzos de los Gobiernos y otras estructuras del ámbito institucional siguen resultando insuficientes para apoyar, fundamentar o propiciar esas decisiones, o para prever las repercusiones económicas o institucionales que conllevan.

La mayoría de los Gobiernos podrían mejorar este aspecto si respondieran a una pregunta básica que debería constituir un elemento central de la formulación de políticas públicas: ¿tienen las personas —hombres y mujeres de todos los lugares, de todos los niveles de ingreso, de todos los grupos etarios y de todos los demás grupos— el número de hijos que desean tener? Si la respuesta a esta pregunta es negativa, los derechos reproductivos no se están respetando y los compromisos con la universalidad continúan sin cumplirse.



La tendencia global hacia la creación de familias menos numerosas

CAPÍTULO 1

Durante los últimos 150 años, especialmente desde la década de 1960, las tasas de fecundidad han disminuido en casi todos los países. En comparación con el período anterior, en que las tasas de fecundidad de todos los países del mundo eran —como mínimo— de 5 hijos por mujer, en la actualidad, las tasas de fecundidad de la mayoría de los países con poblaciones superiores a 1 millón de habitantes son iguales o inferiores a 2,5.



© UNFPA/Reza Sayah

La transición mundial hacia la reducción del número de hijos comenzó a principios del siglo XIX en Europa y, posteriormente, se extendió a todo el mundo. A comienzos de los años treinta, la fecundidad en numerosos países disminuyó aproximadamente hasta el nivel de reemplazo. La fecundidad de reemplazo —una tasa global de fecundidad de 2,1— es el promedio de nacimientos por mujer durante su etapa reproductiva que mantiene constante el tamaño de la población.

En algunas partes del mundo, la transición se produjo de forma repentina. Por ejemplo, en Australia, el promedio de nacimientos entre las mujeres casadas y nacidas entre 1851 y 1856 era de 8; un decenio más tarde, entre 1861 y 1866, la cifra había disminuido hasta 4 nacimientos por mujer.

¿Qué dio lugar a esta disminución repentina y considerable en la fecundidad después de milenios de tasas elevadas?

En Europa, numerosos factores ayudaron a estimular la transición, entre otros: los cambios en las modalidades de empleo; la prosperidad; la mejora de la salud y la nutrición; las tasas más altas de supervivencia de recién nacidos y niños; y el mayor acceso a la educación, especialmente para las mujeres. En cuestión de 20 años, el tamaño de las familias se redujo. Este fenómeno se produjo antes de que la mayor parte de la población tuviera acceso a métodos anticonceptivos modernos y mucho tiempo antes de que el término «derechos reproductivos» fuera utilizado por los encargados de la formulación de políticas y los activistas en todas partes.

En la actualidad, cientos de millones de personas que disponen de la capacidad y los medios para retrasar o evitar los embarazos dan por sentado el concepto de derechos reproductivos, especialmente el derecho individual a decidir si tener hijos, cuándo y con qué frecuencia. No obstante, hace no mucho tiempo, el lenguaje de los derechos era inexistente en las políticas y estudios sobre cambios demográficos, reproducción

humana o salud de la mujer. El cambio radical respecto a la manera en que los países enfocaban estos temas comenzó a producirse después de la Segunda Guerra Mundial, y su inicio se fijó oficialmente hace 50 años, en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, celebrada en Teherán. Los delegados que asistieron a la conferencia declararon que «los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos».

El derecho de planificar la familia se ha reconocido de forma explícita o implícita en al menos en otros 20 convenios o acuerdos internacionales, desde el Plan de Acción Mundial sobre Población de 1974 hasta la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979.

En 1994, se alcanzó un consenso mundial sobre derechos reproductivos individuales en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en la que «179 gobiernos convinieron en que la población





© Yoshiyoshi Hirokawa/Getty Images

y el desarrollo son cuestiones inextricablemente ligadas y que habilitar a las mujeres y satisfacer las necesidades de las personas en materia de educación y salud, incluida la salud reproductiva, son condiciones necesarias para el adelanto individual y el desarrollo equilibrado» (UNFPA, 2012). La promoción de la igualdad de género, la eliminación de la violencia contra la mujer y la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad se reconocieron como cuestiones fundamentales en las políticas de población y desarrollo de los países.

El concepto de derechos reproductivos suele relacionarse con la capacidad para controlar de forma directa los embarazos y los nacimientos a través de métodos anticonceptivos u otros medios (Starrs *et al.*, 2018). Sin embargo, esta definición no incluye toda la serie de factores que pueden limitar la capacidad de decisión de una persona de tener uno o muchos hijos o de no tener ninguno.

Una definición más amplia de los derechos reproductivos abarca diversas circunstancias sociales,

económicas e institucionales, además de elementos que habilitan a las parejas y las personas para que puedan hacer realidad sus objetivos y deseos en el ámbito reproductivo. Entre otros ejemplos, cabe mencionar los sistemas y estructuras que permiten a las mujeres incorporarse y permanecer en la fuerza laboral remunerada si deciden tener hijos, así como la aplicación de leyes que prohíben el matrimonio infantil.

La medida en que los ciudadanos pueden ejercer sus derechos reproductivos tiene repercusiones en la fecundidad, tanto a escala individual como social. Esto no solo ocurre hoy, sino que también ocurría hace un siglo: a pesar de que los derechos reproductivos tal como se definen en este documento no se concebían como tal, las personas aspiraban a ellos y luchaban por encontrar la manera de tomar sus propias decisiones sobre el momento y el espaciamiento de los embarazos, así como el tamaño de la familia.



© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

En el marco de una decisión consciente

Las explicaciones sobre la evolución de la fecundidad en Europa —y posteriormente en el resto del mundo— proceden tanto de la teoría clásica de la transición demográfica como de otras teorías basadas en la economía. Según la teoría de la transición demográfica, la fecundidad disminuye como respuesta a los cambios en la vida social que llegan acompañados de la industrialización y la urbanización, y, al mismo tiempo, son causados por estos fenómenos. Las teorías basadas en la economía atribuyen, en parte, el descenso de la fecundidad al costo relativo de los hijos con respecto al de los bienes (Mason, 1997).

Independientemente de la explicación, el declive de la tasa de fecundidad representa un cambio radical en el comportamiento de las parejas en el tiempo, con importantes consecuencias tanto para ellas como para las sociedades en las que viven. Cuando esta transformación es duradera y se adopta de forma amplia —y no se trata únicamente de una respuesta a corto plazo a los cambios en la situación económica o social—, refleja una nueva tendencia fundamental en las normas sociales.

Según el demógrafo Ansley Coale, la fecundidad puede comenzar a disminuir de forma continuada

solo cuando se cumplen tres condiciones (Coale, 1973). En primer lugar, las personas deben considerar la fecundidad como un aspecto de sus vidas sobre el que pueden ejercer control o en el que pueden influir por medio de sus acciones. Si bien actualmente esto podría parecer relativamente obvio, la idea de que la fecundidad se inscribe en «el marco de una decisión consciente» representó un cambio revolucionario en cuanto a la visión que los ciudadanos y las parejas tenían de sí mismos, sus familias y sus opciones en la vida. En segundo lugar, las personas deben considerar que tener menos hijos es una ventaja, lo cual las motiva a tomar decisiones con el fin de «controlar la fecundidad». En tercer lugar, la población debe disponer de métodos anticonceptivos fiables, además de información sobre cómo utilizarlos.

Aunque cada una de estas tres condiciones ha de existir en cierta medida para que se presente una disminución constante de la fecundidad, comprender que es posible tener el número de hijos que se desea y tener una motivación clara para ello constituyen los aspectos más importantes. Si estos dos requisitos no se cumplen, la disponibilidad de métodos para evitar el embarazo solo puede, en el mejor de los casos, repercutir de forma limitada en la fecundidad. Sin embargo, cuando se cumplen, los servicios de

anticoncepción pueden facilitar a las personas y las parejas una vía expedita para actuar en función de sus motivaciones. Además, pueden ayudarlos de forma considerable a ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable si desean tener hijos, cuándo y con qué frecuencia. En la actualidad, se calcula que 885 millones de mujeres de las regiones en desarrollo quieren evitar el embarazo. Si bien en torno a tres cuartas partes de ellas utilizan métodos anticonceptivos modernos, aproximadamente una cuarta parte —214 millones— sigue teniendo necesidades insatisfechas en esta esfera (Instituto Guttmacher, 2017).

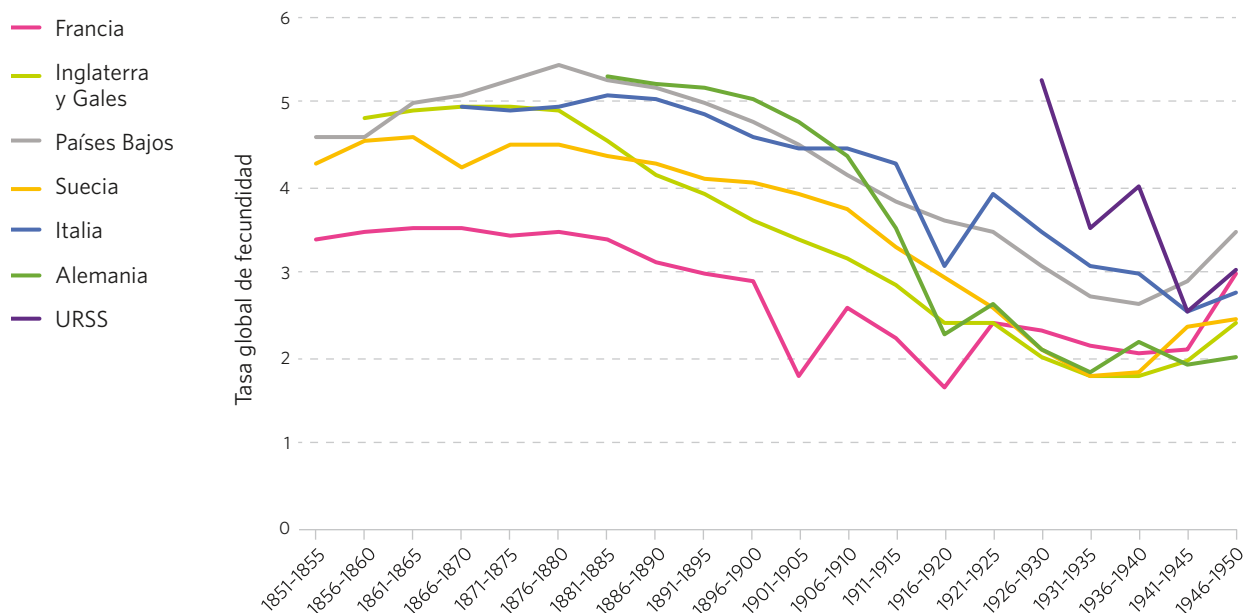
El comienzo de la transición de la fecundidad: cuando se quiere, se puede

En general, se considera que el declive de la fecundidad a escala mundial comenzó durante la segunda mitad del siglo XIX, primero en Francia, y posteriormente en los países de habla inglesa y de Europa Septentrional (gráfico 1). Las parejas que

protagonizaron estos inicios de la transición deben haber estado sumamente motivadas para tener menos hijos, ya que lo lograron a pesar de las poderosas fuerzas institucionales que favorecían la procreación. Como resultado, la prevención del embarazo durante el período parece haberse basado en el lema «cuando se quiere, se puede». Las parejas recurrían a una serie de soluciones. Un gran número de ellas consiguieron evitar o retrasar los embarazos por medio de técnicas como la interrupción del coito o la abstinencia, a pesar de que en los países en que la fecundidad había disminuido durante la segunda mitad del siglo XIX, existían en el mercado preservativos y capuchones cervicales de goma vulcanizada.

Los métodos anticonceptivos más modernos brindaron a las familias más poder para controlar el tamaño del hogar, pero podían ser inasequibles para el ciudadano medio (Coale, 1973). Por tanto, algunas personas recurrían a métodos caseros y económicos, como esponjas y pesarios de quinina. En la sociedad, el aumento de la edad a la que se contraía matrimonio por primera vez, especialmente

GRÁFICO 1 Tasas globales de fecundidad, 1851-1950



Fuente: Chesnais (1992)

en combinación con la marcada desaprobación social de las relaciones sexuales prematrimoniales, contribuyó a retrasar el comienzo de la maternidad, del mismo modo que la abstinencia periódica tras el parto. Y también se ha probado que algunas mujeres recurrían al aborto (McDonald y Moyle, 2018).

A comienzos del siglo xx, un factor importante que motivó el tener menos hijos en Inglaterra, y más tarde en Australia, fue que las expectativas económicas de los jóvenes habían aumentado con más rapidez que la celeridad en que podían cumplirlas. En este contexto, una gran cantidad de personas no podía permitirse tener familias numerosas (Seccombe, 1993; Moyle, 2015; McDonald y Moyle, 2018).

Otro factor que influyó en numerosas mujeres fue el deseo de liberarse de la carga de quedarse embarazadas de forma sucesiva y de los riesgos asociados al embarazo. Si bien es posible que el riesgo de muerte materna haya disuadido a las mujeres de tener una prole numerosa, la esperanza de vida relativamente corta de los hombres también propiciaba familias de menor tamaño: las viudas con muchos hijos enfrentaban dificultades económicas y tenían pocas posibilidades de volver a contraer matrimonio (Moyle, 2015).

La disminución de la mortalidad infantil y de lactantes puede haber contribuido también a la reducción del tamaño de las familias, aunque los estudios no han demostrado de forma concluyente esta relación (Van de Walle, 1986; Guinnane, 2011).

La transición de la fecundidad en Europa coincidió con la ampliación de la enseñanza obligatoria gratuita durante la segunda mitad del siglo xix. Junto a este avance, aumentaron las matrículas de niñas y el predominio de maestras, cuya figura servía de ejemplo (Caldwell, 1980; McDonald y Moyle, 2018). Incluso hoy, el nivel de estudios superior en las niñas se asocia con tasas de fecundidad más bajas.

La instrucción de las niñas ayudó a mejorar la situación de las mujeres en la sociedad y en el hogar. Además, brindó más autonomía y poder de decisión a las niñas y las mujeres, por ejemplo en el presupuesto del hogar. Debido a que las mujeres supervisaban

los gastos, eran conscientes de los costos adicionales derivados de la llegada de un hijo. Es posible que el conocimiento sobre ese costo añadido haya favorecido el deseo de tener menos hijos (McDonald y Moyle, 2018).

Gracias al acceso a la enseñanza en toda la sociedad, los ciudadanos entraron en contacto con nuevas ideas y conocimientos, entre otros sobre la procreación, lo que permitió que tomaran sus propias decisiones y dejaran de apoyarse únicamente en las autoridades religiosas y otras instituciones para orientar su conducta.

Al mismo tiempo, los cambios económicos generaron nuevas oportunidades y expectativas de progreso, de manera que allanaron el camino para el crecimiento de la clase media. Además, emergieron nuevas profesiones administrativas. La voluntad de aprovechar esas nuevas oportunidades motivó a muchas parejas a reducir el tamaño de los hogares, ya que una familia numerosa dificultaba la tarea de adaptarse al nuevo panorama económico y beneficiarse de él (Banks, 1954; Seccombe, 1993; Moyle, 2015).

Entretanto, los progenitores comenzaron a vislumbrar otro futuro para sus hijos, ya que la educación daba acceso a las nuevas oportunidades que ofrecía el cambio económico y el trabajo infantil disminuía. Se dieron cuenta del interés de brindar una vida mejor a una prole reducida, en lugar de dispersar sus recursos entre un gran número de hijos (Becker y Lewis, 1973; Caldwell, 1976).

Las sociedades europeas se estaban secularizando y, en consecuencia, las instituciones religiosas perdieron su influencia en las decisiones sobre el uso de anticonceptivos y la procreación, y el poder de decisión individual sobre el tamaño de la familia se incrementó (Lesthaeghe y Wilson, 1986). En Australia se produjo una transformación similar.

Es posible que la urbanización también haya permitido a la población tomar sus propias decisiones sobre el momento y el espaciamiento de los embarazos: en general, la fecundidad disminuyó primero y con más rapidez en las ciudades que en los pueblos o las zonas rurales (Moyle, 2015). Cuando las personas abandonaban las comunidades pequeñas para trasladarse a zonas urbanas, también solían dejar atrás las presiones sociales impuestas por los parientes para tener

familias numerosas. No obstante, existen datos que prueban que, en los países de Europa Occidental y Septentrional, la ausencia de la familia extensa tuvo poco o ningún efecto en la fecundidad: las familias nucleares ya eran habituales incluso antes de la transición de la fecundidad (Hajnal, 1965).

El conocimiento constituyó un factor determinante para propiciar familias más pequeñas (Coale, 1973). Durante la primera década del siglo XIX, los nuevos canales de comunicación, así como el mayor alcance de los existentes, favorecieron la difusión de las ideas con rapidez en todos los estratos de la sociedad y despertaron el interés por tener menos hijos (Lesthaeghe, 1977; Knodel y Van De Walle, 1986; Cleland y Wilson, 1987).

El aumento de los niveles de alfabetización impulsó el número de lectores de periódicos, revistas y folletos. La influencia de los medios de comunicación en la fecundidad ha quedado documentada en Australia (Moyle, 2015). Los folletos en que se describían métodos anticonceptivos circulaban de forma amplia en Australia, los Estados Unidos de América e Inglaterra. A algunas de las personas que publicaban los folletos se las encausaba, pero la cobertura en los periódicos sobre los juicios ayudaba en la práctica a difundir el conocimiento sobre la anticoncepción a un público incluso mayor (McDonald y Moyle, 2018).

Las comunicaciones informales también desempeñaron un papel importante. Por ejemplo, en Australia, la información sobre la anticoncepción se transmitía, en general, de una mujer a otra o en reuniones de mujeres. Además, durante la década de 1890, se dictaban conferencias solo para mujeres sobre métodos anticonceptivos a grupos congregados en grandes auditorios en la ciudad de Melbourne (McDonald y Moyle, 2018).

La transición de la fecundidad en Asia

En Asia, la transición de la fecundidad comenzó en la década de 1950. A diferencia de la transición en Europa durante la primera década del siglo XIX, que se produjo en contra de los deseos de los Gobiernos



© Giacomo Pirozzi

e instituciones, la transición en Asia fue incentivada por los Gobiernos, que promovían la limitación del tamaño de los hogares.

Algunos Gobiernos fomentaron la planificación familiar debido a que consideraban que las oportunidades de crecimiento económico aumentarían si las parejas tenían menos hijos (McDonald, 2018). Su justificación consistía en que, con el tiempo, un menor número de nacimientos tendría como resultado el aumento de la población en edad de trabajar y la reducción de los menores de 18 años (Coale y Hoover, 1958). Según ese punto de vista, los niños eran considerados consumidores netos del capital de una nación, y las personas en edad de trabajar, productores netos. Sin grandes cantidades de niños que mantener, los países podían dirigir más recursos a la inversión de capital, que estimularía los empleos productivos para la población en edad de trabajar. Un mayor número de empleos productivos ayudaría a aliviar la carga económica de los hogares, lo cual les permitiría invertir más en la educación de cada niño. Este vínculo entre la transición de la fecundidad y el crecimiento económico posteriormente se denominó el «dividendo demográfico» (Lee y Mason, 2006).

La transición de la fecundidad en Asia contribuyó al «milagro económico» de la región durante los años ochenta y los noventa del siglo pasado (Bloom y Williamson, 1998). Sin embargo, este milagro también se debió a las políticas sociales y económicas nacionales y a las instituciones políticas de los países,

que favorecían el desarrollo del potencial de crecimiento económico producto de la transición de la fecundidad (gráfico 2).

Por ejemplo, la rápida disminución de las tasas de fecundidad en la República de Corea y Singapur se produjo en conjunto con un aumento importante de la inversión en la educación de las niñas y la adopción de medidas dirigidas a incrementar la participación femenina en la fuerza de trabajo. Las altas tasas de urbanización de esos países también contribuyeron a la disminución de la fecundidad.

Las campañas que se llevaron a cabo en los programas de planificación familiar dirigidos por los Gobiernos hacían hincapié en los costos para las familias de tener una prole numerosa y en los beneficios para la salud tanto de la madre como de los bebés asociados a la reducción del número de hijos. Las campañas se dirigían principalmente a las mujeres.

La rapidez con que la población adoptó la planificación familiar y el acelerado descenso de las

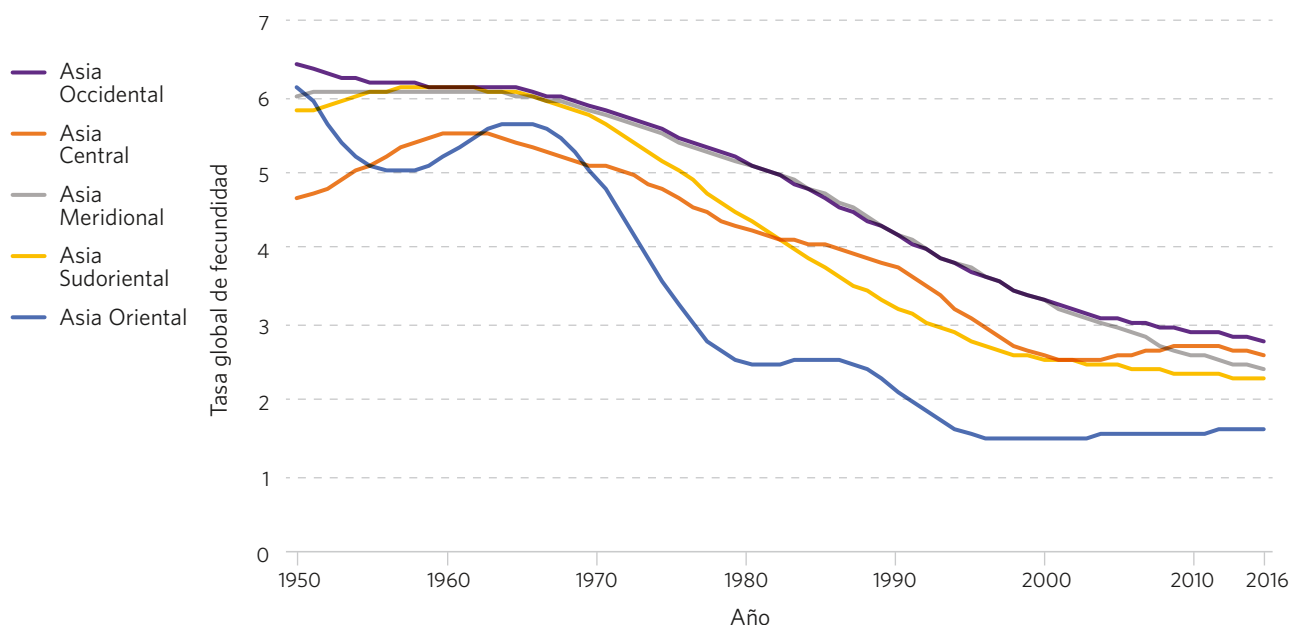
tasas de fecundidad consiguiente indican la existencia de un interés enorme y latente, o una motivación, por reducir el tamaño de los hogares. Entre los motivos que impulsaban a la población a tener menos hijos, se incluyen la preocupación por el costo de una familia numerosa y el interés por gozar de una mejor salud materna e infantil.

Ese interés latente era evidente en países como Myanmar, donde la tasa de fecundidad disminuyó incluso sin iniciativas públicas de planificación familiar. Allí, la población recurría a anticonceptivos importados de Tailandia y Bangladesh, sus países vecinos, para limitar el tamaño de las familias.

En Bangladesh e Indonesia, la fecundidad se redujo incluso en zonas rurales pobres durante los años setenta y ochenta, a medida que más mujeres obtenían acceso a métodos anticonceptivos modernos, gracias a las campañas de información y los servicios de planificación familiar patrocinados por el Gobierno. En esas zonas, es posible

GRÁFICO 2

Tasas globales de fecundidad, regiones de Asia, 1950-2016



Fuente: Naciones Unidas (2017)

que la planificación familiar haya contribuido al empoderamiento y la autonomía de la mujer. Por ejemplo, a algunas mujeres se les permitía viajar solas de sus hogares a los servicios de planificación familiar locales, sin necesidad de ir acompañadas de parientes varones (Simmons, 1996).

Durante las décadas de 1970 y 1980, varios países adoptaron programas agresivos de planificación familiar, que se basaban en bonos y multas por cumplir o incumplir las metas respecto al número de usuarios de servicios de anticoncepción, o en la esterilización forzada de mujeres y hombres de los hogares más pobres. El objetivo primordial no era defender los derechos reproductivos, sino reducir el rápido crecimiento demográfico y limitar el número de niños (Hull, 1991; Harkavy y Roy, 2007; Abbasi-Shavazi *et al.*, 2009; Hayes, 2018). Otros países, como la República Islámica del Irán, adoptaron un enfoque más moderado, con programas que se dirigían a proteger el derecho individual a decidir si tener hijos, cuándo y con qué frecuencia, y, al mismo tiempo, disminuir el crecimiento demográfico general. Las campañas de información, educación y comunicación solían promover dos hijos por familia, es decir, se animaba a las parejas a aspirar a ese tipo de familia pequeña, saludable y próspera.

Otros países de la región presionaban a las parejas a tener un máximo de dos hijos, a pesar de que habían respaldado la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979. El artículo 16 de la Convención insta a los Estados a proteger los derechos de la mujer «a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos».

Transición de la fecundidad en América Latina

El descenso de la fecundidad en América Latina comenzó durante la década de 1960, aunque es posible que en la Argentina y el Uruguay se iniciara antes. Mientras que Brasil, Costa Rica, Chile, Colombia, la República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela presentaron rápidas disminuciones de las tasas de fecundidad a partir de los años sesenta, en

otros países las tasas comenzaron con una disminución más lenta que posteriormente se aceleró.

Al contrario que en Asia, la mayoría de los Gobiernos latinoamericanos presentaba un escaso interés en el crecimiento demográfico durante los sesenta, si bien, a finales de la década, habían adoptado programas nacionales de planificación familiar. No obstante, es indudable que cuando los anticonceptivos se pusieron al alcance de la mayoría de la población, las preferencias relacionadas con la fecundidad ya habían cambiado. Por consiguiente, en América Latina la anticoncepción facilitó el descenso de la fecundidad, pero no fue su motor principal (Mundigo, 1992).

De acuerdo con los datos de encuestas llevadas a cabo durante los años sesenta y setenta, la opinión generalizada de las mujeres era que el tamaño ideal de familia correspondía a 1 o 2 nacimientos menos que la tasa de fecundidad en ese momento (CELADE y CFSC, 1972; Naciones Unidas, 1987). En consecuencia, las mujeres y las parejas latinoamericanas adoptaron con entusiasmo los métodos anticonceptivos en cuanto se pusieron a su disposición, lo cual conllevó un descenso repentino de la fecundidad en toda la región.

Las motivaciones que impulsaron el descenso de la tasa de fecundidad fueron, en general, similares a las de Europa y Asia. La pronta reducción en la mortalidad materna y de lactantes en la región —anterior al descenso de la fecundidad— merató el incentivo para formar familias numerosas, ya que había más seguridad de que los niños sobrevivirían hasta la edad adulta. Las rápidas transformaciones económicas fomentaron y reforzaron, a un tiempo, los cambios en curso y las normas sociales relativas a la procreación. Factores como la acelerada electrificación y urbanización fueron especialmente importantes (Potter *et al.*, 2002). El surgimiento en la región de una economía manufacturera basada en el consumo impulsó la educación académica, brindó oportunidades para la incorporación de la mujer en la fuerza laboral remunerada y aceleró el proceso de urbanización. Estos factores, en conjunto, dieron pie a circunstancias que llevaron a las parejas a tener menos hijos.

En general, la fecundidad en toda la región es un reflejo de los cambios económicos. Por ejemplo, las tasas disminuyeron considerablemente durante la crisis económica de la década de 1980 (Guzmán, 1998). Asimismo, las mujeres latinoamericanas lograron importantes mejoras en cuanto a su situación social, lo cual les permitió tener más influencia en todos los aspectos de sus vidas —incluida la reproducción— y contribuyó, a su vez, a aumentar la demanda de servicios de planificación familiar.

La fecundidad en el mundo actual

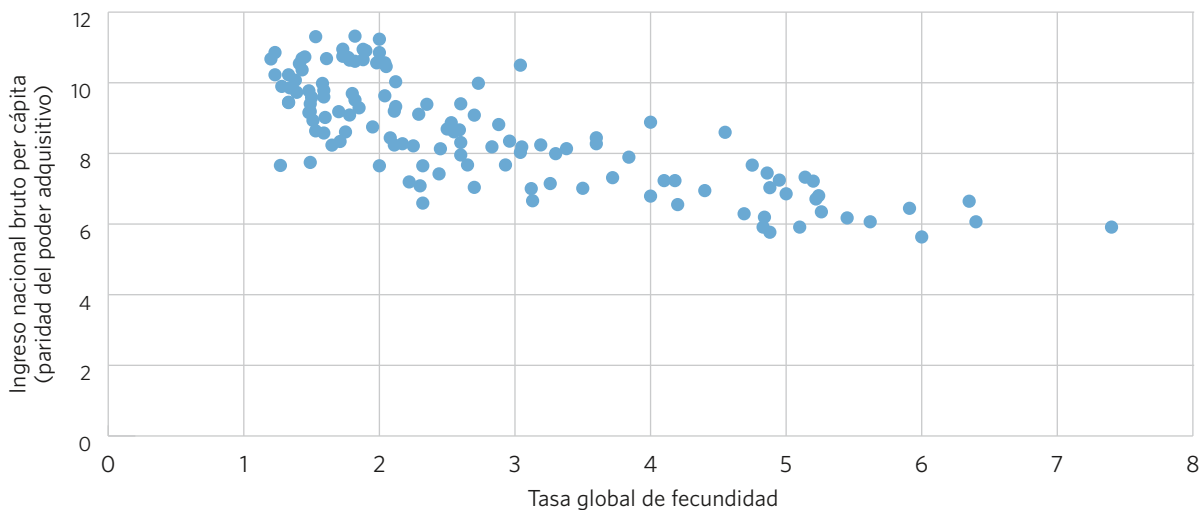
Las tasas de fecundidad son más bajas que hace 50 años en todos los países, excepto uno: la República Democrática del Congo. A escala mundial, la fecundidad se ha reducido en torno a un 50% desde mediados de la década de 1960. Se prevé que las tasas de fecundidad disminuyan en todo el mundo, hasta el punto en que es probable que, para 2050, ningún país tenga una tasa de más de cinco nacimientos por mujer (Naciones Unidas, 2017). En los países y las regiones, las tasas continúan dependiendo de variables como el nivel de renta, el lugar de residencia —zona rural o zona urbana— y el grupo de etario (gráfico 3).

Antes de comenzar la transición de la fecundidad durante la primera década del siglo XIX, las tasas de fecundidad eran principalmente elevadas y coincidían con los altos niveles de mortalidad infantil que habían sido frecuentes durante toda la historia de la humanidad. Si bien la fecundidad se redujo rápidamente en los países de Europa Occidental y Septentrional y, posteriormente, en las colonias de habla inglesa, en el resto del mundo, su descenso tuvo lugar en distintos momentos y por diversos motivos. Entre ellos se incluyen la velocidad a que acontecieron los cambios sociales y económicos, la reducción de la mortalidad de lactantes y la disponibilidad de métodos anticonceptivos.

En la actualidad, 43 países con al menos un millón de habitantes tienen una tasa de fecundidad igual o superior a cuatro nacimientos por mujer; en 30 países, la tasa fecundidad se encuentra en declive, pero continúa siendo de 2,5 a 3,9 nacimientos; en 33 países la fecundidad disminuyó en torno al nivel de reemplazo hace relativamente poco tiempo; y 53 países presentan una tasa de fecundidad igual o inferior al nivel de reemplazo desde hace muchos años.

GRÁFICO 3

Correlación entre el ingreso nacional bruto per cápita y la tasa global de fecundidad, 2017





© Giacomo Pirozzi

Nunca antes en la historia de la humanidad, las diferencias en términos de tasas de fecundidad entre los grupos de países habían sido tan abismales (gráfico 4).

Cada tasa de fecundidad tiene sus propias causas y va acompañada de sus propios desafíos, con consecuencias para la sociedad, la economía y las instituciones de los países.

Las consecuencias de una fecundidad elevada

La alta fecundidad da lugar a tasas de crecimiento demográfico elevadas y a un porcentaje desproporcionado de población menor de 15 años.

Por ejemplo, el Níger, el país con la tasa de fecundidad más alta, presenta una tasa de crecimiento demográfico anual del 3,84%. Alrededor de 1 de cada 2 personas tiene menos de 15 años. Si se mantienen las tasas de crecimiento actuales, tanto la población total como el número de niños menores de 15 años se duplicarán cada 18 años. Incluso si la tasa de fecundidad descendiera más adelante, las elevadas tasas actuales y pasadas favorecerán el crecimiento demográfico futuro a medida que el número

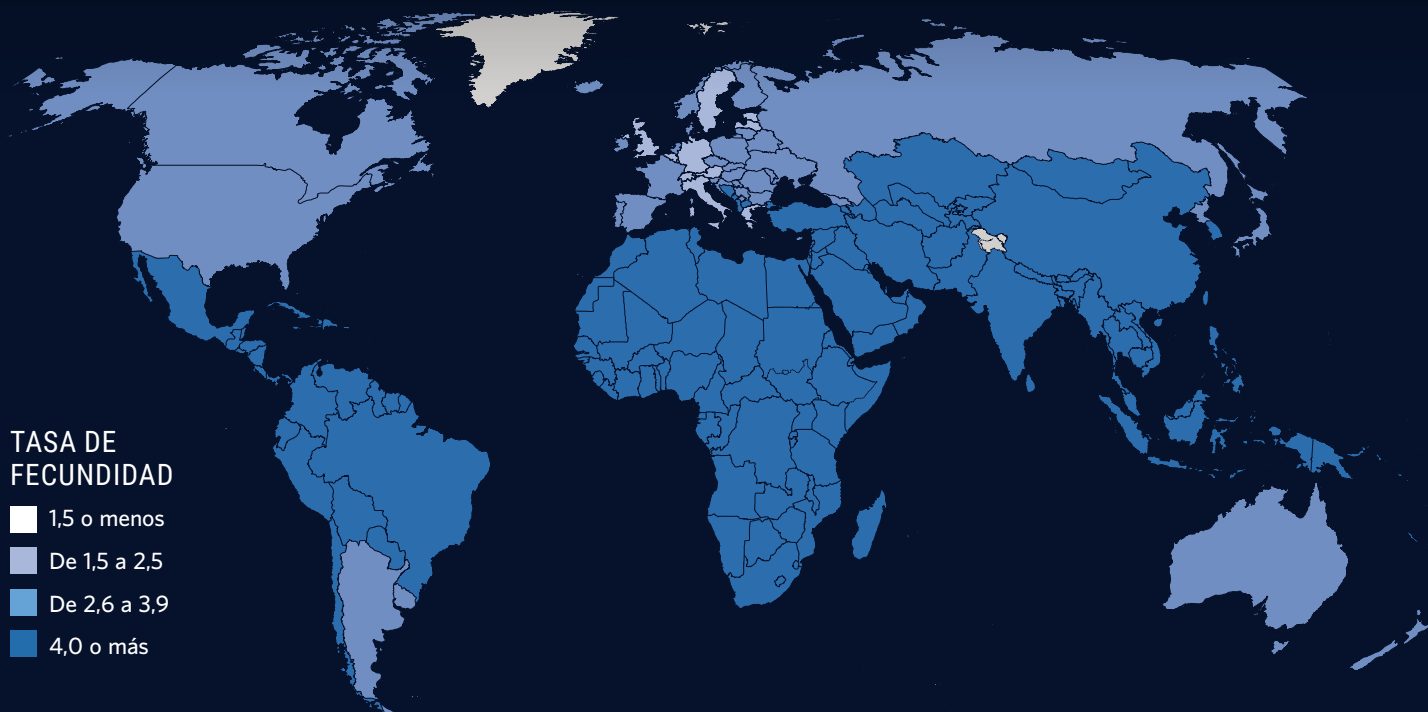
sumamente alto de personas menores de 15 años alcance la edad de procrear (Naciones Unidas, 2015).

Los países con tasas de fecundidad elevadas suelen tener dificultades para proporcionar educación a la infancia, atención de la salud a toda la población y oportunidades laborales a los jóvenes. La falta de puestos de trabajo en las zonas rurales puede hacer que muchos jóvenes emigren a las ciudades, donde ya escasean las oportunidades laborales. Se prevé que en los países con tasas de fecundidad iguales o superiores a cuatro nacimientos por mujer, las poblaciones urbanas crezcan rápidamente durante los próximos años (Naciones Unidas, 2015b).

Las consecuencias de una baja fecundidad

Entre los países con poblaciones de al menos un millón de habitantes, 22 presentan tasas de fecundidad inferiores a 1,5 nacimientos por mujer. Esta tasa no alcanza el nivel necesario para mantener el tamaño actual de la población en ausencia de inmigración. En estos países, los

FECUNDIDAD EN 1950

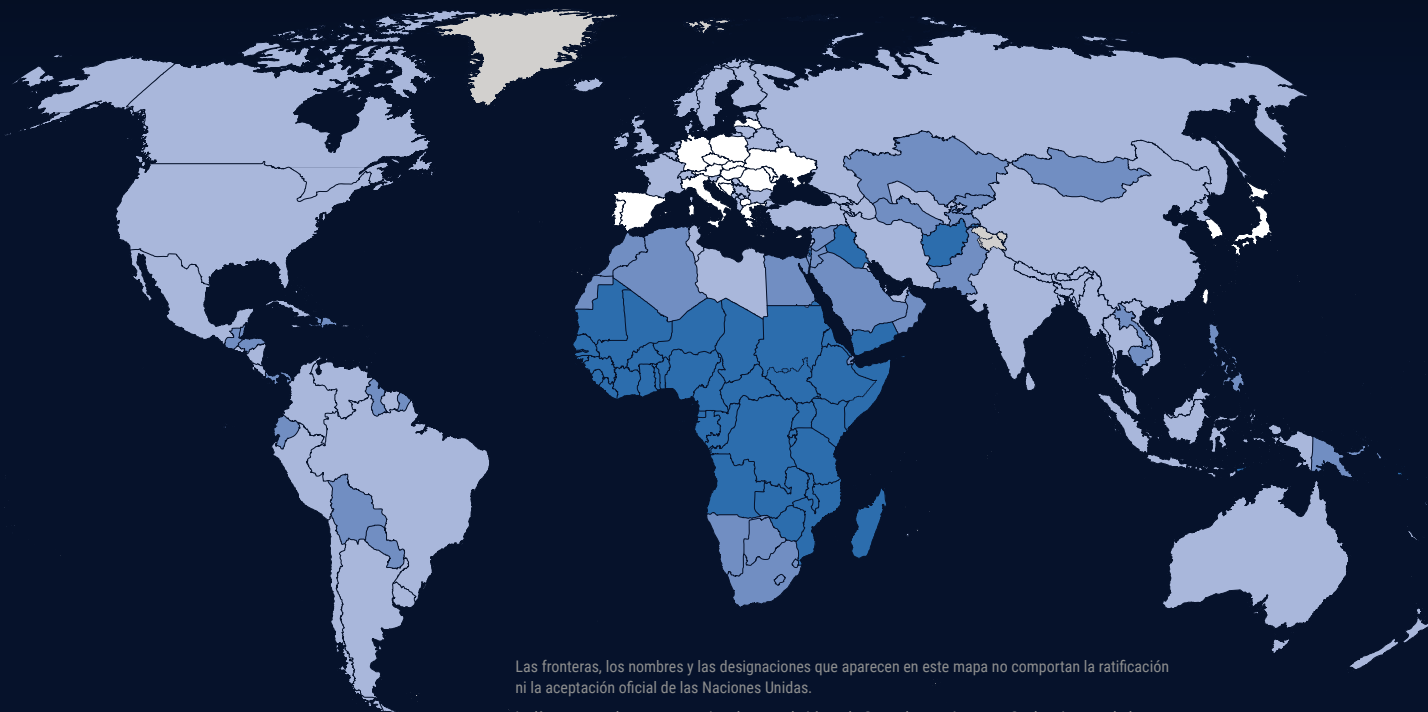


adultos de más edad representan un alto porcentaje de la población, y los Gobiernos a veces tienen dificultades para financiar de forma adecuada los sistemas de seguridad social y reorientar debidamente servicios como el de salud sobre la base de ese cambio demográfico. La baja fecundidad también implica que menos niños se incorporarán en la fuerza de trabajo a la larga, lo cual plantea inquietudes respecto al futuro del crecimiento económico. La proporción decreciente de jóvenes que forma parte de la fuerza de trabajo en países como la República de Corea, el Japón y Singapur también implica que habrá menos profesionales para desarrollar y adaptar las nuevas tecnologías. Los países con una escasez de trabajadores jóvenes calificados pueden encontrarse en una desventaja económica comparativa.

Las respuestas de los poderes públicos

Los Gobiernos suelen considerar que tanto las tasas de fecundidad muy elevadas como las muy bajas son tendencias no deseadas y han aplicado políticas para remediarlas. Mientras que la mayoría de los países con una tasa de fecundidad igual o superior a cuatro nacimientos por mujer ha manifestado su interés en reducir las tasas de crecimiento demográfico, casi todos los países con tasas de fecundidad iguales o inferiores a 1,5 quieren aumentar sus tasas (gráfico 5). Algunos de estos países, especialmente los de Europa Oriental, están elaborando programas de «seguridad demográfica» para hacer frente a la baja fecundidad. Los países con tasas de fecundidad de 1,5 a 2,5 nacimientos están satisfechos, en general, con sus tasas de crecimiento demográfico.

FECUNDIDAD EN 2015

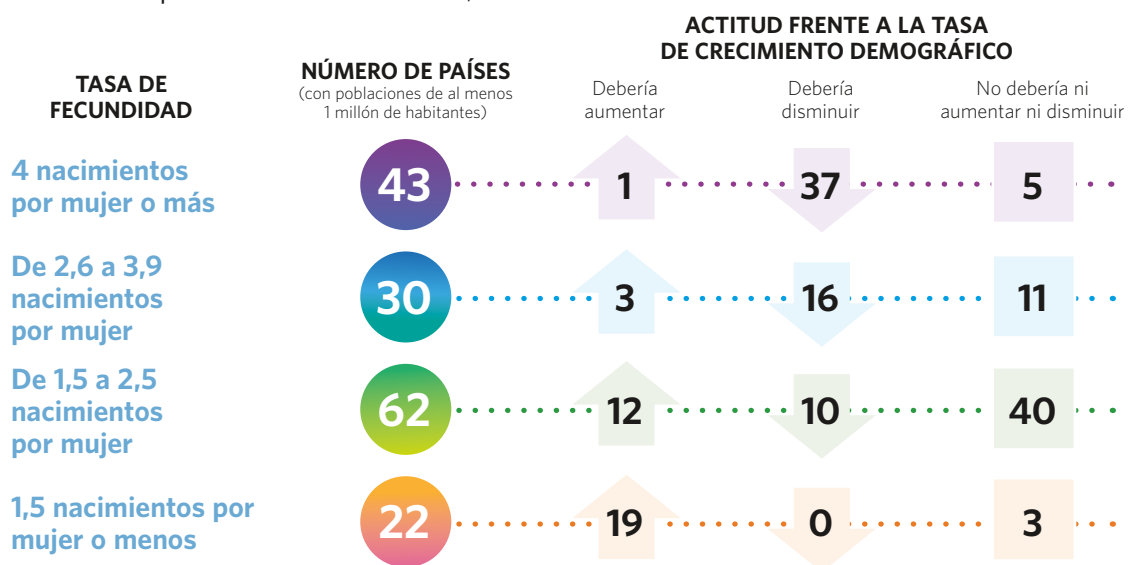


Las fronteras, los nombres y las designaciones que aparecen en este mapa no comportan la ratificación ni la aceptación oficial de las Naciones Unidas.

La línea punteada marca aproximadamente la Línea de Control entre Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes no han acordado todavía la situación definitiva de Jammu y Cachemira.

GRÁFICO 5

Opiniones de los Gobiernos acerca de las tasas de crecimiento demográfico, por tasa de fecundidad, 2010-2014



Fuentes: Naciones Unidas (2015a); Naciones Unidas (2017)

Lo que quiere la población

En el mundo, un gran número de personas y parejas tienen el número de hijos que quieren. Pero también hay muchas personas que tienen más —o menos— hijos de los que desean.

La discrepancia entre el tamaño de familia deseado y real se debe a numerosas razones. En algunos casos, las diferencias pueden atribuirse sencillamente al hecho de que las personas pueden cambiar de opinión con el tiempo: las preferencias de una mujer en cuanto al número ideal de hijos pueden cambiar radicalmente entre los 20 y los 40 años. En otros casos, la discrepancia puede deberse a que la mujer no puede concebir. Incluso es posible que las personas carezcan de los medios necesarios para cumplir sus deseos. Por ejemplo, en los países en desarrollo con tasas de fecundidad elevadas, numerosas mujeres tienen más hijos de los que desean debido al limitado acceso a su método anticonceptivo preferido, lo que da lugar a embarazos no deseados. En los países en desarrollo, se producen 89 millones de embarazos no deseados al año. Alrededor del 43% de esos embarazos son no planeados.

Por el contrario, en los países de ingresos altos con tasas de fecundidad bajas, la fecundidad real no suele alcanzar el promedio ideal de hijos. Esto puede deberse

a las dificultades que las mujeres enfrentan para conciliar su carrera con la maternidad, a la falta de servicios de guardería asequibles o a la mayor proporción de tiempo que dedican al trabajo doméstico en comparación con los hombres. Debido a que las parejas suelen contraer matrimonio más tarde en esos países, las mujeres tienen dificultades para quedarse embarazadas y es posible que la asistencia médica para la procreación, como la fecundación in vitro, no sean fácilmente accesibles o sean demasiado onerosas. En muchos países de Europa y Asia Oriental, las familias han sido más pequeñas de lo deseado durante varios años, y este fenómeno también se está extendiendo a los Estados Unidos de América (Harknett y Hartnett, 2014; Gietel-Basten, 2018; Stone, 2018).

Estas diferencias sugieren que en ningún lugar del mundo los derechos reproductivos se cumplen de forma universal, y que en todas partes existen obstáculos económicos, sociales, institucionales y de otro tipo de diferente magnitud que se interponen al tamaño deseado de la familia.

Lo ideal es que las preferencias de los Gobiernos respecto a tasas de fecundidad más altas o más bajas coincidan con las preferencias individuales con relación al tamaño de la familia. Por ejemplo, en un país en que una pareja quiere tener menos hijos, el poder público



puede disponer de políticas y servicios que permitan a la pareja cumplir su objetivo. Tales políticas podrían incluir más acceso a todo tipo de métodos anticonceptivos modernos.

En un país en el que una pareja quiere tener más hijos, pero que no lo hace por razones económicas, el Gobierno podría asegurarse de que los servicios de guardería sean gratuitos o más asequibles.

Un Gobierno puede alcanzar sus objetivos de reducir o aumentar la fecundidad por medio de medidas que fortalezcan los derechos individuales y ayuden a las personas a hacer realidad sus objetivos respecto al tamaño de la familia. Varios decenios de investigación han demostrado que, cuando las mujeres de los países con tasas de fecundidad elevadas tienen el poder y los medios para tomar sus propias decisiones, escogen familias más pequeñas. La capacidad para tomar decisiones fundamentales relativas al embarazo y el tamaño del hogar no solo depende de la anticoncepción, sino de muchos otros factores. También depende del grado de igualdad de género; de la economía y la geografía; del grado de instrucción; y del ejercicio de los derechos a la educación, la seguridad y la libertad de expresión.

De la misma manera, en los países con tasas de fecundidad bajas, los Gobiernos pueden ayudar a la población a tener más hijos a través de medidas directas, por ejemplo mediante el acceso a tratamientos gratuitos o de bajo costo para la infertilidad, o a través de medidas que permitan a las personas o las parejas superar los obstáculos económicos que se interponen a la creación de una familia o el aumento de la que ya tienen. Dependiendo del país, las medidas podrían abarcar viviendas asequibles, servicios de guardería de calidad, licencias de maternidad o paternidad mejor retribuidas, o soluciones para conciliar el trabajo con la vida familiar.

Mediante la puesta en marcha de medidas, a lo largo de todo el ciclo de vida, que respeten y fortalezcan los derechos, incluidos los derechos reproductivos, los Gobiernos pueden resolver los problemas demográficos y, al mismo tiempo, permitir que más personas puedan hacer realidad sus objetivos.

Reforzar los derechos individuales y lograr los objetivos nacionales

La medida en que una persona disfruta y ejerce sus derechos reproductivos repercute de manera directa en la fecundidad. En los países en que no se reconocen los derechos reproductivos, las tasas de fecundidad son, en general, altas. En los países en que los derechos reproductivos se respetan, las tasas de fecundidad suelen ser bajas. Y en los países donde los derechos se respetan, pero existen barreras económicas y de otro tipo que dificultan el disfrute pleno de los derechos reproductivos, las tasas de fecundidad pueden ser demasiado bajas para mantener el tamaño de la población estable.

Cada nivel de fecundidad se asocia con desafíos en el plano individual, comunitario y gubernamental. La fecundidad elevada puede contribuir a la pobreza extrema, a la alta mortalidad materna e infantil, y a la reducción del capital humano, e imponer presiones sobre las instituciones que prestan servicios, entre otros, en los ámbitos de la educación y la salud. La fecundidad baja se relaciona con el envejecimiento de la población, que plantea inquietudes relativas, por un lado, a la contracción de la base de contribuyentes a la seguridad social y a los mecanismos de protección social, y por otro lado, a las perspectivas de crecimiento económico.

Antes de 1950, los demógrafos habían pronosticado que, a medida que las tasas de mortalidad infantil descendieran, la fecundidad se reduciría en todos los países hasta aproximadamente el nivel de reemplazo (Notestein, 1945). Sin embargo, 68 años más tarde, el descenso universal aún no se ha materializado. La realidad es que numerosos países con tasas de mortalidad infantil más bajas siguen presentando tasas de fecundidad altas, y un número creciente de países registran tasas de fecundidad muy inferiores al nivel de reemplazo.

Si todos los demás factores se mantienen constantes, es probable que la evolución de la fecundidad continúe la misma trayectoria. Para modificarla, es necesario poner en marcha medidas dirigidas a reforzar los derechos y eliminar todos los obstáculos que impiden a las personas cumplir sus deseos reproductivos.



CAPÍTULO 2

El legado de las familias numerosas

De 43 países del mundo con una tasa actual de fecundidad igual o superior a cuatro nacimientos por mujer, 38 se hallan en África. Fuera del continente, el Afganistán, el Estado de Palestina, el Iraq, Timor-Leste y el Yemen presentan tasas de fecundidad iguales o superiores a cuatro nacimientos por mujer y se caracterizan por haber experimentado conflictos o crisis durante los últimos decenios (gráfico 6).



© Mark Tuschman

Aunque en África Subsahariana la transición de la fecundidad es un fenómeno en curso, avanza de forma más lenta que en otras regiones. Durante los últimos 50 años, las tasas de fecundidad han descendido ligeramente en toda la región, e incluso de forma considerable en algunas zonas del continente, pero posteriormente se han estancado en varios países.

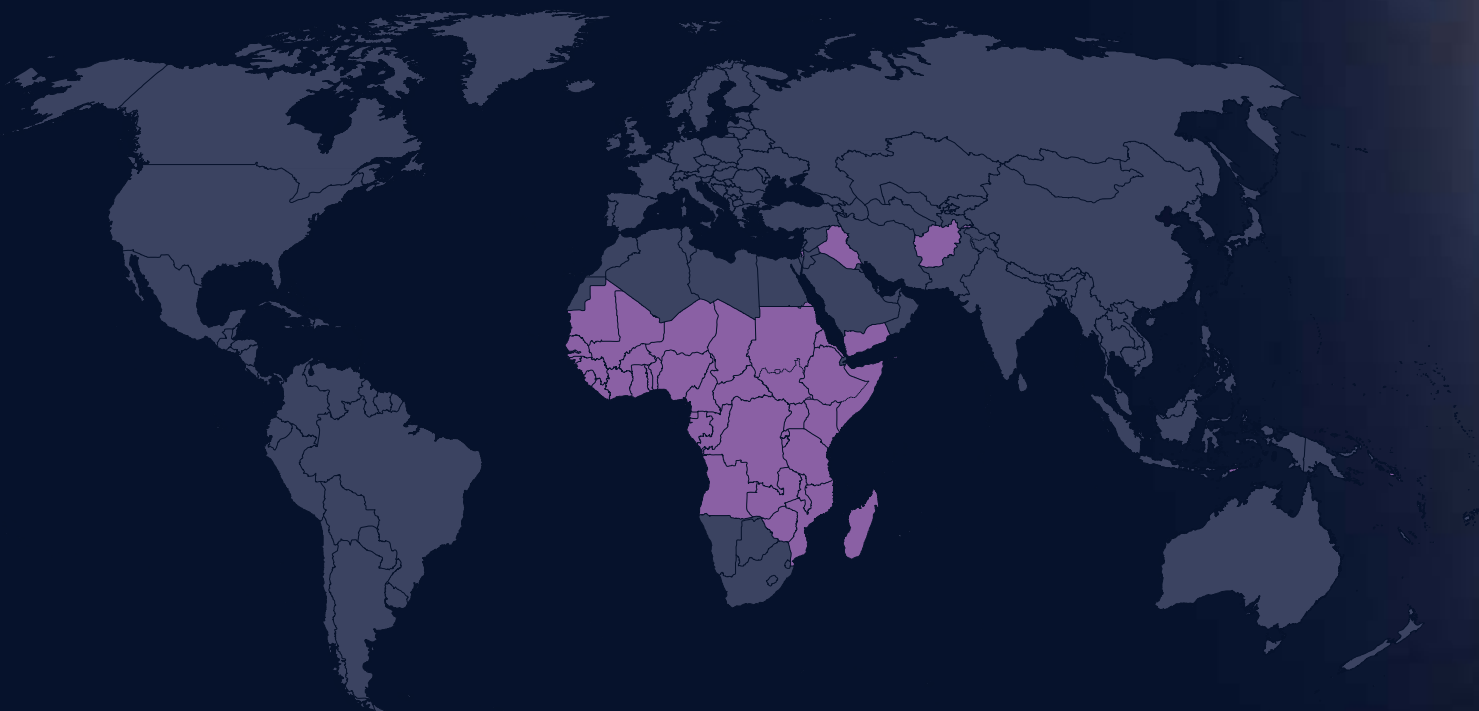
La transición es tan lenta e imprevisible que las Naciones Unidas, desde 2002, ha debido revisar

al alza en repetidas ocasiones sus proyecciones de población para la mayoría de los países de la región (Casterline, 2017).

Debido a una fecundidad constantemente alta, es probable que África Subsahariana represente más de la mitad del crecimiento demográfico mundial previsto desde ahora hasta 2050: es decir, 1.300 millones de personas de un total de 2.200 millones de personas que se sumarán a la población mundial. Si estas predicciones son correctas,

TASA DE FECUNDIDAD

SUPERIOR A 4 NACIMIENTOS POR MUJER



el porcentaje correspondiente a África en la población mundial crecerá del 17% en 2017 al 26% en 2050.

Una fecundidad constantemente alta significa que el aumento del número de jóvenes durante los próximos años dificultará la tarea de los países de garantizar el acceso a servicios de educación y atención de la salud de calidad. Por otra parte, para las economías, resultará más difícil ofrecer suficientes oportunidades de

empleo productivo a los numerosos jóvenes que se incorporarán en el mercado laboral.

Es posible que el grado en que las personas y las parejas pueden ejercer sus derechos reproductivos determine si la fecundidad en la región permanecerá alta o disminuirá durante los próximos años. Por tanto, la manera en que los Gobiernos brinden apoyo a esos derechos tendrá repercusiones en el desarrollo social y económico de los países.



© Mads Nissen/Politiken/Panos Pictures

Evolución y consecuencias

En 1950, la tasa de fecundidad media de África era igual o superior a seis nacimientos por mujer. En la década de 1960, la fecundidad comenzó a descender en África Meridional y Septentrional hasta llegar a 2,6 y 3,2, respectivamente, en 2015. Entretanto, la fecundidad en el resto de África Subsahariana empezó a aumentar durante los años 1960 y 1970. En África Oriental y Occidental, la transición de la fecundidad se inició en la década de 1980 y, en África Central,

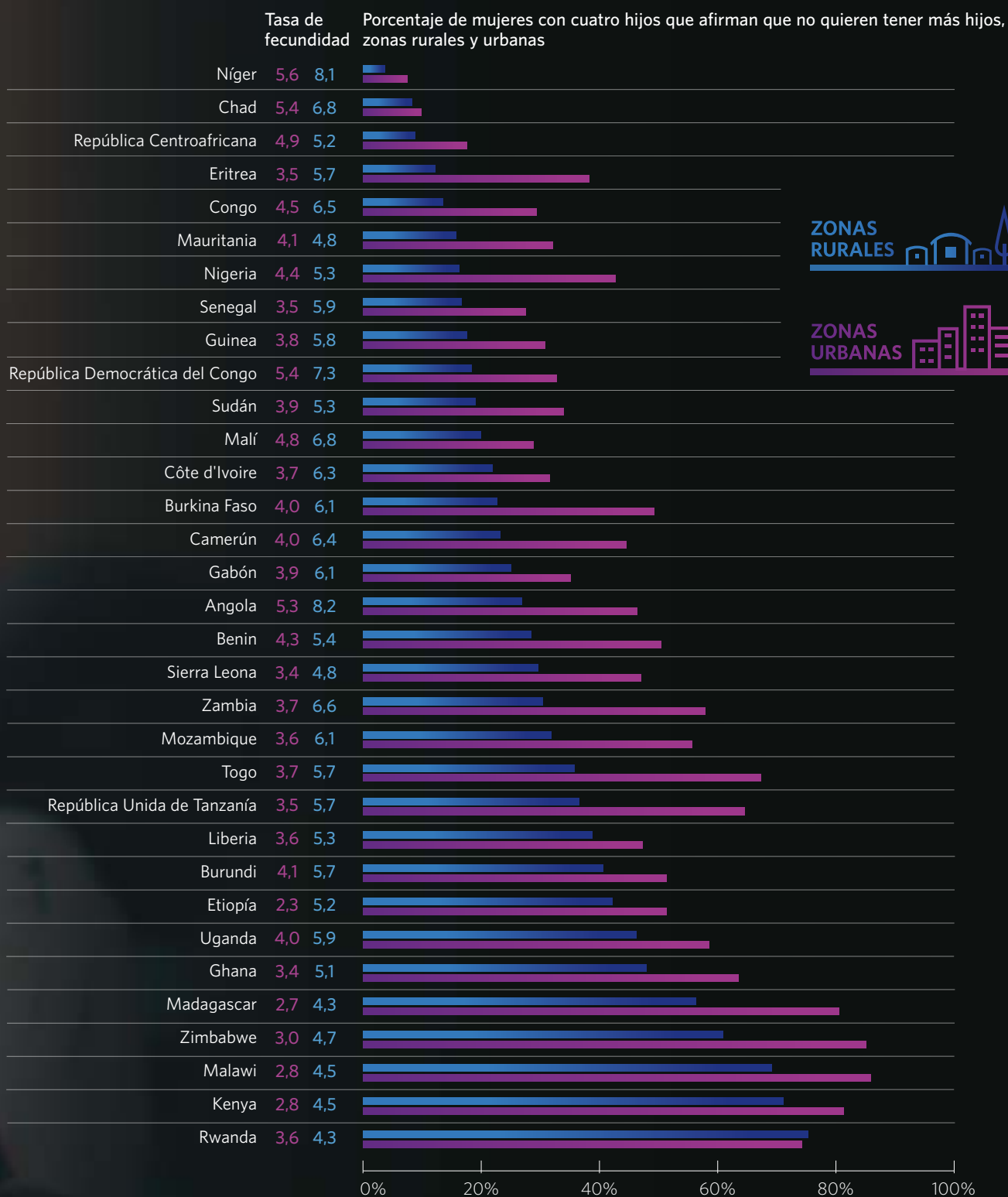
a mediados de los noventa. La tasa de fecundidad actual de África Subsahariana asciende a alrededor de 5,1 nacimientos por mujer.

En toda la región, las tasas de fecundidad son considerablemente más bajas en las ciudades que en las zonas rurales (gráfico 7). Por ejemplo, en Etiopía, mientras que en las zonas urbanas la tasa global de fecundidad se acerca al nivel de reemplazo, en el resto del país continúa siendo superior a cinco nacimientos por mujer.

**En todos los países de
África Oriental, excepto
cinco, menos de la mitad
de las mujeres declaran
que no quieren tener
más hijos.**



GRÁFICO 7



Fuente: ICF



© UNFPA/NOOR/Bénédicte Kurzen

La urbanización influye en gran medida en el descenso de la fecundidad y, a medida que África Subsahariana se vuelva más urbana, es probable que las tasas globales de fecundidad sean más bajas.

Cuando no se registran tasas altas de mortalidad o de emigración, las tasas de fecundidad elevadas indican un crecimiento demográfico más rápido, lo cual plantea desafíos a los Gobiernos, que ya luchan por satisfacer la demanda de servicios de educación y de salud, y por mantener los beneficios del desarrollo. El rápido crecimiento demográfico también puede dificultar el progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por ejemplo, es posible que algunos países no cumplan el Objetivo 1, de poner fin a la pobreza de aquí a 2030; el Objetivo 3, de garantizar una vida sana y promover el bienestar; y otros objetivos relacionados con las

ciudades sostenibles y el trabajo decente para todas las personas (Herrmann, 2015).

El declive de las tasas de fecundidad está dando lugar a una nueva transformación en la estructura etaria de la población de África Subsahariana, que presenta un número desproporcionadamente alto de personas jóvenes. Aunque esta situación favorece un «dividendo demográfico», la gran cantidad de jóvenes que se incorpora a la población activa seguirá acentuando la necesidad de crear nuevas oportunidades de empleo. La tasa actual de desempleo en África Subsahariana es de alrededor del 11%, pero el desempleo juvenil suele ser mucho más alto (OIT, 2016). Por ejemplo, en África Meridional, la mitad de toda la juventud activa está desempleada. Además, en los países pobres en que las prestaciones por desempleo son



© Giacomo Pirozzi

escasas o inexistentes, el subempleo se halla mucho más generalizado. Es decir, todas las personas se ganan la vida de una forma u otra para intentar sobrevivir, pero pocas tienen empleos productivos y remunerados. Además, a pesar de estar trabajando, la mayoría de la población vive en la pobreza.

Las altas tasas de desempleo, junto con el alto riesgo de pobreza incluso cuando se tiene un empleo y la falta de oportunidades de empleos de alta calidad, pueden influir en las decisiones de los jóvenes de emigrar al extranjero de forma permanente. Actualmente, aproximadamente el 38% de los jóvenes de África Subsahariana prefiere migrar a otros países (OIT, 2016).

¿Qué factores impulsan la fecundidad?

La trayectoria demográfica de África Subsahariana se debe, en parte, a procesos transcurridos durante un siglo de

La tasa actual de desempleo en África Subsahariana es de alrededor del 11%, pero el desempleo juvenil suele ser mucho más alto.

dominio colonial, que introdujeron enfermedades, conflictos y otras fuerzas que exacerbaban las tasas de mortalidad, ya elevadas en la región (Caldwell, 1985; Dawson, 1987; Turshen, 1987; Coquery-Vidrovitch, 1988). La fecundidad necesitaba ser lo suficientemente alta, tanto para compensar las elevadas tasas de mortalidad como para satisfacer la enorme demanda de mano de obra de un sistema de producción que debía satisfacer las necesidades de los países europeos al tiempo que seguía produciendo alimentos básicos (Cordell *et al.*, 1987).

En respuesta a ambos imperativos, las comunidades establecieron normas, prácticas y estructuras sociales que priorizaban la procreación y la supervivencia infantil (Meillassoux, 1977; Page y Lesthaeghe, 1981; Caldwell, 1982, 1985; Caldwell y Caldwell, 1987).

Lograr la «prosperidad reproductiva» durante el período colonial a menudo suponía negar a las personas y las parejas todo tipo de autonomía para decidir si tener hijos, cuándo y con qué frecuencia. El matrimonio era esencialmente un contrato no entre sujetos, sino entre familias, que toleraba el matrimonio infantil, la poligamia y el levirato con el fin de maximizar el potencial reproductivo de la mujer a lo largo de su vida.

La marcada diferencia de edad entre los cónyuges reforzaba las normas de género injustas e inclinaba la balanza en favor de las opiniones de los hombres a la hora de tomar decisiones en materia de reproducción, al igual que en casi todos los demás asuntos. En este contexto, la situación de una mujer estaba determinada, en gran medida, por su fecundidad, así como por el número y la edad de sus hijos.

Esas normas han resultado ser sumamente tenaces, a pesar de los recientes cambios económicos y sociales.

La elevada fecundidad en África Subsahariana se mantiene actualmente debido a un marcado y continuo deseo de tener hijos y a la ausencia de medio adecuados para limitar el tamaño de la familia (Casterline y Agyei-Mensah, 2017). En concreto, existe una gran necesidad insatisfecha de anticonceptivos.



EN PRIMER PLANO: **NÍGER**

«Quiero planificar
mi futuro».

Hassia, 19



Un programa de desarrollo de habilidades para la vida capacita a las niñas para tomar sus propias decisiones

© UNFPA/Ollivier Girard

Hassia, de 19 años, porta a Abdoulaziz, su bebé de diez meses, a la espalda. La joven está concentrada en la pizarra situada frente a ella. Está aprendiendo a escribir en zarma, el idioma de la zona occidental del Níger.

La rodean una veintena de adolescentes y mujeres jóvenes, varias de las cuales están casadas o prometidas. La mayoría de ellas lleva un hiyab azul celeste, un color de moda en este momento.

Hassia es una de las 64.000 adolescentes matriculadas este año en el programa nigerino Illimin (que en hausa significa «conocimiento»). El programa, que ayuda a las adolescentes a adquirir habilidades para la vida y conocimientos y a ser más independientes, forma parte de una iniciativa más amplia dirigida a proteger a las niñas frente al matrimonio infantil y el embarazo precoz.

Más de 2 de cada 3 niñas del Níger contraen matrimonio antes de cumplir 18 años. Una vez que contraen matrimonio, la expectativa general es que las niñas comiencen a tener hijos. La tasa de fecundidad adolescente del Níger es la segunda más alta del mundo.

«Illimin se dirige a las adolescentes de 10 a 19 años porque este grupo representa alrededor de 1 de cada 7 nacimientos y en torno a 1 de cada 3 muertes maternas en el país», explica Hassan Ali, representante auxiliar del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). «La mayoría de las niñas nigerinas de este grupo etario no sabe leer ni escribir —agrega—. Constituyen un grupo especialmente vulnerable al matrimonio infantil y los embarazos precoces, y son quienes más pueden beneficiarse del programa».

Además de aprender a leer y escribir, Hassia también aprende otras cuestiones prácticas —por ejemplo, cómo administrar el dinero— y técnicas como coser o bordar, que algún día podrán servirle para ganarse la vida. No obstante, también aprende nociones sobre nutrición, higiene, su cuerpo, las relaciones, los derechos y la anticoncepción.

Por medio del programa, un grupo de «madrinas» de más edad de la comunidad acompañan a las adolescentes a las clínicas locales, donde pueden informarse en mayor detalle sobre los servicios de anticoncepción, que reciben de forma gratuita. Hassia no planeó tener a Abdoulaziz. El hombre de 30 años con el que mantenía una relación le había asegurado que usaba protección. Al quedarse embarazada, la dejó.



«Quiero que mis hijos reciban una buena educación y tengan una vida diferente a la mía».

Cuando Hassia era niña, su padre murió y, al poco tiempo, su madre las abandonó, a ella y a su hermana pequeña, de modo que no tuvieron otra opción que ir a un orfanato. Al cumplir 12 años, se fue a vivir con su abuela. «Era la única persona que conocía de la familia —cuenta—. Quería que le hiciera compañía, así que dije que sí».

Al cabo de dos años, Hassia comenzó a trabajar de empleada doméstica y a contribuir con su sueldo a los ingresos del hogar. Pero un día, su abuela, al ver que a Hassia le estaba creciendo el vientre, se dio cuenta de que estaba embarazada y la echó de casa. Unos meses más tarde, Hassia tuvo a su primer hijo, Oumou, que ahora tiene 3 años.

«Yo no sabía absolutamente nada sobre sexo», asevera Hassia. «En el orfanato, las niñas y los niños estaban separados, de modo que nunca me informaron de los riesgos».

«Desde que participo en Illimin, me siento mucho más positiva —cuenta—. Estoy aprendiendo a protegerme y a manejarme como mujer joven. He hecho amigas con las que puedo hablar abiertamente, sin miedo. Quiero que mis hijos reciban una buena educación y tengan una vida diferente a la mía».

Ahora utiliza un anticonceptivo subdérmico que le implantan en un dispensario local. «Quiero planificar mi futuro», afirma Hassia.

Fatouma Boubacar, de 35 años, afirma que las jóvenes que acompaña en el marco del programa Illimin se convierten en personas más fuertes, más informadas y más seguras de sí mismas: «Al final del programa, jóvenes como Hassia aprenden que pueden decir que no». Una adolescente a su cargo se encontraba a punto de ser forzada por sus padres a contraer matrimonio. «Dijo que no; tenía solo 14 años».

El deseo de tener hijos

El deseo de tener hijos es mayor, en promedio, en África Subsahariana que en cualquier otra región del mundo.

El número ideal medio de hijos por mujer de 15 a 49 años difiere enormemente entre países y entre estratos sociales en los países. Este número varía desde 3,6 en Rwanda hasta 9,5 en el Níger.

El número medio de hijos que desean las mujeres es inferior a cuatro solo en Kenya (3,9), Malawi (3,9) y Rwanda (3,6). Los hombres casados generalmente prefieren más hijos que las mujeres casadas. Rwanda representa una excepción en este sentido, ya que las mujeres desean una media de 3,6 hijos, y los hombres, de 3,1. En Burundi, los hombres y las mujeres coinciden en el número de hijos que desean tener, es decir, 4,3. En Chad es donde los hombres casados quieren tener más hijos: 13,2.

El deseo de tener familias numerosas en la región también es evidente entre las mujeres que ya tienen cuatro hijos: en todos los países de África Oriental, excepto cinco, menos de la mitad declaran que no quieren tener más hijos. La proporción de mujeres que no desea tener más de cuatro hijos es mayor en las zonas urbanas, excepto en Rwanda.

Las normas y las prácticas que impulsaron las altas tasas de fecundidad durante el siglo pasado siguen siendo habituales actualmente en gran parte de las zonas rurales. El deseo de tener hijos está condicionado por el grado de dependencia de la economía doméstica y las normas reproductivas que acompañan esa dependencia. Entre los factores que reducen esa dependencia, se incluyen el aumento del acceso a la educación académica, la capacidad de creación de riqueza de la economía moderna, así como la migración y el contacto con otras normas, especialmente las relacionadas con los derechos individuales y las funciones asignadas a cada género.

En toda la región, los ciudadanos que completan los estudios secundarios quieren —y tienen— menos hijos que los ciudadanos con estudios primarios o un nivel inferior. De la misma manera, las personas con más riqueza prefieren menos hijos que las personas que son más pobres (gráfico 8). El deseo de tener

Los hombres rwandeses lideran la tendencia hacia la creación de familias menos numerosas

Las normas socioculturales y las prácticas tradicionales constituyen barreras para el ejercicio de los derechos reproductivos y la aceleración de la transición demográfica, requisito para lograr el tan codiciado dividendo demográfico. Cambiar las normas y las prácticas tradicionales relacionadas con la reproducción no deja de ser una tarea ambiciosa. No obstante, la experiencia de Rwanda demuestra que, con voluntad política, los Gobiernos nacionales pueden lograr cambios que mejoran los derechos reproductivos en un período relativamente breve.

Tras los conflictos que culminaron con el genocidio de 1994, las autoridades de Rwanda —el país con la mayor densidad de población de África continental— cambiaron el enfoque que favorecía el rápido crecimiento demográfico y una tasa de fecundidad que llegó a ser de 8,7 nacimientos por mujer (Cohen, 1993).

La nueva estrategia se dirigió a mejorar la disponibilidad y asequibilidad de

la planificación familiar voluntaria para toda la población, incluso en las comunidades más remotas. El cambio condujo a un aumento sin precedentes del uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas o en unión libre, del 10% en 2005 al 45% cinco años más tarde.

El rápido aumento fue resultado, en parte, de las campañas públicas que ayudaron a transformar las actitudes respecto de la anticoncepción, que pasó de ser un tema tabú a convertirse en una prioridad de desarrollo nacional (Solo, 2008). Al mismo tiempo, las campañas también influyeron en el punto de vista de los hombres sobre la procreación, el tamaño de la familia y la planificación familiar.

Uno de los objetivos de la política de salud reproductiva puesta en marcha en Rwanda en 2003 era fortalecer la participación de los hombres en el programa de planificación familiar nacional. Una campaña masiva de comunicación y movilización social,

junto con medidas específicas encaminadas a sensibilizar a los hombres, constituyeron las estrategias principales (República de Rwanda, 2003). Por otro lado, políticos de todos los ámbitos mencionaban constantemente la importancia de la planificación familiar como medio para que las parejas pudieran hacer realidad sus objetivos de formar familias menos numerosas (May y Kamurase, 2009). En conjunto, esas medidas impulsaron la adopción rápida y generalizada de la planificación familiar.

Las conclusiones de las encuestas demográficas y de salud indican que las campañas de planificación familiar llevadas a cabo en el país desde 2005 han convertido a Rwanda en el único país de África Subsahariana en el que la proporción de hombres que afirman no querer tener más hijos es más alta que la de mujeres, y ello, con independencia del número de hijos que ya tenga la mujer o del número de partos.

hijos en la actualidad también depende de la edad: la generación más joven, en general, prefiere tener menos hijos que sus padres.

Mortalidad infantil

Las elevadas tasas de mortalidad en la infancia —o el alto riesgo de perder un hijo— incitan a muchas personas en África Subsahariana a tener familias más numerosas.

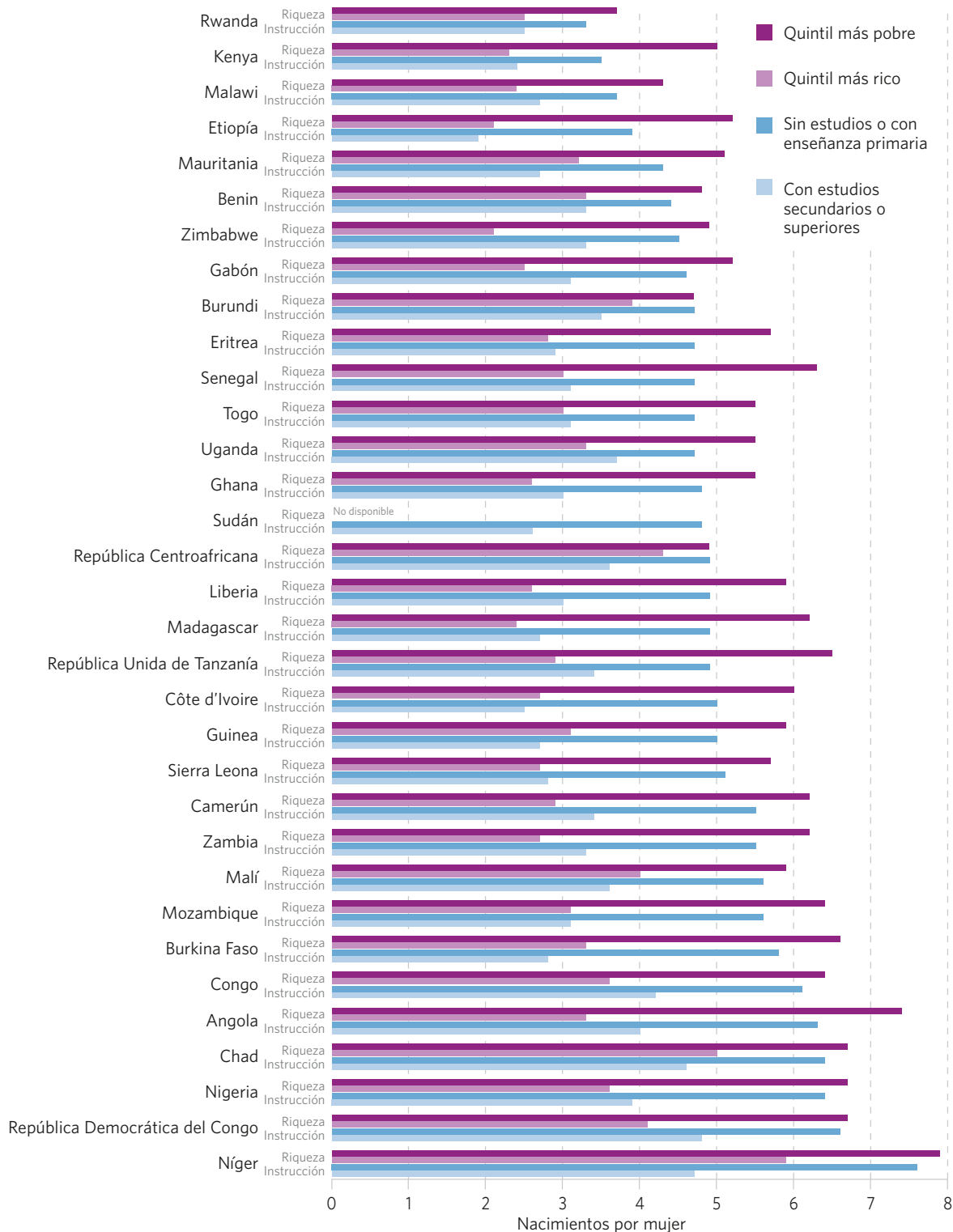
A pesar de la importante mejora de las tasas de supervivencia infantil en los dos últimos decenios, la mortalidad infantil persiste. En gran parte de

la región, la mortalidad infantil alcanza niveles equivalentes a los que predominaban en Europa hace más de un siglo.

La región continúa presentando las tasas de mortalidad infantil más altas del mundo. El riesgo de que un niño muera antes de cumplir 5 años es casi 15 veces superior al de los países de ingresos altos (UNICEF, 2017). La neumonía, la principal causa de mortalidad en niños menores de 5 años, es responsable del 22% de las muertes. Le sigue la malaria, que es responsable del 15,3% de las muertes de niños en África Subsahariana.

GRÁFICO 8

Tasas globales de nacimientos deseados, por grado de instrucción y por quintil de riqueza



Fuente: ICF

Más de un millón de bebés mueren al año durante sus primeras cuatro semanas de vida, lo cual demuestra, en parte, la deficiencia de los programas de salud materna e infantil existentes en la región.

En 2015, el 90% de los 212 millones de casos estimados de malaria en el mundo y el 92% de las 429.000 muertes por malaria se registraron en África Subsahariana. El parásito más peligroso y mortal de la malaria, el *Plasmodium falciparum*, es endémico en gran parte de la región (OMS, 2016).

Más de un millón de bebés mueren al año durante sus primeras cuatro semanas de vida, lo cual demuestra, en parte, la deficiencia de los programas de salud materna e infantil existentes en la región.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar

Las mujeres y las parejas de la región siguen enfrentando dificultades para controlar su vida reproductiva. El acceso a métodos anticonceptivos modernos, así como su uso, es escaso en comparación con otras regiones.

Alrededor del 21% de las mujeres de la región no desean quedarse embarazadas, pero no utilizan un método anticonceptivo moderno y, en consecuencia, tienen una «necesidad insatisfecha» de planificación familiar (Instituto Guttmacher, 2017). Mientras tanto, cada año en la región, 19,7 millones de embarazos —el 38%— no son planeados. El uso de métodos anticonceptivos modernos entre las mujeres que están casadas o que viven en una unión libre en

la región es más generalizado en las zonas urbanas que en las zonas rurales (gráfico 9).

Entre las razones que explican la necesidad insatisfecha de anticonceptivos en África Subsahariana, al igual que en otras regiones en desarrollo, destacan la no disponibilidad del método anticonceptivo de preferencia o su suministro poco seguro; las preocupaciones acerca de la seguridad y los efectos secundarios; el costo; la oposición de los miembros de la familia; las leyes que limitan el acceso de los jóvenes y las personas solteras; y los proveedores de servicios con prejuicios o no capacitados (Sedgh *et al.*, 2016b).

Matrimonio infantil

El matrimonio infantil afecta de forma desproporcionada a las niñas. En África Subsahariana, se calcula que el 38% de las mujeres contrae matrimonio antes de cumplir 18 años, y el 12%, antes de los 15 años (UNICEF, 2018). En la región, la tasa más alta corresponde a la del Níger, donde el 76% de las niñas se casa antes de cumplir 18 años.

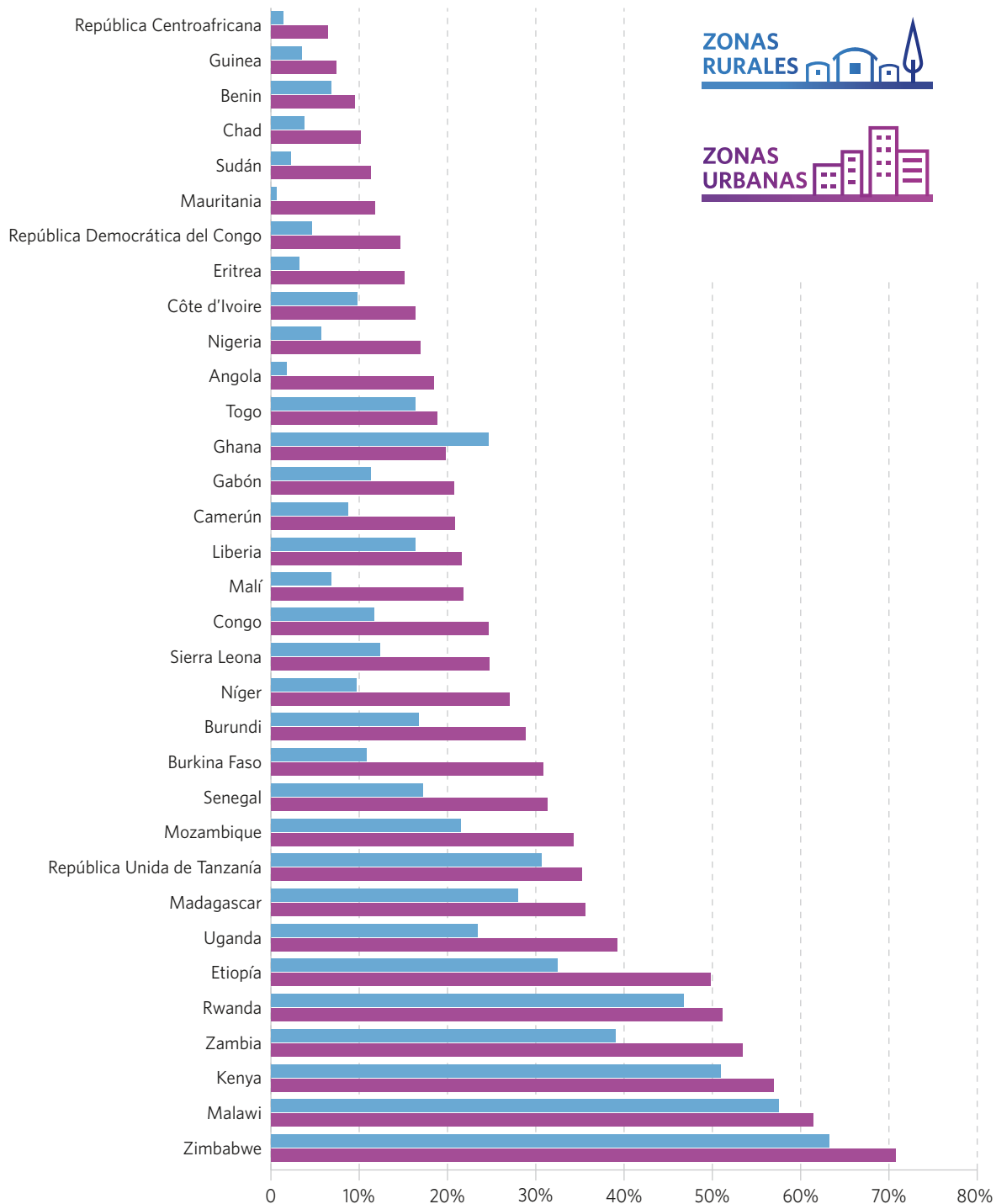
La mayoría de los partos en la adolescencia —el 95%— tienen lugar en países en desarrollo, y 9 de cada 10 se producen en el seno del matrimonio o de una unión libre. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las complicaciones asociadas al embarazo —como hemorragias, sepsis u obstrucción del parto— y a los abortos en condiciones de riesgo son las causas principales de muerte entre adolescentes de 15 a 19 años.

El matrimonio infantil y, en consecuencia, la maternidad a edad temprana también tienen efectos socioeconómicos negativos, ya que interrumpen la educación de las niñas y, por tanto, las privan de la oportunidad futura de incorporarse en la fuerza de trabajo remunerada fuera del hogar. Entre las demás consecuencias figuran el desempleo y la reducción de las ganancias durante la edad adulta (Lee, 2010; Herrera y Sahn, 2015; Wodon *et al.*, 2017).

En sentido amplio, el matrimonio infantil niega a las niñas el derecho de opinar sobre las decisiones que afectan a sus vidas, obstaculiza el empoderamiento de las mujeres y contribuye a

GRÁFICO 9

Porcentaje de mujeres casadas que utilizan un método anticonceptivo moderno, zonas rurales y urbanas



Fuente: ICF



© Mark Tuschman

la transmisión de las desigualdades de género a través de las generaciones (Hindin, 2012). Además, las niñas que se casan son más vulnerables al abuso, problema que se acrecienta con las grandes diferencias de edad entre ellas y sus esposos. La capacidad que tienen las niñas casadas para acceder a información y servicios de planificación familiar es escasa o nula.

Configurar el futuro de África por medio del dividendo demográfico

Se calcula que el 60% de la población de la región tiene menos de 25 años. El número elevado y creciente de jóvenes en África Subsahariana representa una oportunidad limitada en el tiempo para acelerar el crecimiento económico por medio de un dividendo demográfico. Para lograr este objetivo, la Unión Africana elaboró una hoja de ruta (Comisión de la Unión Africana, 2017).

Un dividendo demográfico es el potencial de crecimiento económico que surge a consecuencia de los cambios en la estructura de edades de una población cuando la proporción de población en edad de trabajar es relativamente superior a la población que no se encuentra en edad de trabajar. La evolución se produce cuando las tasas

de mortalidad comienzan a bajar pero las tasas de fecundidad permanecen altas, lo que genera una población de personas jóvenes sumamente alta, tanto en términos absolutos como con relación a la población de personas de más edad. A medida que los jóvenes alcanzan la edad de incorporarse al trabajo, el alto porcentaje de población activa respecto al de personas dependientes puede ayudar a las economías a estimular el crecimiento de manera temporal pero significativa (Lee y Mason, 2006).

Sin embargo, el alcance y la repercusión del dividendo demográfico dependen de la inversión que se haga en el capital humano de los jóvenes. Cuando los jóvenes están empoderados, instruidos y tienen empleo, pueden ayudar a los países a lograr este dividendo; cuando no lo están, ellos mismos dependerán de su asistencia.

Debido a que la mayor parte de África Subsahariana acomete la transición demográfica, este es el momento oportuno para aumentar las inversiones específicas en educación y salud, incluida la salud reproductiva. De esta manera, se empoderará al elevado y creciente número de jóvenes de la región para aprovechar las oportunidades económicas que surjan durante los próximos años.

Lograr un dividendo demográfico también depende del funcionamiento eficaz de los mercados de trabajo y de capitales, así como de una gobernanza que genere un entorno atractivo para las inversiones privadas, tanto locales como extranjeras. Las medidas encaminadas a fortalecer la oferta de mano de obra mediante inversiones en el capital humano deben complementarse con un crecimiento económico sólido, que aumente la demanda de trabajo. Ambas condiciones son fundamentales para que la población disponga de empleos productivos y remunerados, o para generar verdaderas oportunidades para el emprendimiento.

Cuando el dividendo demográfico se maximiza, se aceleran el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Algunos de estos resultados ya se están haciendo realidad. Después de las pasadas «décadas perdidas» de los años ochenta y los noventa, en África Subsahariana las condiciones económicas han mejorado de manera considerable, y el continente en su conjunto pudo prácticamente duplicar su producto interno bruto (PIB) per cápita entre el año 2000 y 2016 (gráfico 10).

El único país que experimentó una recesión económica durante este período de 16 años fue Zimbabue. Dos países, Etiopía y Rwanda, triplicaron su PIB per cápita. Un desafío que enfrentan todos los países de la región es mantener o acelerar el crecimiento económico para adaptarse a la demanda de servicios —como educación y salud— y de empleos, la cual aumenta a medida que la población crece. A pesar de que los países más pobres han logrado avanzar, se encuentran muy rezagados con respecto a los países más desarrollados.

La magnitud del dividendo demográfico depende, en parte, del ritmo al que se reduce la fecundidad, en el que influye, a su vez, la medida en que se protegen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas, así como el grado de poder, información y medios de que disponen las mujeres para decidir si desean quedarse embarazadas, cuándo y con qué frecuencia.

El mayor acceso a la educación académica contribuye en gran medida al descenso de la

GRÁFICO 10

Producto interno bruto per cápita
(paridad del poder adquisitivo;
dólares internacionales corrientes)

PAÍS O REGIÓN	2000	2016	PIB PER CÁPITA 2016/2000
Angola	2.781	6.499	2,34
Benin	1.321	2.168	1,64
Burkina Faso	829	1.720	2,07
Burundi	598	778	1,30
Camerún	1.987	3.286	1,65
Chad	787	1.991	2,53
Congo	3.551	5.719	1,61
Côte d'Ivoire	2.336	3.720	1,59
Etiopía	490	1.735	3,54
Gabón	14.095	18.108	1,28
Ghana	1.791	4.294	2,40
Guinea	896	1.311	1,46
Kenya	1.69	3.156	1,87
Liberia	665	813	1,22
Madagascar	1.145	1.506	1,32
Malawi	686	1.169	1,70
Malí	1.160	2.117	1,83
Mauritania	2.181	3.854	1,77
Níger	597	978	1,64
Nigeria	2.258	5.867	2,60
Rep. Dem. del Congo	419	801	1,91
República Centroafricana	649	699	1,08
República Unida de Tanzania	1.174	2.787	2,37
Rwanda	623	1.913	3,07
Senegal	1.512	2.568	1,70
Sierra Leona	723	1.473	2,04
Sudán	1.812	4.730	2,61
Togo	1.012	1.491	1,47
Uganda	846	1.849	2,19
Zambia	1.667	3.922	2,35
Zimbabue	2.038	2.006	0,98
África Subsahariana	1.900	3.711	1,95

Fuente: Banco Mundial (2017)

fecundidad: cuanto más tiempo asisten a la escuela las niñas, menos probabilidades tienen de contraer matrimonio —y de quedarse embarazadas— durante la niñez. Las mujeres instruidas también están en mejores condiciones de derribar las barreras que les impiden poder optar a empleos decentes y remunerados más adelante en la vida.

El dividendo demográfico previsto por la Unión Africana en 2017 no puede lograrse de forma plena en un entorno en el que persisten la discriminación y la desigualdad de género, que marginan y privan del derecho a voto a un gran número de mujeres y niñas.

El futuro

La disminución de la fecundidad en África Subsahariana no se acelerará si las normas que mantienen las tasas elevadas no cambian con más rapidez. Por ejemplo, es necesario transformar los sistemas sociales y económicos que se crearon como respuesta a la alta mortalidad, especialmente los relacionados con los papeles asignados a cada género en la sociedad.

La urbanización y la modernización de las economías africanas han dado lugar a nuevas oportunidades para la prosperidad económica de la mujer fuera de la economía doméstica. Al mismo tiempo, la urbanización, el grado más alto de instrucción de las niñas y las mujeres, y el descenso de la mortalidad infantil y de lactantes han ayudado a reducir de forma gradual el interés por formar familias numerosas.

Una mayor y más rápida reducción de la fecundidad dependerá del poder que tengan las personas y las parejas para tomar sus propias decisiones respecto al tamaño del hogar. En la mayoría de los países africanos, los programas de planificación familiar no están lo suficientemente desarrollados para proporcionar servicios de calidad a quienes más los necesitan, especialmente las poblaciones urbanas y rurales que viven en situación de pobreza. Lograr que servicios de planificación familiar de calidad estén disponibles de forma más generalizada y sistemática podría aumentar la demanda de estos servicios y, a su vez, reducir la tasa de fecundidad.



EN PRIMER PLANO: KENYA

*«Queremos que
nuestros hijos tengan
una vida mejor que
la nuestra».*

Sharrow, 32



Los kenianos quieren tener menos hijos para poder ofrecerles una vida mejor

© Matchbox Media/Alice Oldenburg para el UNFPA

Sharrow se quedó embarazada al poco tiempo de contraer matrimonio con Stanley, a pesar de que habían planeado esperar un par de años antes de comenzar una familia.

Tras el nacimiento de su hijo Christiano, acordaron dedicarse de lleno a ofrecerle la mejor vida posible. En consecuencia, recurrieron a la planificación familiar para evitar otro embarazo.

Las personas en Kenya prefieren tener menos hijos y cuidar mejor a los que tienen, según Dan Okoro, especialista en salud sexual y reproductiva de la oficina del UNFPA en Nairobi. Cada vez más parejas deciden utilizar los servicios de planificación familiar para evitar, retrasar o espaciar los embarazos.

Desde los años 1970, en que el promedio de nacimientos por mujer era de más de ocho,

el tamaño de la familia se ha reducido. En la actualidad, las kenianas dan a luz, por término medio, poco menos de cuatro veces a lo largo de su vida. La reducción de la fecundidad se atribuye, en parte, al mayor acceso a anticonceptivos gratuitos o de bajo costo y a información sobre su uso.

Las mujeres jóvenes sexualmente activas utilizan cada vez más los servicios de planificación familiar. De acuerdo con Rachel Muthui, voluntaria del centro de salud juvenil Family Health Options Kenya, patrocinado por el UNFPA: «Los tabús relacionados con la planificación familiar pertenecen, en su

mayor parte, al pasado. Las mujeres jóvenes ahora se sienten empoderadas y pueden tomar sus propias decisiones».

«Los servicios de planificación familiar también ayudan a las adolescentes a evitar los embarazos y concluir su educación, lo cual las habilita para obtener mejores empleos —añade Rachel—. Las jóvenes que se quedan embarazadas suelen abandonar la escuela, lo que merma sus oportunidades de conseguir empleos e ingresos adecuados en el futuro. Por este motivo, las niñas necesitan conocer las alternativas de planificación familiar antes de ser sexualmente activas».



En el ámbito nacional, 6 de cada 10 mujeres casadas utilizan un método anticonceptivo moderno. No obstante, en algunas zonas rurales, solo alrededor de 1 de cada 20 mujeres utiliza un método moderno. Parte del problema es la falta de servicios en las zonas remotas. Según Josephine Kibaru-Mbae, directora general del Consejo Nacional de Población y Desarrollo: «Otra parte del problema en algunas comunidades es que las mujeres no tienen el poder de decidir libremente si desean evitar los embarazos, junto con la escasa información sobre métodos anticonceptivos alternativos».

Sharrow y Stanley utilizaron los servicios de planificación familiar durante siete años, hasta que

su hijo terminó la enseñanza primaria, y el año pasado nació su hija, Tina. Antes de que Tina naciera, la pareja había podido ahorrar suficiente dinero para enviar a su hijo, que ahora tiene ocho años, a una buena escuela de enseñanza secundaria. Sharrow está utilizando nuevamente un método anticonceptivo y tiene previsto volver a estudiar e iniciar un negocio de suministro de comidas y bebidas.

«Queremos que nuestros hijos tengan una vida mejor que la nuestra, y haré todo lo posible para ayudarlos a que sus sueños se hagan realidad», concluye Sharrow.



Sharrow y Stanley utilizaron los servicios de planificación familiar durante siete años, hasta que su hijo terminó la enseñanza primaria, y el año pasado nació su hija.



Desviaciones con respecto a la trayectoria típica de transición de la fecundidad

Por lo general, según la teoría de la transición demográfica convencional, la fecundidad comienza a disminuir a medida que el desarrollo socioeconómico progresa (Notestein, 1953; Easterlin, 1975). Al tiempo que los países aumentan su nivel de industrialización, instrucción y urbanización, los costos asociados con la crianza aumentan y los beneficios de tener familias numerosas disminuyen.



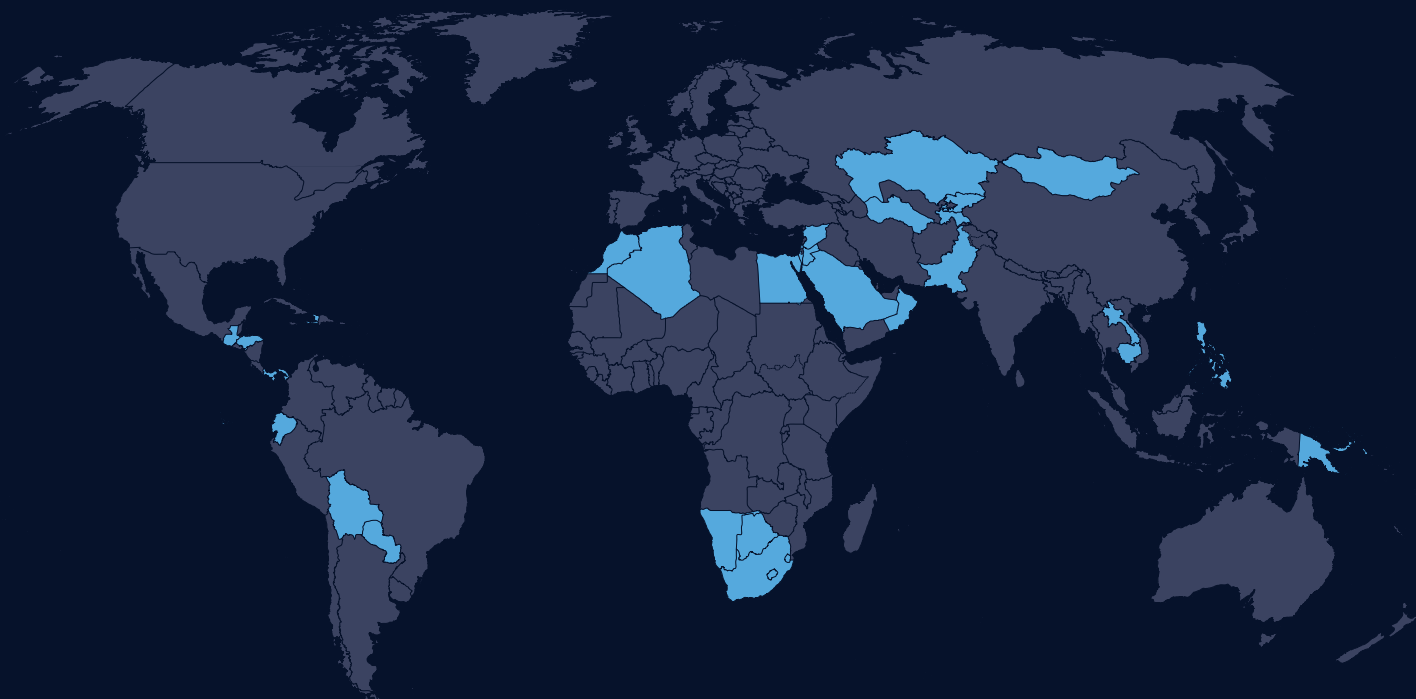
© Chris Stowers/Panos Pictures

Al tiempo que los países aumentan su nivel de industrialización, instrucción y urbanización, los costos asociados con la crianza aumentan y los beneficios de tener familias numerosas disminuyen. Esta combinación de factores normalmente favorece el deseo de tener menos hijos. Una vez que un país acomete la transición de la fecundidad, esta generalmente continúa hasta que la tasa alcanza más o menos el nivel de reemplazo: 2,1 nacimientos por mujer.

Si bien en la mayoría de los países ha seguido esta trayectoria típica de la fecundidad, en los países que

actualmente presentan una tasa de fecundidad de entre 2,5 y 3,9 nacimientos por mujer se observan otros modelos (gráfico 11). En algunos de ellos, después de un proceso de larga duración de reducción de la fecundidad, esta se ha ralentizado; mientras que en otros, la fecundidad ha vuelto a aumentar tras años de descenso. En el primer grupo de países, el estancamiento se atribuye, en algunos casos, a los recortes públicos en los programas de planificación familiar. En el segundo grupo, el aumento se produce, en general, tras la conclusión de una crisis económica o de otro tipo.

TASA DE FECUNDIDAD

ENTRE **2,5 y 3,9** NACIMIENTOS POR MUJER

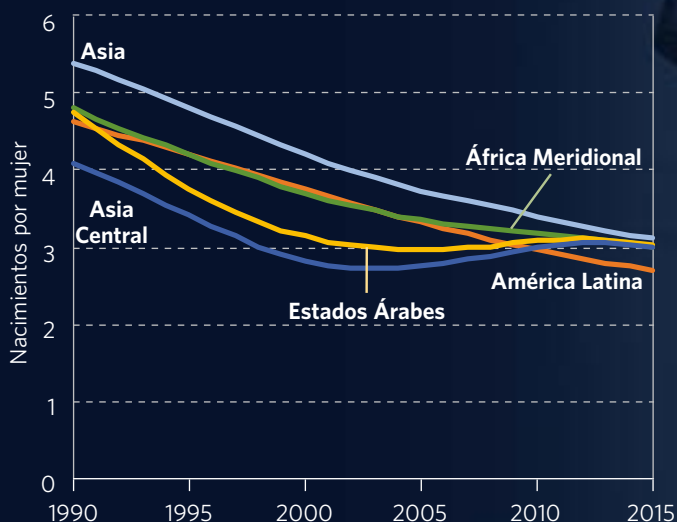
Todos esos países experimentaron importantes descensos en la fecundidad en los años noventa, pero comenzaron a avanzar en diferentes direcciones después del año 2000. Las diferencias por regiones y subregiones son pronunciadas (gráfico 12). Por ejemplo, en cinco países de Asia Meridional y Asia Sudoriental, las tasas medias se redujeron, de forma constante, de 5,3 a 3,1 entre 1990 y 2015. Durante el mismo período, la tasa media de fecundidad en siete países de América Latina y el Caribe también disminuyó, de manera

continua, de 4,6 a 2,7. En África Meridional, las tasas descendieron durante la década de 1990, pero el ritmo de descenso se ralentizó considerablemente después del año 2000, de un promedio de 3,7 a 3 nacimientos por mujer entre 2000 y 2015. Los Estados Árabes y los países de Asia Central presentaron una disminución de la fecundidad a principios de los años 2000, que posteriormente volvió a aumentar.

Aunque en 30 países se observan tasas de fecundidad de entre 2,5 y 3,9 nacimientos por mujer, el presente

GRÁFICO 12

Evolución de la media de la tasa global de fecundidad, 15 países, agrupados por región, 1990-2015



© Giacomo Pirozzi

capítulo abarca solo los 15 países que cuentan con datos de encuestas demográficas y de salud llevadas a cabo a partir del año 2000 sobre embarazos no deseados e inoportunos, necesidades insatisfechas de anticonceptivos y tasas de fecundidad por grado de instrucción: Bolivia (Estado Plurinacional de), Camboya, Egipto, Eswatini, Filipinas, Guatemala, Honduras, Jordania, Kirguistán, Lesotho, Marruecos, Namibia, Pakistán, Tayikistán y Turkmenistán. Este capítulo no incluye la evolución de la fecundidad en países con datos incompletos o recientes únicamente, ni en

Todos esos países experimentaron importantes descensos en la fecundidad en los años noventa, pero comenzaron a avanzar en diferentes direcciones después del año 2000.

países con circunstancias económicas, demográficas o de otro tipo considerablemente diferentes a las de los 15 países analizados.

Nacimientos inoportunos, embarazos no planeados

Según lo acordado por 179 Gobiernos durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994, las personas y las parejas tienen derecho a decidir si desean tener hijos, cuándo y con qué frecuencia. Gran parte de las mujeres de los países en los que la disminución de la fecundidad se ha estancado o vuelto a aumentar —prácticamente, 1 de cada 2 países en el mundo— tienen dificultades para ejercer sus derechos. Tales dificultades se reflejan en embarazos no planeados o no deseados, nacimientos inoportunos y abortos.

Nacimientos no deseados

El embarazo, o un nacimiento, se considera no deseado si se produce después de que una mujer tenga el número de hijos que desea (Rutstein y Rojas, 2006). Los datos recopilados mediante el programa

internacional de encuestas demográficas y de salud indican que el promedio de nacimientos no deseados en los 15 países que se incluyen en este capítulo se sitúa entre un máximo de 1,7 en Eswatini y un mínimo de 0,2 en Kirguistán y Turkmenistán (gráfico 13).

Nacimientos inoportunos

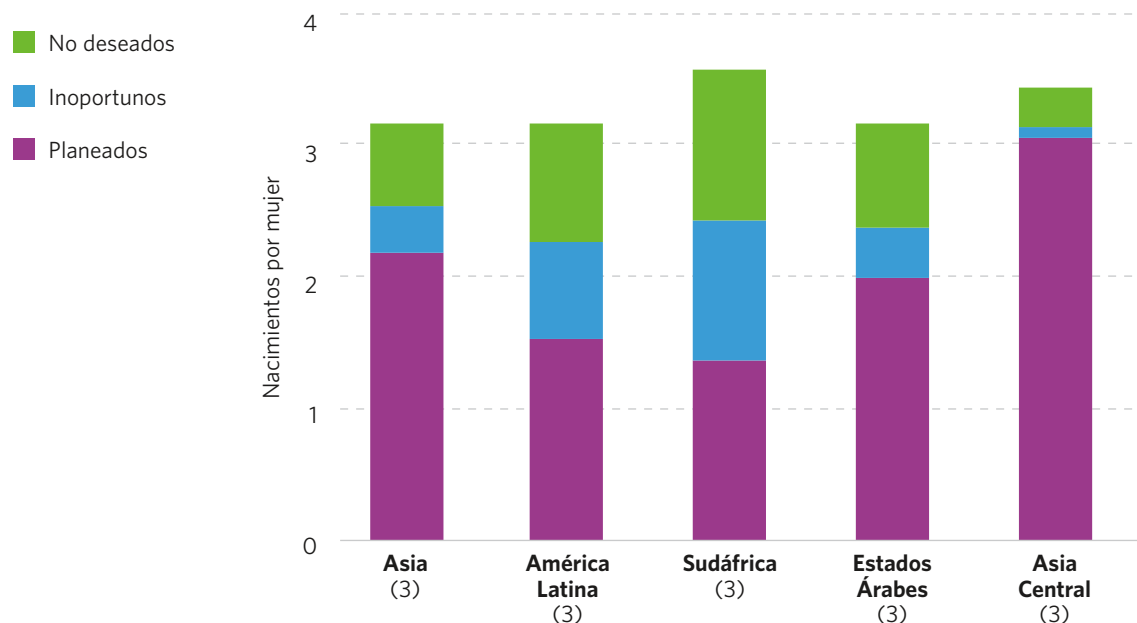
Un nacimiento inoportuno es un nacimiento deseado que ocurre antes de lo previsto. En los 15 países, la media de nacimientos inoportunos se encuentra entre un máximo de 1,4 en Namibia y un mínimo de 0,06 en Turkmenistán.

Abortos

No se dispone de estadísticas fiables y completas sobre el aborto —ya tengan lugar en condiciones de riesgo o no, o se practiquen dentro de la legalidad o no— en los 15 países incluidos en la muestra. Sin embargo, el Instituto Guttmacher estima que la proporción de embarazos que terminan en aborto en África Meridional, América del Sur y Asia Central es del 24%, el 34% y el 26%, respectivamente.

GRÁFICO 13

Nacimientos no deseados, inoportunos y planeados, 15 países de 5 regiones



Necesidad insatisfecha de anticonceptivos

La principal causa directa de los embarazos no planeados en los 15 países analizados, al igual que ocurre a escala mundial, es que algunas mujeres que no quieren quedarse embarazadas no utilizan métodos anticonceptivos; se considera que tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos (Westoff y Bankole, 1995).

El grado de necesidad insatisfecha varía ampliamente entre las sociedades. Los datos recopilados mediante el programa de encuestas demográficas y de salud indican que la necesidad insatisfecha en los 15 países que nos ocupan va desde un máximo del 25% en Eswatini hasta un mínimo del 11% en Honduras (gráfico 14).

Algunas mujeres con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos quieren espaciar sus embarazos, mientras que otras quieren evitar nuevos embarazos ya que tienen el número de hijos que desean.

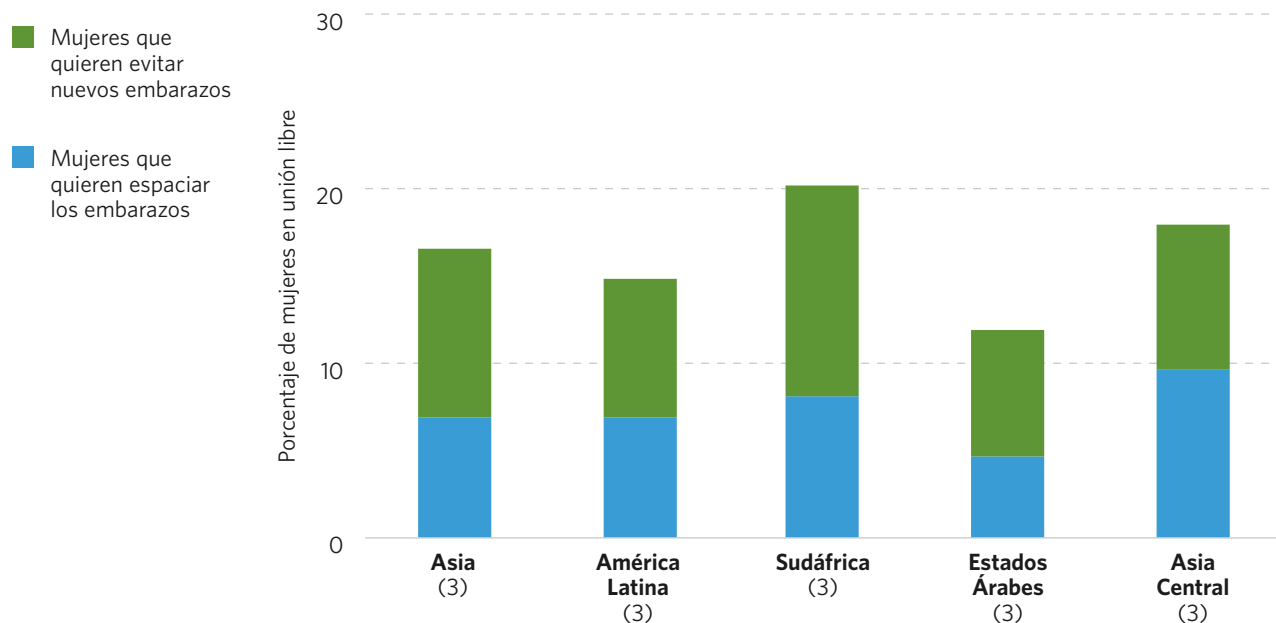
Tal como ocurre en numerosos países, una serie de factores sociales, económicos y de salud imponen barreras a las mujeres y los hombres que desean utilizar métodos anticonceptivos (Bongaarts *et al.*, 2012; Sedgh y Hussain, 2014). Entre los obstáculos, se incluyen la falta de



© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

GRÁFICO 14

Nacimientos y nacimientos no deseados, por grado de instrucción, 15 países de 5 regiones



conocimientos sobre los métodos anticonceptivos o los proveedores de servicios, el costo de los métodos y los servicios, así como las preocupaciones asociadas a la salud, los efectos secundarios y la aceptación social. Las dudas relativas a los efectos sobre la salud son uno de los motivos que se aducen con más frecuencia para no utilizar métodos anticonceptivos. En los 15 países con encuestas demográficas y de salud recientes, el porcentaje más alto de mujeres que mencionan la salud y los efectos secundarios se observa en Filipinas (el 26%). La desigualdad de género, que se manifiesta en el hecho de que los esposos desautorizan las decisiones de las mujeres con respecto al uso de métodos anticonceptivos, constituye otro obstáculo de peso.

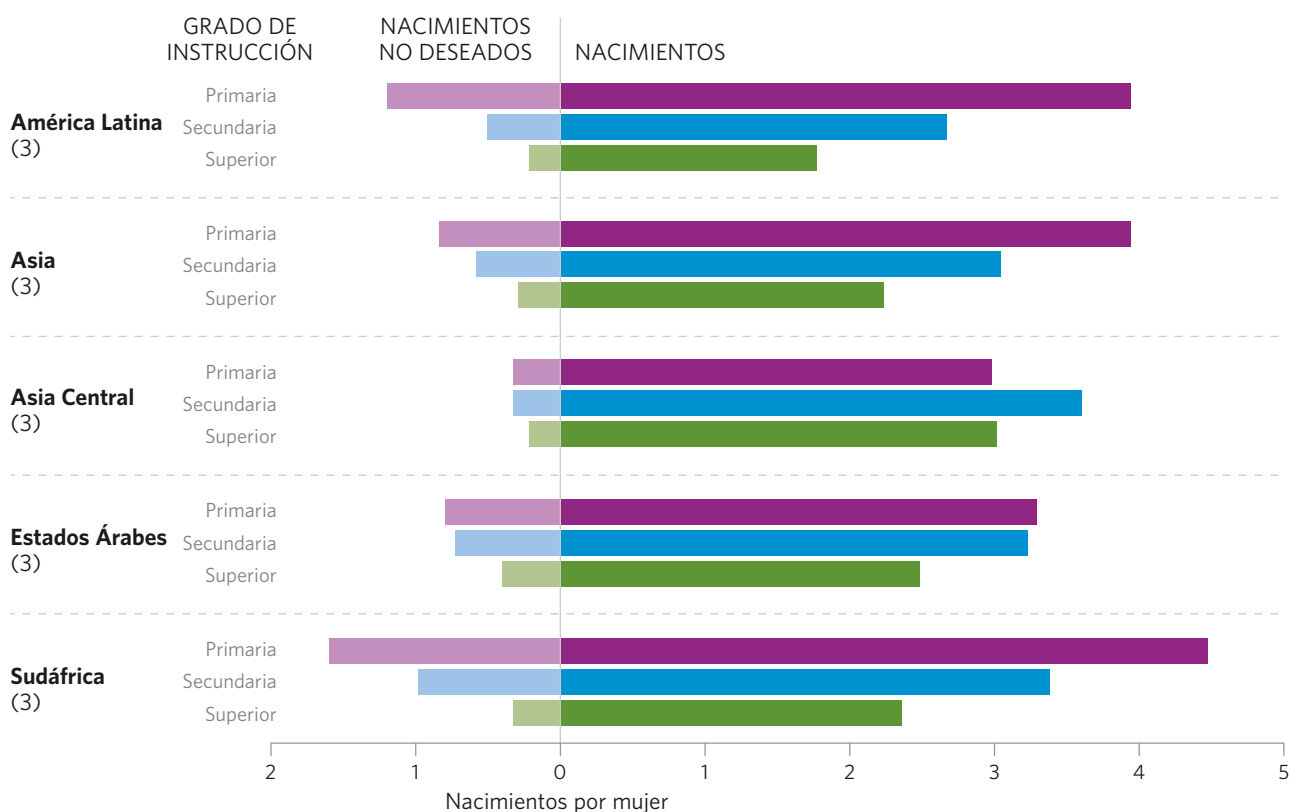
Factores socioeconómicos

Al igual que ocurre en la mayoría de los demás países, la fecundidad en los 15 países que se examinan en este capítulo es, en general, más baja entre las mujeres con mayor grado de instrucción (gráfico 15). Entre esos 15, los 3 países de América Latina y el Caribe son los que presentan las diferencias más pronunciadas entre la fecundidad de las mujeres con más estudios y aquellas con menos. Esta conclusión refleja, en parte, niveles superiores de desigualdad socioeconómica.


Las mujeres con más estudios muestran tasas de supervivencia neonatal e infantil más altas, suelen contraer matrimonio más tarde y tienen más autonomía a la hora de tomar decisiones en el ámbito reproductivo. Todos estos factores están correlacionados con una

GRÁFICO 15

Nacimientos y nacimientos no deseados, por grado de instrucción, 15 países de 5 regiones



Fuente: ICF; EDS y USAID (2018)



Apoyar a los adolescentes bolivianos en la prevención del embarazo

EN PRIMER PLANO: ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

© Sanne de Wilde para el UNFPA/NOOR

«Las jóvenes de Punata son cada vez más fuertes y están más empoderadas».

Duveiza, 23

Duveiza Alcozer Villarroel, de 23 años, dirige la mesa en la que se reúne el consejo de la juventud de Punata.

Al fondo hay un llamativo letrero que dice «Juventudes de Punata unidas por nuestros derechos». El lema describe exactamente lo que está ocurriendo: los adolescentes de Punata se están pronunciando en favor de sus derechos.

Punata, situada cerca de la laguna Alalay (que en quechua significa «muy frío»), es la capital de Cochabamba, el centro comercial de esta región del Estado Plurinacional de Bolivia. La ciudad tiene 35.000 habitantes, de los cuales casi un tercio son jóvenes.

En 2012, el país aprobó una ley que estableció los consejos de la juventud a fin de garantizar su participación en las políticas y la gobernanza del país. El primero de estos consejos se creó en Punata.


Según Duveiza, directora del consejo de la juventud: «Aquí en Punata hay mucho trabajo que hacer, especialmente en el ámbito del embarazo adolescente. Más vale que nos pongamos manos a la obra».

También asegura que las adolescentes de su comunidad se quedan embarazadas porque no reciben información sobre sexualidad ni saben cómo evitar los embarazos, y les da demasiado miedo preguntar. «Las comprendo —comenta—; yo me quedé embarazada a los 19».

«El día que descubres que estás embarazada es un día que jamás olvidarás: es como una ducha de agua fría».

Lograr que los jóvenes hablen sobre sexo es esencial para que las adolescentes no se queden embarazadas antes de estar preparadas. A muchos jóvenes les da vergüenza hacer preguntas y muchos otros no se sienten cómodos con la idea de acudir a un centro a pedir anticonceptivos.

© Sanne de Wilde para el UNFPA/NOOR



Lograr que los jóvenes hablen sobre sexo es esencial para que las adolescentes no se queden embarazadas antes de estar preparadas.

Consejos de la juventud como el de Punata están ayudando a romper los tabúes que se ciernen sobre la sexualidad, los embarazos y los métodos anticonceptivos, lo cual brinda más poder a las niñas sobre su vida.

Luigi Burgoa, del UNFPA, indica que, hace cuatro o cinco años, los jóvenes no hablaban del uso de anticonceptivos. Pero desde que se crearon los consejos de la juventud, todo eso ha cambiado. «Las jóvenes de Punata son cada vez más fuertes y están más empoderadas», agrega.

Duveiza reafirma su amor por su hijo —que ahora tiene 4 años—, pero quiere hacer todo lo posible para ayudar a las adolescentes a tener hijos solo cuando estén preparadas, y a evitar el estrés y el estigma que suele acompañar el embarazo a esa edad. Ella y los demás miembros del consejo de la juventud acuden a los mercados y a los lugares donde se congregan los jóvenes para distribuir folletos sobre sexualidad y anticoncepción, con el fin de que puedan informarse acerca de cómo evitar el embarazo.

«A veces, los jóvenes se avergüenzan y salen corriendo cuando ven nuestros folletos —señala—. Otras veces, se encogen de hombros con incomodidad cuando ven palabras como “preservativo” o “implante”».

Cuando se quedó embarazada, estaba en su último año escolar. «Fue sumamente difícil, pero que me las arreglé para terminar y graduarme. Llevaba a mi hijo dondequiera que iba».

«Tenía muchos proyectos —concluye—, pero a veces, como madre, hay que elegir entre el trabajo y una misma. Estaba decidida a encontrar un equilibrio, y quería trabajar y desarrollar mi pleno potencial para que mi hijo se sienta orgulloso de mí».

fecundidad más baja. Por otro lado, sus ingresos también son más elevados y, en algunos casos, han de renunciar a sus ganancias para tener hijos. Además, por lo general, están mejor informadas sobre los métodos anticonceptivos y sus beneficios y tienen más acceso a ellos; por tanto, están más dispuestas a utilizarlos.

Los programas de planificación familiar financiados por los Gobiernos ejercen una mayor influencia en la fecundidad de las personas que viven en situación de pobreza y tienen menos estudios si aumentan las opciones con relación a cuántos hijos desean tener y cuándo concebirlos. Mientras que las mujeres más ricas y con un mayor grado de instrucción disponen de recursos para hacer realidad sus objetivos en el ámbito reproductivo, las mujeres en situación de pobreza deben enfrentar obstáculos económicos considerables para acceder a los servicios de anticoncepción y, en consecuencia, tienen que recurrir a los servicios gratuitos que ofrecen los programas nacionales. En los países que han adoptado programas nacionales eficaces de planificación familiar, los nacimientos no deseados son, en general, menos frecuentes. Entre los 15 países que se incluyen en este capítulo, los Estados Árabes y los países de Asia disponen de programas más eficaces y muestran una menor diferencia en cuanto a los nacimientos no deseados por grado de instrucción.

Estancamiento y aumento de la fecundidad

Una vez que se inicia la transición de la fecundidad, las tasas normalmente disminuyen hasta que alcanzan el nivel de reemplazo. Entre los países en que la tendencia descendente sostenida de la fecundidad se estancó o se invirtió, se incluyen Argelia, Egipto, Kazajstán, Kirguistán, Marruecos, Namibia, Panamá, Tayikistán y Turkmenistán.

Las crisis económicas, las guerras y las hambrunas pueden inducir a las parejas a evitar los embarazos de forma temporal. La fecundidad en Argelia, por ejemplo, disminuyó hasta aproximadamente el nivel de reemplazo durante los años noventa, un período marcado por el conflicto interno. En 2010, tras la conclusión del conflicto, la fecundidad repuntó hasta alcanzar casi tres nacimientos por mujer.

Otro ejemplo es la crisis económica que asoló a los países de Asia Central a principios de los años noventa,

que llegó acompañada de una reducción de las tasas de fecundidad (gráfico 16). Cuando los países comenzaron a salir de la crisis a comienzos de siglo, la tasa invirtió su tendencia y empezó a aumentar. A medida que las condiciones económicas continuaron mejorando, la fecundidad retomó su tendencia descendente.

En los cuatro países de Asia Central, la necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos también puede impulsar la fecundidad. En Tayikistán y Kirguistán, casi 1 de cada 5 mujeres presenta una necesidad no satisfecha de anticonceptivos, en parte debido a la escasez de servicios de planificación familiar (especialmente en las zonas rurales), a la limitación de opciones, al costo excesivo y al poder limitado para tomar decisiones sobre la utilización de anticonceptivos.

La necesidad insatisfecha es superior entre las mujeres casadas de 15 a 24 años que entre las de 25 a 49 años. Por ejemplo, en Kirguistán, entre 1997 y 2012, la necesidad insatisfecha en las mujeres jóvenes casadas aumentó en 8,6 puntos porcentuales, mientras que el uso

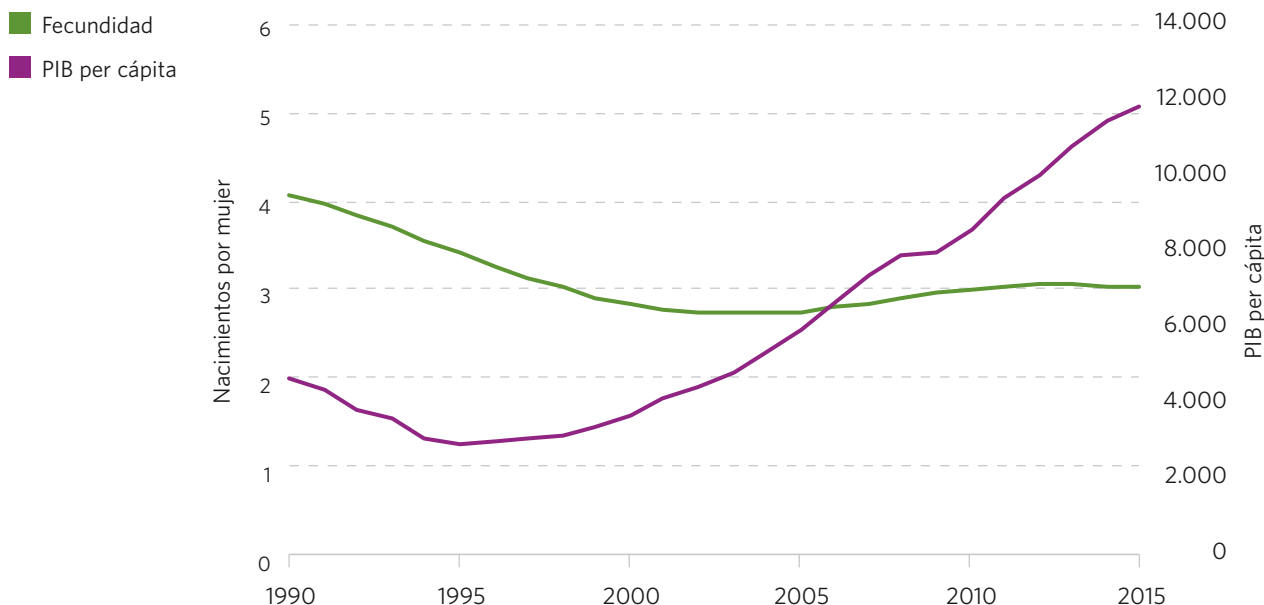
de métodos anticonceptivos descendió abruptamente, del 45,5% al 19,3%.

Si bien en algunos países existen servicios de salud orientados a los jóvenes, las escuelas no suelen ofrecer servicios de educación integral de la sexualidad que se atengan a las directrices del UNFPA y de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Además, el matrimonio infantil persiste, y el acceso de las niñas casadas a los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, es escaso o nulo. Un importante obstáculo que enfrentan estas niñas es la oposición al uso de métodos anticonceptivos por parte de sus maridos o parientes políticos.

La reducción de la fecundidad puede acecer por motivos ajenos a las crisis. Por ejemplo, la tasa puede disminuir de forma temporal cuando un gran número de mujeres decide retrasar la maternidad para poder concluir la enseñanza secundaria o universitaria, o para emprender una

GRÁFICO 16

Evolución del producto interno bruto per cápita (paridad del poder adquisitivo) y fecundidad, promedio de cuatro países de Asia Central



Fuente: Naciones Unidas (2017) y Banco Mundial (2017)

carrera profesional. Es posible que, una vez que concluyan la enseñanza superior y se incorporen a la fuerza de trabajo, decidan comenzar una familia y, en consecuencia, aumente la fecundidad.

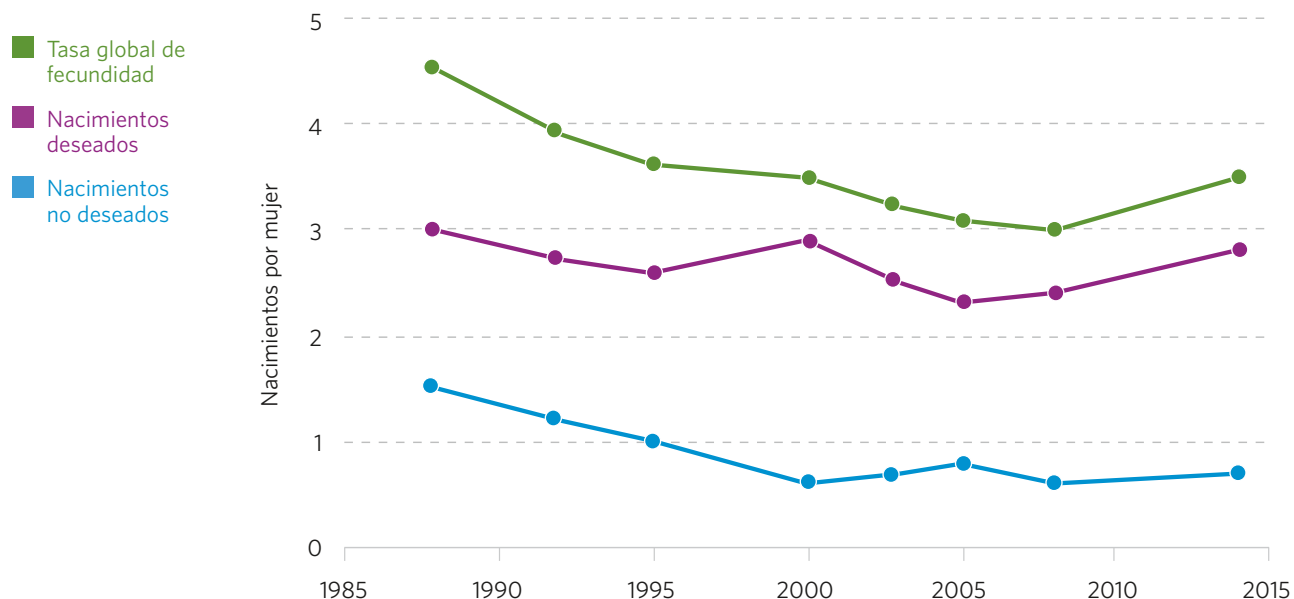
Los recortes en los programas de planificación familiar también pueden ralentizar la reducción de la fecundidad o favorecer su aumento (Blanc y Tsui, 2005). Por ejemplo, la fecundidad en Egipto descendió de forma constante —de 4,5 a 3 nacimientos por mujer entre 1988 y 2008—, y en 2014 repuntó y alcanzó los 3,5 nacimientos por mujer (gráfico 17). Antes de 2008, el Gobierno había realizado cuantiosas inversiones en planificación familiar, con el apoyo de donantes extranjeros. Las inversiones, mediante las cuales se pusieron en marcha servicios en todo el país, propiciaron una amplia difusión del conocimiento sobre la anticoncepción, así como una conciencia casi universal entre la población sobre el hecho de que los métodos anticonceptivos modernos podían ayudar a las personas y las parejas a tener menos hijos.

Entre el año 2000 y 2007, la asistencia internacional para la planificación familiar en Egipto representó una media de 33 millones de dólares al año. No obstante, a partir de 2008, se redujo drásticamente hasta 3 millones de dólares al año en 2011 y 2012, situación que perjudicó los programas.

El Gobierno aumentó sus fondos para intentar corregir el déficit, pero la cantidad no fue suficiente para restablecer los programas y servicios conforme a los niveles previos a 2007. La reducción del financiamiento afectó a la prestación de servicios y las campañas de información. Además, antes de 2007, los dos principales canales de televisión del país transmitían campañas informativas de forma gratuita. En los últimos años, los televidentes han dado preferencia a los nuevos canales privados, que no ofrecen espacios gratuitos para estas campañas. En consecuencia, menos personas reciben información sobre los beneficios de la planificación familiar, con la consecuente inversión en la tendencia de la tasa de fecundidad.

GRÁFICO 17

Evolución de la fecundidad en Egipto, 1988-2014



Fuente: ICF; EDS y USAID (2018)

¿Cuándo termina la transición de la fecundidad?

Como se ha explicado más arriba, en varios países, las tendencias de la fecundidad no han seguido las trayectorias tradicionales de transición. Después de reducirse durante varias decenios, la fecundidad se ha estancado o ha aumentado.

En algunos casos, las desviaciones con respecto a la trayectoria típica pueden atribuirse a los efectos de los conflictos y las crisis económicas. En otros casos, es posible que el acceso limitado a toda la gama de métodos y servicios de planificación familiar, especialmente en las comunidades pobres y rurales, sea el causante de que la fecundidad se mantenga constante o aumente.

Sin embargo, el hecho de que los países de este grupo no sigan la trayectoria típica de la transición de la fecundidad no significa que no hayan completado sus transiciones. En algunos países, es posible que la transición de la fecundidad no culmine en el nivel de reemplazo —2,1 nacimientos por mujer—, sino con una tasa más alta, de 2,5 a 3 nacimientos por mujer. Por ejemplo, la tasa actual de fecundidad de Marruecos, alrededor de 2,5 nacimientos por mujer, ha experimentado cambios escasos desde el año 2000.

El hecho de que los países de este grupo no sigan la trayectoria típica de la transición de la fecundidad no significa que no hayan completado sus transiciones.



EN PRIMER PLANO: **EGIPTO**

«Tras el nacimiento de Mahmoud, volví a utilizar los servicios de planificación familiar».

Um Ahmed, 32



«Queremos lo mejor para los hijos que tenemos»

© UNFPA/Roger Anis

Mohamed tiene tres hijos y comenta que él y su esposa quieren brindarles el mejor futuro posible.

Mohamed, de 37 años, y Um Ahmed, de 32 años, se casaron hace 16 años en Luxor (Egipto), donde ambos nacieron y se criaron. Al cabo de más o menos un año, Um Ahmed dio a luz a su hija Mariam y dos años más tarde, a su hijo Ahmed.

«Después del nacimiento de nuestro hijo, decidimos no tener más hijos y comenzamos a

utilizar los servicios de planificación familiar —explica Mohamed—. Queríamos asegurarnos de que nuestros dos hijos tuvieran una buena educación y disfrutasen de buena salud».

Sin embargo, el padre de Mohamed presionó a la pareja durante cinco años para tener más hijos. Al final, cedieron y tuvieron a su tercer hijo, Mahmoud. «Tras el nacimiento de Mahmoud, volví a utilizar los servicios de planificación familiar», cuenta Um Ahmed.

Su trabajo en el sector de la construcción permitió a Mohamed mantener a su familia hasta hace unos cinco años, cuando la afluencia de visitantes extranjeros a los sitios históricos de Luxor se redujo drásticamente. Este hecho debilitó la economía de la ciudad y dejó a Mohamed sin una fuente de ingresos para ganarse la vida. La pareja y su hijo más pequeño se trasladaron a El Cairo, y los dos hijos mayores se quedaron con la familia para poder continuar su educación.

Hoy, Mohamed trabaja como conserje en un edificio de viviendas en el barrio de Nasr, el barrio más densamente poblado de El Cairo, y vive en un piso modesto en el sótano. Dedicar parte de sus ganancias a pagar la cuota de la escuela de su hijo, cuyas clases son pequeñas y los docentes están bien capacitados. Su hijo dice que las matemáticas son su asignatura favorita y que, cuando sea grande, quiere ser médico.

«Tres hijos es más que suficiente», señala Mohamed. Su esposa está de acuerdo: «Queremos lo mejor para los hijos que tenemos».

La mayoría de las personas quieren tener tres hijos

De acuerdo con Magued Osman, director general del Centro Egipcio Baseera para la Investigación de Opinión Pública, tres es el número de hijos que el ciudadano egipcio medio desea tener. No obstante, este promedio oculta las diferencias entre las zonas rurales y urbanas respecto al tamaño ideal de la familia, que abarca desde poco más de 2 hijos en Alejandría hasta cerca de 5 en la provincia de Matruh, en el extremo noroeste del país.

Además, existen discrepancias entre el número de hijos que la población desea tener y el número de hijos que realmente tiene. A escala nacional, el promedio de hijos que la población desea tener es de 3 y el número de hijos que tienen las familias asciende a 3,5.

«El número de hijos que una persona desea tener depende del lugar en el que vive, de cómo vive y de si se le ha inculcado que debe tener por lo menos un hijo varón», explica Germaine Haddad,

© UNFPA/Roger Anis

El empoderamiento de la mujer, el desarrollo económico inclusivo y el acceso a la planificación familiar pueden, en conjunto, ayudar a las personas y las parejas a decidir cuántos hijos desean tener.



representante auxiliar del UNFPA en El Cairo. En el número de hijos influyen las presiones de la familia, los prejuicios basados en el género en el marco de las leyes de sucesión, y los ingresos. Además, generalmente depende del acceso a métodos anticonceptivos modernos y a información rigurosa sobre su uso en condiciones de seguridad.

Decisiones informadas

La información inexacta sobre los efectos secundarios de la anticoncepción induce a 1 de cada 3 mujeres egipcias a interrumpir su uso durante el primer año, lo cual da pie a embarazos no planeados.

«Las mujeres necesitan información», afirma la doctora Wafaa Benjamin Basta. Esta obstetra y ginecóloga atiende a pacientes en su consultorio privado, pero también presta servicios en el hospital universitario de la ciudad.

«Algunas mujeres no conocen las opciones de que disponen —prosigue la doctora—. Las ayudo a tomar decisiones relacionadas con la salud sobre la base de información precisa y de calidad».

«A la mayoría de las mujeres les preocupan los efectos secundarios, pero gran parte de las dudas que se plantean no se basan en datos objetivos. Por eso la píldora no es popular en Egipto: las mujeres presuponen erróneamente que les causará un aumento de peso o un cáncer de mama».

A pesar de que en su consultorio se puede acceder a todos los métodos anticonceptivos modernos, Basta explica que la mayoría de las pacientes opta por el dispositivo intrauterino. Cada vez más mujeres jóvenes casadas deciden retrasar el embarazo mientras concluyen sus estudios o acometen una carrera profesional.

Las mujeres que acuden a consulta, por lo general, solo quieren tener 1 hijo, o, como máximo, 2. Pero entre las mujeres que visita en el hospital universitario, lo habitual es que quieran tener 5 o 6.



© UNFPA/Roger Anis

«Las ayudo a tomar decisiones relacionadas con la salud sobre la base de información precisa y de calidad».

Dra. Wafaa Benjamin Basta

Basta puntualiza que esas mujeres consideran a sus hijos cuidadores potenciales para cuando se acerquen a la vejez, y que también los ven como fuente de estabilidad y riqueza para la familia.

Tasas de natalidad en aumento

Las estadísticas de los Gobiernos y las Naciones Unidas indican que las familias más numerosas son más frecuentes en las comunidades más pobres y rurales. Pero el mayor número de hijos por hogar también se relaciona con tasas más altas de matrimonio infantil. En El Cairo, donde las familias con dos hijos son habituales, los matrimonios infantiles representan menos del 3% de todos los matrimonios. En la provincia rural de Matruh, donde lo normal es tener cuatro o más hijos, el matrimonio infantil representa alrededor del 21% del total de matrimonios.

La tasa actual de fecundidad de Egipto, de 3,5 nacimientos por mujer, es superior a la tasa más baja del país, de 3,1, registrada en 2009. Algunos funcionarios atribuyen el aumento a la precariedad de los programas de planificación familiar, que recibieron fondos de uno de los principales países donantes hasta alrededor de 2006. En esa época, la economía egipcia comenzó a crecer rápidamente; el PIB anual per cápita casi se duplicó, desde cerca de 1.400 dólares en 2000 hasta unos 2.600 dólares en 2010. El desarrollo económico del país tuvo como consecuencia la supresión paulatina del financiamiento de los donantes.

Actualmente, el 12,5% de las egipcias presenta una necesidad no satisfecha de anticonceptivos modernos. La tasa es incluso más alta en las zonas rurales del país.

Las campañas de información sobre planificación familiar también disminuyeron después de 2006. En 2005, el 80% de los participantes en una encuesta demográfica y de salud afirmó que había visto u oído mensajes sobre planificación familiar el año anterior. En una encuesta similar de 2014, solo el 20% de los encuestados había visto y oído ese tipo de mensajes.

En las escuelas no se imparte educación integral de la sexualidad. Por tanto, los mensajes sobre planificación familiar, además de información básica sobre la reproducción, deben transmitirse por otros medios. Mediante un programa de educación entre pares financiado por el UNFPA, Y-Peer, los jóvenes informan a otros jóvenes acerca de las infecciones de transmisión sexual, la violencia doméstica, los derechos humanos, las relaciones y los embarazos.

Mohamad Hassan, de 22 años, estudiante de medicina de la Universidad Al-Azhar de El Cairo, trabaja como voluntario en el programa Y-Peer. Señala que el 80% de las personas que asisten a sus talleres plantea preguntas básicas sobre anatomía.

La población, en camino de duplicarse

Al ritmo de crecimiento actual, se prevé que la población de Egipto, de 95 millones de habitantes, llegue a 119 millones de aquí 2030 y que, para 2100, se duplique con creces hasta alcanzar los 200 millones. En 2014, alrededor de 6 de cada 10 participantes en una encuesta demográfica y de salud respondieron afirmativamente cuando se les preguntó si el país tenía un «problema de población».

En 2014, el Gobierno adoptó una estrategia nacional de población y desarrollo, que se dirige a ralentizar el crecimiento demográfico al brindar apoyo al derecho de las parejas a decidir si quieren tener hijos, cuándo y con qué frecuencia.

Según Huseein Sayed, de la Facultad de Economía y Ciencias Políticas de la Universidad de El Cairo, la estrategia nacional —en cuya formulación colaboró— se centra en los derechos, incluidos los derechos reproductivos. Uno de los objetivos clave de la estrategia es reducir la necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar a la mitad para 2030, especialmente en las zonas rurales y

«Queremos ofrecer una vida mejor a los dos que ya tenemos. Lo más importante es que tengan una buena educación».

Rasha

los barrios marginales de las ciudades, donde los servicios y los métodos anticonceptivos disponibles son escasos.

La estrategia también aborda el analfabetismo en las niñas, con el fin de generar oportunidades para que puedan incorporarse en la fuerza de trabajo remunerada. Entre las medidas adoptadas, cabe destacar la asistencia en efectivo a las familias pobres con la condición de que permitan a las niñas seguir yendo a la escuela. Al mismo tiempo, el Gobierno estableció la obligatoriedad de la enseñanza hasta los 18 años.

Otras iniciativas se dirigen a promover el crecimiento económico y crear empleo y medios de vida para las personas que viven en situación de pobreza.

El empoderamiento de la mujer, el desarrollo económico inclusivo y el acceso a la planificación familiar pueden, en conjunto, ayudar a las personas y las parejas a decidir cuántos hijos desean tener.

Una vida mejor para los hijos

Ahmed y Rasha se conocieron hace diez años en la empresa en la que trabajaban, él, en el departamento de compras y logística, y ella, en el de registro de datos. Comenzaron a salir y, al poco tiempo, se dieron cuenta de que formaban una buena pareja. Al año siguiente, contrajeron matrimonio y tuvieron a su primer hijo, Mohamed.

Ahmed continuó trabajando, mientras que Rasha se quedó en casa para ocuparse de su hijo. Al cabo de cuatro años, nació su segundo hijo, Raghad.

Antes de casarse, habían acordado que solo tendrían dos hijos. «No necesitamos tener más —dice Rasha—. Queremos ofrecer una vida mejor a los dos que ya tenemos. Lo más importante es que tengan una buena educación».

Ahmed afirma que él quiere enseñar buenos modales y buenos principios a sus hijos, además de que estén bien preparados. «Quiero que dispongan de los medios necesarios para poder tomar buenas decisiones sobre su futuro».





CAPÍTULO 4

Muchos caminos que llevan a un solo destino

En 33 países, la fecundidad ha disminuido solo recientemente a una tasa aproximada de entre 1,7 y 2,5 nacimientos por mujer. En este grupo de países figuran los Estados Árabes y varios países de América Latina y el Caribe y de Asia. El grupo abarca tanto a la India, con una población superior a 1.300 millones de habitantes, como a Qatar, con solo 2,6 millones de habitantes.



© Paul Smith/Panos Pictures

También abarca países de ingresos altos, como Bahrein; países de ingresos bajos, como Nepal; y países de ingresos más o menos medianos (gráfico 18).

Este grupo no es únicamente diverso desde los puntos de vista geográfico y económico, sino también con relación a las trayectorias que han seguido hasta llegar a las tasas actuales de fecundidad, así como en cuanto a las dificultades que enfrentan las personas y las parejas para ejercer su derecho a decidir si quieren tener hijos, cuándo y con qué frecuencia.

Las tendencias de la fecundidad

En alrededor de un tercio de los 33 países que se analizan en el presente capítulo, la fecundidad era alta durante los años ochenta, pero posteriormente se redujo rápidamente hasta las tasas actuales, equivalentes al nivel de reemplazo o en torno a él. Estos países son Bangladesh, El Salvador, México, Nepal, Nicaragua, Perú, la República Islámica del Irán y varios Estados del Golfo.



© Joshua Cogan/OPS

se acercan al nivel de reemplazo, a pesar de tener ingresos per cápita más bajos que los demás países que tienen una fecundidad equivalente al nivel de reemplazo. En el resto del mundo, una fecundidad tan baja solo se logra con niveles de renta más altos. No obstante, estos y otros países han conseguido avances en el ámbito del desarrollo humano que se reflejan en mejoras en la salud, en el grado de instrucción y en la reducción de la mortalidad infantil.

La fecundidad varía según el lugar de residencia (entorno rural o urbano), el nivel de renta y el grado de instrucción, en particular de las mujeres.

Transición en los Estados Árabes, Asia y otras regiones

La fecundidad se redujo de forma acelerada en la década de los noventa en los Emiratos Árabes Unidos, Libia, Nepal y la República Islámica del Irán. En Bangladesh, Indonesia, Kuwait, el Líbano, Sri Lanka y Túnez, la fecundidad disminuyó incluso antes.

Bangladesh, la India, Indonesia, la República Islámica del Irán y Turquía experimentaron descensos considerables en la mortalidad infantil y de lactantes, en parte debido a la mayor cobertura de los sistemas de atención de la salud, el desarrollo económico, la reducción de la pobreza y el aumento de la matriculación de las niñas en la escuela primaria y secundaria (Khuda *et al.*, 2001; Abbasi-Shavazi *et al.*,

2009; James, 2011; Hull, 2012, 2016; Jones, 2015; Guilmo, 2016; Yüce ahin *et al.*, 2016). En estos países, con la reducción de la mortalidad infantil y de lactantes, se eliminó uno de los factores que favorecían el número elevado de niños por hogar. Además, también contaban con programas nacionales de planificación familiar eficaces, que ayudaron a reducir la fecundidad (Hull y Hull, 1997; Akin, 2007; Abbasi-Shavazi *et al.*, 2009; Hayes, 2012; Jones, 2015; Khuda y Barkat, 2015).

La India merece especial atención: si bien la tasa global de fecundidad de todo el país es de 2,3 nacimientos por mujer, esta es superior a 3 nacimientos en los estados de Uttar Pradesh, Bihar y Madhya Pradesh, e inferior al nivel de reemplazo



en Maharashtra, Bengala Occidental y cuatro estados del extremo sur. Los estados con una fecundidad inferior al nivel de reemplazo representan el 50% de la población del país (James, 2011). Mientras que en un gran número de distritos de la India, la fecundidad es inferior al nivel de reemplazo, alrededor de la mitad de los distritos presentan una tasa igual o superior a 3 nacimientos por mujer (Mohanty *et al.*, 2016). En 2007, la fecundidad en las zonas urbanas de la India descendió por debajo del nivel de reemplazo.

Las diversas tasas de fecundidad de la India no guardan una clara relación con los niveles de renta y es probable que dependan de múltiples factores. Los estados de Kerala y Tamil Nadu, por ejemplo, experimentaron importantes reducciones

de la tasa de fecundidad, a pesar del limitado crecimiento económico. En esos estados se observa, comparativamente, menos desigualdad económica y de género, y también han experimentado un rápido desarrollo social (Visaria, 2009; Pande *et al.*, 2012). En Sri Lanka, el país vecino, también descendió la fecundidad, pese a un crecimiento económico más lento (Jayasuriya, 2014).

La fecundidad en los países que nos ocupan en este capítulo varía según el lugar de residencia (entorno urbano o rural), el nivel de renta y el grado de instrucción, en particular de las mujeres. La fecundidad es, en general, más alta entre las mujeres con menos estudios que entre las mujeres con un nivel mínimo de enseñanza secundaria (gráfico 19).

GRÁFICO 19

Diferencias en la tasa de fecundidad, por grado de instrucción, en mujeres de 30 a 34 años, países con una fecundidad en torno al nivel de reemplazo, datos disponibles más recientes (segundo ciclo de enseñanza secundaria = 1,00)

PAÍS	SIN ESTUDIOS	ENSEÑANZA PRIMARIA INCOMPLETA	ENSEÑANZA PRIMARIA COMPLETA	PRIMER CICLO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA	SEGUNDO CICLO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA	ENSEÑANZA SUPERIOR
Bahrein	3,08	1,70	1,53	0,86	1,00	1,09
Bangladesh	1,41	1,39	1,26	1,15	1,00	1,05
Emiratos Árabes Unidos	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,81
India	2,18	1,50	1,54	1,37	1,00	1,25
Indonesia	1,06	1,15	1,18	1,12	1,00	1,14
Irán (República Islámica del)	1,80	1,80	1,80	1,24	1,00	0,83
Kuwait	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,89
Líbano	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,89
Libia	2,12	1,69	1,45	1,26	1,00	1,03
Malasia	1,26	1,24	1,20	1,03	1,00	0,82
Myanmar	2,06	1,94	1,61	1,28	1,00	0,72
Nepal	2,06	1,74	1,39	0,99	1,00	0,96
Qatar	1,43	1,43	1,43	1,18	1,00	0,90
Sri Lanka	1,66	1,39	1,28	1,11	1,00	0,95
Túnez	1,57	1,57	1,57	1,18	1,00	0,89
Turquía	2,55	1,70	1,50	1,02	1,00	0,76
Uzbekistán	1,11	1,11	1,11	1,09	1,00	0,81

Fuente: Lutz *et al.* (2014)

La fecundidad es, en general, más alta entre las mujeres con menos estudios que entre las mujeres con un nivel mínimo de enseñanza secundaria.

En los países en los que la correlación entre una menor fecundidad y un mayor grado de instrucción es menos pronunciada, se han llevado a cabo programas de planificación familiar voluntaria que han llegado a distintos sectores de la población durante largos períodos. Además, en algunos de ellos, la tasa de fecundidad es inferior debido a que la población recurre al aborto.

En Bangladesh, la India, Indonesia y la República Islámica del Irán, la transición hacia hogares más reducidos también se atribuye al incremento del apoyo a los derechos reproductivos. Por ejemplo, en la República Islámica del Irán, gracias a la ampliación de los servicios de salud reproductiva a las zonas rurales, junto con el aumento del número de métodos anticonceptivos disponibles, más personas pueden decidir cuántos hijos desean tener y en qué momento. En Bangladesh, las organizaciones no gubernamentales han desempeñado un papel notable en la tarea de mejorar la salud reproductiva y de velar por que las mujeres dispongan del poder y los medios para decidir si desean quedarse embarazadas, cuándo y con qué frecuencia. En Indonesia, a finales de los años noventa, los servicios comunitarios de planificación familiar ampliaron el alcance del programa nacional de planificación familiar (Hull y Hull, 1997).

Si bien en muchos de estos países existen programas nacionales de planificación familiar eficaces, un gran número de personas y parejas enfrentan obstáculos para acceder a los servicios.



EN PRIMER PLANO:
REPÚBLICA ISLÁMICA DEL IRÁN

*«En nuestros
corazones, sabíamos
que queríamos
un hijo».*

Sara, 35



Superar los obstáculos económicos para formar una familia

© UNFPA/Reza Sayah

Sara Ghorbani dice que la mayor alegría de su vida es su hijo.

Sin embargo, recuerda la época en que la maternidad todavía era un sueño lejano.

Dos años después de contraer matrimonio, el marido de Sara, Fouad, perdió su empleo en un momento en que la economía iraní sufría un período grave de estancamiento, inflación y desempleo.

«Al principio, no quería tener hijos», cuenta la esteticista de 35 años, que vive con su marido en una vivienda de dos habitaciones a las afueras de la capital, Teherán. «Repetía una y otra vez que era duro. No estábamos seguros de poder criar a un hijo o proporcionarle la educación adecuada».

Pero la pareja nunca abandonó el sueño de ser padres y decidió no seguir esperando a que la situación mejorara.

«En nuestros corazones, sabíamos que queríamos un hijo. Ese pensamiento nunca nos abandonó», prosigue Sara.

«Decidimos que si lo queríamos, podíamos hacerlo realidad».

Hace cinco años, Sara y Fouad se convirtieron en los orgullosos padres de un bebé llamado Caren. La pareja cuenta que criar a un niño ha sido el mayor reto de sus vidas, pero nunca han sido más felices.

«Claro que es difícil, pero se convierte en un hábito —explica Sara—. Es como si Dios nos diera la energía y la fortaleza».

«Cuando miro a Caren y veo cómo está creciendo, soy realmente feliz —explica Fouad—. Yo quería tener un hijo antes de ser demasiado mayor. Por eso nunca me he arrepentido de tenerlo».

Sara y Fouad están felices con su decisión de ser padres. El Gobierno quisiera que parejas como Sara y Fouad tuvieran más hijos. Durante los últimos tres decenios, las parejas casadas de la República Islámica del Irán tienen menos hijos, y los analistas advierten que la tendencia amenaza la economía del país.

«Nos preocupa enormemente —asegura el doctor Ali Reza Marandi, profesor de pediatría y ex Ministro de Salud de la República Islámica



del Irán—. Las tasas de fecundidad bajas pueden comprometer el futuro de un país».

Durante la década de 1980, el país se enfrentó a un problema muy distinto. Según los expertos en población, las parejas casadas tenían demasiados hijos.

El Dr. Marandi dirigió una exitosa campaña encaminada a reducir la creciente tasa de fecundidad, que alcanzaba casi siete nacimientos por mujer, el nivel más alto registrado en el país. En el marco de una campaña de planificación familiar financiada por el Gobierno, el tamaño medio de la familia se redujo de casi 7 niños a menos de 2 en 2003.

En la actualidad, la tasa global de fecundidad es de 2,01 nacimientos por mujer, ligeramente por debajo de 2,1, el número considerado necesario para mantener un tamaño de población estable.

El Dr. Marandi añade que el futuro crecimiento económico del país depende de que las parejas tengan más hijos; de lo contrario, es posible que el número de trabajadores jóvenes que se incorporan en la fuerza de trabajo o que contribuyen a los programas y servicios dirigidos a los ancianos sea insuficiente.

«Los que producen en una economía son las personas jóvenes. Si el número de jóvenes continúa disminuyendo y el de ancianos sigue aumentando, podemos llegar a un punto en el que, dentro de pocos años, no seremos capaces de alimentar y atender a las personas de más edad», añade.

En 2014, el Gobierno lanzó una campaña publicitaria alentando a las parejas jóvenes a tener más hijos. Los carteles que pendían al aire libre en Teherán proclamaban: «Más niños, una vida más feliz». El Líder Supremo exhortó a los iraníes a tener «4 o 5 hijos» a fin de contribuir al desarrollo del país.

Desde la campaña, la tasa global de fecundidad ha aumentado ligeramente; no obstante, los analistas y

Las parejas casadas de la República Islámica del Irán tienen menos hijos, y los analistas advierten que la tendencia amenaza la economía del país.

los funcionarios del Gobierno afirman que todavía persisten algunos desafíos.

Muchas jóvenes iraníes posponen sus planes de contraer matrimonio para poder estudiar. Cada vez más hombres declaran que no disponen de los medios para casarse y esperan a que la economía mejore.

Muchos iraníes que se casan eligen dedicarse a su carrera en lugar de tener hijos.

Sara y Fouad trabajan a tiempo completo para poder mantener a su hijo y siguen preocupados por el futuro de la economía iraní, pero dicen que son una prueba de que, incluso cuando las circunstancias son adversas, es posible contraer matrimonio, formar una familia y vivir una vida feliz.

«Creo que cuando uno quiere algo, puede hacer que se haga realidad. Lo importante es desearlo de verdad», —concluye Sara—.

«El hecho de tener un hijo natural es algo maravilloso. Hace que te olvides de todos los problemas cotidianos».

Uno de estos obstáculos es la limitación de métodos anticonceptivos disponibles.

La fecundidad y la influencia del matrimonio

En los países de Asia Meridional, algunos Estados Árabes y otros países muy poblados —como Indonesia, la República Islámica del Irán y Turquía—, el matrimonio y el momento en que las personas contraen matrimonio influyen de forma considerable en el tamaño del hogar, ya que en estos países la procreación fuera del matrimonio es escasa. La parentalidad en estos países suele comenzar al poco tiempo de que la pareja contraiga matrimonio. Por otro lado, si bien la edad media al contraer matrimonio ha aumentado, el matrimonio infantil continúa siendo común en estos países, especialmente en Bangladesh, la India, Indonesia y Nepal (gráfico 20). El matrimonio infantil constituye una vulneración de los derechos consagrados en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que estos cuatro países ratificaron.

En todos estos países, los embarazos no planeados contribuyen al aumento de las tasas de fecundidad. Si se pusiera fin a los nacimientos no deseados a través de medios como el aumento del acceso a métodos anticonceptivos, las tasas medias de fecundidad disminuirían en más de 0,5 niños por mujer (gráfico 21).

En Bangladesh, tanto los nacimientos deseados como los no deseados han disminuido de manera constante desde mediados de los años noventa. Esto refleja el deseo general de tener menos hijos y la repercusión de las políticas y los servicios que permiten a las personas y las parejas tomar sus propias decisiones sobre el tamaño de la familia. Nepal también ha experimentado una disminución en este sentido.

En la India, entre 2005 y 2015, la tasa de nacimientos no deseados cayó de manera pronunciada, de 0,8 a 0,4 hijos, lo que representa una tendencia de las parejas a disponer de los medios para evitar el embarazo y tener el número deseado de hijos. En Indonesia, entre 1987 y 2015, los nacimientos deseados y no deseados disminuyeron marginalmente, lo que sugiere que el

GRÁFICO 20

Edad media de la población soltera al contraer matrimonio y proporción de mujeres de 15 a 19 años y de 30 a 34 años casadas por lo menos una vez, en varios países representativos

PAÍS	EDAD MEDIA DE LAS MUJERES AL CONTRAER MATRIMONIO	AÑO	PORCENTAJE DE MUJERES QUE ESTÁN CASADAS O LO HAN ESTADO	
			DE 15 A 19 AÑOS	DE 30 A 34 AÑOS
Bangladesh	19,2	2012	35,5	99,2
Emiratos Árabes Unidos	25,3	2005	6,8	85,3
India	20,7	2011	21,5	97,3
Indonesia	21,8	2012	13,3	95,5
Irán (República Islámica del)	23,5	2011	21,4	84,5
Kuwait	27,5	2005	5,0	67,3
Malasia	25,7	2010	4,1	82,1
Myanmar	23,6	2014	13,0	79,2
Nepal	20,7	2014	24,5	97,1
Sri Lanka	23,6	2006	9,2	89,2
Túnez	28,5	2012	1,3	66,3
Turquía	24,2	2013	6,7	88,0
Uzbekistán	22,4	2002	5,1	98,2

Fuente: (Naciones Unidas, 2017a)

Nacimientos deseados y no deseados, países con tasas globales de fecundidad próximas al nivel de reemplazo

PAÍS	TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD	NACIMIENTOS DESEADOS	NACIMIENTOS NO DESEADOS	AÑO
Azerbaián	2,0	1,8	0,2	2006
Bangladesh	2,3	1,7	0,6	2014
India	2,2	1,8	0,4	2015/2016
Indonesia	2,6	2,2	0,4	2012
Myanmar	2,3	2,0	0,3	2016
Nepal	2,3	1,7	0,6	2016
Turquía	2,2	1,6	0,6	2003

*Encuesta demográfica y de salud más reciente

© xavierarnau/Getty Images



tamaño ideal de la familia en el país ha evolucionado escasamente y que los programas de planificación familiar permiten que las parejas tengan el número de hijos que desean.

La transición en América Latina y el Caribe

Desde la década de 1950, los cambios demográficos en América Latina y el Caribe han sido espectaculares. La transición demográfica en la mayoría de los países de la región se encuentra en una etapa avanzada, con una baja mortalidad infantil y tasas de fecundidad al nivel de reemplazo alcanzadas en el transcurso de 40 años o menos. Antes de este descenso, en algunos países se observaban tasas de fecundidad de seis hijos por mujer. Por consiguiente, en la actualidad numerosas mujeres de más edad presentan un historial reproductivo muy distinto de los de sus hijas, que están entrando en la edad reproductiva.

Doce países de América Latina, que representan el 85% de la población de la región, muestran tasas de fecundidad de entre 1,8 y 2,5 nacimientos por mujer.

Estos países comparten un pasado de colonización, idioma, religión y sistemas políticos. Sus economías están impulsadas en gran medida por la exportación de productos agrícolas, minerales y combustibles fósiles. La mayoría de ellos sigue enfrentando dificultades para proporcionar servicios de educación y salud de calidad—incluidos los servicios de salud reproductiva— a todos los sectores de la población.

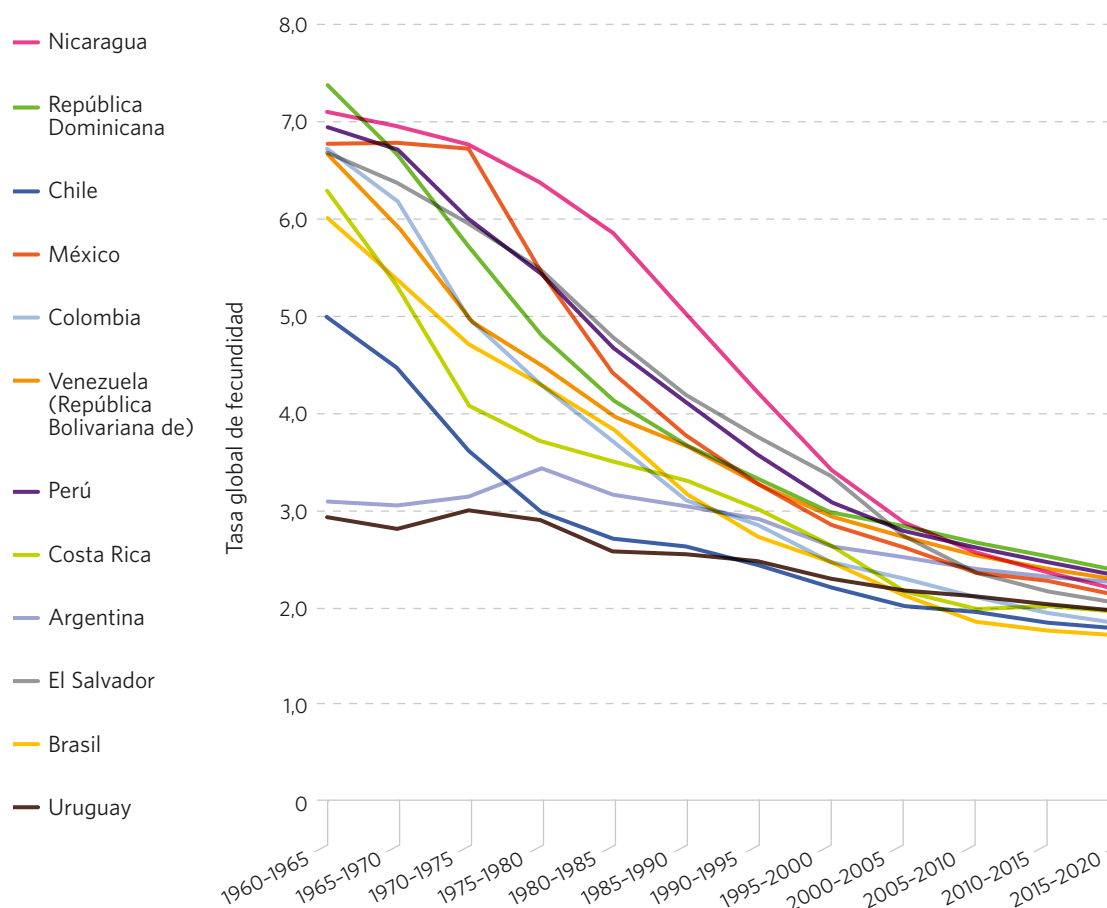
Asimismo, experimentan una urbanización elevada, más de 4 de cada 5 habitantes viven en las ciudades. La esperanza de vida al nacer es de 75,2 años, y la tasa general de mortalidad de lactantes es de 16,6 por cada 1.000 nacidos vivos. Un porcentaje creciente de la población es mayor de 60 años.

Los países se caracterizan por su diversidad étnica: algunos albergan una gran población indígena y otros, pueblos afrodescendientes.



GRÁFICO 22

Tasas globales de fecundidad, reales y estimadas, en 12 países de América Latina y el Caribe, 1960-2020



Fuente: Naciones Unidas (2017)

Si bien las trayectorias hacia la transición de la fecundidad en estos países eran semejantes, el nivel inicial de fecundidad, el momento y el ritmo de la transición variaron de unos a otros (gráfico 22). La fecundidad en la Argentina y el Uruguay, por ejemplo, fue relativamente baja en los años sesenta y, principalmente, se mantuvo hasta mediados de los ochenta. Algunos países —Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana y Venezuela (República Bolivariana de)— experimentaron una rápida transición en la década de 1960; sin embargo, la reducción de la fecundidad ha sido más lenta desde entonces. En otros países —El Salvador, México, Nicaragua y Perú— la fecundidad se redujo ligeramente en los años sesenta, pero cayó rápidamente dos décadas más tarde.

Las tasas de fecundidad varían según el lugar de residencia y el nivel de estudios (gráfico 23). En Brasil, por ejemplo, la fecundidad en las mujeres que han completado al menos la enseñanza secundaria es de aproximadamente 1 nacimiento por mujer, mientras que en las mujeres con un nivel de estudios inferior es de 3. Existe una correlación similar entre el nivel de estudios y un menor número de hijos en otros países de América Latina, y muchas de las mujeres con un nivel educativo superior optan por no tener hijos (Rosero-Bixby *et al.*, 2009).

En los 12 países de América Latina y el Caribe que abarca este capítulo, las tasas de fecundidad en las adolescentes de 15 a 19 años y las jóvenes de 20 a 24 años son más elevadas que las tasas de fecundidad

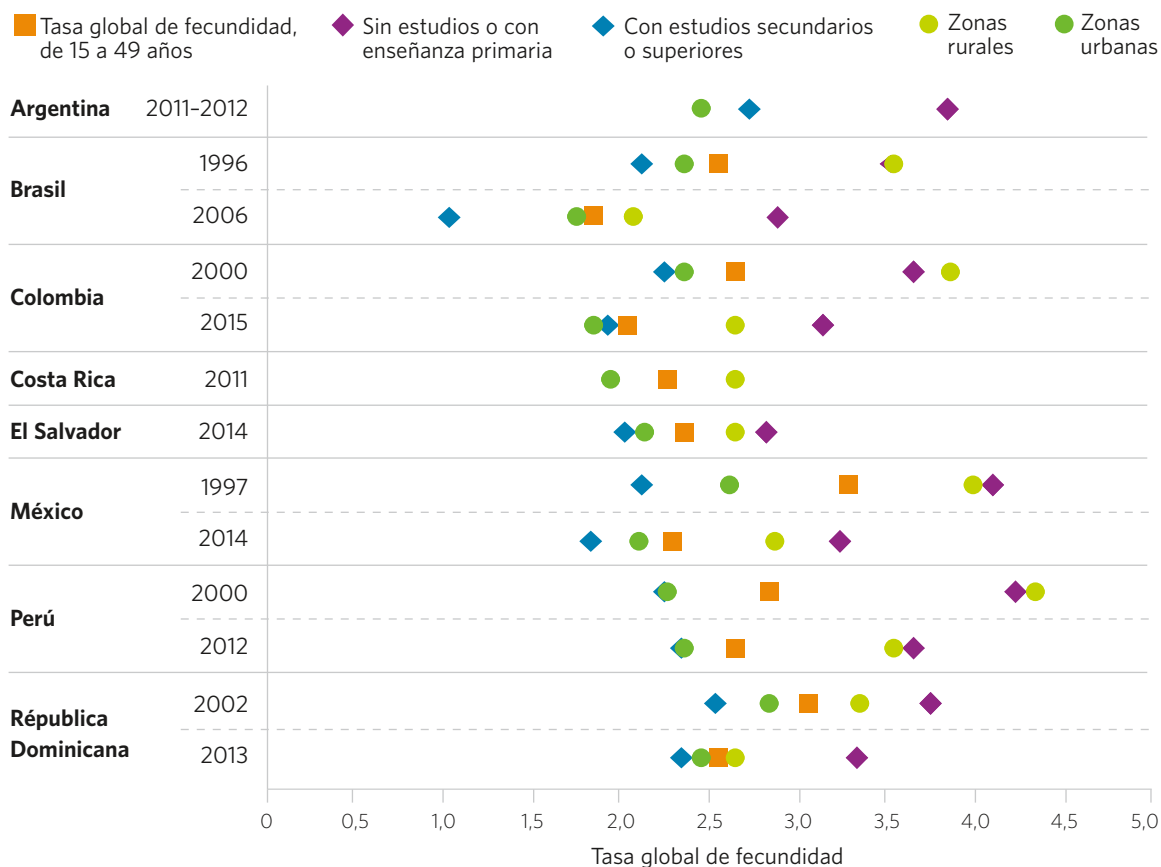


© UNFPA/NOOR/Sanne De Wilde

correspondientes a estos mismos grupos de edad en otras regiones del mundo con tasas globales de fecundidad semejantes (gráfico 24). Además, la tasa de fecundidad adolescente en comparación con la fecundidad global es más alta en los países de América Latina que en otros países (Rodríguez y Cavenaghi, 2014).

La maternidad en estos 12 países comienza poco después de la primera relación sexual, y las primeras uniones suelen formalizarse cerca o después de un embarazo, a menudo de manera involuntaria. Debido a que numerosas mujeres tienen su primer hijo a una edad temprana y a que la mayoría de ellas prefieren familias más reducidas, se establece un patrón común en el que el período reproductivo termina antes. Sin embargo, para que esto suceda de manera eficaz es

GRÁFICO 23 Tasas globales de fecundidad, zonas urbanas y rurales, por grado de instrucción, en varios países representativos de América Latina y el Caribe



Sources: EDS, USAID (2018), excepto Brasil 2006 (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud)

necesario que no se produzca ningún error en el uso de los anticonceptivos durante un largo período. Los embarazos precoces inducen a muchas mujeres pobres a renunciar a la enseñanza superior y pueden excluirlas de puestos de trabajo mejor remunerados, de modo que perpetúan o exacerban la pobreza.

El deseo de tener familias menos numerosas

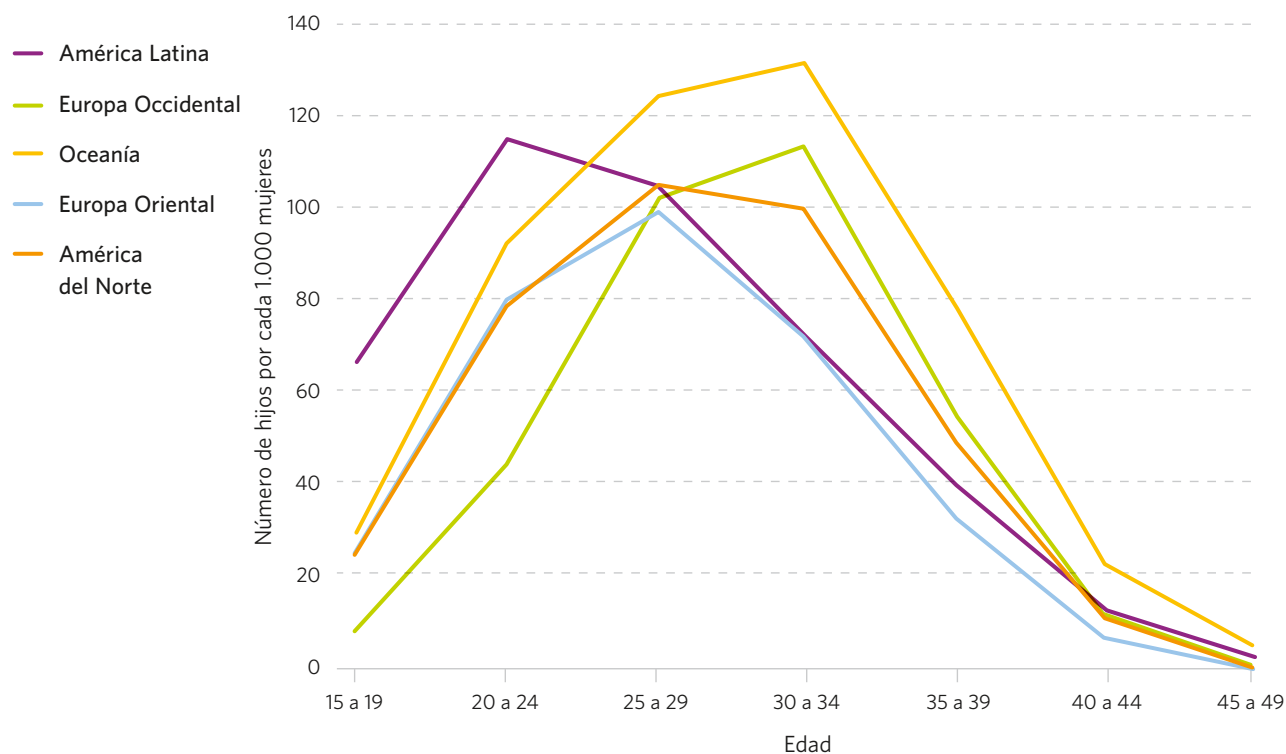
En la década de 1960, los Gobiernos no solían considerar las tasas de fecundidad elevadas y el consecuente crecimiento demográfico un inconveniente. Algunos interpretaron el crecimiento de la población como una forma de ocupar y desarrollar el territorio. Este enfoque se reflejó en lemas como «ofrecer a los hombres sin tierra a una tierra sin hombres» (Alves y Martine, 2017).

Si bien algunos Gobiernos querían que las parejas tuvieran más hijos, en general las personas querían menos. Ya en los años sesenta, cuando la fecundidad en América Latina y el Caribe en su conjunto era de aproximadamente seis nacimientos por mujer, existía el deseo de tener familias menos numerosas (CELADE y CFSC, 1972; Simmons *et al.*, 1979; Rodríguez *et al.*, 2017).

En la década de 1970, los estudios llevados a cabo en algunos países de América Latina mostraron que la fecundidad registrada era de aproximadamente 5 nacimientos por mujer; sin embargo, la fecundidad deseada era de aproximadamente 4 (Naciones Unidas, 1987). En otros países, muchas mujeres querían dejar de tener hijos después de dar a luz a su segundo o tercer hijo (CEPAL, 1992). Los estudios muestran

GRÁFICO 24

Tasa de fecundidad por edad en varias regiones seleccionadas, 2010-2015

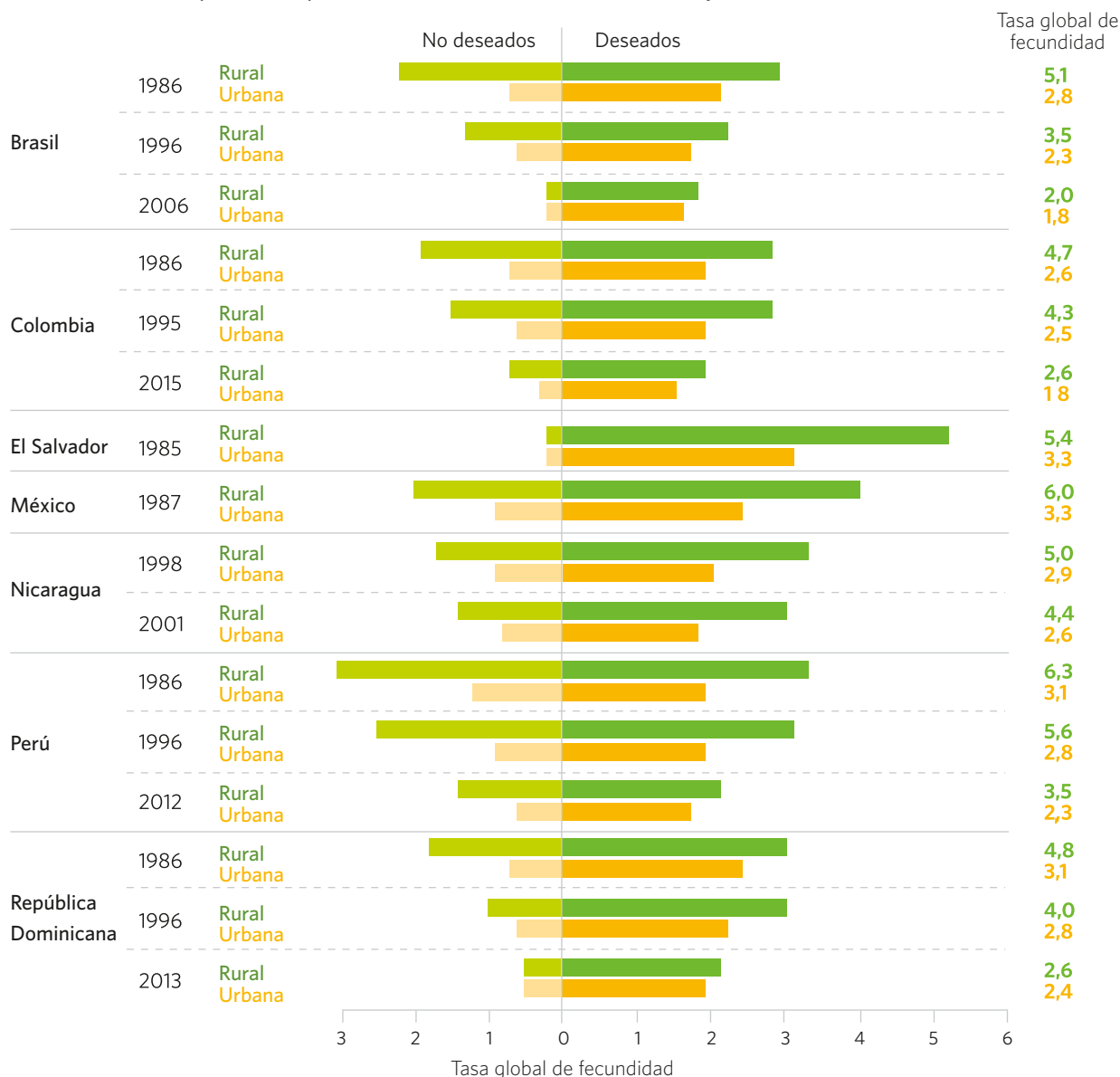


Fuente: Naciones Unidas (2017)

que, en muchos casos, las mujeres, principalmente en las zonas rurales, tenían más hijos de los que deseaban (gráfico 25). Las mujeres pobres y las mujeres de zonas rurales o comunidades indígenas también preferían hogares más pequeños, pero carecían de información, poder y medios para evitar o retrasar el embarazo (Miró y Potter, 1980; Welte Chanes, 2006; Rodríguez Vignoli y Cavenaghi, 2017).

Los datos más recientes muestran que, si bien alrededor del 50% de los nacimientos en América Latina y el Caribe son deseados en el momento en que tienen lugar, otros son deseados más adelante y algunos no son planeados en absoluto. Esto significa que una parte importante de los embarazos no son deseados ni planeados (gráfico 26), y que numerosas personas y parejas no pueden ejercer su derecho a

GRÁFICO 25 Nacimientos deseados y no deseados, zonas urbanas y rurales, en varios países representativos de América Latina y el Caribe



Fuentes: EDS, USAID (2018), excepto Brasil 2006 (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud)

elegir libremente el número de hijos y el momento de su nacimiento.

Por otra parte, las mujeres de la región suelen tener una responsabilidad desproporcionada en la crianza de los hijos. Esta norma basada en la desigualdad entre los géneros, junto con la carencia de alternativas para el cuidado del niño, da pie a que mujeres que desean trabajar y tener hijos acaben recurriendo a empleos mal remunerados y a tiempo parcial en lugar de acceder a puestos a tiempo completo en ámbitos mejor remunerados. Para algunas, los costos de oportunidad son demasiado elevados y, por ende, deben renunciar a tener hijos por completo. La falta de servicios asequibles de asistencia médica para la procreación, como la fecundación in vitro, es otro obstáculo al que se enfrentan algunas mujeres en la consecución de sus objetivos en materia de fecundidad.

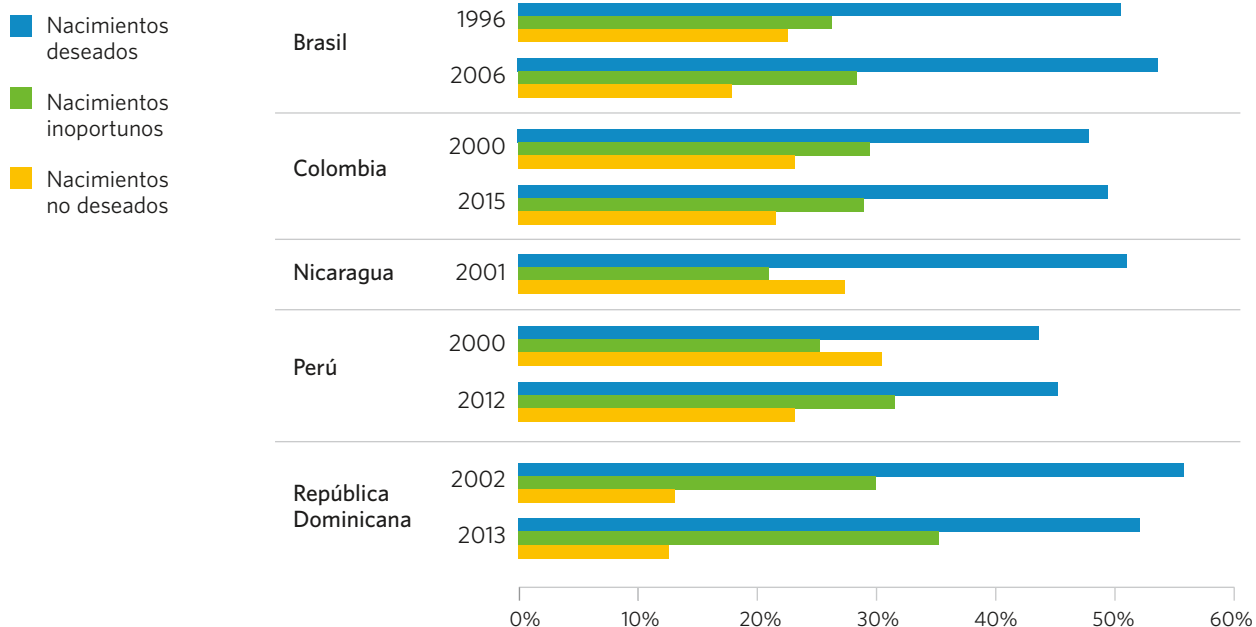
El poder y los medios

Algunos Gobiernos inicialmente se opusieron a los programas de planificación familiar y unieron fuerzas con instituciones religiosas con miras a desalentar su ejecución (Taucher, 1979). Además, principalmente antes de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, algunos grupos feministas se oponían a los programas de planificación familiar en la región porque consideraban la distribución de anticonceptivos un medio para controlar los cuerpos de las mujeres contra su voluntad (Alves y Correa, 2003).

En 1959, México se convirtió en el primero de los 12 países de este grupo en poner en marcha un programa nacional de planificación familiar. En los tres años siguientes, Chile, Honduras, la República Bolivariana de Venezuela y el Uruguay también introdujeron programas. Nicaragua y el Perú hicieron lo propio en 1968.

GRÁFICO 26

Porcentaje de nacimientos deseados, no deseados o inoportunos, en 5 países



Fuentes: EDS, USAID (2018), excepto Brasil 2006 (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud)

A pesar de la oposición a los programas de planificación familiar dirigidos por el Gobierno en algunos países a lo largo de los años, el uso de anticonceptivos se ha generalizado y puede accederse a ellos a través de proveedores privados (gráfico 27). En países como Chile, México y el Perú, también puede accederse a la anticoncepción a través de programas nacionales de planificación familiar.

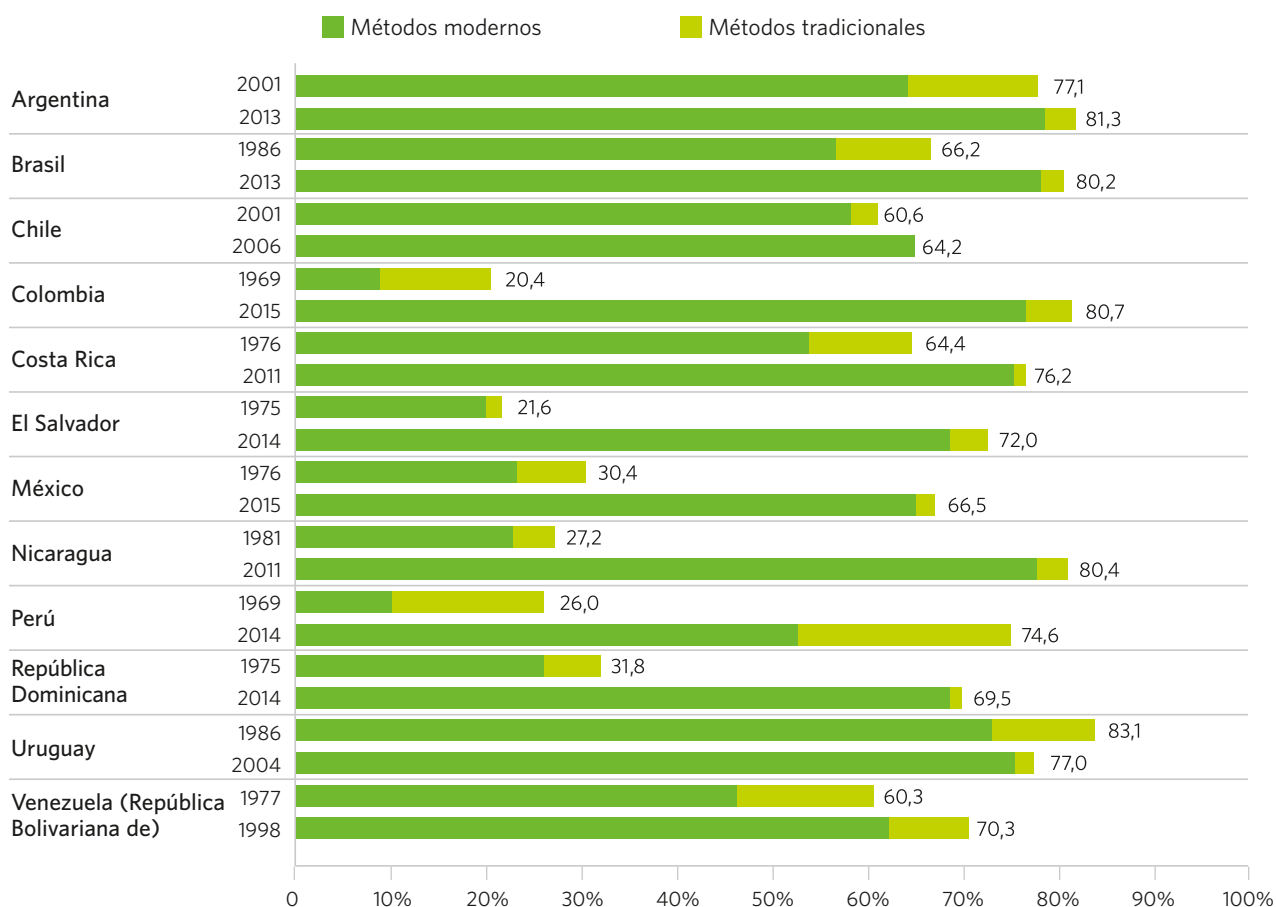
El uso generalizado de métodos anticonceptivos en la Argentina y el Uruguay, incluso antes de la década de 1960, explica las tasas de fecundidad comparativamente bajas en estos países durante los últimos 50 años (Martínez

Alier y Masjuan, 2004). Al principio, las mujeres de la Argentina y el Uruguay dependían de métodos de barrera, como los preservativos; sin embargo, muchas también se sometían frecuentemente a abortos en condiciones de riesgo, que representaban el 37% y el 25% de las muertes maternas, respectivamente. Los embarazos no planeados que terminaban en aborto se asociaban con un uso irregular o nulo de los métodos anticonceptivos (CEPAL, 1992).

Los programas de planificación familiar no impulsaron el descenso de la fecundidad en la región, sino que aceleraron una tendencia que ya estaba en

GRÁFICO 27

Prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos y tradicionales en mujeres casadas o en unión libre en 12 países, 2 estimaciones recientes



Fuente: EDS, USAID (2018)

marcha entre las clases más privilegiadas. Si las mujeres no hubiesen sido tenaces en su decisión de tener menos hijos, la fecundidad habría seguido siendo elevada durante más tiempo, y su disminución hubiese sido mucho más lenta (Martine *et al.*, 2013).

Obstáculos que se interponen al tamaño deseado de la familia

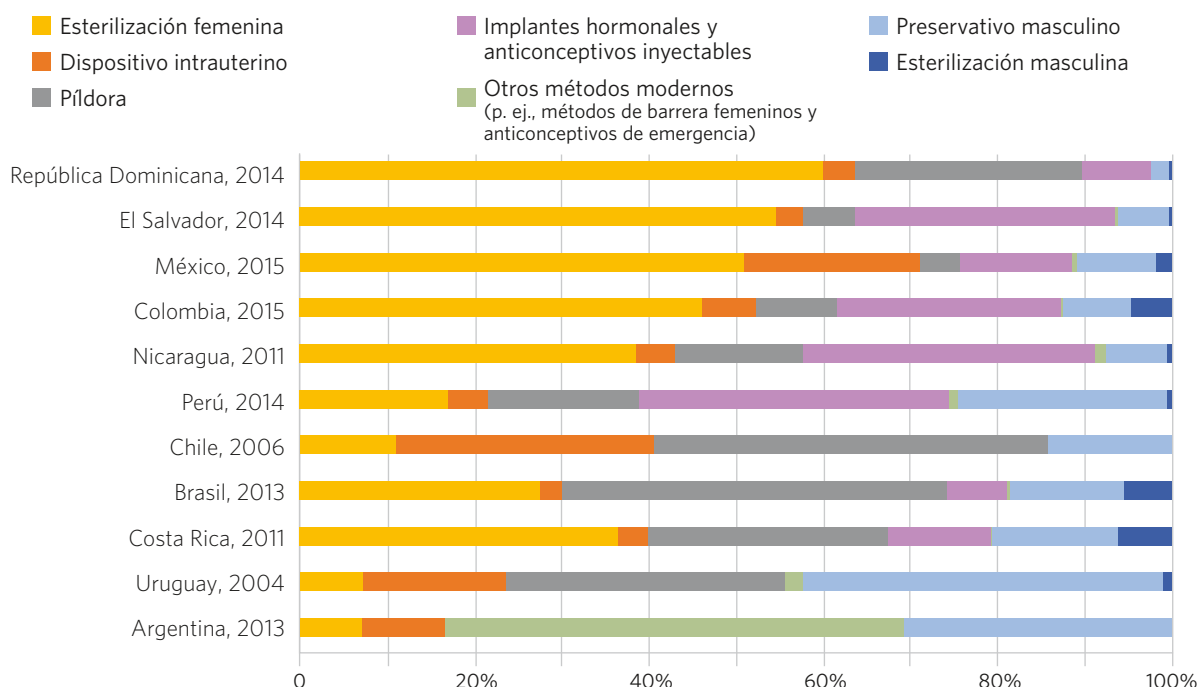
La alta prevalencia actual de anticonceptivos modernos en la región, excepto en el Perú —donde 1 de cada 3 mujeres usa un método anticonceptivo tradicional—, solo constituye un aspecto de la situación sobre el acceso a los anticonceptivos. Si bien algunas formas de anticoncepción están muy extendidas, la gama completa de métodos anticonceptivos no se usa ni está disponible en todos los países (gráfico 28). En general, las opciones disponibles se limitan principalmente a 2 o 3 en cada país. Las mujeres y los hombres que no pueden acceder a su método anticonceptivo de

preferencia, o que no tienen información sobre la gama de métodos disponible, pueden elegir una alternativa inadecuada a sus circunstancias o no utilizar ningún método, exponiéndose a un mayor riesgo de embarazo no deseado.

A medida que los ingresos per cápita aumentaron en la región, la asistencia internacional para el desarrollo se contrajo en algunos países, lo que motivó una reducción de los fondos destinados a los programas nacionales de planificación familiar. A pesar de los recortes en estos países, las mujeres de los hogares de rentas superiores todavía tenían acceso a métodos anticonceptivos a través de proveedores privados. Las mujeres más pobres, sin embargo, tenían que conformarse con los métodos disponibles o renunciar totalmente a la anticoncepción. Países como Brasil propusieron ciertos métodos anticonceptivos, como la esterilización, a mujeres que daban a luz por cesárea en un establecimiento de salud pública. Los dispositivos intrauterinos son menos

GRÁFICO 28

Uso de métodos anticonceptivos en mujeres casadas o en unión libre en edad de procrear en 11 países, datos más recientes disponibles



Fuente: Naciones Unidas (2017)

frecuentes en la mayoría de los países de América Latina porque no se distribuyen o administran a través de dispensarios públicos y, en general, los médicos de los consultorios privados no los recomiendan.

Los adolescentes suelen encontrar obstáculos en el acceso a los métodos anticonceptivos, lo que favorece el aumento de la tasa de embarazo adolescente. Este problema se ve agravado por la falta de acceso a la educación integral de la sexualidad, que permitiría proporcionar información adecuada a la edad sobre la reproducción y abordar cuestiones más amplias relacionadas con el género y los derechos. La iniciación sexual temprana, las relaciones sexuales sin protección, las tasas elevadas de error en el uso de los anticonceptivos y las uniones tempranas también contribuyen a incrementar la fecundidad adolescente en la región (Rodríguez Vignoli, 2017).

Los embarazos en la adolescencia son más comunes en los hogares más pobres; sin embargo, esta tendencia puede atribuirse más a la demanda insatisfecha de anticonceptivos que al deseo de tener hijos antes. Las adolescentes que viven en hogares más ricos disponen de mejor información sobre la salud sexual y reproductiva, y de un mayor acceso a los servicios de control de la natalidad; incluso pueden acceder a servicios de aborto en condiciones de seguridad, aunque ilegales (Rodríguez Vignoli y Cavenaghi, 2017). En algunos países, los menores, ya sean pobres o ricos, tienen un acceso limitado a los anticonceptivos de emergencia y pueden necesitar el permiso de los progenitores para acceder a métodos anticonceptivos modernos, como la píldora.

La reducción de las tasas de fecundidad y las consecuencias para el futuro

El rápido descenso de la fecundidad hasta alcanzar tasas inferiores o cercanas al nivel de reemplazo en los países que abarca este capítulo presenta nuevos desafíos. El envejecimiento de la población, por ejemplo, es un reto común para todos. Los Gobiernos ya están analizando o ejecutando políticas que ayudarán a las economías, los sistemas de salud y la población activa a adaptarse a un mayor porcentaje de personas de edad avanzada.

En algunos países la disminución progresiva de la fecundidad plantea otro desafío, puesto que conlleva una reducción del número de jóvenes que se incorporan en la fuerza de trabajo. Con todo, esta tendencia también puede representar una oportunidad para las inversiones en educación en ámbitos como la ciencia, la tecnología, la ingeniería y las matemáticas que permitan capacitar mejor a los jóvenes en edad de trabajar a fin de impulsar la nueva economía mundial.

Permitir que las personas ejerzan sus derechos reproductivos de manera efectiva sigue siendo un gran desafío para estos países. El número de embarazos no deseados es elevado. Si bien el acceso a la anticoncepción existe en la mayoría de los países, la gama de métodos anticonceptivos es limitada. Las personas jóvenes que no están casadas a menudo quedan excluidas de los servicios de planificación familiar, ya sea por ley o en la práctica. Millones de embarazos terminan en aborto, y muchos de ellos se llevan a cabo en condiciones de riesgo y ponen en peligro la salud y la vida de las mujeres.

Disponer de la información, el poder y los medios para decidir libremente el número, el momento y el espaciamiento de los embarazos es un derecho. La medida en que se respeta este derecho influye en las decisiones sobre el tamaño de la familia y, en consecuencia, en las tasas de fecundidad. Defender los derechos reproductivos es en sí un objetivo meritorio. Pero además puede facilitar el ejercicio de otros derechos y permitir a los países avanzar en el desarrollo social y económico.

Por ejemplo, el empoderamiento de las personas y las parejas en países con una población joven extensa y emergente —como en el caso de algunos Estados Árabes y de Asia—, que permita hacer efectiva su voluntad de tener menos hijos o de tenerlos más adelante, puede propiciar un cambio demográfico que dé lugar a un dividendo demográfico capaz de impulsar las economías y reducir la pobreza.

Garantizar el acceso equitativo de todos los grupos a los servicios de salud sexual y reproductiva también puede ayudar a reducir las desigualdades económicas en América Latina y en muchas otras regiones del mundo (UNFPA, 2017).



En el transcurso de tres generaciones, el tamaño de las familias numerosas se ha reducido hasta los dos hijos

EN PRIMER PLANO: **BRASIL**

© UNFPA/Debora Klempous

«A veces estaba sola y, cuando llegaba la partera, mi bebé ya había nacido».

Tereza, 87

Nacida y criada en la zona rural del pueblo de Santa Maria do Suaçuí, en Minas Gerais, Tereza Correia de Melo se casó en 1949, a los 18 años, y al cabo de poco quedó embarazada. Notó los cambios en su cuerpo, pero no entendió lo que realmente estaba pasando. «Ni siquiera sabía que si mantenía relaciones sexuales con un hombre podía tener un bebé», recuerda Tereza, que ahora tiene 87 años.

En aquel entonces, la ciudad de Tereza carecía de los servicios que podrían haberla ayudado a tomar decisiones fundamentadas sobre el uso de anticonceptivos y el embarazo. Durante toda su vida, quedó embarazada 22 veces, dio a luz a 15 niños y tuvo siete abortos. Catorce de esos partos fueron en casa.

«A veces estaba sola y, cuando llegaba la partera, mi bebé ya había nacido», dice Tereza.

Solo su decimoquinto parto fue en un hospital, en una zona rural cerca de São Paulo, donde se había mudado. Por primera vez en su vida vio a un médico y supo de la existencia de anticonceptivos, que no pensó que necesitaría porque ya tenía 46 años. Sin embargo, no quiso correr ningún riesgo y al año siguiente se sometió a una esterilización quirúrgica.

La hija de Tereza, Margarete Rodrigues de Barros Oliveira, de 45 años, dijo que la experiencia de su madre con tantos embarazos la incitó a hacerse cargo de su vida reproductiva. La hermana de Margarete también tuvo más hijos de los que había planeado: «Era una madre soltera e infeliz con seis hijos. Sencillamente, yo no quería eso para mí».

A fin de evitar un embarazo no deseado, Margarete y su pareja usaban preservativos, que podía conseguir en el centro de salud local en el que trabaja como asistente de enfermería. En el centro, no solo la informaron sobre los métodos anticonceptivos, sino también acerca de la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Margarete tenía 32 años cuando terminó los estudios de enfermería. Ese año, ella y su pareja decidieron que estaban preparados para crear una familia. «Calculé mis días fértiles y tuvimos relaciones sexuales. Después de 10 días, supe que estaba embarazada». Decidieron tener su segundo hijo siete años más tarde y después no tener más. La pareja quería ofrecer la mejor vida posible a sus hijos. Margarete

comenzó a tomar la píldora, pero luego cambió a un anticonceptivo inyectable y luego a un dispositivo intrauterino. «Pero todavía usamos preservativos, solo para estar seguros», añade.

Aretha Inês Aparecida Ferreira Bento, de 38 años, también decidió que quería dos hijos. Nacida en São Paulo, planeó ambos embarazos, el primero de los cuales tuvo lugar cinco años después de casarse. Dejó de tomar la píldora, calculó sus días de ovulación y al cabo de un mes quedó embarazada.

Durante el embarazo, continuó trabajando en su empleo en el sector de las políticas

*«Siempre hemos
tenido en cuenta los
aspectos financieros
de tener hijos».*

**Aretha Inês Aparecida
Ferreira Bento, 38, Brasil**

públicas en el ayuntamiento de su comunidad. Y poco después de dar a luz a una niña, ella y su marido decidieron tener un segundo hijo. «Siempre hemos tenido en cuenta los aspectos financieros de tener hijos», dice Aretha. «Solo podíamos permitirnos dos, así que mi marido, Reginaldo, se hizo una vasectomía».

Aretha explica que se informó sobre el embarazo y los anticonceptivos leyendo libros y hablando con amigos y proveedores de servicios de salud. «No recuerdo que mi madre me haya hablado de sexo».

La madre de Aretha, Angela Maria Dario Ferreira, de 64 años, confirma que nunca habló con su hija sobre sexualidad. Y añade que su propia madre tampoco le habló del tema. Sin conocimientos sobre sexualidad y maternidad, quedó embarazada por primera vez en 1972, cuando tenía 18 años, era soltera y aún asistía a la escuela. Se quedó embarazada tres veces más después de terminar la escuela secundaria, dos años después del primer embarazo. En el hospital donde ahora trabaja, la informaron sobre el uso de anticonceptivos y tuvo acceso a ellos. Nunca volvió a quedarse embarazada.

© UNFPA/Debora Klempous





La creación de las condiciones propicias para tener hijos

La fecundidad se ha mantenido por debajo del nivel de reemplazo —menos de 2,1 nacimientos por mujer— durante años, si no decenios, en 53 países y territorios (gráficos 29 y 30). De todos ellos, la provincia china de Taiwán registra actualmente la tasa de fecundidad más baja del mundo: 1,1 nacimientos por mujer.



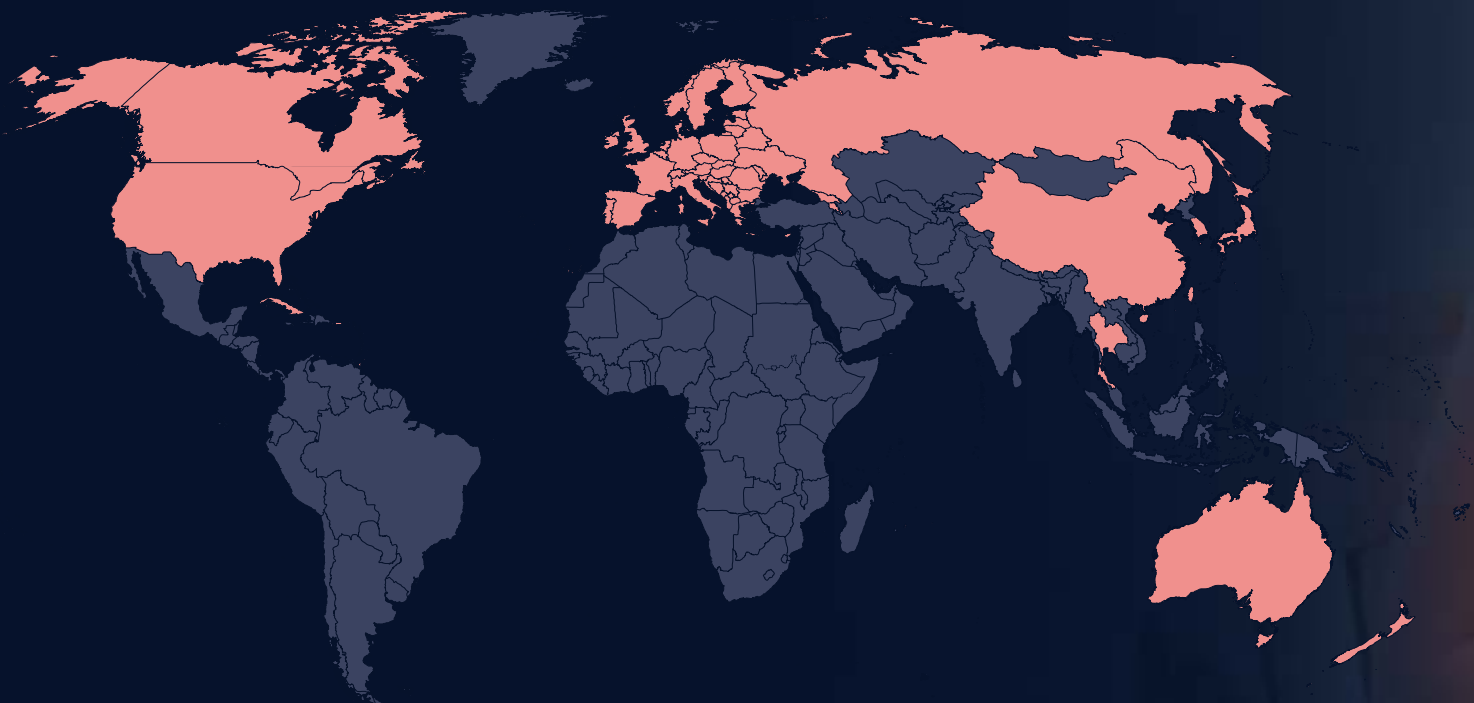
© Eriko Koga/Getty Images

El fenómeno de la baja fecundidad en este grupo de países y territorios generalmente ha coincidido con un aumento del nivel de estudios y una mayor atención a la igualdad de derechos de las mujeres. En una serie de países de ingresos más altos con tasas de fecundidad bajas, por ejemplo, más de la mitad de los jóvenes se matriculan en la universidad. Actualmente, el número de mujeres de entre 25 y 34 años que alcanza un nivel de estudios superiores en todos los países

desarrollados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos es superior al de hombres (OCDE, 2017).

La transición de familias numerosas a familias de tamaño más pequeño en estos países y territorios ha permitido a los hogares invertir más tiempo y recursos en la salud, las capacidades y el bienestar de sus hijos. Las mujeres han podido completar sus estudios, incorporarse en la fuerza de trabajo y desarrollar carreras profesionales antes de plantearse

TASA DE FECUNDIDAD

MENOS DE **2,1** NACIMIENTOS POR MUJER

formar una familia. En consecuencia, han logrado ser económicamente independientes (Goldin, 2006).

La baja fecundidad es una clara manifestación del hecho que las mujeres, los hombres y las parejas son más capaces de evitar los embarazos y controlar su espaciamiento de manera eficaz; sin embargo, también pone de relieve las dificultades persistentes a las que se enfrentan las mujeres y los hombres al formar una familia o planear su próximo hijo. Por ende, las mujeres de países con tasas de fecundidad

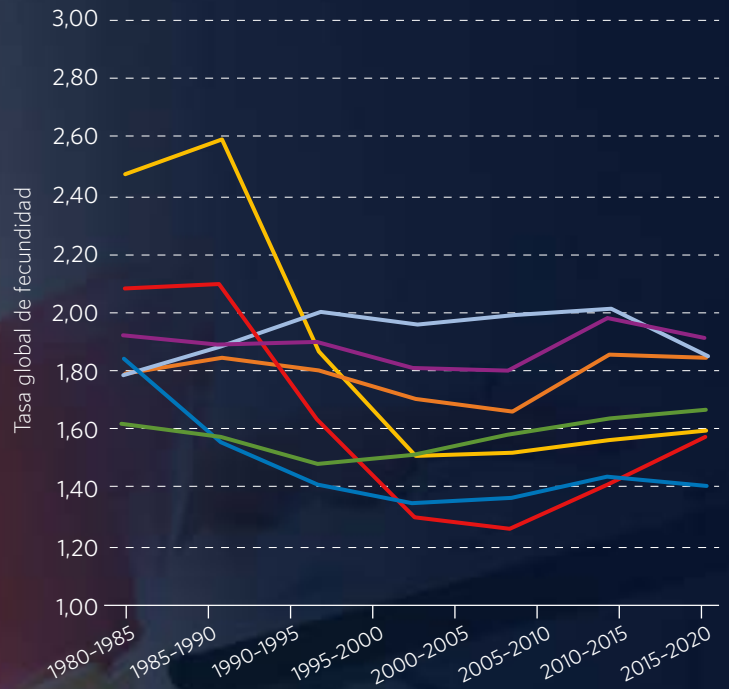
bajas manifiestan que no están teniendo tantos hijos como desearían. Los obstáculos que se interponen a la creación o la ampliación de la familia incluyen desde limitaciones financieras, de acceso a la vivienda y al mercado de trabajo hasta alternativas inadecuadas para compaginar la vida profesional y familiar.

Entre los desafíos a los que se enfrentan los países con baja fecundidad figuran una mayor proporción de personas de más edad en sus



GRÁFICO 30 Tasa global de fecundidad en 53 países y territorios con tasas de fecundidad bajas, 1980-2015

- Asia Oriental (incluida China)
- Europa Occidental
- Australia y Nueva Zelanda
- Europa Oriental
- Europa Septentrional
- Europa Meridional
- América del Norte



Fuente: Naciones Unidas (2017)

© Emma Innocenti/Getty Images

poblaciones y más costos asociados de atención de salud, una fuerza de trabajo cada vez más reducida y economías potencialmente más débiles. Algunos países europeos y de Asia Oriental ven la baja fecundidad como una amenaza para su seguridad económica y están intentando invertir la tendencia a través de la aplicación de políticas dirigidas a apoyar a las familias que eligen tener más hijos. Varios países de Europa Oriental y Sudoriental consideran que la baja fecundidad —y el menor

tamaño de la población— constituyen una amenaza para la seguridad nacional.

Dos de cada 3 Gobiernos de países más desarrollados estiman que la fecundidad es demasiado baja y están aplicando políticas con miras a aumentarla (Naciones Unidas, 2015). Ciertos países han respondido al decrecimiento de la población con políticas encaminadas a atraer a migrantes, especialmente a los más jóvenes, a fin de subsanar el déficit de mano de obra.

Si bien el respeto por los derechos reproductivos contribuyó al declive de la fecundidad en la mayoría de estos países y territorios, la eliminación de los obstáculos subsistentes relacionados con el ejercicio de los derechos reproductivos puede permitir que más personas tengan el número deseado de hijos.

Tendencias

El declive de la fecundidad en numerosos países europeos comenzó a finales del siglo XIX. En la década de 1970, la transición de la fecundidad había tenido lugar en Australia, el Japón y todos los países altamente desarrollados de Europa y América del Norte. La fecundidad en China se redujo abruptamente en el mismo período en respuesta a las políticas encaminadas a promover una parentalidad tardía y menos numerosa, y la introducción de la política nacional de planificación familiar de 1979, que por lo general limitaba a uno el número de hijos por pareja. Países como Cuba, la República de Corea y Tailandia se unieron al grupo cada vez más amplio de países con niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo en los años ochenta y noventa. Aproximadamente al mismo tiempo, los países de Europa Meridional, Oriental y Central en los que se observaba una baja natalidad experimentaron un descenso aún mayor de las tasas globales de fecundidad, que a veces alcanzaron 1,3 nacimientos por mujer, y se han mantenido a ese nivel durante decenios (Kohler *et al.*, 2002; Goldstein *et al.*, 2009). Los cinco países o territorios con las tasas globales de fecundidad más bajas del mundo se encuentran en Asia Oriental y Asia Sudoriental. En las ciudades más grandes de China, la fecundidad alcanzó valores significativamente bajos de hasta 0,8 en la década de 1990 y 2000 (Guo y Gu, 2014).

Los países con tasas de fecundidad bajas que abarca este capítulo presentan una gran variación en la fecundidad. Algunos estudios sugieren que se ha producido una «gran divergencia en la fecundidad» a largo plazo en los países más desarrollados (McDonald, 2006; Rindfuss *et al.*, 2016; Billari, 2018). El contraste entre los países y regiones con una fecundidad moderadamente baja (entre 1,7



EN PRIMER PLANO: BELARÚS

«Con el tiempo nos gustaría tener 2 o 3 hijos, pero no ahora».

Olga, 30



Políticas que favorezcan la familia y eliminen los obstáculos asociados a la parentalidad

© UNFPA/Egor Dubrovsky

«Con el tiempo nos gustaría tener 2 o 3 hijos, pero no ahora», dice Olga, que pasea por un parque de Minsk con su esposo Andrey y su hija de 3 años, Yulia, un día de finales de abril.

La vivienda que los tres comparten con los padres de Andrey es demasiado pequeño para tener una familia más grande, explica Olga. «Creo que sería bueno que cada niño tuviera su propia habitación —añade—. Es una lástima que no podamos permitirnoslo». Olga, de 30 años, y Andrey, de 35, no se

diferencian de otras parejas de la capital de Belarús que quieren tener dos o más hijos, pero terminan teniendo solo uno o, a veces, dos por razones económicas. El salario medio es de aproximadamente 430 dólares al mes. Al mismo tiempo, el costo de vida de una familia de cuatro miembros es aproximadamente de 1.600 dólares al mes, sin incluir el alquiler ni la guardería. Olga trabaja en el departamento de adquisiciones de una empresa estatal de suministros médicos, y Andrey dirige un grupo de baile. A pesar de

contar con dos sueldos, la pareja tiene dificultades para llegar a fin de mes.

Aligerar la carga financiera

En 2002, el Gobierno lanzó un programa de seguridad demográfica con el objetivo de aliviar la carga financiera asociada a formar o ampliar una familia y de invertir la disminución general del tamaño de la población del país. En Belarús, la transición hacia familias menos numerosas comenzó hace decenios. A principios de los años ochenta, las mujeres tenían, en promedio, 2,1 hijos, suficiente para mantener el tamaño de la población. Sin embargo, hoy la media es de 1,7 hijos. Los funcionarios gubernamentales consideran que la disminución de la población supone un riesgo para la salud financiera de la red de protección social y para la solidez de su economía y del mercado de trabajo.

En el marco del programa puesto en marcha en 2002, el Gobierno brinda apoyo financiero a las parejas cuando tienen hijos. Cuando una mujer como Olga se queda embarazada y se registra en un centro de salud pública para someterse a un examen prenatal gratuito, recibe alrededor de 100 dólares. Cuando da a luz, recibe un pago adicional aproximado de 1.000 dólares. La licencia

de maternidad con remuneración completa comienza 2 meses antes del parto y se extiende otros 2 meses después de dar a luz. A partir de ese momento, el Gobierno paga una prestación mensual por hijo a cargo de aproximadamente 150 dólares durante un máximo de tres años de licencia parental, que tanto la madre como el padre pueden solicitar.

También se puede acceder a una ayuda para la vivienda. Sin embargo, se da preferencia a las familias que ya tienen al menos tres hijos.

El programa ha ayudado a parejas como Olga y Andrey a formar una familia, pero no ha eliminado todos los obstáculos que les impiden aumentar la familia en un hogar propio.

Si bien en la actualidad 2 de cada 3 jóvenes declaran que quieren tener dos hijos, la realidad es que el número de familias con un solo hijo aumenta rápidamente. Una razón importante que justifica esta discrepancia es la dificultad económica.

En 2016, el Gobierno puso en marcha una encuesta nacional con el fin de estudiar el modo en que la desigualdad de género puede impedir que las



mujeres y los hombres tengan el número de hijos que desean. Los resultados muestran que las medidas encaminadas a aliviar la responsabilidad desproporcionada de las mujeres en el trabajo doméstico les permiten conciliar la vida familiar y laboral, y que la ampliación de servicios de guardería gratuitos o asequibles permitiría a un mayor número de mujeres unirse a la fuerza laboral remunerada, o permanecer en ella, acceder a mejores salarios y aumentar los ingresos familiares, lo cual contribuiría a la eliminación de las barreras adicionales a la creación de familias más grandes.

La desigualdad de género se manifiesta de otros modos. La mayoría de las mujeres que tienen hijos hacen uso de los tres años completos de licencia parental. Sin embargo, cuando vuelven al trabajo, generalmente han perdido salario y oportunidades de desarrollo profesional en comparación con sus homólogos masculinos. Aunque los hombres tienen derecho a solicitar el permiso parental, casi nunca lo hacen. Solo alrededor de 1 de cada 100 hombres permanece en el hogar para cuidar de los hijos.

El acceso a métodos anticonceptivos

No todas las mujeres y hombres quieren tener hijos. Quienes desean evitar o retrasar el embarazo

tienen acceso a métodos anticonceptivos a bajo costo. La mayoría de las parejas utilizan un método moderno, en su mayoría preservativos, pero también recurren a la píldora y los dispositivos intrauterinos.

Los adolescentes también tienen acceso a los preservativos y la píldora, bajo prescripción médica y con la autorización de los padres. Sin embargo, para muchos adolescentes, los anticonceptivos de cualquier tipo, incluso los de bajo costo, son inasequibles. Incluso cuando disponen de recursos económicos, el acceso a la anticoncepción puede verse obstaculizado por el juicio crítico de los proveedores de servicios y las farmacias.

«El embarazo adolescente está disminuyendo en Belarús —dice Aliaksandr Davidzenka de la oficina del UNFPA en Belarús—. Los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales más tarde, y aquellos que ya las mantienen lo hacen de manera más segura, y esto también significa menos abortos».

Sin embargo, no siempre es fácil para los adolescentes bielorrusos informarse sobre la anticoncepción y las prácticas sexuales sin riesgo, ya que la educación integral de la sexualidad no se imparte en las escuelas. Los voluntarios de la red Y-Peer, un programa creado por el UNFPA, ejercen como educadores entre pares y visitan escuelas y centros comunitarios en todo el país con el objetivo de subsanar la falta de información.

La coordinadora de Y-Peer, Anastasiya Kamysh, de 22 años, dice que los jóvenes necesitan información precisa sobre la sexualidad.

«Cuando abordamos con los jóvenes la cuestión del VIH, también hablamos sobre los preservativos y sobre cómo pueden ayudarlos a prevenir el embarazo», cuenta.

Otro coordinador, Dzmitry Karol, de 24 años, dice que en las sesiones de Y-Peer también se tratan temas como la violencia de género. «Nuestra función es normalizar el debate sobre estos temas —dice Dzmitry—. Y esperamos que las personas que acuden a nuestros talleres compartan lo que han aprendido con sus amigos».

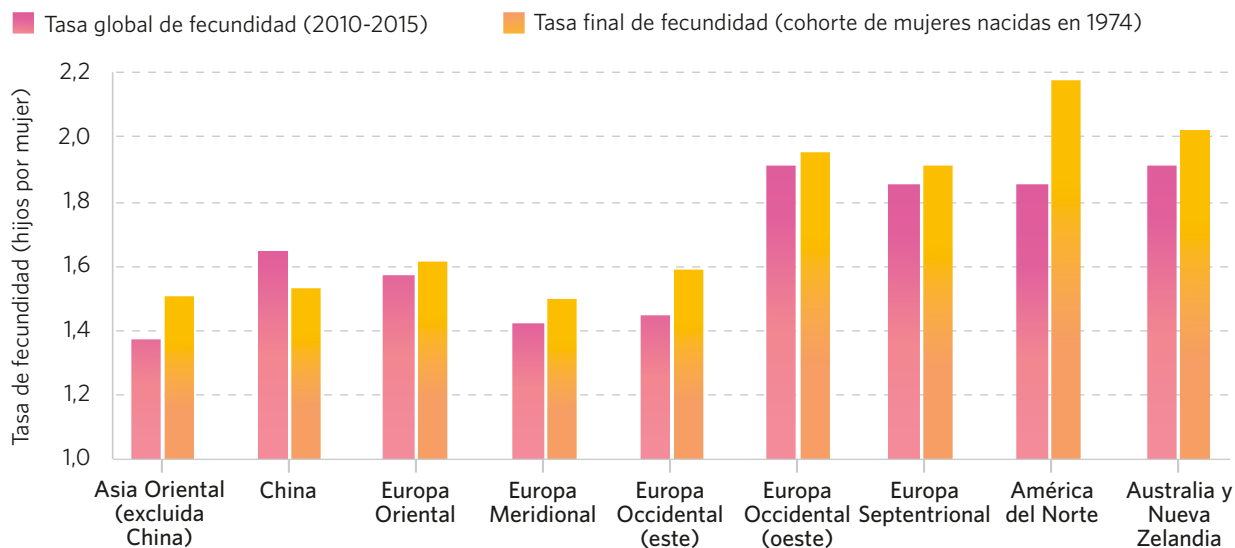
«Los jóvenes necesitan información precisa sobre la sexualidad».

Anastasiya, 22

«Nuestra función es normalizar el debate sobre estos temas».

Dzmitry, 24

Tasa global de fecundidad entre 2010 y 2015 y tasa final de fecundidad correspondiente a una cohorte de mujeres nacidas en 1974, en 53 países



Fuentes: Centro Wittgenstein (2016); Naciones Unidas (2017); Human Fertility Database (2018); Yoo y Sobotka (2018)

y 2,2 nacimientos por mujer) y aquellos con una fecundidad muy baja (1,6 o menos) puede apreciarse en el gráfico 31, que utiliza tanto la tasa global de fecundidad como la tasa final de fecundidad de una cohorte específica de mujeres (véase el recuadro que aparece más adelante) como instrumentos de medición de la fecundidad. Este gráfico muestra la existencia de una brecha clara entre las regiones con muy baja fecundidad (Asia Oriental y Europa Oriental, Europa Meridional y la parte oriental de Europa Occidental) y aquellas con una fecundidad moderadamente baja (Europa Septentrional, la parte occidental de Europa Occidental y los países de habla inglesa). Los países con una fecundidad muy baja representan un total de 2.200 millones de personas, es decir, casi el 30% de la población mundial, de los cuales 1.400 millones se encuentran en China.

Los niveles medios de fecundidad son importantes para los países, pero para cada mujer y cada hombre lo importante es el número real de hijos que tienen. Gran parte de los países con tasas de fecundidad moderadamente bajas muestran

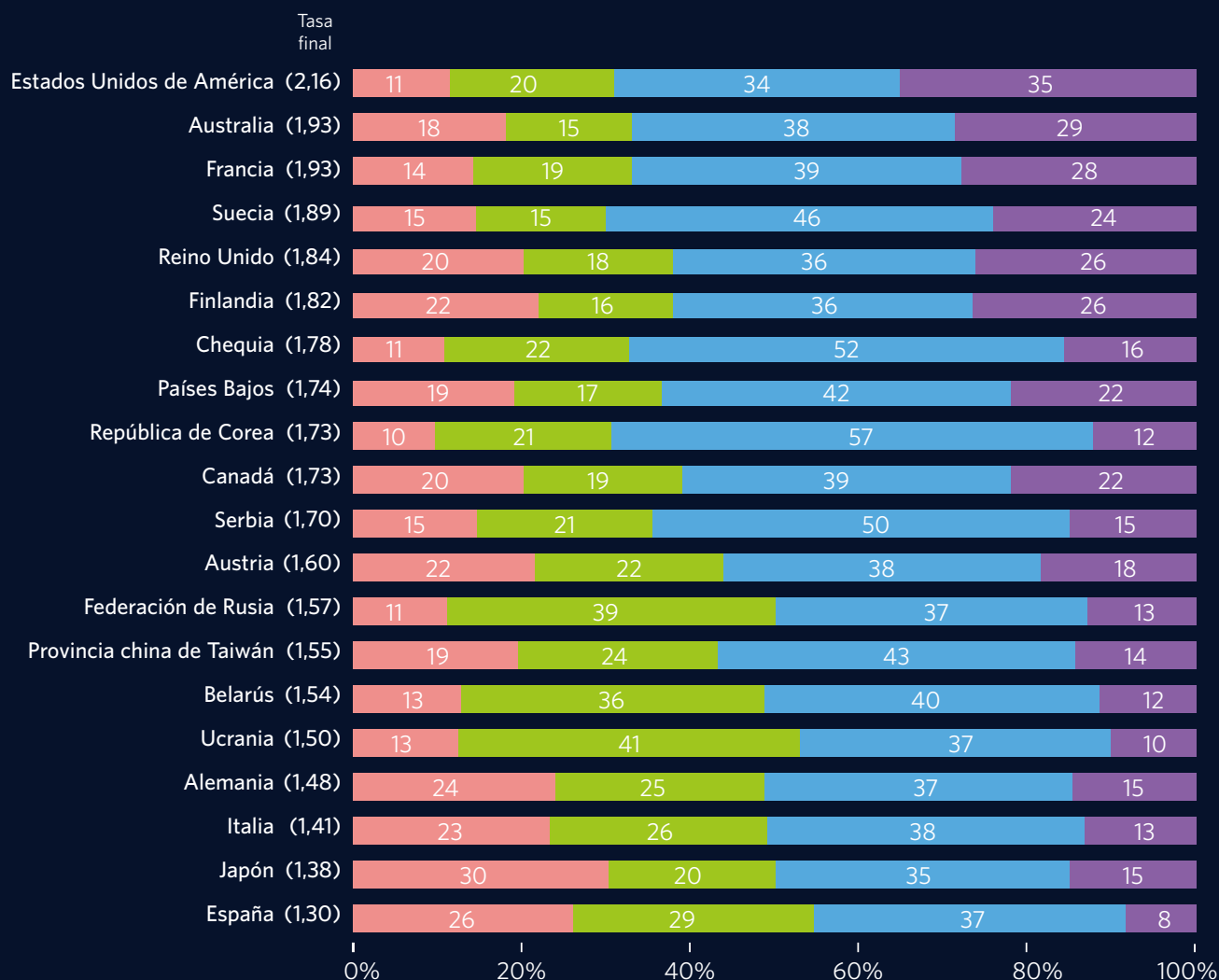
porcentajes altos de mujeres sin hijos, pero también de mujeres con tres o más hijos. Algunos también presentan porcentajes bajos de mujeres con un solo hijo. Entre ellos se incluyen Australia, Finlandia, los Países Bajos y el Reino Unido. Los Estados Unidos de América también tienen porcentajes relativamente altos de mujeres con tres o más hijos.

En cambio, en los países de Europa Oriental se observan porcentajes elevados de mujeres con un solo hijo pero bajos porcentajes de mujeres sin hijos, lo que refleja la escasa de aceptación en cuanto a no tener hijos. La tasa de fecundidad significativamente baja del sur de Europa y Alemania es el resultado de un índice elevado de mujeres sin hijos y un alto porcentaje de mujeres con un solo hijo. Finalmente, el Japón presenta la tasa más elevada del mundo de mujeres sin hijos, con 3 de cada 10 mujeres sin hijos a los 40 años.

En general, la tasa de fecundidad no está directamente relacionada con el porcentaje de mujeres que tienen 2 hijos; sin embargo, muestra una alta correlación con el porcentaje de mujeres que tienen 3 o más (gráfico 32).

GRÁFICO 32

Tasa final de fecundidad y número de hijos nacidos vivos en una cohorte de mujeres nacidas en 1974, grupo de países y territorios con tasas de fecundidad bajas



Fuente: Human Fertility Database (2018); oficinas nacionales de estadística, 2018

Photos, de izquierda a derecha: © anouchka/Getty Images, © Maskot/Getty Images, © Giacomo Pirozzi, © Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com

En los países y territorios que abarca este capítulo, cada vez hay más mujeres que dan a luz a una edad más avanzada y fuera del matrimonio (Billari y Kohler, 2004; Sobotka, 2017).

En países como España, Italia, el Japón y la República de Corea, la edad media de las mujeres en el primer parto ha superado los 30 años, frente a los 24 a 26 años de la década de 1970 (gráfico 33). Esta tendencia se desarrolla de manera paralela a una disminución del número de embarazos en la adolescencia, particularmente en los Estados Unidos de América y Europa Oriental (gráfico 34). En gran parte de Europa y Asia Oriental, las adolescentes representan tan solo el 3% del total de nacimientos.

Los embarazos a edades más avanzadas se han incrementado más rápidamente entre las mujeres con un alto grado de instrucción que intentan evitar los reveses económicos o profesionales que a menudo se asocian con la «senda de la maternidad» a edades más tempranas (Miller, 2011)

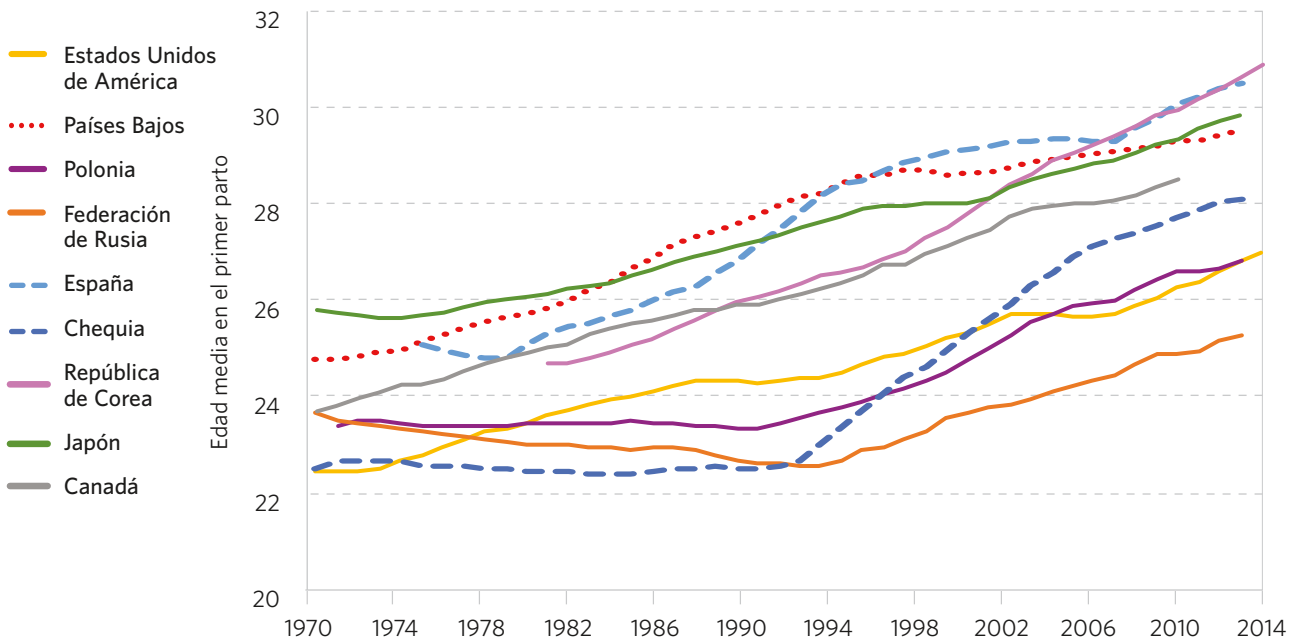
La disponibilidad de asistencia médica para la procreación, como la fecundación in vitro, ha contribuido a este aumento. Las mujeres que optan por retrasar el embarazo hasta pasados los 35 o 40 años presentan un mayor riesgo de infertilidad y complicaciones durante el embarazo (Schmidt *et al.*, 2012; Te Velde *et al.*, 2012; Sobotka y Beaujouan, 2018).

El declive de la fecundidad entre 1970 y 2000 coincidió con la tendencia a retrasar el matrimonio y al aumento de la cohabitación, el divorcio y los nacimientos fuera del matrimonio (Lesthaeghe, 2010; Perelli-Harris *et al.*, 2012; Hayford *et al.*, 2014; Lappegård *et al.*, 2018). Sin embargo, estas tendencias alcanzaron su punto máximo en algunos países, como la Federación de Rusia, los Estados Unidos de América y Suecia, pero se invirtieron después de 2004 (gráfico 35).

En la Unión Europea, el porcentaje de nacimientos fuera del matrimonio alcanzó el 42%

GRÁFICO 33

Edad media en el primer parto, en varios países representativos, 1970-2016

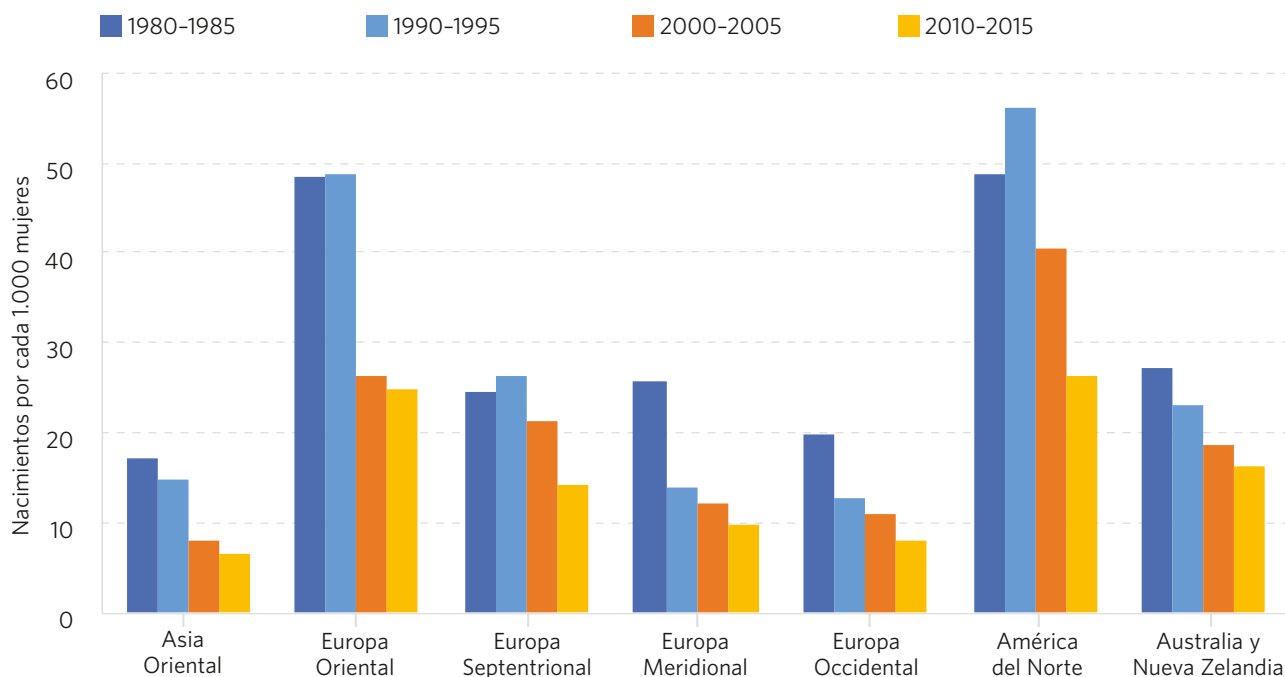


Fuentes: Human Fertility Database (2018); Yoo y Sobotka (2018)



© Thanasis Zovoilis/Getty Images

GRÁFICO 34 Tasas de fecundidad por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 1980-2015



Fuente: Naciones Unidas (2017)

en 2014, el doble que en 1994. En cambio, en Asia Oriental la fecundidad sigue estando estrechamente relacionada con el matrimonio. En la región, donde el matrimonio y la procreación están vinculados, la ausencia de hijos es cada vez más común (Jones y Gubhaju, 2009; Wei *et al.*, 2013; Guo y Gu, 2014).

La mayoría de los nacimientos fuera del matrimonio se dan en el seno de parejas no casadas que viven juntas y no en madres de familias monoparentales. Hacia 2010, 1 de cada 10 niños europeos de hasta 2 años vivían con su madre, frente a 4 de cada 10 niños nacidos de una pareja que no estaba casada (Centro Wittgenstein, 2015).

La tasa de fecundidad anual (o global) puede variar en función de la evolución de las condiciones económicas, la reforma de las políticas familiares, los cambios de Gobierno y los conflictos. La crisis financiera en los Estados Unidos de América y Europa

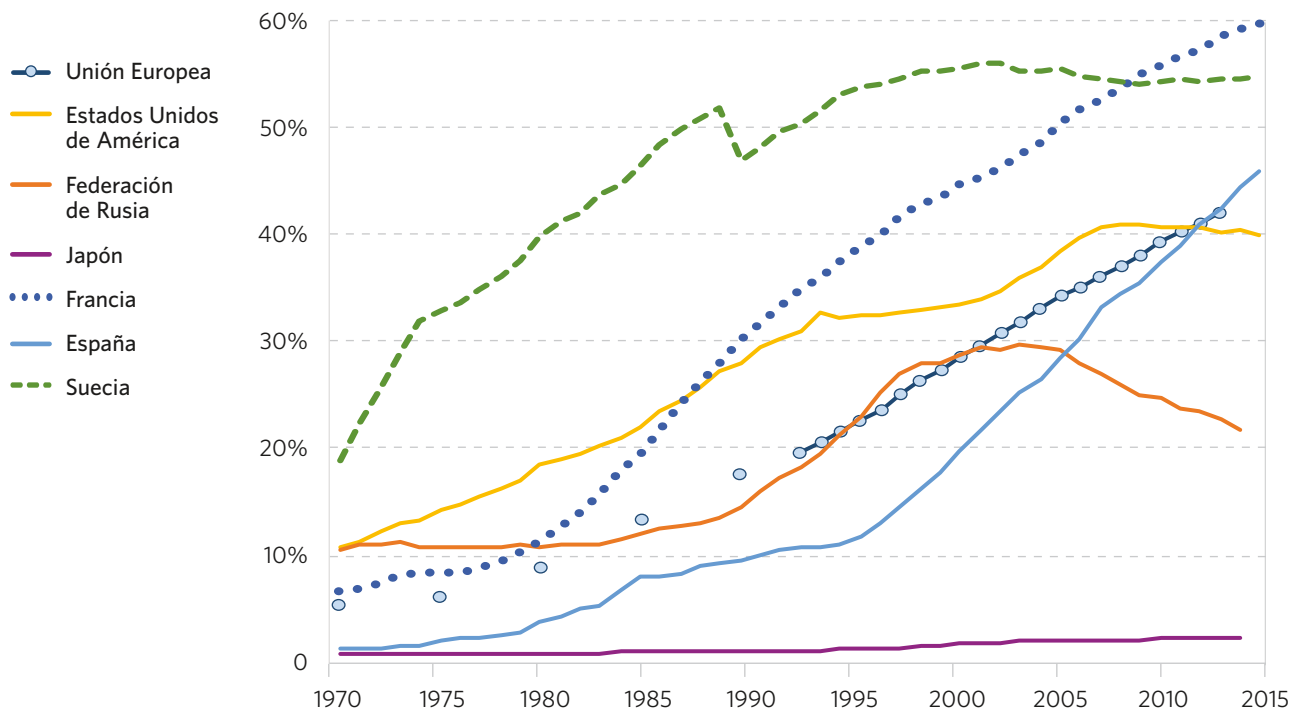
que comenzó en 2008, por ejemplo, se asoció con una caída de las tasas de fecundidad en países en los que esta había ido en aumento a principios de los años 2000 (Goldstein *et al.*, 2013; Schneider, 2015; Centro Wittgenstein, 2015; Comolli, 2017). Del mismo modo, la crisis financiera de 1997 en Asia Oriental propició una disminución de la fecundidad hasta niveles ínfimos (Kim y Yoo, 2016). La disolución de la antigua Unión Soviética y la desaparición del socialismo de Estado alrededor de 1990 dieron paso a una fuerte disminución de la fecundidad en Europa Central y Oriental (Sobotka, 2011).

La presión descendente en la fecundidad

Las tasas extremadamente bajas de fecundidad en Asia Oriental y gran parte de Europa no son en su mayoría un reflejo directo del deseo de tener familias más

GRÁFICO 35

Porcentaje de nacimientos fuera del matrimonio en la Unión Europea y una serie de países representativos, 1970-2016



Fuentes: Consejo de Europa (2006); NIPSSR (2017); Eurostat (2018); Martin *et al.* (2018)



© iconics/a.collectionRF/Getty Images

pequeñas. El tamaño medio ideal de la familia es de aproximadamente dos hijos por mujer (Sobotka y Beaujouan, 2014); sin embargo, la fecundidad real es menor. La diferencia entre el tamaño deseado de la familia y el real sugiere que las mujeres y los hombres no son plenamente capaces de ejercer sus derechos reproductivos.

Obstáculos económicos

En los países de ingresos más altos, las mujeres y los hombres jóvenes afrontan dificultades para incorporarse en el mercado de trabajo. Puesto que, en general, pasan más años en la enseñanza superior que los jóvenes de países más pobres, comienzan a ser económicamente activos más tarde. Y cuando completan su formación, a menudo les resulta difícil conseguir un empleo, especialmente en el ámbito de su elección.

La estructura cambiante de la economía mundial ha eliminado muchos empleos que, en el pasado, permitían a los jóvenes que acababan de salir de la universidad iniciar su carrera profesional (Adsera, 2018). Al mismo tiempo, numerosos trabajos que anteriormente ofrecían perspectivas a largo plazo han sido sustituidos por acuerdos contractuales o de corta duración.

El resultado es que la desigualdad en el mercado de trabajo ha empeorado y los ingresos reales de las mujeres y los hombres de entre 20 y 30 años han disminuido (Sanderson *et al.*, 2013; Rahman y Tomlinson, 2018). Muchos adultos jóvenes «no pueden prosperar» en los países de ingresos más altos (Sanderson *et al.*, 2013). La posición de los jóvenes es más frágil en Europa Meridional, donde la tasa de desempleo es elevada, los trabajos temporales son cada vez más comunes y la protección social

es limitada (Rahman y Tomlinson, 2018). Esta incertidumbre económica y del mercado de trabajo favorece la demora en la formación de la familia, el retraso del matrimonio y el aumento del número de personas sin hijos (Blossfeld *et al.*, 2005).

En la década de 1990, numerosos países desarrollados experimentaron una desaceleración económica que afectó al empleo, los ingresos y el nivel de vida. La crisis financiera asiática de 1997, por ejemplo, dio pie a cambios en las prácticas de empleo que suprimieron los contratos por tiempo indefinido en favor de contratos de plazo fijo, lo que impulsó la inestabilidad laboral de los jóvenes (Ma, 2014).

También los años noventa, la mayoría de los países de Europa Oriental sufrieron períodos prolongados de declive económico y una creciente desigualdad de ingresos y pobreza como resultado de la turbulenta transición hacia una economía de mercado. En conjunto, estas condiciones a menudo se asocian con importantes reducciones de las tasas de fecundidad. En Europa Oriental, el principal efecto en la natalidad fue un descenso del número de familias con dos hijos, que posibilitó un fuerte aumento del porcentaje de mujeres con un solo hijo (Perelli-Harris, 2005; Sobotka, 2011; Zeman *et al.*, 2018). La crisis financiera de 2008 tuvo una repercusión similar en las oportunidades económicas para los jóvenes.

La conciliación de la vida laboral y familiar

A medida que aumenta el número de mujeres con un grado de instrucción superior en los países más desarrollados, también lo hace el porcentaje de mujeres que se incorporan y permanecen en la fuerza laboral remunerada. Sin embargo, encontrar el equilibrio entre la vida familiar y la carrera profesional ha planteado un reto a las mujeres que tienen un acceso limitado o nulo a servicios de guardería asequibles, y cuyos empleadores o Gobiernos no disponen de leyes que fomenten la licencia parental remunerada o los horarios y modalidades de trabajo flexibles (Goldin, 2006). Además, en muchos países, la responsabilidad de criar a los hijos recae en gran medida sobre las



EN PRIMER PLANO: TAILANDIA

Durante los últimos

15 años, han nacido

aproximadamente

1,6 millones de bebés

de madres adolescentes.



En Tailandia, dos extremos opuestos de fecundidad

© UNFPA/Matthew Taylor

«Empecé a bailar cuando tenía 15 años», dice Kate. Mientras actuaba en una feria en Nonthaburi, conoció a un hombre. «Él era mayor que yo. Era divertido y apuesto. Al principio no me atraía, pero poco a poco comenzó a gustarme».

En aquel entonces, Kate no sabía nada acerca del uso de anticonceptivos o los riesgos de mantener relaciones sexuales sin protección y, finalmente, quedó embarazada. Ahora, con 17 años, vive en un refugio en Bangkok para madres adolescentes.

Durante los últimos 15 años, han nacido aproximadamente 1,6 millones de bebés de madres adolescentes en Tailandia, con un aumento del 54% entre 2000 y 2014. Solo en 2016, más del 14% del total de embarazos en el país correspondió a madres adolescentes.

Con el objetivo de ayudar a niñas como Kate a evitar el embarazo hasta que sean mayores y decidan formar una familia, el Gobierno aprobó una ley que garantiza el acceso a

métodos anticonceptivos y e información para todas las personas de 10 a 19 años.

En Tailandia la educación integral de la sexualidad, que es fundamental para que los jóvenes puedan tomar decisiones bien fundamentadas sobre sus cuerpos y sus relaciones, se imparte en casi todos los colegios de secundaria del país; sin embargo, su calidad es variable. Existe una nueva ley que exige que todas las escuelas del país incluyan este elemento en el plan de estudios.

«No podemos evitar que los adolescentes tengan relaciones sexuales, pero podemos ayudar a que lo hagan de una manera más segura para ellos», dice el doctor Jetn Sirathranont, presidente de la Comisión de Salud Pública de la Asamblea Legislativa Nacional de Tailandia.

«Mis padres eran agricultores. No tenían dinero para enviarme a la escuela, así que vine a Bangkok a trabajar cuando tenía 12 años», cuenta Sanit, que ahora tiene 40, mientras abre la tienda de confección donde ha trabajado durante años.

«He vivido de manera disciplinada —Sanit—. Trabajé duro y terminé la escuela secundaria mientras trabajaba. No tuve tiempo de encontrar un marido, y mucho menos de tener hijos».

«Así que, cuando me casé el año pasado, sabía que tenía que tener hijos pronto. Pero el médico

descubrió un tumor en mi útero, que, sumado a mi edad, hizo difícil que me quedase embarazada».

Sanit es como un número creciente de mujeres tailandesas que buscan participar del mercado laboral y postergan el matrimonio y tener hijos. Cuando están listas para formar una familia, a menudo es demasiado tarde para que puedan concebir o den a luz sin complicaciones. Si bien existen tratamientos de fecundidad en Tailandia, son inasequibles para la mayoría de la población.

«Cada vez más personas anteponen la seguridad y la estabilidad económicas a la posibilidad de formar una familia —dice el doctor Sorapop Kiatpongsan, médico especializado en fecundidad de la Universidad Chulalongkorn de Bangkok—. Las mujeres que han sobrepasado sus años más fértiles necesitan poder acceder a una información correcta y alternativas de tratamiento asequibles».

Las historias de Kate y Sanit representan los dos extremos opuestos del desafío que plantea la fecundidad en Tailandia.

En uno, las adolescentes carecen de acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva, y ven sus opciones de futuro reducidas a causa de los embarazos no planeados. En el otro, las mujeres que desean formar una familia a una edad más avanzada se dan cuenta de que su período reproductivo ya ha transcurrido.



**Sanit es como un número
creciente de mujeres
tailandesas que buscan
participar del mercado
laboral y postergan el
matrimonio y tener hijos.**

mujeres. Estas dificultades pueden inducirles a buscar empleos en el sector público que ofrezcan beneficios y estabilidad, pero que no estén tan bien remunerados como los empleos del sector privado.

Los países con muy baja fecundidad suelen carecer de políticas que favorezcan la conciliación de la vida laboral con la familiar. En la mayoría de los países de Europa Oriental y Central, por ejemplo, los servicios públicos de guardería para lactantes son escasos. En consecuencia, en países como Bulgaria, Chequia, Eslovaquia, Hungría, Polonia y Rumania, la tasa de matriculación entre los niños de hasta 2 años es inferior al 15%, frente al 34% en los Estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2018). La falta de servicios de cuidado del niño impide que muchas madres se reincorporen antes al mercado de trabajo y aumenten los costos de oportunidad asociados a la maternidad.

En Asia Oriental, la cultura laboral requiere altos niveles de compromiso por parte de los trabajadores con sus empleadores. Un horario de trabajo largo y poco flexible dificulta la conciliación entre el trabajo y la familia. En la República de Corea, por ejemplo, aproximadamente el 18% de las mujeres empleadas trabajaban más de 54 horas semanales en 2014 (OCDE, 2017). Con miras a corregir este problema, en 2018, la República de Corea ha restringido por ley la jornada laboral a 40 horas semanales, con un máximo de 12 horas extraordinarias.

Además, las mujeres con hijos a menudo sufren discriminación en el mercado de trabajo. En el Japón y la República de Corea, las madres ocupan predominantemente puestos al remunerados y sus opciones de desarrollo profesional son escasas, lo que da lugar a enormes desigualdades salariales por razón de género (OCDE, 2017).

Aun cuando las mujeres han ganado igualdad en el acceso a la educación y el trabajo, sus decisiones familiares y laborales continúan estando limitadas por su «segundo turno», pues han de ocuparse del cuidado de los niños y del hogar. Las mujeres aún están coartadas por la desigualdad de género en el hogar (McDonald, 2013), lo cual puede contribuir a la baja fecundidad.

Las mujeres en Asia Oriental se enfrentan a algunas de las mayores limitaciones en sus opciones familiares debido a las exigentes condiciones laborales y su desproporcionada responsabilidad en las tareas domésticas y el cuidado de los niños y otros familiares (Raymo *et al.*, 2015). Cuando las mujeres japonesas o surcoreanas se casan, se espera que abandonen la fuerza de trabajo y asuman las responsabilidades de cuidado del hogar y de los maridos, suegros y niños (Rindfuss *et al.*, 2004). Entre las parejas casadas japonesas, los hombres dedican un promedio de 3,4 horas semanales a las tareas del hogar, mientras que las mujeres invierten una media de 27,4 horas (Tsuya, 2015).

Ante la perspectiva de sacrificar sus carreras en aras de la vida familiar, algunas mujeres de Asia Oriental deciden retrasar o evitar el matrimonio. Y debido a que la mayoría de los embarazos en la región tienen lugar en el seno del matrimonio, el número de mujeres sin hijos va en aumento.

Sin embargo, Asia Oriental no es la única región en la que las mujeres se enfrentan a estas dificultades. Las desigualdades por razón de género en el trabajo doméstico no remunerado también persisten en la mayoría de los países de Europa Central y Oriental, y en Europa Meridional, especialmente en Italia y Portugal (OCDE, 2017).

Las economías estables y las políticas favorables fomentan la fecundidad

Los países con tasas de fecundidad moderadamente bajas se caracterizan por economías fuertes y estables, y políticas que facilitan la creación o la ampliación de la familia. Las políticas favorables pueden fomentar la confianza entre las parejas a la hora de decidir formar una familia (McDonald, 2008).

Por ejemplo, algunos países europeos con tasas de fecundidad iguales o en torno al nivel de reemplazo respaldan a los hogares con hijos mediante la concesión de licencias parentales remuneradas, prestaciones monetarias para las familias, servicios públicos de cuidado del niño y otros servicios dirigidos a la infancia, exenciones tributarias para

las familias y horarios escolares acordes con las horas de trabajo.

Las alternativas de trabajo a tiempo parcial, las modalidades de trabajo que permiten a los empleados ausentarse del trabajo para cuidar de los niños cuando están enfermos, la eliminación de los turnos nocturnos y los horarios irregulares, y la existencia de licencias parentales y de paternidad bien retribuidas pueden marcar una diferencia para una pareja o una persona que esté considerando formar una familia.

El Canadá y varios países europeos han reducido en tal medida las barreras relacionadas con el empleo a las que se enfrentan las madres que hoy en día la mayoría de las mujeres con hijos tienen empleo (OCDE, 2007, 2011). Actualmente el modelo de hogar en el que uno de los progenitores trabaja a tiempo completo y el otro a tiempo parcial es común entre las parejas con hijos de países como Australia, Austria, los Países Bajos y el Reino Unido. El modelo se hizo popular en los Países Bajos después de que el Gobierno estableciera el derecho

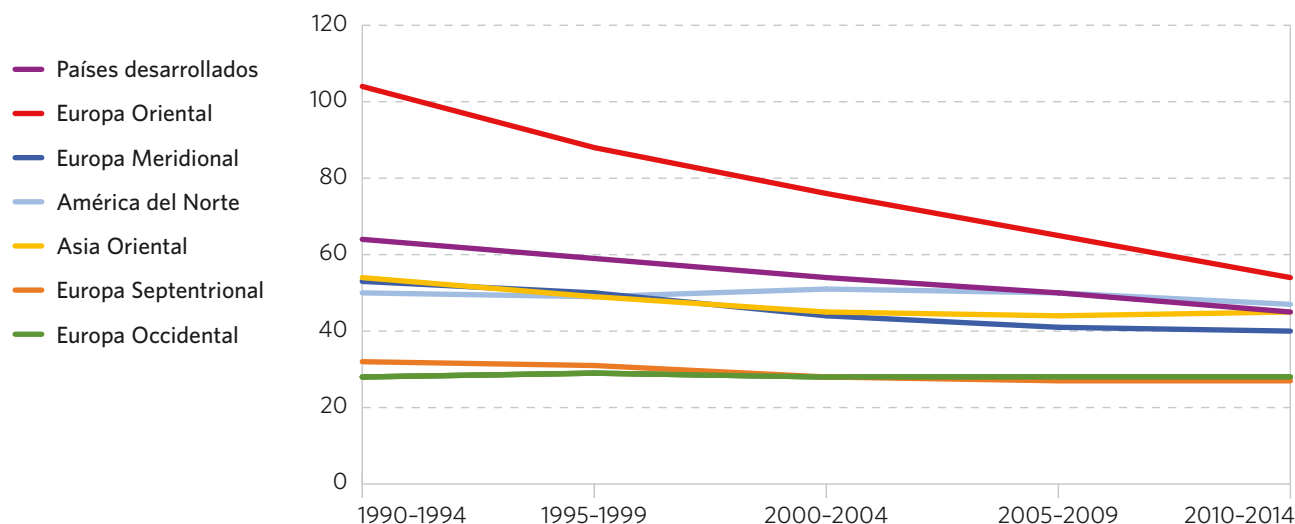
legal a trabajar a tiempo parcial y concediese a los empleados a tiempo parcial la misma cobertura sanitaria, seguridad social y pensiones que los trabajadores a tiempo completo (Mills, 2015).

Las preferencias reproductivas basadas en las familias con dos hijos

La mayoría de las mujeres de los países que abarca este capítulo generalmente expresan una preferencia por una familia con 2 hijos, aunque un porcentaje significativo prefiere tener 3 (Hagewen y Morgan, 2005; Sobotka y Beaujouan, 2014; NIPSSR, 2016). China es una excepción, y muchas mujeres manifiestan su deseo de tener un solo hijo (Basten y Gu, 2013).

En muchos países con tasas de fecundidad bajas, existe una diferencia considerable entre el número de hijos deseado y el número de hijos real (Bongaarts, 2002; Centro Wittgenstein, 2015). Algunas parejas no tienen el número de hijos que desean debido a prioridades contrapuestas en la vida o a circunstancias tales como las dificultades





Fuente: Bearak *et al.* (2018)

económicas. Otros no tienen tantos hijos como quisieran por causas como una enfermedad o el divorcio. Las decisiones sobre el tamaño de la familia generalmente evolucionan con el tiempo en respuesta a las experiencias vitales. Entre las mujeres nacidas a finales de la década de 1960 en siete países europeos, la diferencia entre la fecundidad deseada y la real arrojaba un promedio mínimo de 0,5 hijos. La diferencia es aún mayor entre las mujeres con educación universitaria (Centro Wittgenstein, 2015; Beaujouan y Berghammer, 2017).

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, ratificado por 179 gobiernos en 1994, establece que «todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo». Este principio se aplica a todas las parejas y todas las personas —ya sea a quienes no desean tener hijos como a quienes desean formar una familia numerosa—; por tanto, cuando quieren tener

hijos, pero se ven constreñidas por las circunstancias económicas u otros factores que les impiden conciliar la vida laboral y familiar, no pueden disfrutar plenamente de sus derechos reproductivos.

Los embarazos no planeados en los países con tasas de fecundidad bajas

Muchos embarazos en los países desarrollados son no planeados. Algunos de ellos están relacionados con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos. Las mujeres con una necesidad no satisfecha son personas sexualmente activas que no quieren quedarse embarazadas y no usan ningún método anticonceptivo (Naciones Unidas, 2016). Se calcula que 1 de cada 10 mujeres casadas o en unión libre en estos países experimenta esta situación. Además, se estima que entre 2010 y 2014, 45 de cada 1.000 mujeres en edad de procrear en los países desarrollados tuvieron embarazos no planeados (véase el gráfico 36; Bearak *et al.*, 2018).

Europa Oriental presenta una tasa comparativamente alta de embarazos no deseados debido al acceso limitado a los anticonceptivos



© Frank Schoepgens/Getty Images

modernos (especialmente la píldora), la falta de educación sexual, la ausencia de conocimientos sobre la prevención del embarazo y las deficiencias en el acceso al aborto (gráfico 37; Kon, 1995; David, 1999; Stloukal, 1999; Sobotka, 2016). Sin embargo, el acceso a los anticonceptivos en toda la región ha aumentado considerablemente desde principios de la década de 1990, lo que ha aumentado el uso de anticonceptivos y disminuido las tasas de aborto (gráficos 37 y 38). El aborto es también una práctica común en Asia Oriental. Más de 3 de cada 4 embarazos no planeados en Europa Oriental y Asia Oriental terminaron en aborto en 2014.

En los países desarrollados no solo hay un gran número de embarazos no deseados, sino que 1 de cada 4 nacimientos no fue planeado (gráfico 39, Bearak *et al.*, 2018). Sin embargo, la mayoría de estos nacimientos son inoportunos más que no deseados. Los países de Europa Oriental y Central muestran una tasa comparativamente baja de nacimientos no planeados, debido en gran parte al acceso al aborto.

En muchas partes de Europa Oriental y Sudoriental, los jóvenes tienden a no usar ningún

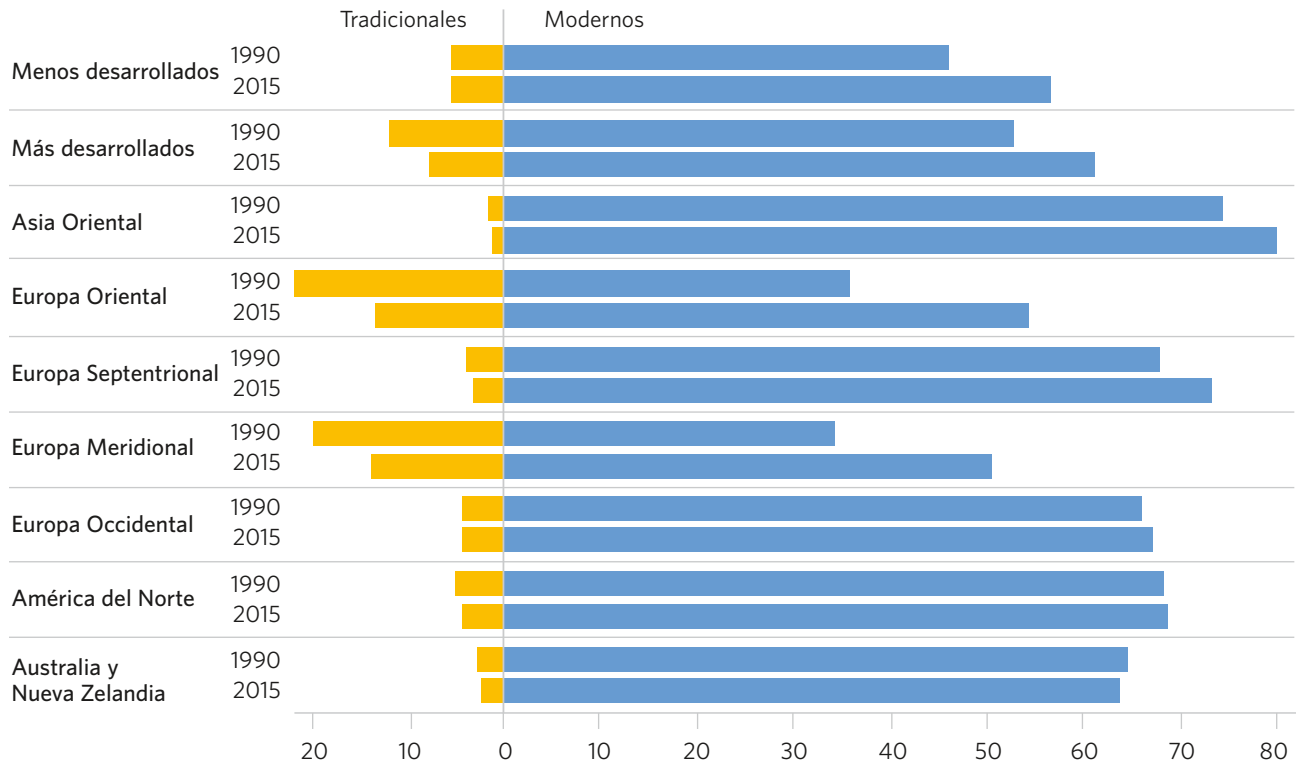
método anticonceptivo o recurren a la interrupción del coito durante las relaciones sexuales (CDC y ORC Macro, 2003). La educación integral de la sexualidad en estos países es escasa.

La mala calidad de los servicios de salud reproductiva, los sistemas de atención de la salud deficitarios y el uso limitado de preservativos contribuyeron a un aumento de las infecciones de transmisión sexual en Europa Oriental en la década de 1990 (Uusküla *et al.*, 2010). Actualmente, las infecciones por el VIH están aumentando en la región, en gran parte como resultado del uso de drogas inyectables (Avert, 2017), pero las relaciones sexuales se han convertido en un modo importante de transmisión en los últimos años. Europa Oriental y Asia Central son las únicas regiones que experimentan un aumento sostenido de las infecciones por el VIH (Avert, 2017; ONUSIDA, 2017).

La infertilidad puede tener cierta incidencia en el bajo nivel de fecundidad de algunos países desarrollados. Las escasas pruebas que existen sobre el problema de la infertilidad sugieren que su causa es más atribuible a los hombres que a las mujeres. Algunas investigaciones apuntan a una

GRÁFICO 37

Uso de anticonceptivos tradicionales y modernos en mujeres casadas o en unión libre de 15 a 44 años, en 53 países, 1990-1994 y 2010-2014

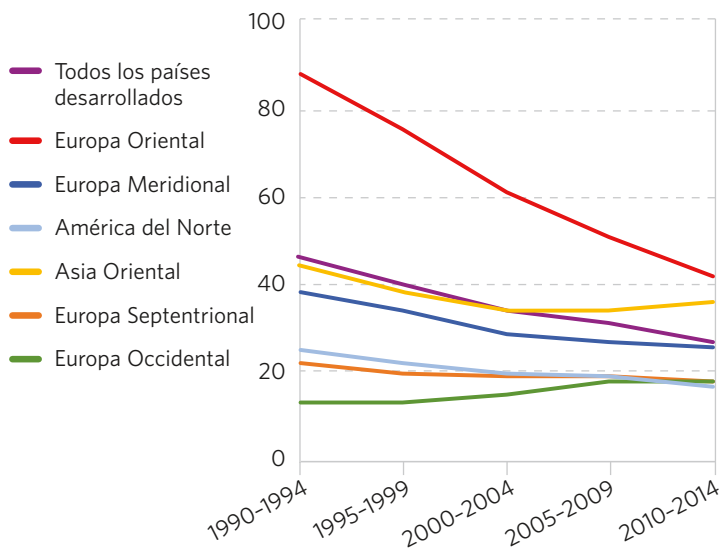


Fuente: Naciones Unidas (2016)

Uso de anticonceptivos por cada 100 mujeres

GRÁFICO 38

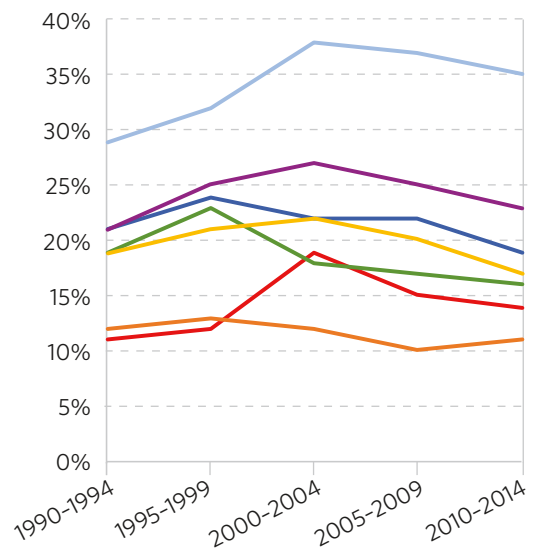
Tasas de aborto por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años, 1990-2014



Fuente: Sedgh et al. (2016a)

GRÁFICO 39

Porcentaje de nacimientos no planeados, 1990-2014



Fuente: Bearak et al. (2018)

disminución constante en la calidad y la cantidad del espermatozoides en los varones de países de ingresos altos con tasas de fecundidad bajas (Levine *et al.*, 2017), si bien el debate sobre esta cuestión sigue abierto (Te Velde *et al.*, 2017).

Un factor que contribuye más probablemente a la baja fecundidad en algunos países desarrollados es la infertilidad secundaria: la incapacidad de las mujeres que ya han tenido un hijo para quedar nuevamente embarazadas o para llevar otro embarazo a término (Mascarenhas *et al.*, 2012). En 2010, la infertilidad secundaria afectó a aproximadamente el 7% de las parejas de los países de ingresos altos, y hasta el 18% en Europa Central y Oriental y Asia Central. Entre las causas que explican las tasas comparativamente altas en estas

regiones se incluyen una combinación de tasas de aborto más elevadas, una mayor incidencia de los abortos en condiciones de riesgo, el uso de métodos de aborto invasivos y las infecciones posteriores a este (Hodorogea y Comendant, 2010).

Repetidos estudios llevados a cabo en los Estados Unidos de América muestran una disminución leve pero constante de la infertilidad entre las mujeres casadas en edad de procrear (Chandra *et al.*, 2013). Sin embargo, a medida que las parejas posponen cada vez más la decisión de ser padres, es probable que aumente la incidencia de la infertilidad. En Europa, este retraso ha contribuido a un aumento del número de personas que no pueden tener hijos, que prácticamente se duplicó entre 1970 y 2007 en seis países analizados por Te Velde *et al.* (2012).



© Giacomo Pirozzi

Los derechos reproductivos

El ejercicio del derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y cuándo tenerlos depende de algo más que del acceso a anticonceptivos o al tratamiento adecuado para la infecundidad. Las decisiones relativas al tamaño de la familia obedecen a factores como la disponibilidad de acceder a una vivienda, la situación económica de los hogares y el costo de la crianza de los niños.

Asimismo, pueden verse influidas o condicionadas por obstáculos sociales, institucionales y legales como el estigma en torno a las familias monoparentales, la discriminación de los hijos de parejas no casadas o del mismo sexo, la legalidad del aborto y la disponibilidad de la asistencia médica para la procreación.

La legalidad del aborto difiere de un país a otro. Aproximadamente 8 de cada 10 países desarrollados permiten el aborto voluntario, o por razones económicas y sociales ampliamente definidas, durante el primer trimestre (Naciones Unidas, 2013).

La demanda de asistencia médica para la procreación, como la fecundación *in vitro*, ha aumentado en los países desarrollados en que las mujeres eligen tener hijos a una edad más avanzada. El acceso a este tipo de asistencia multiplica las opciones reproductivas de las parejas y facilita el ejercicio de sus derechos reproductivos. Este aspecto contribuye de manera minoritaria, pero creciente, a la fecundidad. En 2013, la asistencia médica para la procreación en Europa representó el 2,2% del total de nacimientos, con un porcentaje registrado particularmente elevado de hasta el 6,2% en países como Chequia, Dinamarca, Eslovenia y Finlandia.

La fecundidad y los altos niveles de desarrollo humano y económico

Cuando los países más pobres alcanzan niveles más altos de desarrollo humano, la fecundidad generalmente disminuye. A medida que el desarrollo humano progresa, la fecundidad puede descender drásticamente, a un nivel muy inferior al nivel de reemplazo.

Sin embargo, algunos países han experimentado una inversión de la tendencia —de niveles muy bajos a moderadamente bajos—, mientras que otros países con una tasa de fecundidad decreciente han visto cómo esta se estabilizaba antes de desplomarse a niveles realmente bajos. Estos países comparten varios factores: han alcanzado los niveles más altos de desarrollo humano y de PIB per cápita. Además, han realizado grandes avances en favor de la igualdad de género. También son países en los que menos personas contraen matrimonio, y las parejas que se casan lo hacen a una edad más avanzada. La mayoría de estos países tienen mercados de trabajo que funcionan bien y brindan oportunidades que garantizan a adultos jóvenes el acceso al empleo y la vivienda (Myrskylä *et al.*, 2009; Luci-Greulich y Thévenon, 2014; Arpino *et al.*, 2015; Goldscheider *et al.*, 2015; Billari, 2018).

Muchos países con tasas de fecundidad cercanas al nivel de reemplazo disponen de políticas y servicios amplios favorables a la familia, como servicios de calidad de cuidado del niño financiados con fondos públicos. Estas políticas no son coercitivas ni están diseñadas específicamente para estimular el crecimiento de la población. Por el contrario, responden a las necesidades reales de las familias y los niños, y respetan o promueven sus derechos, incluidos los derechos reproductivos.

Las experiencias de países con tasas de fecundidad moderadamente bajas demuestran que las políticas son más efectivas y útiles cuando ofrecen a los progenitores diversos tipos de ayuda y aumentan las opciones para conciliar el trabajo, el ocio y la crianza de los hijos.

En ningún país del mundo existen personas o parejas totalmente facultadas para decidir libre y responsablemente el número, el momento y el espaciamiento de los embarazos. Esto incluye países con niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo. En general, en estos países, muchas parejas y personas no pueden tener el número de hijos que desean debido a los obstáculos sociales, económicos, institucionales y estructurales.

La tasa global de fecundidad y la tasa final de fecundidad de una cohorte de mujeres

La tasa global de fecundidad se calcula a partir del número de nacimientos por mujer que tienen lugar en cada grupo de edad en un año natural. Es el resultado de la suma de las tasas de fecundidad específicas de cada grupo etario entre los 15 y los 49 años.

Puesto que es la suma de las tasas de fecundidad de cada grupo de edad en un año determinado, la tasa global de fecundidad mide el promedio de hijos que las mujeres de una población tendrían al final de su período reproductivo si toda su vida transcurriera conforme a las tasas de fecundidad asociadas a cada edad en ese año natural.

La tasa global de fecundidad presenta la ventaja de que puede calcularse tan pronto como los organismos de estadística publican el número de nacimientos por grupo etario en un año natural. Es una medida instantánea. La desventaja es que no refleja la experiencia real de ningún grupo de mujeres a lo largo de su vida. Por ejemplo, las mujeres que tenían 18 años en 2005 tendrán 19 en 2006, 20 en 2007, y así sucesivamente. La experiencia de cualquier grupo real de mujeres se extiende a lo largo de muchos años naturales.

Si se dispone de las tasas de fecundidad específicas de cada grupo de edad a lo largo de muchos años, estas se pueden sumar a lo largo de la vida real de un grupo de mujeres. Por ejemplo, la tasa de fecundidad de un grupo específico de mujeres de 18 años en 2005 se sumaría a la tasa de ese mismo grupo a los 19 años en 2006, a los 20 en 2007 y así sucesivamente, hasta que el grupo cumpliera 50 años. La medida que se obtiene recibe el nombre de tasa final de

fecundidad de una cohorte de mujeres. Al igual que la tasa global de fecundidad, la tasa final de fecundidad de una cohorte de mujeres mide el promedio de hijos que las mujeres tendrían a lo largo de su vida, a diferencia de que en este caso se calcula a partir de la duración de vida real.

La tasa final de fecundidad correspondiente a una cohorte tiene la desventaja de que no se puede calcular hasta que el grupo de mujeres analizado alcanza el final de su edad fértil. Si bien es una medida que refleja en mayor medida la experiencia real de la fecundidad que la tasa global, no se trata de una medida instantánea. No aporta ninguna información sobre el comportamiento de la fecundidad en las mujeres más jóvenes en los años más recientes.

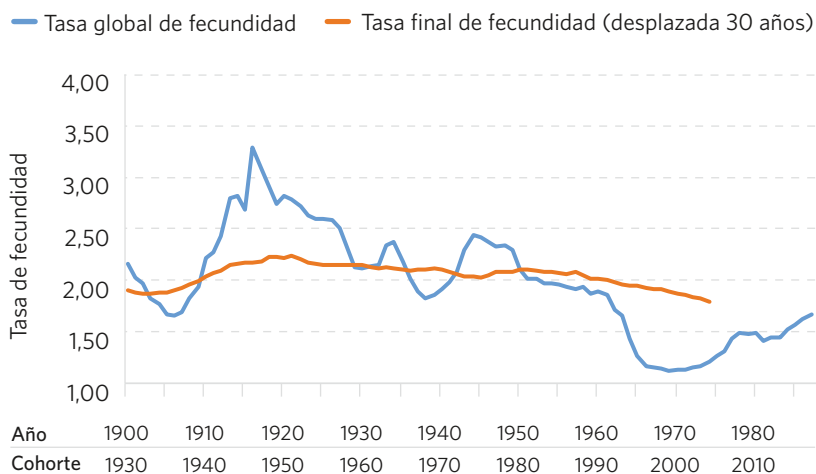
Cuando la fecundidad es elevada, las variaciones de la tasa global de fecundidad (casi siempre descendentes) proporcionan un panorama relativamente fiable y

actualizado de la tendencia de la fecundidad. Esta es la razón por la cual en los capítulos anteriores de este informe se ha empleado la tasa global de fecundidad.

Sin embargo, cuando la fecundidad es baja, los cambios en la edad en que tienen lugar los nacimientos o una posible perturbación, como una recesión económica, pueden tener un efecto importante en el número anual de nacimientos y, por tanto, en la tasa global de fecundidad. Esta situación puede apreciarse en el siguiente gráfico, que muestra variaciones notables en la tasa global de fecundidad de Chequia, pero cambios moderados en la tasa final de fecundidad de una cohorte específica.

Por tanto, en contextos de baja fecundidad, es importante tener en cuenta la imagen potencialmente engañosa que ofrece la tendencia en la tasa global de fecundidad y, cuando sea posible, analizar también la tendencia en la tasa final correspondiente a una cohorte de

Evolución a largo plazo de la tasa global de fecundidad (1930-2015) y de la tasa final de fecundidad de una cohorte de mujeres nacidas entre 1900 y 1974, Chequia





Las políticas de licencia parental facilitan que los suecos tengan el número de hijos que desean

EN PRIMER PLANO: **SUECIA**

© UNFPA/Melker Dahlstrand

«En Suecia, quienes desean ser padres y madres no tienen que elegir entre la carrera y la familia».

Hans Linde, RFSU

Andreas Åsander se despide de su esposa Elin cuando esta se va a trabajar. Una vez que Elin sale por la puerta, abraza a su hija Edda de 11 meses, toma a su hija Lo, de 4 años, de la mano y también sale de casa.

La primera parada es el centro de preescolar de Lo y luego un paseo con Edda por un parque cerca de su casa a las afueras de Estocolmo. Pasan por una instalación deportiva al aire libre donde Andreas

«La política sueca de licencia parental favorece los derechos reproductivos y la economía».

Hans Linde, RFSU

se entrena mientras Edda duerme profundamente en su carrito.

A las 9 de la mañana, Andreas y Edda están otra vez en casa. Si Andreas tiene suerte, tendrá tiempo para tomar un café antes de que Edda se despierte e insista en jugar antes del tentempié de media mañana.

«En un día cualquiera, hacemos lo que uno hace normalmente con un niño —dice Andreas—. Jugamos, leemos un libro, comemos. Cuando Edda duerme, trato de hacer algunas tareas del hogar, como lavar la ropa y limpiar. Y a veces sobra tiempo para quedar con amigos que también están de licencia parental».

Cuando Andreas conoció a Elin, esta ya tenía un hijo, John, que está en cuarto grado en una escuela



situada al otro lado de la calle. La pareja decidió desde el principio que querían tener hijos juntos.


El sistema de seguridad social de Suecia respalda y fomenta la responsabilidad parental compartida. Concede un total de 480 días de licencia parental: 90 días a cada progenitor, los 300 restantes se pueden repartir entre ambos, que pueden disfrutarlos al mismo tiempo hasta un máximo de 30 días. Un progenitor recibe un máximo de 110 dólares por día durante los primeros 390 días, a partir de entonces, la cantidad disminuye hasta el final de la licencia.

Elin estuvo en casa con Edda durante los primeros cuatro meses. Desde entonces, Andreas se ocupa de Edda los martes, los viernes y medio día los miércoles. Elin se queda en casa los otros dos días y medio.

«En Suecia, quienes desean ser padres y madres no tienen que elegir entre la carrera y la familia —comenta Hans Linde, presidente de la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU)—. El sistema de licencia parental es una buena base en favor de la igualdad».

«Esta organización nos permite tener más energía para el trabajo y para Edda», prosigue Andreas.

Según Hans Linde: «La política sueca de licencia parental favorece los derechos reproductivos y la economía». El respeto de Suecia por los derechos reproductivos ha permitido crear «una de las economías del bienestar más sólidas del mundo», concluye.



**Se concede un
total de
480 días de
licencia parental.**

Todas las personas tienen derecho a elegir

La fecundidad importa. Refleja el lugar en el que se encuentran las personas y de dónde vienen, así como sus oportunidades y limitaciones. Define las aspiraciones futuras, y suscita implicaciones profundas que comienzan en el plano individual y se extienden a todas las sociedades.



© JGI/Jamie Gril/Getty Images

Tras las grandes diferencias entre las tasas de fecundidad elevadas y bajas, en el seno de los países y entre ellos, los problemas y factores que impulsan la fecundidad varían enormemente. Sin embargo, el elemento común a todos los países es que la medida en que las parejas y las personas son capaces de ejercer sus derechos reproductivos ejerce una influencia decisiva en el número de hijos que tienen y en el grado en que su fecundidad coincide con lo que esperan de su vida reproductiva.

Hace 50 años, en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos que se celebró en Teherán, los Gobiernos reconocieron el derecho a decidir libre y responsablemente el tamaño de la familia. Y lo reafirmaron enérgicamente en 1994 con motivo de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Programa de Acción de la conferencia establece que todas las parejas y personas tienen derecho a acceder a la información y a los medios para elegir el número de hijos, su espaciamiento de los nacimientos

y el intervalo entre estos, sin discriminación, coerción ni violencia. En 2015, en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los derechos reproductivos se convirtieron en una meta explícita de 1 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible y en un elemento fundamental para la consecución de los demás objetivos.

Se ha avanzado mucho en la defensa de los derechos reproductivos. Sin embargo, hoy en día, ningún país puede afirmar que todos sus grupos de población disfrutan de esos derechos en todo momento. Casi en todas partes, las circunstancias sociales, institucionales y económicas aún niegan a las personas los medios para elegir libre y responsablemente el número de hijos o el momento de su nacimiento. Esta situación es evidente tanto en los países con tasas de fecundidad altas como en los de fecundidad baja. Y persiste a pesar de la creciente urgencia en torno a cuestiones tales como el modo en que la fecundidad puede socavar o impulsar la solidez de una economía, y determinar los recursos que garantizan los servicios sociales esenciales. Se refleja en las preocupaciones de numerosas personas que ven reducidos sus derechos y opciones en materia de reproducción a causa de cuestiones relacionadas con la vivienda, el trabajo o el cuidado de los hijos.

Se está trabajando en la mejora de la correlación entre las políticas públicas y los objetivos individuales. Las personas necesitan disponer de los conocimientos y las herramientas que les permitan decidir si quieren o no tener hijos, y cuándo y con qué frecuencia. Los Gobiernos, inquietos por el aumento o descenso de las tasas de fecundidad, necesitan políticas que promuevan los derechos de las personas a elegir el momento y el espaciamiento de los embarazos. La armonización de los objetivos individuales y públicos, y su fundamentación en los derechos humanos pueden constituir una fuerza poderosa en favor del desarrollo económico y social.

¿Qué deben hacer los países?

Todos los países deben definir la combinación de servicios y recursos oportuna para defender los derechos reproductivos de todos los ciudadanos, velar por que nadie se quede atrás y eliminar los obstáculos sociales, económicos, institucionales y geográficos que impiden que las parejas y las personas decidan libre y responsablemente el número de hijos y el momento de su nacimiento. Ciertas medidas pueden resultar más pertinentes que otras en función de la tasa de fecundidad del país. Sin embargo, existen algunas cuestiones transversales que afectan a todos los países



y reflejan esferas que, si bien constituyen la base de los derechos reproductivos, presentan deficiencias que aún persisten en gran medida.

Cumplir los compromisos acordados en materia de derechos reproductivos

Los 179 Gobiernos representados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994 respaldaron la noción de derechos reproductivos, en especial el derecho de todas las personas a decidir de forma libre y responsable el número de hijos y el momento de tenerlos. Todas las personas deben poder ejercer estos derechos. Sin embargo, la universalidad aún no se ha alcanzado.

A fin de comenzar a subsanar las deficiencias, los países deberían evaluar si las políticas demográficas fomentan el ejercicio de los derechos reproductivos y empoderan a las personas para alcanzar de sus propios objetivos de fecundidad, o si, por el contrario, limitan su poder de decisión sobre el tamaño de la familia. Es necesario reformular las políticas o amoldarlas a lo que las personas realmente necesitan para poder tener el número de hijos deseado, cuando quieran. Para ello, se ha de tener en cuenta una gama completa de factores transversales que influyen en los derechos reproductivos y la fecundidad, incluidos la educación, el trabajo, la vivienda y la seguridad alimentaria. En Bangladesh, por ejemplo, se observó que la tasa de fecundidad cambiaba a un ritmo inusualmente rápido al aplicar en el desarrollo nacional un enfoque integral del desarrollo humano centrado en proporcionar a las personas la combinación equilibrada de capacidades en materia de salud, educación e ingresos.

Un punto de partida válido para todos los países podría ser la realización de «revisiones» periódicas de los derechos reproductivos en el plano nacional con miras a evaluar la armonización de las leyes, las políticas, los presupuestos, los servicios, las campañas de sensibilización y otras actividades con los derechos reproductivos, de conformidad con la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. A fin de que las revisiones estén debidamente fundamentadas y se basen en los derechos, convendría recabar la opinión de expertos en la materia, así

como de la población en su conjunto. En general, es necesario mejorar los métodos que evalúan las lagunas relacionadas con los derechos reproductivos, a fin de abordar la atención de salud, así como los determinantes sociales, económicos e institucionales.

Satisfacer todas las necesidades

Las mujeres con una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos representan más de 4 de 5 cinco embarazos no planeados en los países en desarrollo (Instituto Guttmacher, 2017). Sin embargo, la demanda no satisfecha no afecta exclusivamente a los países en desarrollo. Existe prácticamente en todo el mundo, incluso en países con baja fecundidad. Si bien las mujeres con un mayor poder económico y más estudios que viven en entornos urbanos suelen tener acceso total a diversos métodos anticonceptivos modernos, este no es el caso de sus homólogas rurales más pobres con un menor grado de instrucción. En algunos países con baja fecundidad y rentas superiores, el acceso a servicios asequibles o gratuitos de aborto sin riesgo está garantizado, no así a ciertas formas de anticoncepción. Los programas de planificación familiar administrados y financiados por el Gobierno que tienen por objetivo satisfacer todas las necesidades insatisfechas de servicios de planificación familiar de aquí a 2030 pueden ayudar a los países en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Priorizar la salud reproductiva en los sistemas de atención de la salud

Los servicios de salud reproductiva de muchos países aún no reciben la atención —o el financiamiento— que merecen, a pesar de su repercusión sobre los derechos humanos y los objetivos de desarrollo, desde la reducción de la pobreza hasta la participación en la fuerza de trabajo. Estos servicios deben considerarse parte integrante de la atención primaria de salud, igual que la vacunación y otros servicios esenciales que garantizan una buena salud. Han de ser integrales, de calidad, accesibles para todos y basarse en el empoderamiento de las personas para tomar sus propias decisiones. Además, preguntar a las personas en edad de procrear si tienen el número de hijos deseado debería ser

una práctica normalizada en los reconocimientos médicos generales, y cuando no estén satisfechas con las opciones utilizadas, se les debería facilitar información o remisión a los servicios adecuados.

Deben ponerse en marcha mecanismos de rendición de cuentas basados en datos sólidos y orientados al pleno ejercicio de los derechos en la práctica, que estén determinados por el grado en el que los usuarios de los servicios de atención de la salud sienten que pueden alcanzar sus propios objetivos de fecundidad.

Impartir una educación integral y universal de la sexualidad

Las personas necesitan los conocimientos necesarios para ejercer sus derechos reproductivos y decidir si quieren o no tener hijos, y cuándo o con qué frecuencia. Estos conocimientos deben impartirse a los jóvenes antes de que sean sexualmente activos. Por tanto, todos los planes de estudios escolares deben incluir una educación integral de la sexualidad adecuada a cada edad y por etapas sobre los derechos, las relaciones y la salud sexual y reproductiva. Los programas más satisfactorios no solo se centran en los conceptos básicos sobre cómo funciona la reproducción, sino también en la igualdad de género, y ayudan a las niñas y los niños a adquirir la confianza y las habilidades necesarias para tomar decisiones fundamentadas.

Actuar con miras a alcanzar la igualdad de género en todos los frentes

Las deficiencias en el ejercicio de los derechos de las mujeres están estrechamente relacionadas con las lagunas en los derechos reproductivos; unas no pueden subsanarse sin las otras. La discriminación por razón de género puede influir negativamente en los sistemas de salud, por ejemplo, de manera que las mujeres no puedan acceder a los servicios que necesitan para tomar sus propias decisiones sobre la anticoncepción. Cuando las mujeres no participan en la toma de decisiones en el hogar o son víctimas de violencia de género, es probable que tengan un control reducido sobre su fecundidad.

En principio, la igualdad de género debería estar recogida en todas las políticas y prácticas nacionales, y debería ser un principio operacional central de todos

los sistemas de atención de la salud. La elaboración de presupuestos con perspectiva de género, que evalúan las políticas de recaudación y asignación de recursos públicos en función de su contribución a la igualdad de género, puede constituir una herramienta valiosa para acelerar los progresos en este ámbito. En todas las iniciativas encaminadas a promover la igualdad de género, se debe prestar atención a cómo el género puede converger con otras formas de discriminación y exclusión relacionadas con la edad, la capacidad, la zona geográfica y el origen étnico, entre otras. Una niña de una zona rural, por ejemplo, tiene el doble de probabilidades de estar casada que una niña que vive en un entorno urbano.

Trabajar en favor del cambio de las normas sociales resulta esencial para transformar algunos de los motores más persistentes de la desigualdad de género. Si bien las mujeres de todo el mundo son cada vez más conscientes de sus derechos y pueden actuar en consecuencia, las actitudes entre los hombres siguen oponiendo una barrera importante. Esta situación se refleja claramente en la participación universalmente desproporcionada de las mujeres en las labores de prestación de cuidados no remuneradas, en la que la participación de los hombres aún no es equitativa, incluso en países que han logrado avances significativos en materia de igualdad de género. Una de las consecuencias es que algunas mujeres tienen un número de hijos menor que el que desearían. Por el contrario, para aquellas mujeres que tienen más hijos de los que desean, las exigencias del trabajo doméstico pueden convertirse en una barrera insalvable para la participación en otras actividades, como el trabajo remunerado o la implicación en asuntos comunitarios.

¿Qué deben hacer los países con tasas de fecundidad elevadas?

Los países con tasas de fecundidad elevadas también tienen dificultades para hacer frente a las altas tasas de pobreza y la sobrecarga de los servicios, especialmente en las zonas rurales. Si bien algunas personas, en particular los jóvenes urbanos, eligen tener menos hijos, el pleno ejercicio de los derechos reproductivos implica que todos deberían poder tomar decisiones fundamentadas. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos suele ser elevada en esos países, lo que sugiere la existencia de



© Abbie Trayler-Smith/Panos Pictures

barreras esenciales que obstaculizan el acceso de las parejas a una de las herramientas básicas para que alcancen sus objetivos reproductivos.

Ampliar el alcance de los servicios de salud reproductiva y mejorar su calidad

Un punto de partida para el ejercicio de los derechos reproductivos y el empoderamiento de las personas para tener el número de hijos que desean es la ampliación de los servicios de salud reproductiva a quienes se han quedado rezagados. En países con tasas de fecundidad elevadas, suele tratarse de personas pobres de las zonas rurales. Los servicios, se presten en dispensarios de salud o por trabajadores comunitarios, se pueden diseñar sobre la base de modelos integrados que ofrezcan servicios y mensajes de planificación familiar que promuevan el cambio en las normas sociales, incluidas aquellas que suponen obstáculos al uso de anticonceptivos y limitan el empoderamiento de las mujeres. Dichos servicios también podrían convertirse en un punto de entrada para los niveles básicos de apoyo y remisión en caso de violencia de género.

Los sistemas de salud deben velar por que todas las mujeres, ya sea en las ciudades o en las zonas rurales, tengan un acceso equitativo a la gama completa de

opciones anticonceptivas, junto con otros servicios esenciales como la protección contra las infecciones de transmisión sexual y su tratamiento. Podrían desplegarse más esfuerzos para establecer vínculos entre los programas de planificación familiar y los programas sobre el VIH, dado que los preservativos son ahora el método anticonceptivo más común entre las personas solteras. Como cuestión relacionada con los derechos humanos, y dada la importancia de las altas tasas de mortalidad infantil y de lactantes en el impulso de las tasas de fecundidad, se deben optimizar los programas de salud materno-infantil de baja eficacia, respaldándolos con programas relacionados de nutrición, seguridad alimentaria y empoderamiento de las mujeres. Otras prioridades son el fortalecimiento de los sistemas de información sobre la gestión sanitaria, incluida la identificación de las disparidades en la calidad y el acceso a los servicios, y la inversión en la capacitación de los trabajadores de salud, en particular de los profesionales de nivel medio, como las parteras.

Velar por que todas las personas conozcan sus derechos reproductivos y sepan cómo ejercerlos

Las normas sociales pueden resultar claves en el mantenimiento de las elevadas tasas de fecundidad,

en combinación con las deficiencias en los servicios de planificación familiar. Deben cuestionarse las normas sociales que inhiben la toma de decisiones fundamentadas sobre el número de hijos y el momento tenerlos, ya que, de lo contrario, no es posible ejercer los derechos reproductivos.

Las campañas en favor de los cambios en el comportamiento son una manera de modificar las normas. Deben llegar a las zonas rurales, en particular a aquellas zonas donde la información es más limitada, y basarse en los principios del empoderamiento y los derechos humanos. Esto significa, por ejemplo, que no hay que centrarse solo en enseñar cómo hacer uso de los métodos anticonceptivos, sino también en fomentar la reflexión sobre las asunciones relacionadas con el tamaño de la familia, las implicaciones para el bienestar futuro y el proceso a través del cual los hombres y las mujeres toman decisiones en el hogar.

Poner fin al matrimonio infantil

El matrimonio a edad temprana constituye una vulneración de los derechos humanos que generalmente conduce a la negación de otros derechos, incluidos los derechos reproductivos. La protección contra el matrimonio infantil debe consagrarse en la ley y respetarse en la práctica. Pero la omnipresencia del matrimonio infantil en algunos países también requiere esfuerzos sistemáticos que refuten las nociones profundamente arraigadas sobre su propósito y permisibilidad.

Las personas con influencia social y los responsables de la toma de decisiones, como los jefes tradicionales y los parlamentarios, pueden alzar la voz para instar a la población a adoptar una «nueva normalidad». La sensibilización puede resultar eficaz si hace hincapié en la información básica sobre los daños asociados al embarazo precoz que acompaña a la mayoría de matrimonios infantiles. La educación de calidad es otro pilar, ya que mantiene a las niñas en la escuela y les brinda la oportunidad de conocer sus derechos, buscar ayuda si están en riesgo y desarrollar habilidades para la toma de decisiones fundamentadas a lo largo de sus vidas.



© Simon Straetker/Ascent Xmedia/Getty Images

Priorizar el empleo de las mujeres de las zonas rurales

Para las mujeres de todo el mundo, entrar en la economía moderna les ofrece ingresos, información y nuevas formas de pensamiento, y crea oportunidades de vida que se extienden más allá del hogar. Este aspecto ha constituido también un importante desencadenante de las bajas tasas de fecundidad. En los países de fecundidad elevada, las mujeres de las zonas rurales son las que tienen menos acceso a empleos de calidad y medios de vida sostenibles. Las políticas de educación, agricultura y mercado de trabajo podrían, en muchos casos, intensificar las medidas en favor de estas mujeres. Muchas de estas políticas todavía incorporan enfoques que no tienen en cuenta las cuestiones de género, lo que en la práctica significa que benefician principalmente a los hombres. Por ejemplo, si bien la contribución de las mujeres a las economías agrícolas es significativa, los servicios de extensión agrícola suelen dirigirse principalmente a los agricultores varones.

El empoderamiento económico de las mujeres de las zonas rurales depende en gran medida de la igualdad de derechos de propiedad y territoriales, y del acceso equitativo al financiamiento y la tecnología.

Medidas como las dirigidas a aumentar el número de mujeres de las zonas rurales en los programas de formación profesional y a favorecer su matriculación en niveles superiores de educación podrían constituir otras de las prioridades. Abrir un espacio para las mujeres en la gobernanza local respalda sus derechos de participación y puede influir en las agendas locales con vistas a proporcionarles los servicios que necesitan. El empoderamiento que genera conciencia y confianza puede alentar a las mujeres a convertirse en modelos comunitarios y cambiar las normas sociales, incluso las relacionadas con la fecundidad y la planificación familiar.

Dar prioridad al gasto en atención de la salud reproductiva

La salud reproductiva aún recibe poca atención en numerosos presupuestos nacionales de salud, por distintos motivos. Los países más pobres todavía dependen del financiamiento de donantes internacionales, que en los últimos años han hecho menor hincapié en los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Habida cuenta de los efectos de gran alcance de la fecundidad, y en consonancia con los compromisos en pro de los derechos reproductivos y las alianzas en favor del desarrollo de calidad, las fuentes nacionales e internacionales de financiamiento de la salud deben dar más prioridad a la atención de la salud reproductiva.

¿Qué deben hacer los países con tasas de fecundidad medias?

Aunque los países con una fecundidad de más de 2 pero menos de 4 nacimientos por mujer presentan distintos niveles de desarrollo general, en la mayoría de los casos existe un mejor conocimiento y acceso a la información y los servicios de salud reproductiva, y la población en su conjunto ha proyectado un futuro en el que el bienestar, ya sea determinado por el nivel de renta o la calidad de la educación, está vinculado con las opciones de fecundidad. Algunos de estos países están lidiando simultáneamente con problemas tales como la existencia de tasas de fecundidad elevadas en un grupo o comunidad pero bajas en otro, la falta de inserción de los jóvenes en el mercado de trabajo remunerado

y los cambios históricamente rápidos en las tasas de envejecimiento, todos ellos con importantes demandas sociales y económicas.

Subsanar las disparidades entre los servicios de salud reproductiva

Muchos países con una tasa de fecundidad media han avanzado en la ampliación de los sistemas de atención de la salud, generalmente más allá del nivel alcanzado en los países con tasas de fecundidad elevadas. Con unas tasas de fecundidad moderadas, la urgencia por incrementarlas o reducirlas en el plano nacional puede ser menor. Sin embargo, si solo se tiene en cuenta la tasa de fecundidad media es probable que se dejen de lado las disparidades persistentes en los derechos reproductivos que deben eliminarse, de conformidad con el compromiso en favor de la universalidad. Estas pueden reflejarse, por ejemplo, en las altas tasas de embarazo no planeado y en la necesidad no satisfecha de anticonceptivos.

Las regiones remotas, los grupos étnicos minoritarios, los jóvenes, las personas no casadas y los pobres de las zonas rurales y urbanas son algunos de los grupos de población que han quedado rezagados en el acceso a los distintos métodos anticonceptivos y a los servicios y conocimientos sobre anticoncepción. No solo es preciso que los servicios lleguen físicamente a estos grupos, sino que también deben adaptarse a sus necesidades, por ejemplo, proporcionando información sobre planificación familiar de manera adecuada. Podría hacerse mucho más para proporcionar una gama completa de opciones de planificación familiar e introducir y ampliar el acceso a la procreación asistida.

Dadas las altas tasas de embarazos inoportunos y no deseados en algunos de estos países, los modelos de servicio y la medición de su eficacia deben orientarse a garantizar que los derechos adquiridos en la teoría no se pierdan en la práctica; esto puede suceder, por ejemplo, cuando el compañero de una mujer le impide ejercer su derecho a utilizar anticonceptivos para tomar sus propias decisiones sobre el momento y el espaciamiento de los embarazos. Podrían forjarse vínculos más sólidos entre los programas de planificación familiar, el empoderamiento económicos de las mujeres, y las iniciativas encaminadas a prevenir la violencia de

género o luchar contra ella. Esto podría materializarse con facilidad a través de sistemas de diagnóstico inicial y remisión, de modo que, cuando las mujeres acudan a los servicios de planificación familiar, existan procesos que permitan identificar sus otras necesidades y remitirlas a recursos adicionales.

Redoblar los esfuerzos para llegar a los jóvenes y los adolescentes, en especial a los que no están casados

Varios países con tasas de fecundidad medias se caracterizan por una población extensa de jóvenes y adolescentes, un legado del pasado reciente de fecundidad elevada. Sin embargo, ha habido un retraso en la respuesta a las necesidades de atención de la salud reproductiva de los jóvenes, si bien estos generarán un fuerte impulso demográfico a medida que comiencen a tener sus propios hijos. Entre las barreras en el acceso a los servicios cabe mencionar suposiciones como que un modelo único de provisión de servicios sirve para todos, que los adolescentes son demasiado jóvenes para ser sexualmente activos y que a los jóvenes que no están casados se les debe negar el acceso a los métodos anticonceptivos.

Hasta cierto punto, los mismos jóvenes, que están expuestos a una gran cantidad de información a través de la tecnología, eligen tener menos hijos. Sin embargo, necesitan un apoyo más congruente y de calidad, que incluye la educación integral de la sexualidad, así como información y servicios de salud reproductiva adaptados a los jóvenes. Unos servicios que no diferenciaran entre jóvenes y adolescentes casados y solteros tendrían un alcance aún mayor. En todo caso, los proveedores de servicios deben ser respetuosos y fomentar los derechos y el empoderamiento, especialmente en el caso de las niñas.

La adolescencia es una etapa para el desarrollo del cerebro equiparable solo a la primera infancia; constituye un momento esencial para el desarrollo de comportamientos que pueden orientar las decisiones fundamentadas sobre la salud reproductiva y la fecundidad durante toda la vida. Asimismo, es un período en el que muchas vidas jóvenes quedan truncadas irreversiblemente a causa del matrimonio infantil o el embarazo no planeado, que pueden verse como el desenlace inevitable

para las niñas cuyos horizontes están limitados por sistemas educativos de baja calidad y mercados de trabajo precarios. En estos casos, las políticas de población y salud reproductiva deben estar coordinadas con las políticas encaminadas a garantizar una transición estable a la edad adulta, incluso a través de la incorporación en el mercado de trabajo.

Aumentar las opciones de empleo de las mujeres y su participación en la fuerza de trabajo

En varios países con tasas de fecundidad medias se observan tasas bajas de participación de las mujeres en la fuerza de trabajo, incluso a pesar de la paridad creciente en el nivel de estudios. Esta situación refleja la existencia de ideas discriminatorias que mantienen a las mujeres al margen de la fuerza de trabajo remunerada y en empleos de mala calidad o que comprometen su capacidad para trabajar mientras hacen lo imposible para cumplir al mismo tiempo con la carga desproporcionada de cuidados no remunerados que acarrearán. Muchas se enfrentan a la escasez de servicios de guardería y otros servicios que facilitarían un equilibrio eficaz entre las responsabilidades familiares y laborales. Las consecuencias pueden abarcar un mayor porcentaje de mujeres y niños con pocas alternativas para salir de la pobreza, un revés para la solidez general de las economías emergentes, y pérdidas que afectan a las inversiones individuales y sociales en educación. Igualmente importante es la privación de las capacidades y derechos de planificación familiar de las mujeres por motivos que comprenden, entre otros, una menor exposición a la información, y la dependencia de las parejas masculinas y sus ingresos.

Es preciso emprender iniciativas políticas específicas encaminadas a reducir las diferenciales salariales entre hombres y mujeres y limitar los patrones que aún llevan a numerosas mujeres a ocupar empleos de baja calidad. Deben derogarse las leyes discriminatorias, como las que excluyen a las mujeres de ciertos puestos de trabajo o estipulan una edad de jubilación más baja. Todos estos países podrían proponerse avanzar hacia el acceso universal a los servicios de cuidado infantil y a la licencia de

maternidad y paternidad, incluso para quienes trabajan en el sector no estructurado o por cuenta propia.

Las políticas laborales con perspectiva de género podrían contribuir en mayor medida a estimular activamente la participación de la mujer en la fuerza de trabajo. Los programas de búsqueda de empleo, las pasantías y la formación de aprendices, y las iniciativas de formación profesional podrían hacer partícipes a más mujeres y motivarlas a ejercer profesiones al margen de los roles de género tradicionales. Como parte de la transformación estructural de las economías encaminada a proporcionar empleos más productivos, las mujeres precisan una igualdad de oportunidades que les permita dedicarse a nuevas alternativas, también en los sectores de la ciencia y la tecnología.

Dado el alto porcentaje de mujeres que emigran para trabajar desde algunos países con tasas de fecundidad medias, y sus contribuciones significativas a las economías a través de las remesas, la migración ha de ser un proceso seguro no solo desde el punto de vista de las normas de trabajo, sino también en cuanto al ejercicio de los derechos reproductivos. Esto abarca, por ejemplo, la igualdad en el acceso a los servicios de planificación familiar y la protección integral contra la violencia sexual y de género en los países de destino, o la asistencia para el retorno a los países de origen a una edad adecuada para las mujeres que desean formar una familia.

Establecer un enfoque de la presupuestación y el gasto basado en los derechos

Muchos países con tasas de fecundidad medias enfrentan limitaciones complejas en el financiamiento público de los servicios de atención de la salud a causa de los recortes en la asistencia oficial para el desarrollo, la falta de eficacia en la tributación y los altos niveles de servicio de la deuda. Esta situación obliga a establecer prioridades que pueden hacer que la salud reproductiva quede en un segundo plano. Algunos países han privatizado los servicios, lo que da lugar a costos que quizá las personas más pobres y más jóvenes no puedan afrontar y a la consiguiente privación de sus derechos.

Un enfoque de la presupuestación basado en los derechos puede generar nuevas opciones, como



© Jasper Cole/Getty Images

aumentar las asignaciones en favor del acceso universal a una gama completa de métodos anticonceptivos, y ajustar la política tributaria a fin de generar ingresos con miras al fortalecimiento y la ampliación de los servicios. Los debates sobre estas medidas podrían fundamentarse en una comprensión más clara del papel que desempeñan la fecundidad y los derechos reproductivos en la formación de sociedades sanas y estables y economías florecientes que beneficien a todos, dentro de los países y entre ellos.

¿Qué deben hacer los países con tasas de fecundidad bajas?

Los países con tasas de fecundidad bajas suelen caracterizarse por tener niveles de educación académica e igualdad de género más altos, haber experimentado cambios sociales que han retrasado la edad del matrimonio, y unas tasas más elevadas de divorcio e hijos fuera del matrimonio. Muchas mujeres se centran en su carrera profesional antes de formar una familia y son económicamente independientes. Sin embargo, en estos países las mujeres suelen afirmar no tener tantos hijos como quisieran. Las barreras a las que se enfrentan sus derechos reproductivos incluyen, a saber: dificultades económicas, falta de acceso a la vivienda, un mercado de

trabajo incierto y lagunas persistentes en el apoyo a la conciliación entre el trabajo y la vida familiar.

La baja fecundidad significa que los progenitores con menos hijos pueden invertir más tiempo y recursos en el bienestar de sus hijos. Al mismo tiempo, las poblaciones están envejeciendo, con los consiguientes costos de atención de la salud y reducción de la mano de obra.

Intensificar los esfuerzos con miras a armonizar la fecundidad con los derechos reproductivos

Algunos países con tasas de fecundidad bajas disponen de servicios de planificación familiar de mayor calidad que llegan incluso a las poblaciones más pobres y han ayudado a las adolescentes a evitar embarazos no planificados. Sin embargo, los servicios a menudo no responden a las necesidades de las mujeres y las parejas, que cambian a medida que también lo hace la fecundidad. Algunas de las deficiencias persistentes en los derechos reproductivos abarcan aquellas que afectan a las mujeres de más edad que han pospuesto la maternidad y la carencia de una gama completa de métodos anticonceptivos. La fecundación in vitro y otros tratamientos de fecundidad que se ofrecen en cumplimiento con las reglas éticas y las normas médicas pertinentes representan una opción para algunas mujeres. Garantizar un acceso amplio a tales tratamientos requeriría abordar su costo prohibitivo, entre otras cuestiones. Los programas de planificación familiar deberían velar por que las mujeres y las parejas tengan acceso a una gama completa de métodos anticonceptivos, permitiéndoles seleccionar un método que se adapte a sus necesidades y preferencias específicas.

Avances en pro de la diversidad y el alcance de las políticas favorables a la familia

Más allá de la prestación de todos los servicios esenciales de salud reproductiva, existe una serie de políticas y prácticas relacionadas que pueden ayudar a las personas a ejercer sus derechos reproductivos, incluido el derecho a formar o ampliar la familia. El acceso a estos derechos debe ser universal. Entre los ejemplos se cuentan la licencia parental remunerada para hombres y mujeres, las desgravaciones fiscales para

las familias, la compatibilidad de los horarios escolar y laboral, los turnos de trabajo flexibles y el acceso a viviendas asequibles. Las políticas de empleo deben ajustarse a los rápidos cambios que experimentan los mercados de trabajo que generan puestos inestables, por ejemplo, al garantizar la continuidad de las prestaciones de salud y las pensiones. Estas deberían complementarse con iniciativas encaminadas a cuestionar y transformar las normas de género relacionadas con la división del trabajo y el cuidado del niño en el hogar, que siguen interponiendo un obstáculo importante a la participación de la mujer en la fuerza de trabajo remunerada.

Ampliar el acceso a los servicios de cuidado del niño

La expectativa en muchos países de que las mujeres deben asumir la responsabilidad principal en la crianza de los niños obliga a las mujeres a elegir entre tener hijos y ejercer un trabajo remunerado. Los servicios de cuidado del niño deficientes, inexistentes o inasequibles agravan el problema. Para numerosas mujeres, tener un hijo significa abandonar la fuerza de trabajo o permanecer fuera de ella por más tiempo del que quisieran, lo cual repercute en sus ingresos y productividad laboral.

Es preciso aunar esfuerzos para tratar esta cuestión. El acceso a los servicios de cuidado del niño debe ser universal, independientemente de la capacidad para afrontar el gasto. Debe estar vinculado a los programas de desarrollo del niño en la primera infancia, que ofrecen beneficios adicionales a los más jóvenes en términos de socialización, desarrollo del cerebro y facilitan su entrada en la enseñanza primaria. Las campañas de promoción podrían reforzar las nuevas normas en pro de un mejor equilibrio en la responsabilidad por las labores de cuidado y las tareas domésticas no remuneradas entre mujeres y hombres.

Atenuar los efectos colaterales de los mercados de trabajo inestables

La búsqueda de un trabajo decente se ha vuelto cada vez más difícil para las personas jóvenes de los países con tasas de fecundidad bajas. Este problema puede empeorar con el tiempo, dados los profundos cambios en la economía mundial y el aumento de la automatización.

Los trabajos comúnmente dirigidos a los jóvenes que acaban de graduarse en la universidad han disminuido, y numerosos trabajos manuales han desaparecido. Los ingresos reales han disminuido. Los acuerdos contractuales o los contratos de corta duración han reemplazado el empleo estable con perspectivas a largo plazo. En algunos países, la cultura laboral sigue siendo rígida y exigente, y requiere largos turnos de trabajo. En aquellos países en los que los mercados laborales son particularmente inadecuados, las personas recurren a la migración, lo que acelera las pérdidas de población y productividad.

Muchos de los jóvenes que no están seguros de su bienestar futuro optarán por retrasar el proyecto de formar una familia. A pesar de que medidas de apoyo como la oferta de servicios de cuidado del niño asequibles y accesibles y las políticas de trabajo flexibles resultan fundamentales, no permiten compensar la prevalencia de empleos de peor calidad e ingresos insuficientes. Estas cuestiones pueden exigir una atención más activa a la estructura de la economía y los empleos que proporciona, junto con medidas encaminadas a garantizar que los jóvenes dispongan de las capacidades adecuadas para acceder a un trabajo decente.

En algunos países, es necesario fomentar un debate político sobre la naturaleza y la calidad del empleo, así como sobre la profundización de las desigualdades que a menudo reflejan empleos de baja calidad. Este proceso debería implicar a los Gobiernos,

los empleadores del sector privado, los sindicatos, los educadores y otros actores sociales, y tener como objetivo desarrollar opciones de empleo más equitativas e inclusivas que respalden los derechos reproductivos y demás derechos humanos. Parte de este debate también tiene un componente regional y mundial, dado la facilidad de circulación de las actividades económicas, las personas y los empleos más allá de las fronteras.

Completar la transición mediante el ejercicio de los derechos

En todo el mundo, la transición histórica hacia unas tasas de fecundidad más bajas ha sido motivada por la voluntad de las personas de ejercer su derecho a decidir sobre su vida reproductiva y a elegir el número de hijos que quieren tener y en qué momento. Ese derecho ha sido consagrado en declaraciones internacionales, convenios y otros acuerdos en los últimos 50 años.

Sin embargo, una desigualdad igualmente histórica en las tasas de fecundidad demuestra que los países no han cumplido su compromiso. En todas partes, prevalecen los impedimentos sociales, económicos o institucionales que impiden el ejercicio de los derechos reproductivos, imponiendo costos a las personas y sus sociedades. Si bien los obstáculos difieren de un país a otro, ninguno puede declararse exento de ellos. El bienestar futuro depende en gran medida de que seamos capaces de eliminar esas barreras. La transición de la fecundidad únicamente concluirá cuando todas las personas puedan ejercer su derecho a decidir.

© Michele Crowe/www.theuniversalfamilies.com



Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación

País, territorio u otra delimitación	Salud sexual y reproductiva										Prácticas nocivas		Educación					
	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ²	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%) 2015		Partos atendidos por personal de salud calificado, % 2006-2017	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años 2006-2015	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años 2018		Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ⁵ 2018	Proporción de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ⁵ 2013	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, % 2007-2016	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, % 2006-2017	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, % 2004-2017	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza primaria 2000-2017	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria 2007-2017
		Estimación 2015				2018							2007-2017			2007-2017		
		Inferior	Superior			Cualquier método ⁴	Métodos modernos ⁴						niños	niñas		niños	niñas	
Afganistán	396	253	620	51	87	26	23	25	46	–	35	–	–	–	62	36	0,58	
Albania	29	16	46	99	20	63	25	14	32	62	10	–	96	95	0,99	87	85	0,98
Alemania	6	5	8	99	8	63	62	11	83	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	477	221	988	50	163	17	15	36	29	–	30	–	89	66	0,75	13	10	0,79
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	63	61	14	80	–	–	–	82	81	0,99	73	76	1,04
Arabia Saudita	12	7	20	–	7	30	24	27	42	–	–	–	99	100	1,00	86	84	0,97
Argelia	140	82	244	97	12	64	56	10	77	–	3	–	100	98	0,98	–	–	–
Argentina	52	44	63	100	65	69	66	11	82	–	–	–	100	100	1,00	86	91	1,05
Armenia	25	21	31	100	24	58	30	13	43	66	5	–	92	93	1,01	93	92	0,99
Aruba	–	–	–	–	35	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,00	73	81	1,10
Australia	6	5	7	100	12	66	64	11	83	–	–	–	96	97	1,01	93	94	1,01
Austria	4	3	5	98	8	67	64	10	84	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	25	17	35	100	53	58	28	13	39	–	11	–	96	94	0,98	–	–	–
Bahamas	80	53	124	–	32	67	65	12	83	–	–	–	85	92	1,08	79	86	1,09
Bahrein	15	12	19	100	14	67	48	11	62	–	–	–	97	99	1,02	92	94	1,02
Bangladesh	176	125	280	50	78	64	57	12	76	–	59	–	90	100	1,11	60	67	1,12
Barbados	27	19	37	99	50	62	58	15	76	–	11	–	92	94	1,03	93	100	1,07
Belarús	4	3	6	100	16	73	60	7	75	–	3	–	96	97	1,00	97	99	1,01
Bélgica	7	5	10	–	7	72	71	7	90	–	–	–	98	98	1,00	93	94	1,01
Belice	28	20	36	97	69	54	51	19	70	–	26	–	100	99	0,99	71	74	1,04
Benin	405	279	633	77	94	20	14	30	28	38	26	2	100	90	0,90	53	40	0,75
Bhután	148	101	241	89	28	62	62	13	83	–	26	–	82	84	1,02	59	68	1,16
Bolivia (Estado Plurinacional de)	206	140	351	90	71	66	48	16	59	–	19	–	91	90	0,99	78	78	1,00
Bosnia y Herzegovina	11	7	17	100	11	49	20	15	31	–	4	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	129	102	172	100	39	59	57	14	79	–	–	–	89	90	1,01	–	–	–
Brasil	44	36	54	99	62	80	77	7	88	–	26	–	94	95	1,01	80	83	1,04
Brunei Darussalam	23	15	30	100	11	–	–	–	–	–	–	–	97	96	1,00	82	84	1,03
Bulgaria	11	8	14	100	39	72	53	10	65	–	–	–	93	93	1,00	91	89	0,97
Burkina Faso	371	257	509	80	129	26	25	27	47	20	52	58	77	75	0,97	28	28	0,99
Burundi	712	471	1050	85	58	32	27	28	45	49	20	–	97	97	1,00	31	34	1,08
Cabo Verde	42	20	95	91	80	66	63	13	80	–	–	–	87	86	0,98	61	68	1,11
Camboya	161	117	213	89	57	60	45	12	62	76	19	–	93	93	1,00	40	37	0,92
Camerún	596	440	881	65	119	36	24	20	43	38	31	0	99	91	0,92	50	44	0,88
Canadá	7	5	9	98	11	73	71	8	88	–	–	–	–	–	–	99	100	1,01
Chad	856	560	1350	20	179	7	6	24	21	27	67	32	89	69	0,77	–	–	–
Chequia	4	3	6	100	12	80	71	6	82	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chile	22	18	26	100	41	75	72	8	86	–	–	–	93	93	1,00	86	89	1,04
China	27	22	32	100	9	83	82	4	95	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China, RAE de Hong Kong	–	–	–	–	3	76	72	7	88	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China, RAE de Macao	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	7	4	12	97	5	–	–	–	–	–	–	–	98	98	1,01	94	95	1,01
Colombia	64	56	81	99	75	80	75	7	86	–	23	–	93	94	1,01	76	82	1,07
Comoras	335	207	536	82	70	26	21	30	37	21	32	–	84	81	0,97	43	47	1,09
Congo	442	300	638	91	147	41	25	20	41	27	27	–	84	91	1,09	–	–	–

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud sexual y reproductiva										Prácticas nocivas		Educación					
	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%) 2015		Partos atendidos por personal de salud calificado, % 2006-2017	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años 2006-2015	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años 2018		Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^b 2018	Proporción de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ^c 2013	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, % 2007-2016	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, % 2006-2017	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, % 2004-2017	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza primaria 2000-2017	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria 2007-2017
		2015	Estimación Inferior			Superior	Cualquier método ^d						Métodos modernos ^e	2007-2017 niños		2007-2017 niñas	2007-2017 niños	
Congo, República Democrática del	693	509	1010	80	138	25	11	27	22	31	37	-	-	-	-	-	-	-
Corea, República de	11	9	13	100	1	78	70	6	84	-	-	-	97	98	1,01	98	98	1,00
Corea, República Popular Democrática de	82	37	190	100	1	75	71	8	86	-	-	-	-	-	-	76	76	1,01
Costa Rica	25	20	29	99	53	79	77	7	89	-	21	-	97	97	1,00	81	84	1,04
Côte d'Ivoire	645	458	909	74	129	19	17	25	39	25	27	27	92	83	0,9	41	30	0,73
Croacia	8	6	11	100	10	65	47	11	62	-	-	-	96	99	1,04	89	92	1,04
Cuba	39	33	47	100	50	74	72	8	88	-	26	-	96	95	1,00	83	88	1,06
Curaçao	-	-	-	-	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dinamarca	6	5	9	94	3	70	67	10	84	-	-	-	99	99	1,01	88	92	1,04
Djibouti	229	111	482	87	21	27	26	29	47	-	5	90	62	56	0,89	38	32	0,83
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	99	1,02	90	97	1,08
Ecuador	64	57	71	97	111	79	71	7	83	-	-	-	97	99	1,02	87	89	1,02
Egipto	33	26	39	92	56	61	59	12	81	-	17	70	98	99	1,01	81	82	1,00
El Salvador	54	40	69	100	69	72	67	10	82	-	26	-	85	86	1,01	63	65	1,03
Emiratos Árabes Unidos	6	3	11	100	34	50	42	18	61	-	-	-	98	96	0,98	89	86	0,96
Eritrea	501	332	750	34	76	14	13	30	30	-	41	69	45	41	0,91	29	26	0,88
Eslovaquia	6	4	7	-	24	71	61	9	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	9	6	14	100	5	77	66	6	79	-	-	-	97	99	1,01	96	96	1,01
España	5	4	6	-	8	69	67	11	85	-	-	-	98	99	1,00	95	97	1,02
Estado de Palestina ¹	45	21	99	100	48	60	47	12	65	-	15	-	92	93	1,01	78	86	1,10
Estados Unidos de América	14	12	16	99	20	74	67	7	83	-	-	-	93	94	1,01	90	92	1,03
Estonia	9	6	14	100	13	66	61	11	79	-	-	-	93	94	1,01	93	94	1,02
Eswatini	389	251	627	88	87	66	65	14	81	49	5	-	77	76	0,99	32	41	1,29
Etiopía	353	247	567	28	80	40	38	22	62	45	40	47	89	83	0,93	31	30	0,97
ex República Yugoslava de Macedonia	8	5	10	100	16	47	22	18	33	-	7	-	92	92	1,00	-	-	-
Federación de Rusia	25	18	33	99	24	69	57	9	73	-	-	-	97	98	1,01	-	-	-
Fiji	30	23	41	100	40	49	45	19	66	-	-	-	98	98	1,01	79	88	1,11
Filipinas	114	87	175	73	47	56	41	17	56	-	15	-	96	97	1,01	60	72	1,19
Finlandia	3	2	3	100	6	83	78	4	90	-	-	-	99	99	1,00	96	96	1,01
Francia	8	7	10	97	5	77	74	5	91	-	-	-	99	100	1,01	98	100	1,01
Gabón	291	197	442	89	91	36	25	25	41	48	22	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	706	484	1030	57	88	13	12	26	31	41	30	76	75	83	1,10	-	-	-
Georgia	36	28	47	100	44	55	40	15	58	-	14	-	98	98	0,99	94	97	1,03
Ghana	319	216	458	71	76	33	28	27	47	52	21	2	84	86	1,02	52	53	1,01
Granada	27	19	42	-	-	65	62	13	80	-	-	-	96	97	1,01	83	90	1,08
Grecia	3	2	4	-	8	70	50	9	63	-	-	-	94	93	1,00	90	89	0,99
Guadalupe	-	-	-	-	-	59	54	16	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guam	-	-	-	-	38	53	46	16	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	88	77	100	63	92	61	51	14	68	65	30	-	87	87	1,00	48	46	0,96
Guayana Francesa	-	-	-	-	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea	679	504	927	63	146	10	8	25	24	23	51	95	86	74	0,86	40	26	0,66
Guinea Ecuatorial	342	207	542	68	176	18	14	32	29	-	30	-	44	45	1,02	-	-	-
Guinea-Bissau	549	273	1090	45	106	19	18	21	44	-	24	42	74	70	0,95	-	-	-
Guyana	229	184	301	86	74	42	40	28	58	71	30	-	95	97	1,02	81	86	1,06
Haití	359	236	601	49	55	36	33	36	46	56	18	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	129	99	166	83	103	73	65	10	78	70	34	-	82	84	1,02	42	49	1,16

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud sexual y reproductiva										Prácticas nocivas		Educación					
	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%) 2015		Partos atendidos por personal de salud calificado, % 2006-2017	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años 2006-2015	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años 2018		Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^b 2018	Proporción de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ^c 2013	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, % 2007-2016	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, % 2006-2017	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, % 2004-2017	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza primaria 2000-2017	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria 2007-2017
		2015	Estimación Inferior			Superior	Cualquier método ^d						Métodos modernos ^e	niños		niñas	2007-2017	
Hungría	17	12	22	–	23	68	60	10	76	–	–	–	97	97	1,00	89	89	1,00
India	174	139	217	86	28	56	51	13	73	–	27	–	97	98	1,01	61	62	1,01
Indonesia	126	93	179	93	48	61	59	13	80	–	14	–	94	89	0,95	76	78	1,02
Irán (República Islámica del)	25	21	31	99	38	78	65	5	78	–	17	–	99	99	1,01	72	73	1,00
Iraq	50	35	69	70	82	58	44	12	62	–	24	5	98	87	0,89	49	40	0,81
Irlanda	8	6	11	100	9	68	63	11	80	–	–	–	99	100	1,01	98	100	1,02
Islandia	3	2	6	98	8	–	–	–	–	–	–	–	99	99	1,00	89	91	1,02
Islas Salomón	114	75	175	86	78	32	27	25	47	–	21	–	72	73	1,01	33	29	0,88
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	–	–	–	–	25	68	63	11	80	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	5	4	6	–	10	71	57	8	71	–	–	–	97	98	1,01	98	100	1,02
Italia	4	3	5	100	5	69	54	9	69	–	–	–	99	99	1,00	97	96	1,00
Jamaica	89	70	115	99	46	72	69	10	84	–	8	–	–	–	–	69	77	1,11
Japón	5	4	7	100	4	44	40	22	61	–	–	–	99	99	1,00	99	100	1,01
Jordania	58	44	75	100	26	63	46	12	62	73	8	–	–	–	–	68	70	1,03
Kazajstán	12	10	15	99	31	57	55	15	76	–	7	–	98	100	1,02	100	100	1,00
Kenya	510	344	754	62	96	64	62	14	78	56	23	11	81	85	1,04	50	47	0,94
Kirguistán	76	59	96	98	38	43	41	17	68	77	12	–	99	98	0,99	85	85	1,00
Kiribati	90	51	152	80	49	28	24	26	44	–	20	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	4	3	6	100	6	57	47	15	65	–	–	–	95	99	1,04	84	89	1,07
Lesotho	487	310	871	78	94	61	61	17	78	61	17	–	79	82	1,03	29	45	1,53
Letonia	18	13	26	100	18	69	62	11	78	–	–	–	95	96	1,00	91	94	1,03
Libano	15	10	22	–	–	61	48	13	64	–	6	–	87	82	0,94	65	65	1,00
Liberia	725	527	1030	61	149	30	30	28	51	67	36	26	39	36	0,93	16	14	0,88
Libia	9	6	15	100	11	50	33	18	48	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	10	7	14	–	14	66	56	11	73	–	–	–	99	100	1,00	94	93	1,00
Luxemburgo	10	7	16	100	6	–	–	–	–	–	–	–	97	98	1,01	82	86	1,05
Madagascar	353	256	484	44	152	46	40	19	61	74	41	–	–	–	–	29	31	1,06
Malasia	40	32	53	99	12	53	39	17	55	–	–	–	99	99	1,00	71	77	1,09
Malawi	634	422	1080	90	136	61	60	17	77	47	42	–	95	99	1,04	32	31	0,96
Maldivas	68	45	108	96	13	44	37	23	55	–	4	–	98	99	1,01	–	–	–
Mali	587	448	823	44	174	16	15	26	36	7	52	83	66	58	0,88	37	28	0,75
Malta	9	6	15	100	11	84	66	4	75	–	–	–	97	100	1,03	87	92	1,05
Marruecos	121	93	142	74	32	69	62	9	79	–	–	–	95	94	1,00	60	54	0,90
Martinica	–	–	–	–	20	60	56	15	75	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauricio	53	38	77	100	24	67	43	10	56	–	–	–	94	97	1,03	82	87	1,06
Mauritania	602	399	984	69	71	20	18	30	35	–	37	63	69	73	1,05	26	27	1,06
México	38	34	42	98	63	71	68	11	82	–	26	–	98	100	1,02	76	79	1,04
Micronesia (Estados Federados de)	100	46	211	85	44	–	–	–	–	–	–	–	83	85	1,03	–	–	–
Moldova, República de	23	19	28	99	27	64	49	12	64	–	12	–	90	90	0,99	76	77	1,01
Mongolia	44	35	55	99	27	58	52	14	72	–	5	–	99	98	0,99	91	94	1,03
Montenegro	7	4	12	99	11	38	23	21	39	–	5	–	95	92	0,97	90	90	1,00
Mozambique	489	360	686	54	167	29	27	24	52	49	48	–	92	87	0,95	19	19	1,02
Myanmar	178	121	284	60	36	53	52	16	76	68	16	–	90	89	0,99	54	59	1,09
Namibia	265	172	423	88	82	59	59	16	78	71	7	–	89	92	1,03	45	57	1,26
Nepal	258	176	425	58	88	53	47	23	62	48	40	–	96	93	0,97	53	57	1,07
Nicaragua	150	115	196	88	92	80	77	6	90	–	35	–	97	100	1,03	45	53	1,17

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud sexual y reproductiva										Prácticas nocivas		Educación					
	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%) 2015		Partos atendidos por personal de salud calificado, % 2006-2017	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años 2006-2015	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años 2018		Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^b 2018	Proporción de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ^c 2013	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, % 2007-2016	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, % 2006-2017	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, % 2004-2017	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza primaria 2000-2017	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria 2007-2017
		2015	Estimación Inferior			Superior	Cualquier método ^d						Métodos modernos ^e	2007-2017 niños		2007-2017 niñas	2007-2017 niños	
Níger	553	411	752	40	210	20	18	19	47	7	76	1	69	59	0,86	20	14	0,68
Nigeria	814	596	1180	43	145	19	15	23	35	51	44	12	72	60	0,84	-	-	-
Noruega	5	4	6	99	5	75	70	7	84	-	-	-	100	100	1,00	95	96	1,01
Nueva Caledonia	-	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelandia	11	9	14	96	16	71	68	9	85	-	-	-	98	99	1,01	95	97	1,02
Omán	17	13	24	99	14	37	25	26	39	-	-	-	98	99	1,00	96	94	0,99
Países Bajos	7	5	9	-	3	72	69	7	86	-	-	-	97	98	1,01	93	94	1,01
Pakistán	178	111	283	52	44	41	32	20	53	-	21	-	84	71	0,85	50	41	0,81
Panamá	94	77	121	95	79	60	57	16	75	-	26	-	88	87	0,99	67	72	1,07
Papua Nueva Guinea	215	98	457	53	-	37	31	25	50	-	21	-	89	82	0,92	-	-	-
Paraguay	132	107	163	96	62	72	68	9	85	-	22	-	89	89	1,00	67	66	1,00
Perú	68	54	80	92	65	76	56	7	67	-	22	-	99	100	1,01	79	80	1,02
Polinesia Francesa	-	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polonia	3	2	4	100	12	61	51	14	69	-	-	-	96	96	1,00	92	93	1,01
Portugal	10	9	13	99	8	70	63	9	79	-	-	-	97	96	1,00	93	94	1,01
Puerto Rico	14	10	18	-	30	78	70	6	84	-	-	-	79	84	1,07	72	77	1,07
Qatar	13	9	19	100	10	46	41	17	64	-	4	-	98	98	1,00	76	89	1,17
Reino Unido	9	8	11	-	14	79	79	6	93	-	-	-	99	99	1,00	98	99	1,01
República Árabe Siria	68	48	97	96	54	59	44	14	61	-	13	-	68	67	0,98	46	45	0,99
República Centroafricana	882	508	1500	40	229	26	20	23	41	-	68	18	77	60	0,79	18	9	0,52
República Democrática Popular Lao	197	136	307	40	76	56	50	17	68	-	35	-	95	94	0,98	60	58	0,98
República Dominicana	92	77	111	100	90	71	69	11	84	77	36	-	88	88	1,00	62	71	1,13
República Unida de Tanzania	398	281	570	64	132	42	36	21	57	47	31	5	78	80	1,02	-	-	-
Reunión	-	-	-	-	44	73	71	8	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rumania	31	22	44	95	35	70	58	8	74	-	-	-	90	90	1,00	81	81	1,00
Rwanda	290	208	389	91	45	56	51	18	69	70	7	-	95	96	1,01	25	30	1,18
Sáhara Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucía	48	32	72	99	-	59	56	16	75	-	8	-	96	93	0,97	76	80	1,04
Samoa	51	24	115	83	39	29	27	42	39	-	11	-	95	98	1,03	74	81	1,10
San Marino	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	93	93	1,00	-	-	-
San Martín	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	45	34	63	-	64	66	63	12	81	-	-	-	98	98	1,00	89	91	1,01
Santo Tomé y Príncipe	156	83	268	93	92	43	40	30	55	-	35	-	97	97	0,99	61	68	1,11
Senegal	315	214	468	59	80	26	24	25	47	5	31	21	69	76	1,10	-	-	-
Serbia	17	12	24	98	16	58	27	13	38	-	3	-	99	99	1,00	92	94	1,02
Seychelles	-	-	-	-	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	90	1,03
Sierra Leona	1360	999	1980	60	125	20	18	26	40	40	39	74	99	99	1,01	33	30	0,91
Singapur	10	6	17	100	3	66	59	11	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	732	361	1390	9	64	30	29	28	50	-	45	97	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	30	26	38	99	20	65	53	8	74	-	12	-	98	96	0,98	84	87	1,04
Sudáfrica	138	124	154	97	71	57	56	14	79	-	-	-	90	85	0,95	65	65	1,01
Sudán	311	214	433	78	87	16	15	28	35	-	34	82	55	58	1,05	-	-	-
Sudán del Sur	789	523	1150	19	155	9	7	30	17	-	52	-	36	28	0,76	6	4	0,70
Suecia	4	3	5	-	4	69	63	10	80	-	-	-	100	100	1,00	100	99	1,00
Suiza	5	4	7	-	6	74	70	7	86	-	-	-	100	100	1,00	87	84	0,97
Suriname	155	110	220	90	58	52	52	19	72	-	19	-	93	97	1,04	53	65	1,22

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud sexual y reproductiva										Prácticas nocivas		Educación					
	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos ¹	Rango de incertidumbre de la razón de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%) 2015		Partos atendidos por personal de salud calificado, % 2006-2017	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años 2006-2015	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años 2018		Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ⁵ 2018	Proporción de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ⁵ 2013	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, % 2007-2016	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, % 2006-2017	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, % 2004-2017	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza primaria 2000-2017	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria 2007-2017
		2015	Estimación Inferior			Superior	Cualquier método ²						Métodos modernos ³	niños		niñas	niños	
Tailandia	20	14	32	99	43	79	76	6	90	–	23	–	92	87	0,94	77	77	1,01
Tayikistán	32	19	51	87	54	35	32	21	57	41	12	–	99	98	0,99	87	78	0,90
Timor-Leste	215	150	300	57	50	28	26	25	48	–	19	–	80	83	1,04	52	59	1,14
Togo	368	255	518	45	85	23	20	33	37	30	22	2	90	83	0,92	–	–	–
Tonga	124	57	270	96	30	36	32	28	51	–	6	–	95	97	1,03	72	80	1,12
Trinidad y Tabago	63	49	80	97	38	48	44	21	64	–	11	–	99	98	0,99	–	–	–
Túnez	62	42	92	74	7	67	57	9	75	–	2	–	99	98	0,99	–	–	–
Turkmenistán	42	20	73	100	28	54	51	15	74	–	6	–	–	–	–	–	–	–
Turquía	16	12	21	97	27	75	50	6	62	–	15	–	95	95	0,99	88	86	0,98
Tuvalu	–	–	–	93	28	–	–	–	–	–	10	–	–	–	–	71	92	1,30
Ucrania	24	19	32	99	26	67	54	10	70	81	9	–	92	94	1,02	86	87	1,01
Uganda	343	247	493	74	140	39	35	29	52	49	40	1	90	92	1,03	23	21	0,92
Uruguay	15	11	19	98	51	79	76	7	89	–	25	–	98	98	1,00	78	85	1,08
Uzbekistán	36	20	65	100	30	68	64	9	84	–	7	–	99	98	0,98	91	90	0,99
Vanuatu	78	36	169	89	78	45	40	23	59	–	21	–	86	88	1,03	48	51	1,07
Venezuela (República Bolivariana de)	95	77	124	96	95	73	68	11	82	–	–	–	89	89	1,00	69	74	1,07
Viet Nam	54	41	74	94	30	79	65	5	77	–	11	–	–	–	–	–	–	–
Yemen	385	274	582	45	67	42	36	25	54	–	32	16	88	78	0,88	54	40	0,74
Zambia	224	162	306	63	141	54	50	18	69	47	31	–	87	89	1,02	–	–	–
Zimbabwe	443	363	563	78	110	67	66	10	85	60	32	–	84	86	1,02	44	44	1,01

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

	Salud sexual y reproductiva										Prácticas nocivas		Educación					
	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%) 2015		Partos atendidos por personal de salud calificado, %	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años 2018	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años		Necesidad insatisfecha de planificación familiar, mujeres de 15 a 49 años ^d	Proporción de demanda satisfecha con métodos modernos, mujeres de 15 a 49 años ^d	Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, %	Matrimonio antes de cumplir los 18 años, %	Prevalencia de la mutilación genital femenina, niñas de 15 a 19 años, %	Tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza primaria	Tasa neta de matriculación en la enseñanza secundaria, %		Índice de equidad de género, enseñanza secundaria
	2015	Estimación inferior	Estimación superior	2017	2018	Cualquier método ^e	Métodos modernos ^e	2018	2018	2013	2017	2017	2016 niños	2016 niñas	2016	2016 niños	2016 niñas	2016
África Occidental y Central	679	599	849	52	114	21	17	24	38	39	42	22	79	70	0,89	39	33	0,84
África Oriental y Meridional	407	377	501	62	93^f	41	37	22	59	50	35	–	86	83	0,96	33^f	31^f	0,92^f
América Latina y el Caribe	68	64	77	95^c	62^e	74	69	10	83	–	26	–	95	96	1,01	75	78	1,05
Asia y el Pacífico	127	114	151	84^b	28^b	67	62	10	81	–	26	–	96	94	0,99	67	68	1,02
Estados Árabes	162	138	212	76	50	54	47	15	69	–	21	55	85	82	0,97	63	58	0,92
Europa Oriental y Asia Central	25	22	31	98	26	65	50	10	66	–	11	–	96	95	0,99	88	87	0,99
Regiones más desarrolladas	12	11	14	–	14	68	61	10	78	–	–	–	96	97	1,01	92	93	1,02
Regiones menos desarrolladas	238	228	274	–	48	62	57	12	77	–	–	–	92	89	0,97	62	61	0,99
Países menos adelantados	436	418	514	56^d	91	41	36	21	59	49	40	–	84	80	0,94	39	36	0,92
Total Mundial	216	207	249	79	44	63	57	12	77	53	21	–	92	90	0,98	66	65	1,00

NOTAS

– No existen datos disponibles.

§ Mujeres actualmente casadas o en unión libre.

a La tasa 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.

b No se incluyen las Islas Cook, las Islas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau ni Tuvalu debido a la disponibilidad de los datos.

c No se incluyen Anguila, Aruba, las Bermudas, Curaçao, las Islas Caimán, las Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat ni San Martín debido a la disponibilidad de los datos.

d No se incluye Tuvalu debido a la disponibilidad de los datos.

e No se incluyen Anguila, Antigua y Barbuda, las Bermudas, Ecuador, Granada, las Islas Caimán, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Saint Kitts y Nevis ni San Martín debido a la disponibilidad de los datos.

f Incluye Seychelles.

g 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.

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 de las Naciones Unidas [...]».

Indicadores demográficos

País, territorio u otra delimitación

	Población								Fecundidad	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje 2010-2018	Población de 0 a 14 años, en porcentaje 2018	Población de 10 a 24 años, en porcentaje 2018	Población de 15 a 64 años, en porcentaje 2018	Población de mayores de 65 años, en porcentaje 2018	Esperanza de vida al nacer, 2018		Tasa global de fecundidad, mujeres 2018	Edad media de procreación, años 2015-2020
	2018						niños	niñas	2018	2015-2020
Afganistán	36,4	2,9	43	35	55	3	63	66	4,3	29,1
Albania	2,9	0,0	17	21	69	14	77	81	1,7	27,5
Alemania	82,3	0,2	13	15	65	22	79	84	1,5	31,3
Angola	30,8	3,4	47	32	51	2	59	65	5,6	28,8
Antigua y Barbuda	0,1	1,1	24	25	69	7	74	79	2,0	27,6
Arabia Saudita	33,6	2,5	25	22	72	3	74	77	2,5	32,2
Argelia	42	1,9	29	23	64	6	75	78	2,6	31,5
Argentina	44,7	1,0	25	24	64	11	73	81	2,3	28,2
Armenia	2,9	0,2	20	19	68	11	72	78	1,6	26,8
Aruba	0,1	0,5	18	21	69	14	74	79	1,8	28,6
Australia ¹	24,8	1,4	19	19	65	16	81	85	1,8	31,0
Austria	8,8	0,5	14	15	67	19	80	84	1,5	30,8
Azerbaiyán ²	9,9	1,2	23	21	70	6	69	75	2,0	25,7
Bahamas	0,4	1,3	20	22	70	9	73	79	1,8	29,2
Bahrein	1,6	2,9	19	19	78	2	76	78	2,0	29,7
Bangladesh	166,4	1,1	28	29	67	5	71	75	2,1	25,4
Barbados	0,3	0,3	19	19	66	15	74	79	1,8	29,0
Belarús	9,5	0,0	17	15	68	15	68	79	1,7	28,5
Bélgica	11,5	0,6	17	17	64	19	79	84	1,8	31,1
Belice	0,4	2,2	31	30	65	4	68	74	2,4	27,1
Benin	11,5	2,8	42	32	54	3	60	63	4,8	28,9
Bhután	0,8	1,4	26	27	69	5	71	71	2,0	28,7
Bolivia (Estado Plurinacional de)	11,2	1,5	31	29	62	7	67	72	2,8	28,4
Bosnia y Herzegovina	3,5	-0,8	14	17	69	17	75	80	1,4	29,3
Botswana	2,3	1,8	31	28	65	4	66	71	2,6	29,9
Brasil	210,9	0,9	21	24	70	9	72	80	1,7	26,4
Brunei Darussalam	0,4	1,4	23	24	72	5	76	79	1,8	30,3
Bulgaria	7,0	-0,6	14	14	65	21	72	78	1,6	28,2
Burkina Faso	19,8	2,9	45	33	53	2	60	62	5,2	29,2
Burundi	11,2	3,1	45	31	52	3	56	60	5,5	30,3
Cabo Verde	0,6	1,2	30	30	66	5	71	75	2,3	27,4
Camboya	16,2	1,6	31	29	64	5	67	72	2,5	27,0
Camerún	24,7	2,6	43	32	54	3	58	60	4,6	28,9
Canadá	37,0	1,0	16	17	67	17	81	85	1,6	30,7
Chad	15,4	3,2	47	34	51	3	52	55	5,7	28,8
Chequia	10,6	0,1	16	14	65	19	76	82	1,6	30,6
Chile	18,2	0,9	20	22	68	11	77	82	1,8	27,8
China ³	1.415,0	0,5	18	17	71	11	75	78	1,6	27,4
China, RAE de Hong Kong ⁴	7,4	0,7	12	13	71	17	81	87	1,3	32,3
China, RAE de Macao ⁵	0,6	2,0	14	14	76	10	81	87	1,4	30,9
Chipre ⁶	1,2	0,8	17	20	70	14	79	83	1,3	29,8
Colombia	49,5	0,9	23	24	69	8	71	78	1,8	27,4
Comoras	0,8	2,4	40	31	57	3	62	66	4,2	30,0
Congo	5,4	2,6	42	31	54	3	64	67	4,5	28,3
Congo, República Democrática del	84,0	3,3	46	32	51	3	59	62	5,9	29,4

País, territorio u otra delimitación	Población								Fecundidad	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje 2010-2018	Población de 0 a 14 años, en porcentaje 2018	Población de 10 a 24 años, en porcentaje 2018	Población de 15 a 64 años, en porcentaje 2018	Población de mayores de 65 años, en porcentaje 2018	Esperanza de vida al nacer, 2018		Tasa global de fecundidad, mujeres 2018	Edad media de procreación, años 2015-2020
	2018						niños	niñas	2018	2015-2020
Corea, República de	51,2	0,4	13	17	72	14	79	85	1,3	32,3
Corea, República Popular Democrática de	25,6	0,5	20	22	70	9	68	76	1,9	29,1
Costa Rica	5,0	1,1	21	23	69	10	78	83	1,8	27,3
Côte d'Ivoire	24,9	2,5	42	32	55	3	53	56	4,8	28,9
Croacia	4,2	-0,5	15	16	65	20	75	81	1,4	30,2
Cuba	11,5	0,2	16	17	69	15	78	82	1,7	26,9
Curaçao	0,2	1,1	19	19	65	17	76	82	2	28,5
Dinamarca	5,8	0,4	16	19	64	20	79	83	1,8	31,0
Djibouti	1,0	1,7	31	30	65	4	61	65	2,7	32,2
Dominica	0,1	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	16,9	1,5	28	27	64	7	74	80	2,4	27,4
Egipto	99,4	2,1	33	26	61	5	70	74	3,2	27,5
El Salvador	6,4	0,5	27	29	64	8	69	78	2,0	26,8
Emiratos Árabes Unidos	9,5	1,8	14	16	85	1	77	79	1,7	26,9
Eritrea	5,2	2,1	41	32	55	4	64	68	4,0	29,5
Eslovaquia	5,4	0,1	15	16	69	16	74	81	1,5	29,6
Eslovenia	2,1	0,2	15	14	65	20	78	84	1,6	30,6
España ⁷	46,4	-0,1	15	15	66	20	81	86	1,4	31,9
Estado de Palestina ⁸	5,1	2,7	39	32	58	3	72	76	3,9	28,9
Estados Unidos de América	326,8	0,7	19	20	65	16	77	82	1,9	29,5
Estonia	1,3	-0,2	17	15	64	20	73	82	1,7	30,3
Eswatini	1,4	1,8	37	33	60	3	55	62	3,0	27,8
Etiopía	107,5	2,5	40	34	56	4	64	68	4,0	29,7
ex República Yugoslava de Macedonia	2,1	0,1	17	18	70	14	74	78	1,6	29,0
Federación de Rusia	144	0,1	18	15	68	15	66	77	1,8	28,8
Fiji	0,9	0,7	28	26	65	6	68	74	2,5	28,1
Filipinas	106,5	1,6	31	29	64	5	66	73	2,9	28,9
Finlandia ⁹	5,5	0,4	16	17	62	22	79	84	1,8	30,6
Francia	65,2	0,4	18	18	62	20	80	86	2,0	30,3
Gabón	2,1	2,9	36	28	60	4	65	69	3,7	29,0
Gambia	2,2	3,1	45	33	53	2	60	63	5,3	30,4
Georgia ¹⁰	3,9	-1,0	19	18	66	15	69	78	2	26,7
Ghana	29,5	2,3	38	31	58	3	62	64	3,9	29,8
Granada	0,1	0,4	26	25	66	7	71	76	2,1	28,5
Grecia	11,1	-0,3	14	15	65	21	79	84	1,3	31,3
Guadalupe ¹¹	0,4	0,0	18	21	64	18	78	85	1,9	30,2
Guam	0,2	0,5	24	25	66	10	78	82	2,3	28,8
Guatemala	17,2	2,1	34	32	61	5	71	77	2,9	28,5
Guayana	0,8	0,6	29	30	66	5	65	69	2,5	26,7
Guayana Francesa	0	2,7	33	28	62	5	77	83	3,2	29,2
Guinea	13,1	2,4	42	32	55	3	61	62	4,7	29,1
Guinea Ecuatorial	1,3	4,0	37	29	60	3	57	60	4,5	28,1
Guinea-Bissau	1,9	2,5	41	31	56	3	56	60	4,5	29,2

Indicadores demográficos

País, territorio u otra delimitación	Población								Fecundidad	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje 2010-2018	Población de 0 a 14 años, en porcentaje 2018	Población de 10 a 24 años, en porcentaje 2018	Población de 15 a 64 años, en porcentaje 2018	Población de mayores de 65 años, en porcentaje 2018	Esperanza de vida al nacer, 2018		Tasa global de fecundidad, mujeres 2018	Edad media de procreación, años 2015-2020
	2018						niños	niñas	2018	2015-2020
Haití	11,1	1,3	33	30	62	5	62	66	2,8	30,0
Honduras	9,4	1,7	31	31	64	5	71	77	2,4	27,7
Hungría	9,7	-0,3	14	16	67	19	73	80	1,4	30,2
India	1.354,1	1,2	27	28	66	6	68	71	2,3	26,5
Indonesia	266,8	1,2	27	26	68	5	67	72	2,3	28,2
Irán (República Islámica del)	82	1,2	24	21	71	6	75	78	1,6	28,6
Iraq	39,3	3,1	40	31	56	3	68	73	4,2	28,7
Irlanda	4,8	0,5	22	19	64	14	80	84	2,0	31,4
Islandia	0,3	0,7	20	20	65	15	82	84	1,9	30,6
Islas Salomón	0,6	2,1	38	32	58	4	70	73	3,7	29,8
Islas Turcas y Caicos	0,0	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	0,1	-0,1	20	20	61	19	78	82	2,2	27,1
Israel	8,5	1,6	28	23	60	12	81	84	2,9	30,7
Italia	59,3	-0,1	13	14	63	23	81	85	1,5	31,7
Jamaica	2,9	0,4	23	26	67	10	74	79	2,0	27,7
Japón	127,2	-0,1	13	14	60	27	81	87	1,5	31,3
Jordania	9,9	4,0	35	30	61	4	73	76	3,2	29,8
Kazajstán	18,4	1,4	28	20	64	7	65	75	2,6	28,6
Kenya	51	2,6	40	33	57	3	65	70	3,7	28,7
Kirguistán	6,1	1,5	32	25	63	5	67	75	2,9	28,2
Kiribati	0,1	1,8	35	29	61	4	63	70	3,6	30,7
Kuwait	4,2	4,2	21	19	76	3	74	76	2,0	29,9
Lesotho	2,3	1,3	35	32	60	5	53	57	3,0	27,8
Letonia	1,9	-1,2	16	14	64	20	70	79	1,6	30,2
Líbano	6,1	4,3	23	26	69	9	78	82	1,7	29,8
Liberia	4,9	2,6	41	32	55	3	62	65	4,4	28,6
Libia	6,5	0,6	28	25	68	4	69	75	2,2	32,8
Lituania	2,9	-1,0	15	16	66	19	70	80	1,7	29,7
Luxemburgo	0,6	1,9	16	18	69	14	80	84	1,6	31,7
Madagascar	26,3	2,7	41	33	56	3	65	68	4,1	28,0
Malasia ¹²	32,0	1,6	24	26	69	7	73	78	2,0	30,9
Malawi	19,2	2,9	44	34	53	3	61	67	4,4	28,0
Maldivas	0,4	2,5	23	22	72	4	77	79	2,0	29,0
Mali	19,1	3,0	48	33	50	3	58	60	5,9	29,0
Malta	0,4	0,5	14	16	66	20	80	83	1,5	30,4
Marruecos	36,2	1,4	27	25	66	7	75	77	2,4	30,4
Martinica	0,4	-0,3	18	18	63	19	79	85	1,9	30,2
Mauricio ¹³	1,3	0,2	18	22	71	11	72	79	1,4	28,1
Mauritania	4,5	2,9	40	31	57	3	62	65	4,6	30,4
México	130,8	1,4	26	27	67	7	75	80	2,1	26,9
Micronesia (Estados Federados de)	0,1	0,3	33	34	62	5	68	71	3,1	30,7
Moldova, República de ¹⁴	4,0	-0,1	16	17	73	11	68	76	1,2	27,3
Mongolia	3,1	1,8	30	23	66	4	66	74	2,7	29,3
Montenegro	0,6	0,1	18	19	67	15	75	80	1,7	29,4
Mozambique	30,5	2,9	45	33	52	3	57	61	5,1	29,1

País, territorio u otra delimitación	Población								Fecundidad	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje 2010-2018	Población de 0 a 14 años, en porcentaje 2018	Población de 10 a 24 años, en porcentaje 2018	Población de 15 a 64 años, en porcentaje 2018	Población de mayores de 65 años, en porcentaje 2018	Esperanza de vida al nacer, 2018		Tasa global de fecundidad, mujeres 2018	Edad media de procreación, años 2015-2020
	2018						niños	niñas	2018	2015-2020
Myanmar	53,9	0,9	26	27	68	6	64	69	2,2	29,6
Namibia	2,6	2,2	36	31	60	4	62	68	3,3	28,6
Nepal	29,6	1,1	30	32	64	6	69	73	2,1	25,8
Nicaragua	6,3	1,1	29	28	66	6	73	79	2,1	26,7
Níger	22,3	3,8	50	32	47	3	60	62	7,1	29,1
Nigeria	195,9	2,6	44	32	53	3	54	55	5,4	29,8
Noruega ¹⁵	5,4	1,1	18	19	65	17	81	84	1,8	30,7
Nueva Caledonia	0,3	1,4	22	23	68	10	75	80	2,1	29,9
Nueva Zelandia	4,7	1,0	20	20	65	16	81	84	2,0	30,1
Omán	4,8	5,8	22	20	76	2	76	80	2,5	31,1
Países Bajos	17,1	0,3	16	18	65	19	80	84	1,8	30,9
Pakistán	200,8	2,0	35	29	61	4	66	68	3,3	28,6
Panamá	4,2	1,7	27	25	65	8	76	81	2,5	26,7
Papua Nueva Guinea	8,4	2,1	36	31	61	4	63	68	3,6	29,8
Paraguay	6,9	1,3	29	29	64	7	71	76	2,4	28,2
Perú	32,6	1,3	27	26	66	7	73	78	2,3	28,9
Polinesia Francesa	0,3	0,8	23	24	69	8	75	80	2,0	28,9
Polonia	38,1	-0,1	15	16	68	17	74	82	1,3	29,4
Portugal	10,3	-0,4	13	15	65	22	79	84	1,2	30,7
Puerto Rico	3,7	-0,2	18	21	67	15	77	84	1,5	27,0
Qatar	2,7	5,2	14	18	85	1	78	80	1,9	29,9
Reino Unido	66,6	0,6	18	17	64	19	80	84	1,9	30,4
República Árabe Siria	18,3	-1,7	36	34	60	5	67	78	2,8	29,4
República Centroafricana	4,7	0,8	43	34	54	4	52	56	4,7	29,6
República Democrática Popular Lao	7,0	1,4	33	31	63	4	66	69	2,6	27,6
República Dominicana	10,9	1,2	29	27	64	7	71	77	2,4	25,8
República Unida de Tanzania ¹⁶	59,1	3,1	45	32	52	3	65	69	4,9	28,2
Reunión	0,9	0,8	23	23	65	12	77	84	2,3	28,3
Rumania	19,6	-0,5	15	16	66	18	72	79	1,5	28,1
Rwanda	12,5	2,5	40	31	57	3	66	70	3,7	30,0
Sáhara Occidental	0,6	2,1	28	26	69	3	68	72	2,4	31,0
Saint Kitts y Nevis	0,1	1,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	0,2	0,7	36	32	58	6	72	79	3,9	30,3
San Marino	0,0	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-
San Martín	0,0	2,5	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	0,1	0,1	24	25	69	8	71	76	1,9	27,1
Santa Lucía	0,2	0,5	18	24	72	10	73	79	1,4	27,8
Santo Tomé y Príncipe	0,2	2,2	42	33	55	3	65	69	4,3	28,8
Senegal	16,3	2,9	43	32	54	3	66	70	4,6	30,3
Serbia ¹⁷	8,8	-0,4	16	18	66	18	73	78	1,6	29,2
Seychelles	0,1	0,5	22	19	69	9	70	79	2,3	27,5
Sierra Leona	7,7	2,2	42	33	56	3	52	53	4,3	28,7
Singapur	5,8	1,7	15	18	72	14	81	85	1,3	31,3
Somalia	15,2	2,9	46	33	51	3	55	59	6,1	29,7
Sri Lanka	21,0	0,5	24	23	66	10	72	79	2,0	30,0

Indicadores demográficos

País, territorio u otra delimitación	Población								Fecundidad	
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje 2010-2018	Población de 0 a 14 años, en porcentaje 2018	Población de 10 a 24 años, en porcentaje 2018	Población de 15 a 64 años, en porcentaje 2018	Población de mayores de 65 años, en porcentaje 2018	Esperanza de vida al nacer, 2018		Tasa global de fecundidad, mujeres 2018	Edad media de procreación, años 2015-2020
	2018						niños	niñas		
Sudáfrica	57,4	1,3	29	27	66	5	60	67	2,4	28,3
Sudán	41,5	2,4	40	33	56	4	63	67	4,4	30,0
Sudán del Sur	12,9	3,1	41	33	55	3	57	59	4,7	29,6
Suecia	10,0	0,8	18	17	62	20	81	84	1,9	31,0
Suiza	8,5	1,1	15	16	66	19	82	85	1,6	31,8
Suriname	0,6	1,0	26	26	67	7	68	75	2,3	28,5
Tailandia	69,2	0,4	17	20	71	12	72	79	1,5	27,4
Tayikistán	9,1	2,2	35	29	61	4	69	75	3,3	27,8
Timor-Leste	1,3	2,2	44	35	53	4	68	71	5,3	30,3
Togo	8,0	2,6	41	32	56	3	60	62	4,3	28,9
Tonga	0,1	0,6	35	33	59	6	70	76	3,6	31,1
Trinidad y Tabago	1,4	0,4	21	19	69	10	67	75	1,7	27,9
Túnez	11,7	1,1	24	21	68	8	74	78	2,1	31,0
Turkmenistán	5,9	1,7	31	25	65	4	65	72	2,8	27,9
Turquía	81,9	1,6	25	25	67	8	73	79	2,0	28,6
Tuvalu	0,0	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania ¹⁸	44,0	-0,5	16	15	67	17	67	77	1,6	28,0
Uganda	44,3	3,3	47	34	50	2	58	63	5,4	28,1
Uruguay	3,5	0,3	21	22	64	15	74	81	2,0	27,7
Uzbekistán	32,4	1,5	28	26	67	5	69	74	2,2	27,1
Vanuatu	0,3	2,2	36	29	60	5	70	75	3,2	29,3
Venezuela (República Bolivariana de)	32,4	1,4	27	26	66	7	71	79	2,3	26,4
Viet Nam	96,5	1,1	23	22	70	7	72	81	1,9	28,0
Yemen	28,9	2,5	40	33	57	3	64	67	3,8	30,0
Zambia	17,6	3,0	44	34	53	2	60	65	4,9	28,9
Zimbabwe	16,9	2,3	41	32	56	3	60	64	3,6	27,8

Datos mundiales y regionales

	Población							Fecundidad		
	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 24 años, en porcentaje	Población de 15 a 64 años, en porcentaje	Población de mayores de 65 años, en porcentaje	Esperanza de vida al nacer, 2018	Tasa global de fecundidad, mujeres	Edad media de procreación, años	
	2018	2010-2018	2018	2018	2018	2018	niños	niñas	2018	2015-2020
África Occidental y Central	436	2,7	44	32	54	3	56	58	5,1	29,4
África Oriental y Meridional	597	2,7	42	32	55	3	61	66	4,4	28,8
América Latina y el Caribe	647	1,1	25^b	25^b	67^b	8^b	73^b	79^b	2,0^b	27,1^b
Asia y el Pacífico	3.996	1,0	24^a	24^a	68^a	8^a	70^a	73^a	2,1^a	27,2^a
Estados Árabes	366	2,0	34	28	61	5	68	72	3,3	29,2
Europa Oriental y Asia Central	245	0,9	23	22	67	10	70	77	2,0	28,0
Regiones más desarrolladas	1.263	0,3	16	17	65	19	76	82	1,7	30,0
Regiones menos desarrolladas	6.370	1,3	28	25	65	7	69	73	2,6	27,7
Países menos adelantados	1.026	2,4	39	32	57	4	63	67	4,0	28,5
Total Mundial	7.633	1,2	26	24	65	9	70	74	2,5	27,9

NOTAS

— No existen datos disponibles.

a No se incluyen las Islas Cook, las Islas Marshall, Nauru, Niue, Palau, Tokelau ni Tuvalu debido a la disponibilidad de los datos.

b No se incluyen Anguila, las Bermudas, Dominica, las Islas Caimán, las Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Saint Kitts y Nevis ni San Martín debido a la disponibilidad de los datos.

1 Las cifras incluyen las Islas Cocos (Keeling), la Isla de Navidad y la Isla Norfolk.

2 Incluye Nagorno Karabaj.

3 Por motivos estadísticos, los datos correspondientes a China no incluyen Hong Kong ni Macao —Regiones Administrativas Especiales (RAE) de China—, ni la provincia china de Taiwán.

4 El 1 de julio de 1997, Hong Kong se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China.

5 El 20 de diciembre de 1999, Macao se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China.

6 Incluye Chipre Septentrional.

7 Incluye las islas Canarias, Ceuta y Melilla.

8 Incluye Jerusalén Oriental. 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 de las Naciones Unidas [...]».

9 Incluye Åland.

10 Abjasia y Osetia del Sur.

11 Incluye San Bartolomé y San Martín (parte francesa).

12 Incluye Sabah y Sarawak.

13 Incluye Agalega, Rodrigues y San Brandon.

14 Incluye Transnistria.

15 Incluye las islas de Svalbard y Jan Mayen.

16 Incluye Zanzíbar.

17 Incluye Kosovo.

18 Incluye Crimea.

Notas técnicas relativas a los indicadores Fuentes de datos y definiciones

La edición de 2018 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) después de 2014 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 los cuadros tal vez difieran de los generados por las 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 2017 revision and Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2018* (División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). Los datos van acompañados de definiciones, fuentes y notas. Los cuadros estadísticos que se recogen en el Estado de la Población Mundial 2018 por lo general recogen la información disponible hasta enero de 2018.

Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

Salud materna y neonatal

Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos y rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%), estimación inferior y superior, 2015. Fuente:

Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Este indicador presenta el número de muertes de mujeres a consecuencia de causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo. Los cálculos han sido elaborados por el Grupo Interinstitucional 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 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 calificado, en porcentaje, 2006-

2017. Fuente: base de datos mundial conjunta sobre asistencia calificada durante el parto, 2017, 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 del Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de

las Naciones Unidas y de la base de datos mundial del UNFPA. Los datos de partos atendidos por personal de salud cualificado (médicos, enfermeras o parteras) 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 postparto; para atender el parto sin ayuda y por sí mismos; y para cuidar a los recién nacidos. No se incluye a las parteras tradicionales, aun cuando hayan recibido un breve curso de capacitación.

Tasa de fecundidad adolescente, por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años, 2006-2015. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas y UNFPA.

La tasa de fecundidad adolescente representa el riesgo de tener hijos entre las mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años. A los fines del registro civil, las tasas están sujetas a limitaciones que dependen del grado de exhaustividad de los registros del nacimiento, la forma en que se inscriban los niños nacidos vivos pero muertos antes de registrarlos o dentro de las primeras 24 horas de vida, la calidad de la información proporcionada con respecto a la edad de la madre y la inclusión de nacimientos en períodos anteriores. Es posible que estas limitaciones afecten a las estimaciones de la población, al representar erróneamente las edades y la cobertura. En lo que respecta a datos de encuestas y censos, tanto el numerador como el denominador corresponden a la misma población. Las principales limitaciones atañen a información errónea sobre edades, omisiones de partos, información errónea sobre la fecha de nacimiento de los niños, y variabilidad en las técnicas de muestreo, cuando se trata de encuestas.

Salud sexual y reproductiva

La División de Población de las Naciones Unidas publica un conjunto sistemático e integral de proyecciones y estimaciones anuales a partir de modelos correspondientes a una serie de indicadores de planificación familiar para un período de 60 años. Entre los indicadores se incluyen el uso de anticonceptivos, la necesidad insatisfecha de planificación familiar, la demanda total de planificación familiar y el porcentaje de demanda de planificación familiar satisfecho entre las mujeres casadas o en unión libre correspondiente al período comprendido entre 1970 y 2030. Para generar las estimaciones, proyecciones y evaluaciones de la incertidumbre se utilizó un modelo jerárquico bayesiano combinado con tendencias temporales específicas para cada país. El modelo desarrolla el trabajo anterior y representa diferencias en función del origen de los datos, la muestra de población y los métodos anticonceptivos incluidos en las medidas de prevalencia. Puede obtener más información sobre las estimaciones a partir de modelos, la metodología y las actualizaciones relativas a la planificación de la familia en <http://www.un.org/en/development/desa/population>. Las estimaciones se basan en los datos específicos de cada país recopilados en *World Contraceptive Use 2017*.

Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres actualmente casadas o en unión libre de 15 a 49 años, cualquier método y cualquier método moderno, 2018. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas.

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 de mujeres casadas (incluidas las mujeres que viven en unión libre) que actualmente utilizan cualquier método anticonceptivo o métodos anticonceptivos modernos. 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, 2018. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Las mujeres con necesidad insatisfecha de métodos para poder espaciar los nacimientos son mujeres fecundas y sexualmente activas que no están utilizando ningún método anticonceptivo y manifiestan que quieren postergar el nacimiento de su próximo hijo. Esta es una

subcategoría del total de necesidad insatisfecha de planificación familiar, el cual también incluye la necesidad insatisfecha para limitar los nacimientos. El concepto de necesidad insatisfecha denota la brecha entre las intenciones reproductivas de las mujeres y su comportamiento en cuestiones de anticoncepción. En el marco del seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la necesidad insatisfecha se expresa como porcentaje de mujeres casadas o en unión consensual.

Proporción de demanda satisfecha con cualquier método moderno, mujeres actualmente casadas o en unión libre de 15 a 49 años, 2018. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 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.

Proporción de demanda satisfecha con cualquier método (PDS) = Tasa de uso de cualquier método anticonceptivo (CPR) dividida entre la demanda total de planificación familiar (TD).

Proporción de demanda satisfecha con cualquier método moderno (mPDS) = Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos (mCPR) dividida entre la demanda total de planificación familiar (TD).

Donde la demanda total = Tasa de uso de anticonceptivos más tasa de necesidad insatisfecha de anticonceptivos (UNR), es decir:

$$TD = CPR + UNR$$

Toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, en porcentaje, 2007-2016. 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: relaciones sexuales con la pareja, uso de anticonceptivos y atención de salud.

Prácticas nocivas

Matrimonio infantil, antes de cumplir los 18 años, 2008-2016.

Fuente: UNFPA. Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio o viven en unión libre antes de cumplir 18 años.

Prevalencia de la mutilación o ablación genital femenina en las niñas, en porcentaje, 2004-2015. Fuente: UNFPA. Porcentaje de niñas de 15 a 19 años sometidas a la mutilación genital femenina.

Educación

Matriculación escolar primaria ajustada por género, porcentaje neto de niños en edad escolar primaria, 1999-2015. Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO. La proporción de matriculación primaria neta ajustada indica el porcentaje de niños del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la escuela primaria matriculados en la enseñanza primaria o secundaria.

Matriculación escolar secundaria por género, porcentaje neto de niños en edad escolar secundaria, 2000-2015. Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO. La proporción de matriculación secundaria neta indica el porcentaje de niños del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la escuela secundaria matriculados en la enseñanza secundaria.

Índice de equidad de género, enseñanza primaria, 1999-2015. Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO. El índice de equidad de género (IEG) hace referencia a la proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la proporción de matriculación primaria neta ajustada.

Índice de equidad de género, enseñanza secundaria, 2000-2015.

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO. El índice de equidad de género (IEG) hace referencia a la proporción de los valores correspondientes a las niñas en comparación con los de los niños en la proporción de matriculación secundaria neta.

Indicadores demográficos

Población

Población total, en millones, 2018. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la magnitud estimada de las poblaciones nacionales al promediar el año.

Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje, 2010-2018. Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estas cifras corresponden a la 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, 2018. Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la proporción de la población de 0 a 14 años.

Población de 10 a 24 años, en porcentaje, 2018. Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la proporción de la población de 10 a 24 años.

Población de 15 a 64 años, en porcentaje, 2018. Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la proporción de la población de 15 a 64 años.

Población de mayores de 65 años, en porcentaje, 2018. Fuente: cálculo efectuado por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la proporción de la población de 65 o más años.

Esperanza de vida al nacer, niños y niñas (años), 2015-2020. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan el 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.

Fecundidad

Tasa global de fecundidad, por mujer, 2018. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Los totales regionales son calculados por el UNFPA basándose en los datos de la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan el 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.

Edad media de procreación, años, 2015-2020. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores presentan la edad media a la que las madres dan a luz en caso de que se ajusten a lo largo de su vida a las tasas de fecundidad específicas de cada grupo etario registradas en un año determinado. Se expresa en años.

Clasificación por regiones

Los promedios 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. Las clasificaciones por regiones únicamente incluyen los países en los que trabaja el UNFPA.

Región de África Occidental y Central

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

Región de África Oriental y Meridional

Angola, Botswana, Burundi, Comoras, Eritrea, Etiopía, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Mauricio, Mozambique, Namibia, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Seychelles, 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).

Región de Asia y el Pacífico

Afganistán, Bangladesh, Bhután, Camboya, China, Fiji, Filipinas, India, Indonesia, Irán (República Islámica del), Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Kiribati, Malasia, Maldivas, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Myanmar, Nauru, Nepal, Niue, Pakistán, Palau, Papua Nueva Guinea, República Democrática Popular Lao, República Popular Democrática de Corea, Samoa, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu y Viet Nam.

Región de 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 Europa Oriental y Asia Central

Albania, Armenia, Azerbaiyán, Belarús, Bosnia y Herzegovina, ex República Yugoslava de Macedonia, Georgia, Kazajstán, Kirguistán, República de Moldova, Serbia, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía y Ucrania.

Las regiones más desarrolladas abarcan las regiones de la División de Población de las Naciones Unidas para Europa, América del Norte, Australia y Nueva Zelandia y el Japón.

Las regiones menos desarrolladas abarcan todas las regiones de la División de Población de las Naciones Unidas para África, Asia (excluido el Japón), América Latina y el Caribe, Melanesia, Micronesia y Polinesia.

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 y 64/295), los conformaban 48 países en junio de 2014, 34 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, Guinea Ecuatorial, Haití, Islas Salomón, Kiribati, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Timor-Leste, Togo, Tuvalu, Uganda, Vanuatu, Yemen y Zambia. Estos países también se incluyen en las regiones menos desarrolladas.

Bibliografía

- Abbasi-Shavazi, Mohammad Jalal, Peter McDonald, and Meimanat Hosseini-Chavoshi (2009). *The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction*. Dordrecht: Springer.
- Adsera, Alicia (2018). Education and fertility in the context of rising inequality. *Vienna Yearbook of Population Research*, vol. 1, No. 15, pp. 63-94.
- African Union Commission (2017). *AU Roadmap on Harnessing the Demographic Dividend through Investments in Youth*. Addis Ababa. <http://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AU%202017%20DD%20ROADMAP%20Final%20-%20EN.pdf>.
- Akin, AyDe (2007). Emergence of the family planning program in Turkey. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Family Planning Policies and Programs*, Warren C. Robinson and John A. Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Alves, José E. Diniz, and Sonia Corrêa (2003). Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo + 10. *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol. 20, No. 2, pp. 129-56.
- Alves, José E. Diniz, and George Martine (2017). Population, development and environmental degradation in Brazil. In *Brazil in the Anthropocene: Conflicts Between Predatory Development and Environmental Policies*, Philippe Lena and Liz-Rejane Issberner, eds. New York: Routledge, pp. 41-61.
- Arpino, Bruno, Gøsta Esping-Andersen, and Lea Pessin (2015). How do changes in gender role attitudes towards female employment influence fertility? A macro-level analysis. *European Sociological Review*, vol. 31, No. 3, pp. 370-82.
- Avert (Global information and education on HIV and AIDS) (2017). HIV and AIDS in Central Europe and Eastern Asia. <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview>.
- Banks, Joseph A. (1954). *Prosperity and Parenthood: a Study of Family Planning Among the Victorian Middle Classes*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Basten, Stuart, and Baochang Gu (2013). National and regional trends in ideal family size in China. Paper presented at the International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population. Busan, Korea, 26-31 August 2013. https://iussp.org/sites/default/files/event_call_for_papers/GU%20and%20Basten%20Long%20Abstract.pdf.
- Bearak, Jonathan, et al. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet Global Health*, vol. 6, No. 4, e380-e389.
- Beaujouan, Éva, and Caroline Berghammer (2017). The gap between lifetime reproductive intentions and completed fertility in Europe and the United States: a cohort approach. *Vienna Institute of Demography Working Papers*, No. 12/2017. Vienna.
- Becker, Gary S. and H. Gregg Lewis (1973). "On the Interaction between the Quantity and Quality of Children." *Journal of Political Economy*, Vol. 81, No. 2, Part 2: New Economic Approaches to Fertility (Mar. - Apr., 1973), pp. S279-S288.
- Billari, Francesco C. (2018). A "great divergence" in fertility? In *Low Fertility Regimes and Demographic and Societal Change*, Dudley L. Poston, Jr., ed. Cham: Springer, pp. 15-35.
- Billari, Francesco C., and Hanse-Peter Kohler (2004). Patterns of low and very low fertility in Europe. *Population Studies*, vol. 58, No. 2, pp. 161-76.
- Blanc, Ann K., and Amy O. Tsui (2005). The dilemma of past success: insiders' views on the future of the international family planning movement. *Studies in Family Planning*, vol. 36, No. 4, pp. 263-76.
- Bloom, David E. and Williamson, Jeffrey G.. 1998. "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia (English)". *The World Bank Economic Review*. Vol. 12, no. 3 (September 1998), pp. 419-455.
- Blossfeld, Hans-Peter, et al., , eds. (2005). *Globalization, Uncertainty and Youth in Society: the Losers in a Globalizing World*. Routledge.
- Bongaarts, John (2002). The end of the fertility transition in the developed world. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 3, pp. 419-43.
- Bongaarts, John, et al. (2012). *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council.
- Caldwell, John (1976). Toward A Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, Vol. 2, No. 3/4 (Sep. - Dec., 1976), pp. 321-366
- _____ (1980). Mass education as a determinant of the timing of fertility decline. *Population and Development Review*, vol. 6, No. 2, pp. 225-55.
- _____ (1982). *Theory of Fertility Decline*. London: Academic Press.
- _____ (1985). The social repercussions of colonial rule: demographic aspects. In *General History of Africa*, vol. VII: *Africa Under Colonial Domination, 1880-1935*, A. Adu Boahen, ed. Paris: UNESCO, pp. 458-86.
- Caldwell, John C., and Pat Caldwell (1987). The cultural context of high fertility in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 13, No. 3, pp. 409-37.
- Casterline, John (2017). Prospects for fertility decline in Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 3-18.
- Casterline, John, and Samuel Agyei-Mensah (2017). Fertility desires and the course of fertility decline in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, vol. 43, Supplement S1, pp. 84-111.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), and ORC Macro (2003). *Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: a Comparative Report*. Atlanta, Georgia: United States Department of Health and Human Services, and Calverton, Maryland: ORC Macro.
- CELADE (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía), and CFSC (Centro de Estudios de la Comunidad y la Familia) (1972). *Fertility and Family Planning in Metropolitan Latin America*. Chicago: University of Chicago.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1992). *La Planificación Familiar en América Latina*. Santiago, DDR/7.

- Chandra, Anjani, Casey E. Copen, and Elizabeth Hervey Stephen (2013). Infertility and impaired fecundity in the United States, 1982–2010: data from the National Survey of Family Growth. *National Health Statistics Report*, 14 August 2013, No. 67, pp. 1–19.
- Chesnais, Jean-Claude (1982). *The Demographic Transition: Stages, Patterns and Economic Implications. A Longitudinal Study of Sixty-Seven Countries Covering the Period 1720–1984*. New York: Clarendon Press.
- Cleland, John, and Chris Wilson (1987). Demand theories of the fertility transition: an iconoclastic view. *Population Studies*, vol. 41, No. 1, pp. 5–30.
- Coale, Ansley (1973). The demographic transition reconsidered. In *Proceedings of the International Population Conference*, Liege. Paris: International Union for the Scientific Study of Population.
- Coale, Ansley, and Edgar Hoover (1958). *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*. Princeton: Princeton University Press.
- Cohen, Barney (1993). Fertility levels, differentials, and trends. In *Demographic Change in Sub-Saharan Africa*, Karen A. Foote, Kenneth H. Hill and Linda G. Martin, eds. Washington, D.C.: National Academy Press, pp. 8–67.
- Comolli, Chiara Ludovica (2017). The fertility response to the Great Recession in Europe and the United States: Structural economic conditions and perceived economic uncertainty. *Demographic Research*, vol. 36, No. 51, pp. 1549–600.
- Coquery-Vidrovitch, Catherine (1988). Les populations africaines du passé. In *Population et Sociétés en Afrique au Sud du Sahara*, Dominique Tabutin, ed. Paris: Editions l'Harmattan, pp. 51–72.
- Cordell, Dennis D. et al. (1987). African historical demography: the search for a theoretical framework. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 14–32.
- Council of Europe (2006). *Recent Demographic Developments in Europe 2005*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- David, Henry P., ed. (1999). *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*. Westport, Connecticut: Greenwood Press.
- Dawson, Marc H. (1987). Health, nutrition, and population in central Kenya, 1890–1945. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 201–17.
- DHS and USAID (2018). STATcompiler. <http://www.statcompiler.com>.
- Easterlin, Richard A. (1975). An economic framework for fertility analysis. *Studies in Family Planning*, vol. 6, No. 3, pp. 54–63.
- Eurostat (2018). Eurostat database, Population and Social Conditions, Fertility indicators (demo_find). Available at <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Accessed on 20 March 2018.
- Gietel-Basten, Stuart (2018). Fertility decline. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis.
- Goldin, Claudia (2006). The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family. *American Economic Review*, vol. 96, No. 2, pp. 1–21.
- Goldscheider, Frances, Eva Bernhardt, and Trude Lappegård (2015). The gender revolution: a framework for understanding changing family and demographic behavior. *Population and Development Review*, vol. 41, No. 2, pp. 207–39.
- Goldstein, Joshua R., Tomas Sobotka, and Aiva Jasilioniene (2009). The end of lowest-low fertility? *Population and Development Review*, vol. 35, No. 4, pp. 663–700.
- Goldstein, Joshua R. et al. (2013). Fertility reactions to the "Great Recession" in Europe. *Demographic Research*, vol. 29, No. 4, pp. 85–104.
- Guilmoto, Christophe Z. (2016). The past and future of fertility change in India. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Guinnane, Timothy (2011). The historical fertility transition: a guide for economists. *Journal of Economic Literature*, vol. 49, No. 3, pp. 589–614.
- Guo, Zhigang, and Baochang Gu (2014). China's low fertility: evidence from the 2010 Census. In *Analysing China's Population*, Isabelle Attané and Baochang Gu, eds. INED, Population Studies 3. Dordrecht: Springer Science+Business Media.
- Guttmacher Institute (2017). Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017. Fact sheet. Available at www.guttmacher.org.
- Guzman, Jose Miguel (1998). Visiones teóricas del cambio de la fecundidad el aporte latinoamericano. *Annals, XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*. Caxambu, Brazil.
- Hagewen, Kellie J., and S. Philip Morgan (2005). Intended and ideal family size in the United States. *Population and Development Review*, vol. 31, No. 3, pp. 507–27.
- Hajnal, John (1965). European marriage patterns in historical perspective. In *Population in History*, David Glass and David Eversley, eds. London: Edward Arnold.
- Harkavy, Oskar, and Khishna Roy (2007). Emergence of the Indian national family planning program. In *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Warren Robinson and John Ross, eds. Washington, D.C.: World Bank.
- Harknett, Kristen, and Caroline Hartnett (2014). The gap between births intended and births achieved in 22 European countries, 2004–07. *Population Studies*, vol. 68, No. 3, pp. 265–82.
- Hayes, Adrian (2012). "The status of family planning and reproductive health in Indonesia: a story of success and fragmentation", in Zaman et al. (eds), *Family Planning in Asia and the Pacific: Addressing the Challenges*, Selangor, Malaysia: International Council on Management of Population Programmes (ICOMP): 225–241.
- _____ (2018). Family planning policies and programs. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 87–108.
- Hayford, Sarah R., Karen Benjamin Guzzo, and Pamela J. Smock (2014). The decoupling of marriage and parenthood? Trends in the timing of marital first births, 1945–2002. *Journal of Marriage and Family*, vol. 76, No. 3, pp. 520–38.
- Herrera, Catalina, and David E. Sahn (2015). The impact of early childbearing on schooling and cognitive skills among young women in Madagascar. IZA Discussion Paper No. 9362. Bonn: Institute of Labor Economics. <http://ftp.iza.org/dp9362.pdf>.

- Herrmann, M., ed. (2015). *Consequential Omissions: How Demography Shapes Development—Lessons from the MDGs for the SDGs*. Berlin: UNFPA and the Berlin Institute.
- Hindin, Michelle (2012). The influence of women's early childbearing on subsequent empowerment in sub-Saharan Africa: a cross-national meta analysis. ICRW Working Paper series, No. 003-2012. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- Hodorogea, Stelian, and Rodica Comendant (2010). Prevention of unsafe abortion in countries of Central Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 110, Supplement, pp. S34-S37.
- Hull, Terence (1991). Reports of coercion in the Indonesian vasectomy program: a report to AIDAB. Development Paper, No. 1. Canberra: Australian International Development Assistance Bureau.
- _____ (2012). Indonesia's demographic mosaic. In *Population Dynamics in Muslim Countries: Assembling the Jigsaw*, Hans Groth and Alfonso Souza-Poza, eds. Dordrecht: Springer.
- _____ (2016). Indonesia's fertility levels, trends and determinants: dilemmas of analysis. In *Contemporary Demographic Transformations in China, India and Indonesia*, Christophe Z. Guilmoto and Gavin W. Jones, eds. Dordrecht: Springer.
- Hull, T.H., and V.J. Hull (1997). Politics, culture and fertility: transitions in Indonesia. In *The Continuing Demographic Transition*, G.W. Jones, R.M. Douglas, J.C. Caldwell and R.M. D'Souza, eds. Oxford: Clarendon Press.
- Human Fertility Database (2018). Period total fertility rates and cohort data on women by the number of children ever born. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at www.humanfertility.org. Accessed in February 2018.
- ILO, International Labour Organization (2016). *World Employment Social Outlook: Trends for Youth 2016*. Geneva: ILO.
- James, K.S. (2011). India's demographic change: opportunities and challenges. *Science*, vol. 333, No. 6042, pp. 576-80.
- Jayasuriya, Laksiri (2014). Sri Lanka's experience of social development: towards equity and justice. In *Development and Welfare Policy in South Asia*, Gabriele Kohler and Deepta Chopra, eds. London: Routledge.
- Jones, Gavin, ed. (2015). *The Impact of Demographic Transition on Socio-Economic Development in Bangladesh*. Dhaka: United Nations Population Fund.
- Jones, Gavin W., and Bina Gubhaju (2009). Factors influencing changes in mean age at first marriage and proportions never marrying in the low-fertility countries of east and Southeast Asia. *Asian Population Studies*, vol. 5, No. 3, pp. 237-65.
- Khuda, B., and S. Barkat (2015). Repositioning family planning programs in South Asia. *Asian Profile*, vol. 43, No. 1.
- Khuda, B. et al. (2001). Determinants of the fertility transition in Bangladesh. In *Fertility Transition in South Asia*, Z. Sathar and J. Phillips, eds. New York: Oxford University Press.
- Kim, Doo-Sub, and Sam Hyun Yoo (2016). Long-term effects of economic recession on fertility: the case of South Korea. Paper presented at the European Population Conference 2016, Mainz, Germany. <http://epc2016.princeton.edu/abstracts/160320>.
- Knodel, John, and Etienne Van de Walle (1986). Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 390-419.
- Kohler, Hans-Peter, Francesco C. Billari, and Jose Antonio Ortega (2002). The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s. *Population and Development Review*, vol. 28, No. 4, pp. 641-80.
- Kon, Igor S. (1995). *The Sexual Revolution in Russia*. New York: The Free Press.
- Lappegård, Trude, Sebastian Klüsener, and Daniele Vignoli (2018). Why are marriage and family formation increasingly disconnected across Europe? A multilevel perspective on existing theories. *Population, Space and Place*, vol. 24, No. 2.
- Lee, Dohoon (2010). "The early socioeconomic effects of teenage childbearing: A propensity score matching approach." *Demographic Research: Volume 23*, Article 25. Pp. 697-736.
- Lee, Ronald, and Andrew Mason (2006). What is the demographic dividend?, *Finance and Development, Back to Basics*, vol. 43, No. 3. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Lesthaeghe, Ron (1977). *The Decline of Belgian Fertility, 1800-1970*. Princeton: Princeton University Press.
- _____ (2010). The unfolding story of the second demographic transition. *Population and Development Review*, vol. 36, No. 2, pp. 211-51.
- Lesthaeghe, Ron, and Chris Wilson (1986). Modes of production, secularization, and the pace of fertility decline in Western Europe, 1870-1930. In *The Decline of Fertility in Europe*, A. Coale and S. Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 261-92.
- Levine, Hagai et al. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, vol. 23, No. 6, pp. 646-59.
- Luci-Greulich, Angela, and Olivier Thévenon (2014). Does economic advancement "cause" a re-increase in fertility? An empirical analysis for OECD countries (1960-2007). *European Journal of Population*, vol. 30, No. 2, pp. 187-221.
- Lutz, Wolfgang, William P. Butz, and Samir KC, eds. (2014). *World Population and Human Capital in the Twenty-First Century*. Oxford: Oxford University Press.
- Ma, Li (2014). Economic crisis and women's labor force return after childbirth: evidence from South Korea. *Demographic Research*, vol. 31, No. 18, pp. 511-52.
- Martin, Joyce A. et al. (2018). Births: final data for 2016. *National Vital Statistics Reports*, vol. 67, No. 1. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.
- Martine, George, José Eustaquio Alves, and Suzana Cavenaghi (2013). Urbanization and fertility decline: cashing in on structural change. Working paper. London: International Institute for Environment and Development.
- Martinez-Alier, Joan, and Eduard Masjuan (2004). *Neo-Malthusianism in the Early 20th Century*. Barcelona: Universidad Autònoma de Barcelona.

- Mascarenhas, Maya N. et al. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, vol. 9, No. 12.
- Mason, Karen Oppenheim (1997). Explaining fertility transitions. *Demography*, vol. 34, No. 4, pp. 443-54.
- May, John F and Alex Kamurase (2009). Demographic growth and development prospects in Rwanda: Implications for the World Bank. http://www.ministerial-leadership.org/sites/default/files/events/event_files/Demographic%20Growth%20and%20Development%20Prospects%20in%20Rwanda.pdf
- McDonald, Peter (2006). Low fertility and the state: the efficacy of policy. *Population and Development Review*, vol. 32, No. 3, pp. 485-510.
- _____ (2008). Explanations of low fertility in East Asia: a comparative perspective. In *Ultra-Low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues*, Paulin Straughan, Angélique Chan and Gavin Jones, eds. Routledge, pp. 41-57.
- _____ (2013). Societal foundations for explaining low fertility: gender equity. *Demographic Research*, vol. 28, No. 34, pp. 981-94.
- _____ (2018). The development of population research institutions in Asia. In *Routledge Handbook of Asian Demography*, Zhongwei Zhao and Adrian Hayes, eds. London: Taylor and Francis, pp. 32-44.
- McDonald, Peter, and Helen Moyle (2018). Women as agents in fertility decision-making: Australia, 1870-1910. *Population Development Review*, vol. 44, No. 2, pp. 203-30.
- Meillassoux, Claude (1977). *Femmes, Greniers et Capitaux*. Paris: François Maspero.
- Miller, Amalia R. (2011). The effects of motherhood timing on career path. *Journal of Population Economics*, vol. 24, No. 3, pp. 1071-100.
- Mills, Melinda C. (2015). The Dutch fertility paradox: how the Netherlands has managed to sustain near-replacement fertility. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 161-88.
- Miró, Carmen, and Joseph Potter (1980). *Population Policy: Research Priorities in the Developing World*. Mexico City: El Colegio de México.
- Mohanty, Sanjay K. et al. (2016). Distal determinants of fertility decline: evidence from 640 Indian districts. *Demographic Research*, vol. 34, No. 13, pp. 373-406.
- Moyle, Helen (2015). The fall of fertility in Tasmania in the late 19th and early 20th centuries. PhD thesis. Canberra: Australian National University.
- Mundigo, Axel (1992). Los programas de planificación familiar y su función en la transición de la fecundidad en América Latina. UN: LC/DEM/G.124, Notas de Población, No. 55, pp. 11-40.
- Myrskylä, Mikko, Hans-Peter Kohler, and Francesco C. Billari (2009). Advances in development reverse fertility declines. *Nature*, vol. 460, pp. 741-3.
- NIPSSR (National Institute of Population and Social Security Research) (2016). Marriage process and fertility of married couples. Attitudes toward marriage and family among Japanese singles. Highlights of the survey results on married couples/singles. Available at http://www.ipss.go.jp/ps-doukou/e/doukou15/Nfs15_gaiyoEng.html. Accessed on 5 October 2017.
- _____ (2017). Population statistics of Japan 2017. Available at <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2017/PSJ2017.asp>. Accessed in October 2017.
- Notestein, Frank (1945). Population: the long view. In *Food for the World*, Theodore Schultz, ed. Chicago: Chicago University Press, pp. 36-51.
- _____ (1953). Economic problems of population change. In *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*. London: Oxford University Press, pp. 13-31.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2007). *Babies and Bosses: Reconciling Work and Family Life. A Synthesis of Findings for OECD Countries*. Paris.
- _____ (2011). *Doing Better for Families*. Paris.
- _____ (2017). *The Pursuit of Gender Equality: an Uphill Battle*. Paris. <http://www.oecd.org/publications/the-pursuit-of-gender-equality-9789264281318-en.htm>.
- _____ (2018). OECD Family Database, Table PF3.2: Enrolment in childcare and pre-school. Available at <http://www.oecd.org/els/family/database.htm>. Accessed on 25 February 2018.
- Page, Hilary J., and Ron Lesthaeghe (1981). *Child-Spacing and Fertility in Sub-Saharan Africa*. London: Academic Press.
- Pande, R.P., A. Malhotra and S. Namy (2012). Fertility decline and changes in women's lives and gender equality in in Tamil Nadu, India. Fertility and Empowerment Network Working Paper Series, No. 007-2012-ICRW-FE. Washington D.C.: Fertility and Empowerment Network.
- Perelli-Harris, Brienna (2005). The path to lowest-low fertility in Ukraine. *Population Studies*, vol. 59, No. 1, pp. 55-70.
- Perelli-Harris, Brienna et al. (2012). Changes in union status during the transition to parenthood in eleven European countries, 1970s to early 2000s. *Population Studies*, vol. 66, No. 2, pp. 167-82.
- Potter, Joseph E., Carl C. Schmertmann, and Suzana M. Cavenaghi (2002). Fertility and development: evidence from Brazil. *Demography*, vol. 39, No. 4, pp. 739-61.
- Rahman, Fahmida, and Daniel Tomlinson (2018). *Cross Countries: International Comparisons of Intergenerational Trends*. Resolution Foundation and Intergenerational Commission. <https://www.resolutionfoundation.org/app/uploads/2018/02/IC-international.pdf>.
- Raymo, James M. et al. (2015). Marriage and family in East Asia: continuity and change. *Annual Review of Sociology*, vol. 41, pp. 471-92.
- Republic of Rwanda (2003). National Reproductive Health Policy. Kigali, July 2003. Ministry of Health.
- Rindfuss, Ronald R., Minja Kim Choe, and Sarah Brauner-Otto (2016). The emergence of two distinct fertility regimes in economically advanced countries. *Population Research and Policy Review*, vol. 35, No. 3, pp. 287-304.
- Rindfuss, Ronald R. et al. (2004). Social networks and fertility change in Japan. *American Sociological Review*, vol. 69, pp. 838-61.
- Rodríguez Vignoli, Jorge (2017). Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos. Serie Población y Desarrollo, No. 119, LC/TS.2017/92. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

- Rodriguez-Vignoli, Jorge, and Suzana M. Cavenaghi (2014). Adolescent and youth fertility and social inequality in Latin America and the Caribbean: what role has education played? *Genus*, vol. 70, No. 1, pp. 1–25.
- _____ (2017). Unintended fertility among Latin American adolescents: a growing trend across all socioeconomic groups. In: *International Population Conference, Cape Town, Scientific Programme*. Cape Town: International Union for the Scientific Study of Population.
- Rosero-Bixby, Luis, Teresa Castro-Martín, and Teresa Martín-García (2009). Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? In *Demographic Transformations and Inequalities in Latin America: Historical Trends and Recent Patterns*. Rio de Janeiro: ALAP, pp. 219–41.
- Rutstein, Shea, and Guillermo Rojas (2006). *Guide to DHS statistics*. Demographic and Health Surveys. Calverton, Maryland: ORC Macro.
- Sanderson, Warren C., Vegard Skirbekk, and Marcin Stonawski (2013). Young adult failure to thrive syndrome. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 169–87.
- Schmidt, Lone et al. (2012). Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Human Reproduction Update*, vol. 18, No. 1, pp. 29–43.
- Schneider, Daniel (2015). The Great Recession, fertility, and uncertainty: evidence from the United States. *Journal of Marriage and Family*, vol. 77, No. 5, pp. 1144–56.
- Secombe, Wally (1993). *Weathering the Storm: Working-Class Families from the Industrial Revolution to the Fertility Decline*. London: Verso.
- Sedgh, Gilda, and Rubina Hussain (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in Family Planning*, vol. 45, No. 2, pp. 151–69.
- Sedgh, Gilda et al. (2016a). Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet*, vol. 388, No. 10041, pp. 258–67.
- _____ (2016b). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. New York: Guttmacher Institute.
- Simmons, Alan E., Arthur M. Conning, and Miguel Villa, eds. (1979). El contexto social de cambio de la fecundidad en América Latina rural. Aspectos metodológicos y resultados empíricos, volúmenes I–III. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Simmons, Ruth (1996). Women's lives in transition: a qualitative analysis of the fertility decline in Bangladesh. *Studies in Family Planning*, vol. 27, No. 5, pp. 251–68.
- Sobotka, Tomáš (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: collapse and gradual recovery. *Historical Social Research*, vol. 36, No. 2, pp. 246–96.
- _____ (2016). Birth control, reproduction, and family under state socialism in Central and Eastern Europe. In *Gender Relations and Birth Control in the Age of the "Pill"*, Lutz Niethammer and Silke Satjukow, eds. Göttingen: Wallstein Verlag, pp. 87–116.
- _____ (2017). Post-transitional fertility: the role of childbearing postponement in fuelling the shift to low and unstable fertility levels. *Journal of Biosocial Science*, vol. 49, Supplement 1, pp. S20–S45.
- Sobotka, Tomáš, and Éva Beaujouan (2014). Two is best? The persistence of a two-child family ideal in Europe. *Population and Development Review*, vol. 40, No. 3, pp. 391–419.
- _____ (2018). Late motherhood in low-fertility countries: reproductive intentions, trends and consequences. In *Preventing Age-Related Fertility Loss*, Dominic Stoop, ed. Cham: Springer, pp. 11–29.
- Solo, Julie, 2008. *Family Planning in Rwanda: How a Taboo Topic Became Priority Number One*. Chapel Hill, NC: IntraHealth International.
- Starrs, Ann et al. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *The Lancet*, vol. 391, No. 10140, pp. 2642–92.
- Stloukal, Libor (1999). Understanding the "abortion culture" in Central and Eastern Europe. In *From Abortion to Contraception: a Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present*, Henry P. David, ed. Westport, Connecticut: Greenwood Press, pp. 23–37.
- Stone, Lyman (2018). American women are having fewer children than they would like. *The New York Times*, 13 February.
- Taucher, Erica (1979). Efectos demográficos y socio-económicos de los programas de planificación familiar en la América Latina. In *Población y Desarrollo en América Latina*, Víctor Urquidí and José B. Morelos, eds. México City: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Colegio de México.
- te Velde, Egbert et al. (2012). The effect of postponement of first motherhood on permanent involuntary childlessness and total fertility rate in six European countries since the 1970s. *Human Reproduction*, vol. 27, No. 4, pp. 1179–83.
- _____ (2017). Ever growing demand for in vitro fertilization despite stable biological fertility: a European paradox. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, vol. 214, pp. 204–8.
- Tsuya, Noriko O. (2015). Below-replacement fertility in Japan: patterns, factors, and policy implications. In *Low and Lower Fertility*, Ronald R. Rindfuss and Minja Kim Choe, eds. Cham: Springer, pp. 87–106.
- Turshen, Meredith (1987). Population growth and the deterioration of health: Mainland Tanzania, 1920–1960. In *African Population and Capitalism: Historical Perspectives*, Dennis D. Cordell and Joel W. Gregory, eds. Boulder: Westview Press, pp. 187–200.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2017). *Ending AIDS: Progress Towards the 90–90–90 Targets*. Geneva. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf.
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2012. *State of World Population 2012*. "By Choice, not by Chance: Family Planning, Human Rights and Development. New York: UNFPA.
- UNICEF (2017). *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2017, Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. New York.
- _____ (2018). Child Marriage Database. Available at <https://data.unicef.org/topic/child-protection/child-marriage/>.
- United Nations (1987). Fertility behaviour in the context of development: evidence from the World Fertility Survey. *Population Studies*, No. 100. New York.

- _____ (2013). World abortion policies 2013. Available at <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>. Accessed in March 2018.
- _____ (2015). World Population Policies Database. Available at https://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.
- United Nations (2015). Demographic Components of Future Population Growth: 2015 Revision. Available from [un.org/en/development/desa/population/theme/trends/dem-comp-change.shtml](http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/trends/dem-comp-change.shtml).
- _____ (2015a). World Population Policies Database. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. Available from: https://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.
- _____. 2015b. World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- _____ (2016). *Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016*. New York.
- _____ (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- _____ (2017a). *World Marriage Data, 2017*. Population Division of the United Nations Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations.
- Uusküla, Anneli et al. (2010). Trends in the epidemiology of bacterial sexually transmitted infections in eastern Europe, 1995–2005. *Sexually Transmitted Infections*, vol. 86, No. 1, pp. 6–14.
- Van de Walle, Francine (1986). Infant mortality and the European demographic transition. In *The Decline of Fertility in Europe*, Ansley Coale and Susan Watkins, eds. Princeton: Princeton University Press, pp. 201–33.
- Visaria, L. (2009). Fertility transition: lessons from South India. In *Handbook of Population and Development in India*, A.K.S. Kumar, P. Panda and R.R. Ved, eds. New Delhi: Oxford University Press.
- Wei, Yan, Quanbao Jiang, and Stuart Basten (2013). Observing the transformation of China's first marriage pattern through net nuptiality tables: 1982–2010. *Finnish Yearbook of Population Research*, vol. 48, pp. 65–75.
- Welti Chanes, C. (2006). Las encuestas nacionales de fecundidad en México y la aparición de la fecundidad adolescente como tema de investigación. *Papeles de Población*, vol. 12, No. 50, pp. 253–75.
- Westoff, Charles F., and Akinrinola Bankole (1995). Unmet need: 1990–1994. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, No. 16. Calverton, Maryland: Macro International.
- WHO (World Health Organization) (2016). *World Malaria Report 2015*. Geneva.
- Wittgenstein Centre (2015). European fertility 2015. Available at <http://www.fertilitydatasheet.org>.
- _____ (2016). European demographic data sheet 2016. Available at www.populationeurope.org.
- Wodon, Quentin et al. (2017). *Economic Impacts of Child Marriage: Global Synthesis Report*. Washington, D.C.: International Bank for Reconstruction and Development, World Bank, and International Center for Research on Women. www.costsofchildmarriage.org.
- World Bank (2017). World Development Indicators. Available at <https://data.worldbank.org/products/wdi>.
- Yoo, Sam Hyun, and Tomáš Sobotka (2018). Ultra-low fertility in South Korea: the role of the tempo effect. *Demographic Research*, vol. 38, No. 22, pp. 549–76.
- YüceDahin, M. Murat, TuĐba Adah, and A. Sinan Türkyilmaz (2016). Population policies in Turkey and demographic changes on a social map. *Border Crossing*, vol. 6, No. 2, pp. 240–66.
- Zeman, Kryštof et al. (2018). Cohort fertility decline in low fertility countries: decomposition using parity progression ratios. *Demographic Research*, vol. 38, No. 25, pp. 651–90.



Asegurando derechos y opciones para todos

Fondo de Población de las Naciones Unidas


605 Third Avenue

New York, NY 10158

Estados Unidos de América

Tel. +1 212 297 5000

www.unfpa.org

 @UNFPA


ISSN: 978-1-61800-034-7

ISBN: 978-92-1-047412-2



9 781618 000347

Número de venta: S.18. III.H.1
S/493/2018

 Impreso en papel reciclado.