

# MUNDOS

# APARTE

La salud y los derechos reproductivos  
en tiempos de desigualdad



## Estado de la Población Mundial 2017

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

### REDACTOR JEFE

Arthur Erken, Director, División de Comunicaciones y Alianzas Estratégicas del UNFPA

### ASESORA SUPERIOR EN INVESTIGACIÓN

Raquel Fernández

### INVESTIGADORES Y AUTORES PRINCIPALES DE LOS CAPÍTULOOS

Mercedes Mateo Díaz  
Robert Engelman  
Jeni Klugman  
Gretchen Luchsinger  
Elyse Shaw

### ASESOR TÉCNICO DEL UNFPA

Howard Friedman

### EQUIPO EDITORIAL

**Editor:** Richard Kollodge

**Editora adjunta y directora de la edición digital:**

Katheline Ruiz

**Desarrollo web:** Hanno Ranck

**Diseño y producción de la edición impresa y el sitio web**

**interactivo:** Prographics, Inc.

© UNFPA 2017

### AGRADECIMIENTOS

Aluisio Barros, Janaina Costa, Inacio Silva y Cesar Victora, del Centro Internacional para la Equidad en Salud de la Universidad Federal de Pelotas (Brasil), analizaron y representaron los datos que muestran la correlación entre la desigualdad en la distribución de la riqueza y las desigualdades en materia de salud materna, neonatal y reproductiva. David Alejandro Huertas Erazo y Zoe Colgin brindaron asistencia en la investigación. Melanie Kruevelis, becaria del programa Mariam K. Chamberlain del Institute for Women's Policy Research, colaboró en las labores de investigación y redacción. A.K. Shiva Kumar también participó en la elaboración de este informe.

Rachel Snow, Directora de la Subdivisión de Población y Desarrollo del UNFPA, y sus compañeros aportaron contenido material, comentarios sobre múltiples borradores y orientaron la investigación. La Subdivisión también agregó los datos regionales de la sección dedicada a los indicadores de este informe.

La División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura y la Organización Mundial de la Salud facilitaron los datos de origen para los indicadores contenidos en el informe.

### 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.

**Fotografía de la cubierta anterior:** © Andrew McConnell/IRC/Panos Pictures

**Fotografía de la cubierta posterior:** © Igor Aleksander/www.igoraleksander.com

# UNFPA

Contribuyendo a un mundo donde  
cada embarazo sea deseado  
cada parto sea sin riesgos y  
cada persona joven alcance  
su pleno desarrollo

# MUNDOS

# APARTE

La salud y los derechos reproductivos  
en tiempos de desigualdad



estado de la población mundial 2017

# ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2017

## PRÓLOGO

página 4

## RESUMEN

El argumento a favor de un mundo más equitativo

página 8

## 1

La desigualdad en el ámbito de la salud y los derechos

página 16

## 2

La intersección entre la desigualdad asociada a la salud y los derechos de las mujeres y la desigualdad económica

página 34

«Las disparidades económicas son solo una de las facetas de la desigualdad».

— Dr. Babatunde Osotimehin

# 3

El precio de la desigualdad

página 60

# 4

Llegar primero a los más rezagados en el camino hacia la igualdad

página 74

# 5

La inclusión al alcance: iniciativas para un mundo más equitativo

página 92

## GRÁFICOS E INDICADORES

página 104





© Frank Heuer/laif/Redux

*Mientras que algunos hogares privilegiados manejan presupuestos millonarios...*

*...cientos de millones de familias se las arreglan a duras penas con 1,25 dólares al día, o menos.*

© Mark Tuschman



# PRÓLOGO

En el mundo actual, la disparidad en la distribución de la riqueza ha aumentado de manera alarmante. Miles de millones de personas se mantienen en los quintiles más pobres, con lo que se vulneran sus derechos humanos y se truncan sus posibilidades de una vida mejor. En el extremo opuesto, los recursos y privilegios crecen a un ritmo desenfrenado que aleja al mundo del ideal de igualdad consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

En estos momentos, según los cálculos de Wealth-X, la riqueza combinada de 2.473 multimillonarios supera los 7,7 billones de dólares, equivalente al producto interno bruto combinado de las cuatro quintas partes de los países del mundo en 2015 —por increíble que parezca—. Por tanto, mientras que algunos hogares privilegiados manejan presupuestos millonarios, cientos de millones de familias se las arreglan a duras penas con 1,25 dólares al día, o menos.

Este es un camino que nos conduce al desastre. El enorme abismo que separa a los más ricos de los más pobres no solo constituye una situación injusta, sino que además representa un riesgo para las economías, las comunidades y las naciones. En 2015, en reconocimiento de tal riesgo, los Gobiernos del mundo acordaron que el camino del desarrollo sostenible durante los próximos 15 años debía asentarse sobre los pilares de la igualdad, la inclusividad y el disfrute universal de los derechos.

La desigualdad suele entenderse en términos de ingresos o riqueza, la línea divisoria que separa a los ricos de los pobres. Pero, en realidad, las disparidades económicas son solo una de las facetas de la desigualdad. Existen muchas otras dimensiones de carácter social, racial, político e institucional que se refuerzan las unas a las otras y en conjunto bloquean las esperanzas de mejora de las personas marginadas.

La desigualdad de género y la disparidad en el disfrute de la salud y los derechos sexuales y reproductivos son dos aspectos fundamentales que no reciben suficiente atención, especialmente el último. Aunque ninguna de estas dimensiones explica por completo la desigualdad en el mundo actual, son piezas esenciales que demandan mayor iniciativa. De lo contrario, muchas mujeres y niñas permanecerán atrapadas en un círculo vicioso de pobreza, capacidades reducidas, e imposibilidad de ejercer sus derechos humanos y desarrollar su



© Mark Tuschman



© UNFPA/Nicolas Axelrod

potencial —en especial, en los países en desarrollo, donde las diferencias son más pronunciadas—.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar en los países en desarrollo, por ejemplo, suele ser mayor entre las mujeres del 20% de los hogares más pobres. Sin acceso a métodos anticonceptivos, las mujeres pobres, en particular las que tienen menor escolaridad y viven en áreas rurales, están más expuestas a la fecundidad no deseada. Esto puede traer como consecuencia riesgos para la salud y tiene repercusiones económicas en su curso

de vida posterior. La falta de capacidad para decidir si desean quedarse embarazadas, cuándo o con qué frecuencia, puede limitar su acceso a la educación, retrasar su incorporación a la fuerza de trabajo remunerada y reducir sus ingresos.

Por tanto, ampliar la disponibilidad y accesibilidad de la información y los servicios dará pie a mejores resultados en el ámbito de la salud reproductiva. Pero esto no es más que una parte de la solución. A menos que comencemos a hacer frente a las desigualdades estructurales y multidimensionales

© Pep Bonet/NOOR



© UNFPA/Nicolas Axelrod





© Fernando Moleres/Panos Pictures



© Tommy Trenchard/Panos Pictures

en el seno de las sociedades, nunca alcanzaremos el nivel más alto de salud sexual y reproductiva para todos. Es decir, el nivel previsto por los 179 Gobiernos que aprobaron el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, que orienta la labor del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La CIPD afirmó que la reducción de las disparidades que afectan a las mujeres y las niñas en ámbitos como el de los ingresos, la educación y el empleo, entre otros, dependerá en gran medida de que se les facilite el

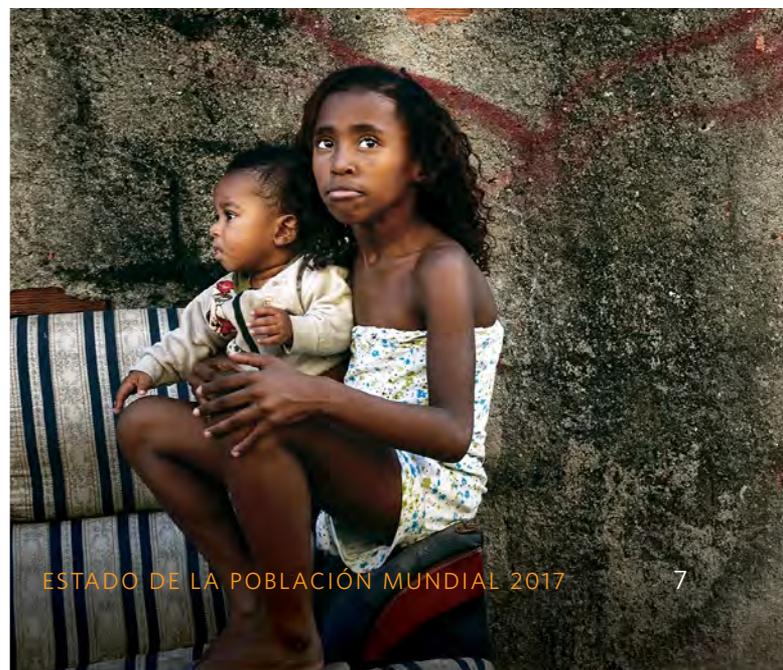
ejercicio pleno de sus derechos reproductivos. Si los objetivos de la CIPD —y la nueva Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible— se cumplen, la humanidad estará en camino de lograr un mundo más equitativo, con economías más dinámicas e inclusivas. Y lo que es aún más importante, garantiremos la dignidad humana para cada mujer y cada niña, en todas partes.

**Dr. Babatunde Osotimehin (1949–2017)**  
Secretario General Adjunto de las Naciones Unidas  
y Director Ejecutivo  
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

© Trygve Bolstad/Panos Pictures



© Kadir Van Lohuizen/NOOR



## Nació en una familia sin recursos en una comunidad rural de un país pobre.

*A diferencia de su hermano o de otros familiares más acomodados que viven en la ciudad, está expuesta a quedar atrás en un mundo que avanza aceleradamente.*

*A medida que crezca, es posible que asista a la escuela, aunque es muy probable que esté escolarizada menos años que los niños de su edad y que su educación termine de manera prematura, bien porque contraiga matrimonio joven, bien porque se espere de ella que cuide de sus hermanos más pequeños. Para cuando llegue a la pubertad, puede que sepa encargarse de las tareas del hogar y cultivar el campo, pero posea pocas capacidades adicionales que faciliten su incorporación a la fuerza de trabajo remunerada en el futuro.*

*Si bien su hermano puede albergar la esperanza de viajar a la ciudad y encontrar un empleo decente algún día, en su caso es más probable que permanezca en el hogar y tenga hijos incluso antes de superar la adolescencia. Dar a luz a una edad temprana constituye un riesgo en sí mismo al que se sumarán los peligros propios de la vida en una comunidad rural que carece de servicios de salud materna de calidad.*

*De cara al futuro, puede esperar que sus hijos —en particular las niñas— hereden al menos algunas de las disparidades que padece.*

*Atrapada en una maraña de desigualdades, es posible que en algún momento alcance a ver un mundo diferente, de mayor prosperidad y fuera de su alcance. Puede que entonces se pregunte por qué ella tiene tan poco y tan escasas oportunidades de prosperar.*





RESUMEN

---

# El argumento a favor de un mundo más equitativo

© Abbie Traylor-Smith/Panos Pictures

## Derechos sin ejercer, perspectivas de futuro desiguales

Hoy por hoy, ningún país —ni siquiera los que se consideran más ricos y desarrollados— puede describirse como una nación totalmente inclusiva en la que todas las personas disfrutan de igualdad de oportunidades y protección y ejercen plenamente sus derechos humanos.

Entre los derechos humanos acordados internacionalmente, el derecho a la salud sexual y reproductiva desempeña un papel central para el bienestar humano. Este derecho fue ratificado por 179 Gobiernos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994. Conforme al Programa

de Acción, los derechos individuales y la dignidad —incluidos la igualdad de derechos de las mujeres y las niñas, y el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos— son condición previa para el logro del desarrollo sostenible.

Sin embargo, sigue habiendo numerosas brechas en el cumplimiento de los compromisos. Algunos de los peores casos se dan en las mujeres y niñas que ya padecen otras formas de exclusión —en especial la pobreza—. En numerosos países en desarrollo, las mujeres pobres —con ingresos situados en el 20% más bajo de la escala— y, en especial, las que viven en zonas rurales, presentan muchas menos probabilidades de disfrutar de acceso a anticonceptivos o atención de salud durante el embarazo y el parto que las mujeres más ricas de las zonas urbanas.

## En 34 países, LAS BRECHAS EN MATERIA DE INGRESOS AUMENTARON entre 2008 y 2013

© Pep Bonet/NOOR





© Mark Tuschman

## En 68 países, se registraron en 2016 BRECHAS ENTRE LOS GÉNEROS SUPERIORES a las de 2015

Por lo que respecta a las adolescentes —que, además, deben enfrentar a las vulnerabilidades asociadas con la juventud—, la tasa de fecundidad de las que residen en el 20% de los hogares más pobres es casi tres veces superior a la de las adolescentes del 20% de los hogares más ricos. Además, el número de partos entre las adolescentes que residen en zonas rurales duplica el de las que viven en zonas urbanas.

### Las múltiples facetas de la desigualdad

La desigualdad se suele considerar principalmente una distribución desequilibrada de la riqueza o los ingresos. No obstante, se trata de un fenómeno complejo con múltiples facetas (racial, género, origen étnico, área de residencia urbana o rural), y cada una

de ellas es síntoma y causa de las distintas formas de disparidad.

Esta variedad de desigualdades, que suelen superponerse las unas a las otras, atrapa a las personas en una espiral descendente de privaciones y potencial humano desaprovechado. Algunas personas tienen las oportunidades y capacidades para detener esa trayectoria nociva, otras no disponen de las medidas necesarias.

Si bien en los últimos años la desigualdad entre los países ha empezado a disminuir, esta se ha agravado en muchos países. En al menos 34 países —donde los ingresos del 60% de la población más rico experimentaron una subida más rápida que los del 40% más pobre— las brechas aumentaron entre 2008 y 2013. En muchos casos, las personas

que se quedan atrás también salen perdiendo desde el punto de vista del acceso a servicios de salud de calidad y otros servicios esenciales para el bienestar y los derechos humanos.

La dimensión de género es otro aspecto de la desigualdad que está empeorando en algunas partes del mundo. Esta dimensión incide en todas las esferas de la vida y está correlacionada, en gran medida, con la desigualdad económica, aunque hay otros factores que también influyen, como el acceso desigual a los servicios de salud sexual y reproductiva.

El índice mundial de disparidad entre los géneros del Foro Económico Mundial capta las diferencias entre hombres y mujeres en materia de acceso a

los recursos y las oportunidades, entre otras, en los ingresos y la participación en la fuerza de trabajo, la educación, la salud y el empoderamiento político. De los 142 países que abarcó el índice en 2016, en 68 se registraron brechas entre los géneros superiores a las del año anterior.

### **La desigualdad, y la salud y los derechos sexuales y reproductivos**

La exclusión producto de múltiples causas que se refuerzan mutuamente puede acarrear profundas consecuencias. Si bien suelen recibir escasa atención, las desigualdades en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos repercuten en numerosas esferas, desde la individual hasta la nacional. La

© Michelle Siu/Redux



intersección con otras formas de desigualdad conlleva una probabilidad muy baja de que una mujer pobre de una zona rural, sin estudios ni la posibilidad de tomar decisiones en relación con sus embarazos reciba educación o se incorpore a la fuerza de trabajo remunerada. Como resultado, seguramente quedará atrapada en la pobreza y la marginación.

Cuando son millones de mujeres las que hacen frente a privaciones similares, el precio que pagan las sociedades y las economías en su conjunto es aún más elevado. Las perspectivas empeoran en relación con el ejercicio de los derechos humanos y la consecución de una sociedad justa y estable, así como de una economía inclusiva y sostenible.

Una hoja de ruta alternativa que contemple múltiples desigualdades, incluidas aquellas en salud sexual y reproductiva, puede desencadenar una serie de beneficios para la salud, el desarrollo del capital humano y la erradicación de la pobreza.

Los países más pobres con una población joven grande o creciente que reducen las brechas en los servicios de salud sexual y reproductiva y promueven la igualdad de género se benefician además del potencial para aprovechar y maximizar un dividendo demográfico, que se genera en parte cuando se dispone de una fuerza de trabajo compuesta por más personas sanas y productivas con menos familiares a cargo.

© Johan Ordonez/AFP/Getty Images





© Jacob Silberberg/Panos Pictures

### Compromisos con el cambio

La legislación internacional ha establecido una amplia variedad de derechos políticos, económicos, sociales y culturales, que comprenden los derechos humanos de grupos especialmente vulnerables a la exclusión, como las mujeres y los niños. Desde que se acordó el Programa de Acción en 1994, los pueblos se han movilizad para ampliar los servicios de salud sexual y reproductiva por todo el planeta, y se han reducido las brechas entre los países. Son más aquellos en los que el acceso está mejorando que en los que no, tanto en las zonas urbanas como en las rurales, y en distintos niveles de ingresos.

Pese a ello, las disparidades no se están eliminando con suficiente rapidez, por ejemplo, con miras al cumplimiento de los ambiciosos objetivos recién

acordados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que, ratificada por 193 países, traza un plan mundial del progreso de aquí a 2030. La Agenda 2030 identifica la pobreza como el mayor desafío y hace un llamado a librar al mundo de esta «tiranía», sin dejar a nadie atrás.

Además, hace hincapié en la necesidad de que todas las sociedades y las economías sean inclusivas. En sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible se incluyen medidas vinculadas a la igualdad, como la meta relativa a la atención médica universal. El Objetivo 5 se orienta a lograr la igualdad de género, y el 10, a reducir la desigualdad en los países y entre ellos. Todos los objetivos son interdependientes, es decir, el avance en la consecución del conjunto depende del progreso logrado en cada uno de ellos.

## Detener la espiral descendente

Con el objetivo de poner fin a la espiral descendente de la desigualdad, necesitamos un proyecto de sociedades inclusivas y prosperidad compartida que se fundamente en los principios de los derechos humanos y con el sustento de recursos adicionales y dirigidos a metas concretas.

Es preciso que las medidas combatan en múltiples frentes todas las formas de desigualdad —sociales y económicas— y hagan frente tanto a las consecuencias como a las causas de raíz, dado que cualquiera de estos factores puede impedir el progreso de las personas y las sociedades.

En el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, algunos países han marcado el camino a seguir, por ejemplo incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva en otros objetivos de alcance más amplio con el propósito de facilitar el acceso universal a la salud. Las inversiones

en salud reproductiva pueden garantizar que todo el mundo disfruta de los derechos reproductivos —no solo las personas más acomodadas— y, además, generan beneficios para toda la sociedad. En la República de Corea, por ejemplo, las inversiones en salud —incluidos los servicios de salud reproductiva—, complementadas con otras destinadas a la educación, contribuyeron a generar un «milagro económico» que creó oportunidades nuevas para todos.

Las sociedades inclusivas son una elección consciente y viable que se construye a través de leyes y políticas públicas, normas sociales y servicios adecuados. Es hora de que todos los países y la comunidad internacional se comprometan plenamente con esa opción. Al fin y al cabo, todos salimos ganando con el respeto universal a la dignidad y los derechos humanos sin excepciones, y cuando no se deja a nadie atrás.

© Mark Tuschman/Planned Parenthood Global





© Paolo Patruno

## CAPÍTULO 1

---

# La desigualdad en el ámbito de la salud y los derechos

Tener la información, la capacidad y los medios para decidir si quedarse embarazada, cuándo y con qué frecuencia es un derecho humano universal. Así lo acordaron 179 Gobiernos con motivo de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994.

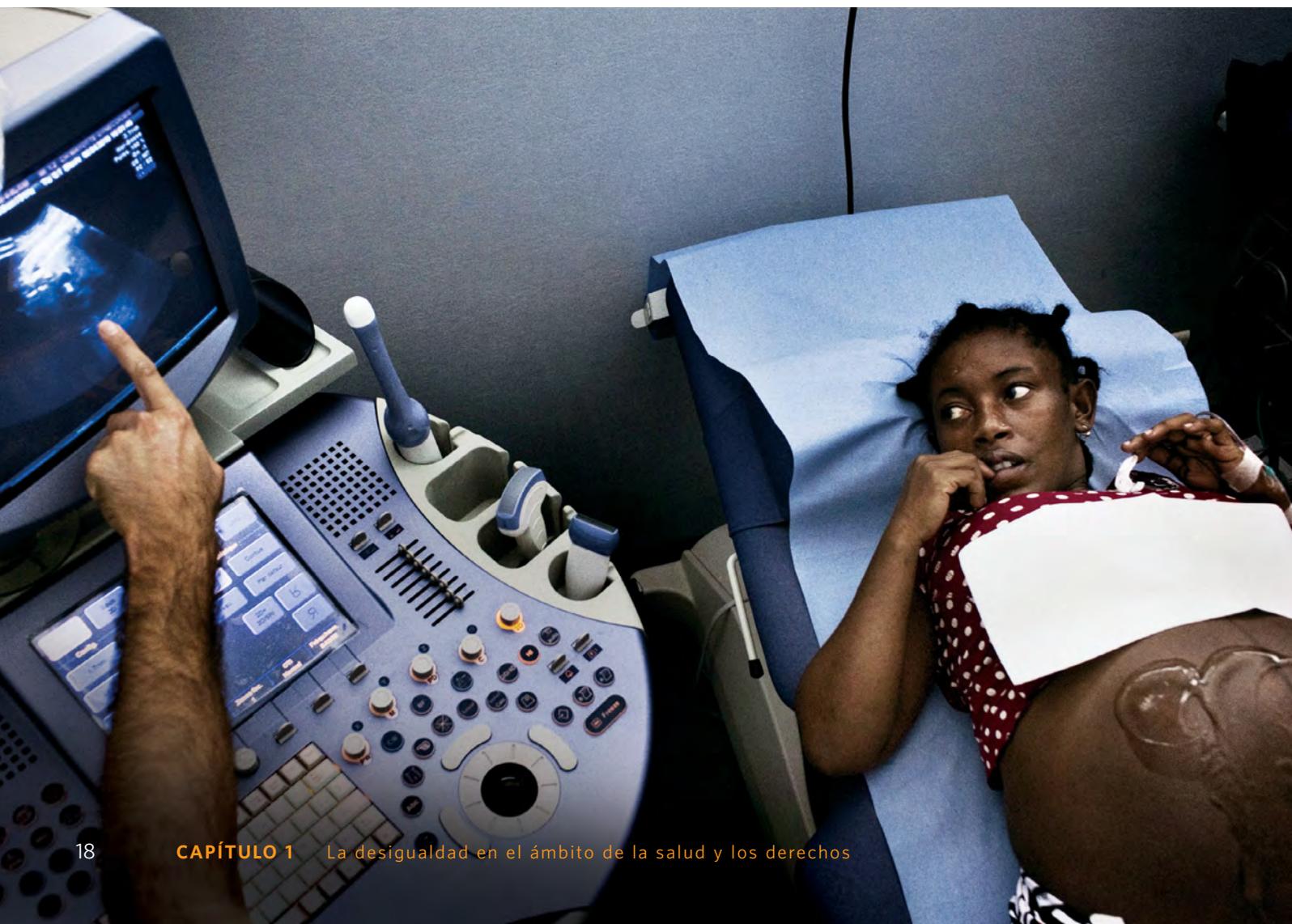
Un derecho universal se aplica a todo el mundo en todas partes, independientemente de sus ingresos, origen étnico, lugar de residencia o cualquier otra característica. Pero la realidad es que, hoy por hoy, ese derecho está lejos de disfrutarse universalmente en el mundo en desarrollo, ya que hay cientos de millones de mujeres a quienes les sigue resultando difícil obtener información, servicios y suministros para evitar un embarazo o dar a luz de manera segura.

La capacidad de una mujer para ejercer sus derechos reproductivos depende en parte de si vive en una ciudad o en una zona rural, de su nivel de estudios y de su situación de riqueza o pobreza.

Por ejemplo, es probable que una mujer con educación que viva en un hogar acomodado en una ciudad tenga acceso a una gama completa de opciones anticonceptivas modernas; disfrute del poder de decidir si desea quedarse embarazada, cuándo y con qué frecuencia; y, cuando elija quedarse embarazada, pueda dar a luz de manera segura en un hospital o dispensario bajo el cuidado de profesionales de la salud.

Por el contrario, es probable que una mujer pobre con un nivel educativo bajo que viva en una zona rural disponga de pocas alternativas para evitar quedarse embarazada, mantenerse sana durante la

© Francesco Zizola/NOOR



gestación o disfrutar de asistencia calificada durante el parto. Además, puede que al intentar ejercer sus derechos reproductivos deba enfrentar obstáculos de carácter social e institucional que las mujeres con educación que residen en un contexto urbano y acomodado, bien no enfrentan nunca, o, si los enfrentan, podrán superar fácilmente.

Las desigualdades en la salud sexual y reproductiva están relacionadas con la desigualdad económica. Actualmente, en la mayoría de los países en desarrollo el acceso más bajo a los servicios básicos de salud sexual y reproductiva se registra, por lo general, en el 20% de los hogares más pobres, y el más alto, en el 20% de los más ricos.

Las encuestas demográficas y de salud de las mujeres y los hombres en los países en desarrollo y algunos

países desarrollados han recopilado una cantidad considerable de datos sobre el acceso y los resultados relacionados con la salud sexual y reproductiva. Esta información revela niveles de desigualdad variados, incluso en los casos en que se han mejorado el acceso y los resultados. En este capítulo se exponen la situación y las tendencias de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, y se correlacionan con las desigualdades económicas.

### Satisfacer la necesidad de anticonceptivos: dos dimensiones de la desigualdad

Una medición del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es la medida en que una mujer que desea utilizar métodos anticonceptivos modernos

© Abbie Traylor-Smith/H4+/Panos Pictures

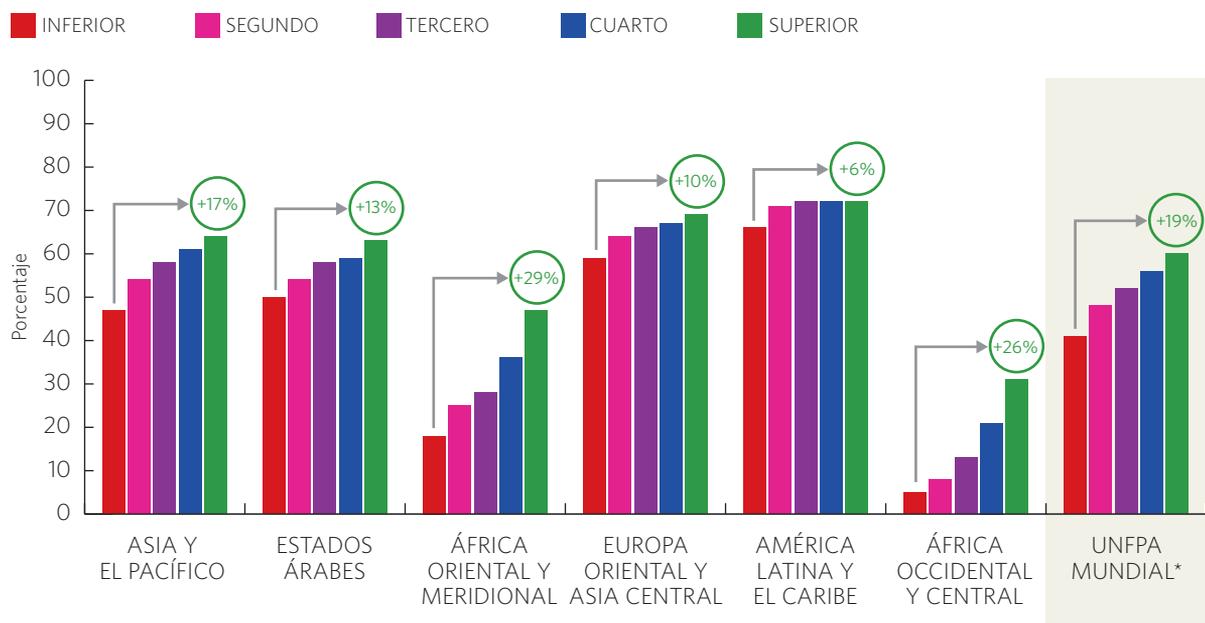


disfruta de acceso a ellos. La disponibilidad de servicios de planificación familiar es un elemento fundamental, no solo para la salud reproductiva, sino también para la igualdad económica y social, ya que los embarazos no planeados limitan las oportunidades de las mujeres de cursar estudios, así como su participación cívica y progreso económico.

El uso de métodos anticonceptivos por mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años casadas o que viven en una unión libre varía en gran parte de los países en desarrollo según el grupo de ingresos (gráfico 1). Los datos disponibles sugieren que, en la mayoría de ellos, el uso de anticonceptivos es menor entre las mujeres más pobres, de las zonas rurales o con mayores carencias educativas que entre

las mujeres más ricas, de las zonas urbanas y con un nivel de estudios superior (UNFPA, 2013a). No obstante, hay excepciones que revelan un uso de la planificación familiar más equitativo en términos generales. En Bangladesh, Bhután, Camboya y Tailandia, por ejemplo, las tasas de uso de anticonceptivos son más altas entre el 20% más pobre de la población que entre el 20% más rico. En estos países y algunos otros, los esfuerzos dirigidos a ampliar la cobertura de los servicios de planificación familiar han dado lugar a un acceso prácticamente universal a los métodos anticonceptivos modernos, y a tasas casi idénticas de uso de anticonceptivos en la escala de riqueza —entre los hogares más ricos y más pobres—.

**GRÁFICO 1 Tasas de uso de anticonceptivos en mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años casadas o que viven en una unión libre, por región y quintil de riqueza**



\*Promedio ponderado de los 155 países y territorios en los que el UNFPA desempeña su labor.

**Nota:** gráfico elaborado a partir de los datos más recientes disponibles.

**Fuente:** UNFPA (2016b)

El uso de anticonceptivos también varía según el lugar de residencia. A lo largo y ancho del mundo en desarrollo, el uso de anticonceptivos está más extendido en las ciudades que en las zonas rurales (gráfico 2); las brechas más grandes se dan en África Subsahariana.

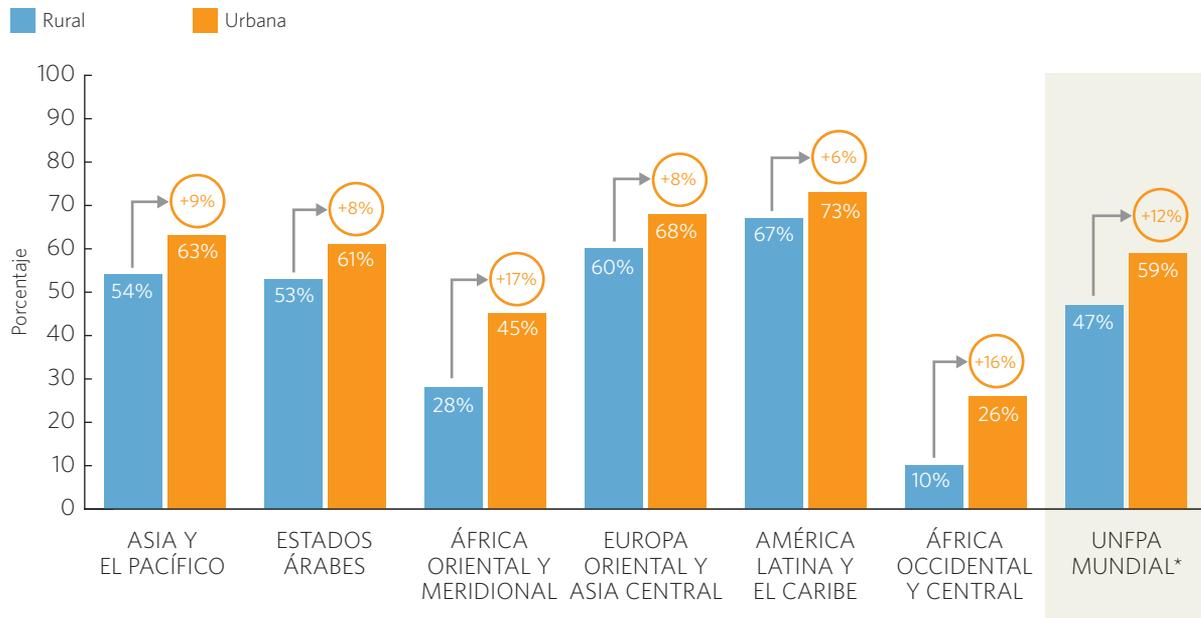
Un análisis de los datos sobre la proporción de la demanda de planificación familiar satisfecha a través de métodos anticonceptivos modernos pone de manifiesto que las mujeres casadas o que viven en una unión libre en los países menos adelantados no gozan del mismo acceso que las mujeres que viven en otros países en desarrollo. Además, indica que, independientemente de los grupos de ingresos de un país, el quintil más rico de la población nacional disfruta, en promedio, del mayor acceso, y el quintil más pobre, del menor (gráfico 3). Al mismo

tiempo, las mujeres de las zonas urbanas tienen más facilidades para satisfacer su demanda de métodos anticonceptivos modernos que las de las zonas rurales.

Las desigualdades basadas en la riqueza más marcadas desde el punto de vista de la satisfacción de la demanda de servicios de planificación familiar se registran en África Occidental y Central, seguida de África Oriental y Meridional. En 13 de los 20 países de África Occidental y Central, la probabilidad de que se satisfaga la necesidad de anticonceptivos de las mujeres del 20% de los hogares más acomodados duplica a la del 20% de los hogares más pobres.

Las desigualdades basadas en la riqueza son menos pronunciadas en Asia y el Pacífico, Europa Oriental y Asia Central, y en América Latina y el Caribe.

**GRÁFICO 2** Tasas de uso de anticonceptivos en mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años casadas o que viven en una unión libre, por lugar de residencia



\*Promedio ponderado de los 155 países y territorios en los que el UNFPA desempeña su labor.

**Nota:** gráfico elaborado a partir de los datos más recientes disponibles.

**Fuente:** UNFPA (2016b)

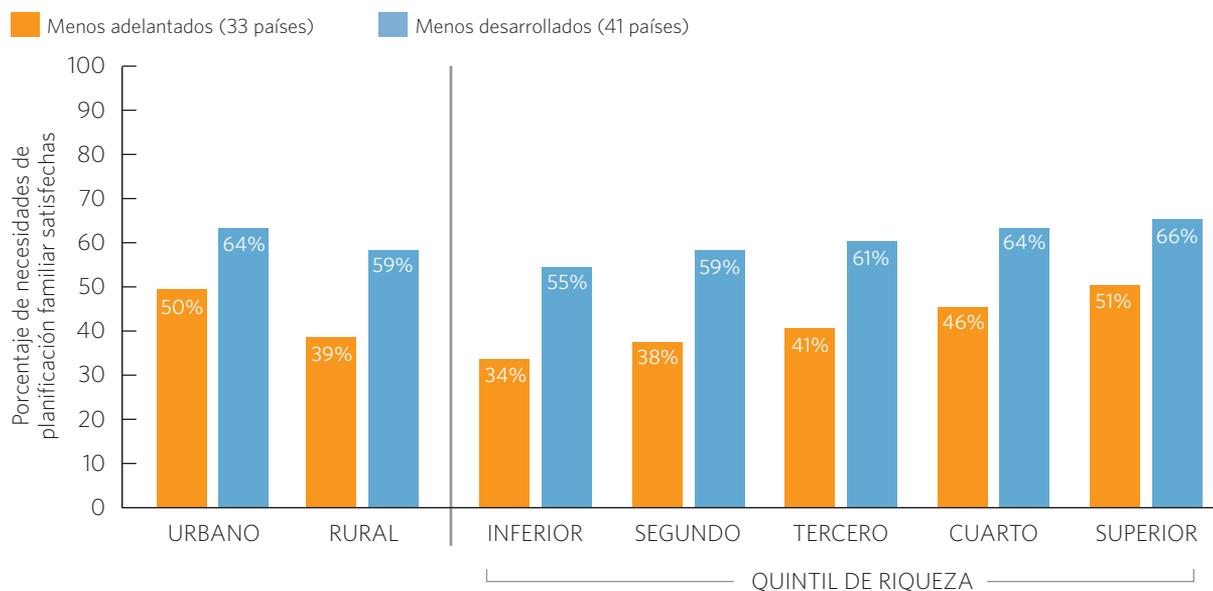


© Mark Tuschman



© Jonathan Torgovnik/Getty Images Reportage

**GRÁFICO 3** Porcentaje de necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos anticonceptivos modernos, por nivel de desarrollo, lugar de residencia y quintil de riqueza (año más reciente disponible)

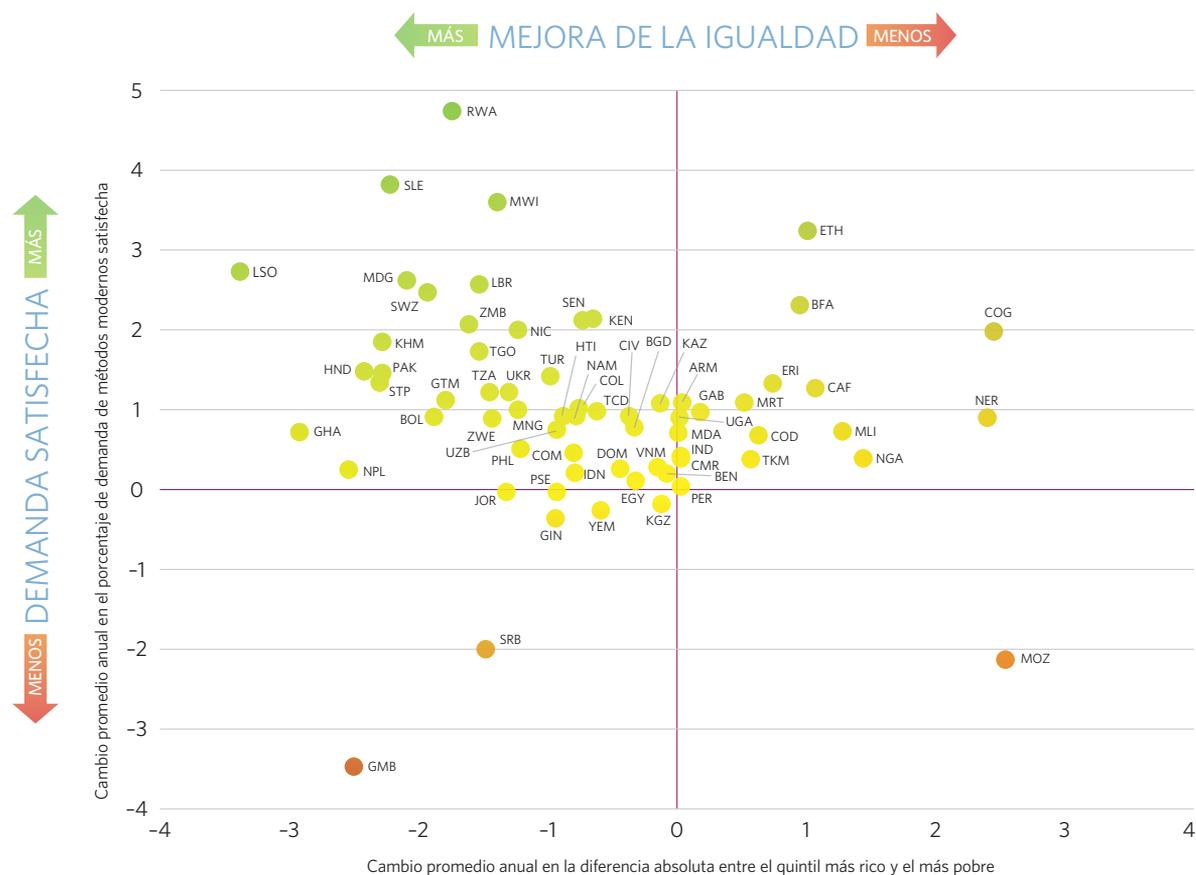


Numerosos países en desarrollo han mejorado su capacidad de suministro de anticonceptivos modernos a las mujeres que desean evitar o postergar un embarazo, así como de reducción de la desigualdad basada en la riqueza al responder a dicha demanda (gráfico 4).

Cada uno de los puntos del gráfico 4, y otros similares de este capítulo, representa un país. Su posición en el eje X señala el cambio medio anual de la brecha —la diferencia— en el porcentaje de necesidades de planificación familiar —de mujeres y adolescentes casadas o que viven en una unión libre— que se satisfacen con métodos anticonceptivos modernos del

quintil de riqueza superior frente al inferior en un país dado. Por tanto, cuanto más a la izquierda esté situado un país, más rápidamente habrá conseguido reducir la desigualdad absoluta. Su posición en el eje Y mide el cambio medio en el porcentaje de mujeres cuyas necesidades de métodos de planificación familiar se satisfacen con anticonceptivos modernos. Esto significa que cuanto más distante por encima de la línea cero se encuentre un país, más rápido habrá sido el incremento de su cobertura a lo largo del tiempo; por el contrario, cuanto más lejos por debajo de la línea horizontal, mayor habrá sido la disminución

**GRÁFICO 4** Cambio anual en el porcentaje de necesidades de planificación familiar satisfechas mediante anticonceptivos modernos, y en la diferencia entre el quintil más pobre y el más rico



Los códigos corresponden a los países y territorios enumerados en la página 104.

de las necesidades de planificación familiar satisfechas. Si se consideran los cuadrantes del gráfico, la mayoría de los países se encuentran en el cuadrante izquierdo superior, es decir, la demanda satisfecha aumentó y la desigualdad se redujo a lo largo del tiempo. Los países que registran mejor desempeño, como Rwanda o Sierra Leona, se sitúan en el extremo superior izquierdo. El cuadrante superior derecho es el segundo donde se concentran mayor número de países e indica que la demanda satisfecha aumentó a lo largo del tiempo pero también aumentaron las desigualdades. En Etiopía, por ejemplo, se consiguió incrementar la satisfacción de la demanda, pero aumentó la diferencia entre el quintil más pobre y el más rico, en promedio, un 1% anual. Los datos sobre países específicos corresponden a años diferentes, pero, por lo general, cubren el decenio más reciente.

Algunos países han logrado avanzar más en la reducción de la desigualdad en materia de acceso a métodos anticonceptivos, mientras que otros han ampliado la cobertura de los servicios de control natal o han progresado en ambos frentes.

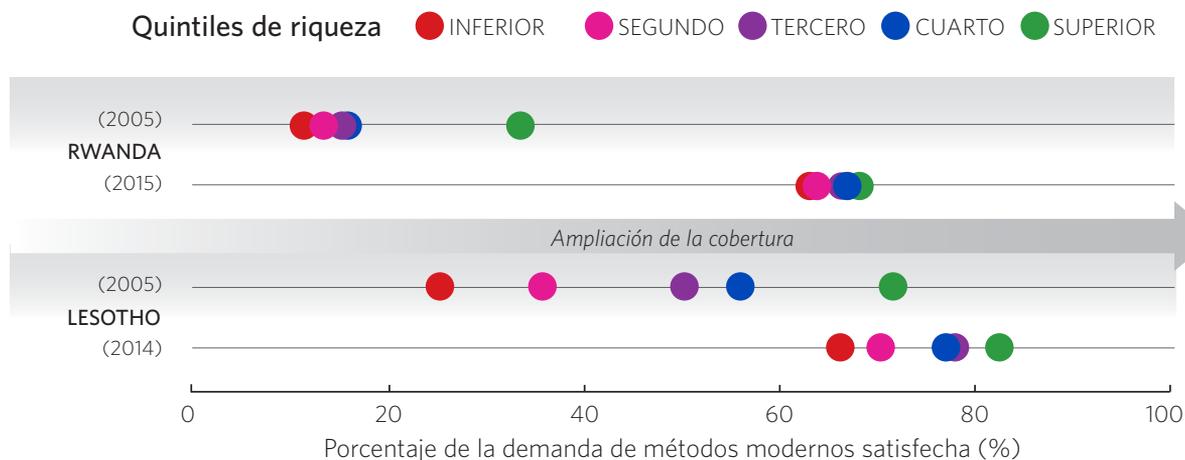
En el gráfico 5, cada punto —semejante a las cuentas de un ábaco— representa 1 de los 5

quintiles de riqueza posicionado según la proporción de demanda de anticonceptivos modernos satisfecha. La proximidad de los puntos indica una reducción de la desigualdad entre dos puntos en el tiempo. El desplazamiento general hacia la derecha significa que, de manera general, se ha mejorado la cobertura de anticonceptivos modernos.

El gráfico 5 muestra los dos países que lograron mayores progresos en la reducción de las desigualdades desde el punto de vista de la demanda de métodos anticonceptivos modernos en los distintos quintiles de riqueza (Lesotho) y en la ampliación de la cobertura de tales métodos (Rwanda) a lo largo de un decenio.

Rwanda transformó tanto el acceso como la igualdad entre 2005 y 2015. Destaca en especial la posición relativamente adelantada del quintil más rico en relación con el resto en 2005, pese a que menos del 40% de la demanda de planificación familiar de este quintil se satisfacía mediante anticonceptivos modernos. Diez años más tarde, las brechas entre los cinco quintiles se habían reducido notablemente, con un porcentaje de acceso de cerca del 70%.

**GRÁFICO 5** Porcentaje de la demanda de planificación familiar satisfecha mediante anticonceptivos modernos en Rwanda (2005 y 2015) y Lesotho (2005 y 2014), por quintil de riqueza



## El acceso más reducido a los servicios de atención prenatal se registra entre las mujeres más pobres

La atención prenatal permite garantizar que la madre y el feto disfruten de condiciones de salud óptimas. Proporciona, asimismo, una plataforma para la promoción de la salud y la educación, facilita el diagnóstico inicial y de los riesgos, y puede ayudar a prevenir o controlar las enfermedades relacionadas con el embarazo.

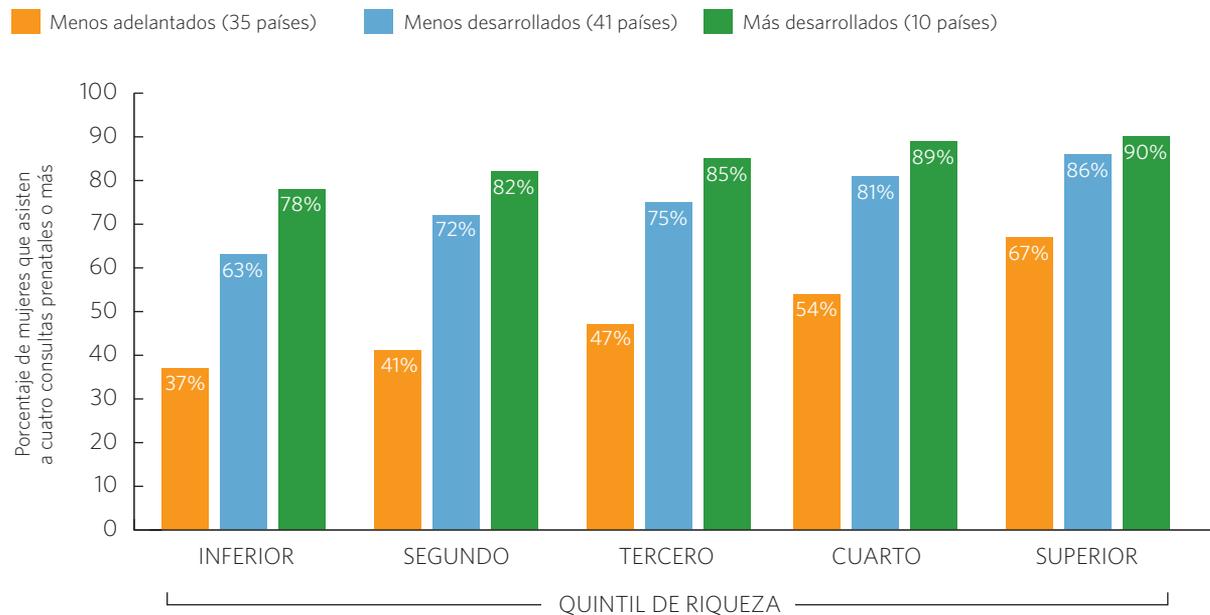
Hasta noviembre de 2016, se consideraba que el número mínimo de visitas prenatales a cargo de un proveedor de servicios de salud necesarias para garantizar un embarazo seguro y sano era de cuatro. Las mujeres del 20% de los hogares más pobres tienen el acceso más reducido a la atención prenatal, en comparación con otros quintiles de riqueza.

Aunque el acceso a estos servicios va en aumento en todo el mundo, las mujeres en los países en desarrollo, en especial África Subsahariana y Asia Meridional, realizan o reciben habitualmente menos de cuatro visitas prenatales. La situación es aún peor en las zonas

rurales, donde los costos asociados con la necesidad de recorrer largas distancias para acceder a los servicios de atención pueden resultar prohibitivos.

La mayor desigualdad basada en la riqueza desde el punto de vista de la atención prenatal se observa en los 48 países menos adelantados. Los países con una cobertura general de servicios de atención prenatal muy baja suelen registrar las disparidades más pronunciadas en el acceso a la atención (gráfico 6). Por ejemplo, en el Afganistán, Etiopía y el Yemen, donde menos del 25% de las mujeres asisten a cuatro o más visitas prenatales, las que viven en zonas urbanas tienen, como mínimo, 2,5 veces más de probabilidades que las de las zonas rurales de recibir el número de visitas recomendado. La desigualdad basada en el lugar de residencia es menos notable en América Latina y el Caribe. En Guatemala, Guyana, Honduras, el Perú y la República Dominicana, por ejemplo, la proporción de mujeres que recibe al menos cuatro visitas de atención prenatal es similar en las zonas urbanas y las rurales.

GRÁFICO 6 **Porcentaje de mujeres que asisten a cuatro o más consultas prenatales, por nivel de desarrollo y quintil de riqueza (año más reciente disponible)**



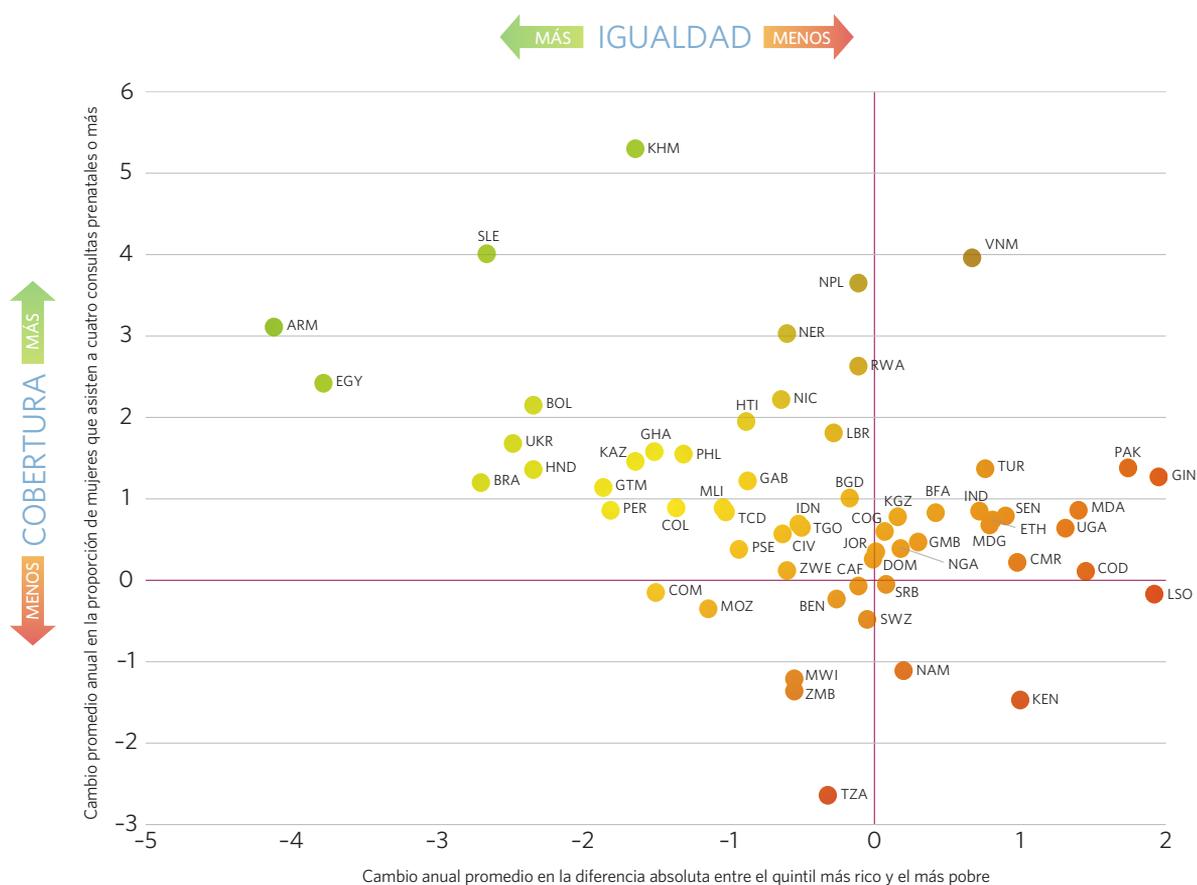
En todo el mundo, las mujeres que viven en el 40% de los hogares más ricos presentan mayores probabilidades de asistir al menos a cuatro consultas de atención prenatal (gráfico 6). En el Chad, Etiopía y el Pakistán, por ejemplo, es cuatro veces más probable que las mujeres del 20% de los hogares más ricos se beneficien de al menos cuatro consultas de atención prenatal que las del 20% de los hogares más pobres.

No obstante, la mayoría de los países sobre los que existen datos disponibles han avanzado en la mejora del acceso a las consultas prenatales y la reducción de la desigualdad basada en la riqueza en este sentido. Los puntos situados en el cuadrante superior izquierdo del gráfico 7 representan las mejoras en el acceso y la igualdad.

Entre los países que abarca el análisis, Camboya registró el progreso más destacado a la hora de garantizar múltiples visitas a cargo de proveedores de servicios de salud a mujeres embarazadas, y la cobertura para el quintil más pobre en 2014 superaba al del más rico en 2005 (gráfico 8). La igualdad en el acceso entre los quintiles más acomodados también experimentó mejoría, aunque modesta.

De todos los países encuestados, la mejora más pronunciada en la igualdad de acceso a las consultas se observó en Armenia. En 2010, no solo mejoraron las posiciones de todos los quintiles de riqueza en relación con las de 2000, sino que, además, el porcentaje de acceso de las mujeres en cualquier quintil de riqueza era prácticamente idéntico —casi el 100%—.

GRÁFICO 7 Cambio anual en la proporción de mujeres que asisten a cuatro consultas prenatales o más, y en la diferencia entre el quintil más rico y el más pobre

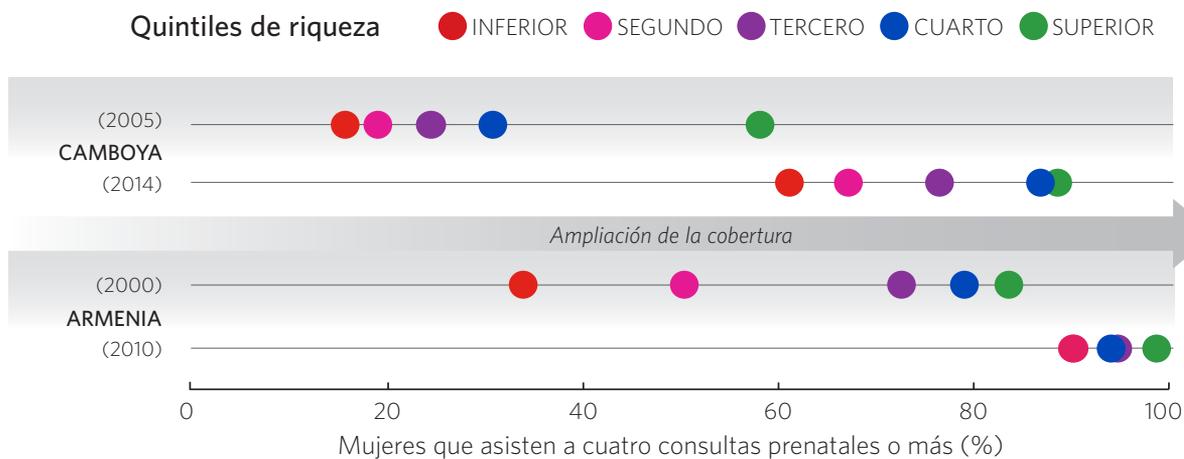


Los códigos corresponden a los países y territorios enumerados en la página 104.



© UNFPA/Nicolas Axelrod

**GRÁFICO 8** Porcentaje de mujeres que asisten a cuatro consultas prenatales o más en Camboya (2005 y 2014) y Armenia (2005 y 2010), por quintil de riqueza





---

En los países en desarrollo,  
es más probable que  
**EL 20%**  
de las mujeres  
**MÁS POBRES  
DÉ A LUZ SIN  
ASISTENCIA**  
a que lo hagan las mujeres  
del quintil más rico

---

## Las mujeres más pobres tienen más probabilidades de dar a luz sin asistencia

Los nacimientos asistidos por personal de salud calificado —como las parteras— son indicativos del acceso a la atención de la salud reproductiva y la Organización Mundial de la Salud los recomienda en todos los nacimientos.

El uso de personal calificado en los partos guarda una relación estrecha con tasas de mortalidad materna más bajas y reducciones de la mortalidad neonatal (Snow *et al.*, 2015).

De la misma manera que en otros indicadores relacionados con la salud reproductiva, la asistencia calificada durante el parto es prácticamente universal en los países más desarrollados y menos común en los países menos adelantados (gráfico 9).

En un informe elaborado por Wang *et al.* (2011) se menciona una relación positiva estrecha entre la riqueza de los hogares y la atención especializada

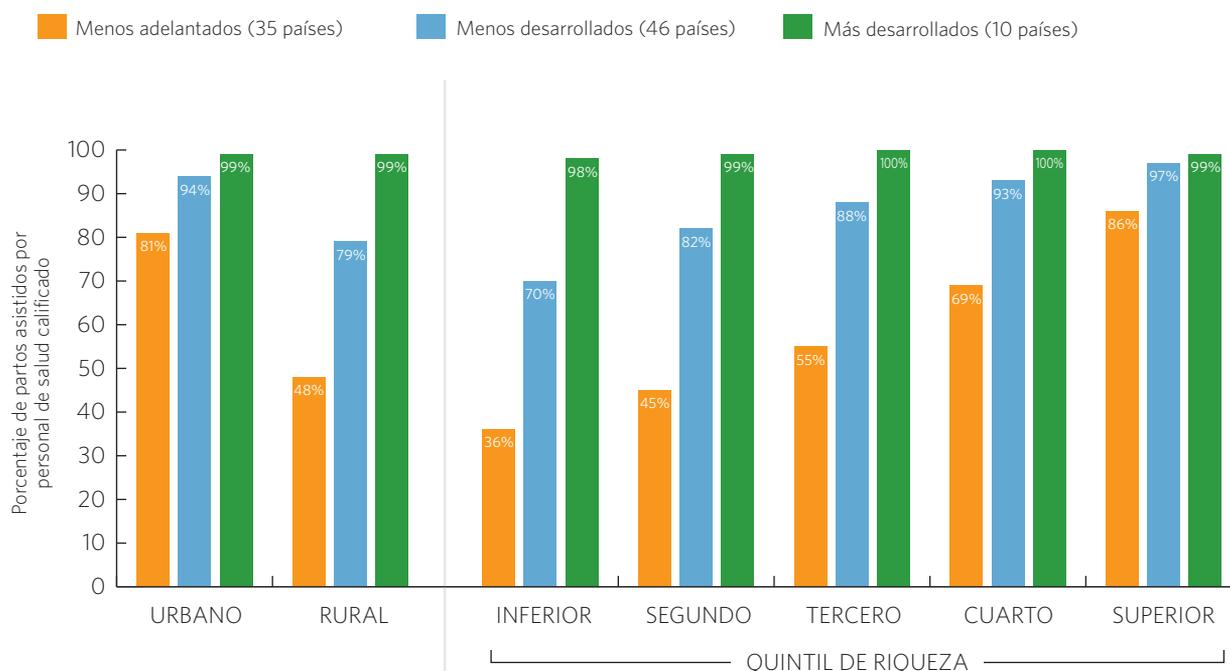
durante el parto. En los países en desarrollo, es mucho más probable que el 20% de las mujeres más pobres dé a luz sin asistencia a que lo hagan las mujeres del quintil de riqueza más alto.

La desigualdad basada en la riqueza desde el punto de vista del uso de atención especializada durante el parto es mayor en África Occidental y Central, seguida de Asia y el Pacífico, y África Oriental y Meridional. En 14 de los 20 países de África Occidental y Central, el uso de asistencia calificada durante el parto entre las mujeres del 20% de los hogares más ricos duplica al de las mujeres del 20% de los hogares más pobres.

En el Afganistán, Bangladesh, el Camerún, Guinea, el Níger y Nigeria, el uso de atención especializada durante el parto es extremadamente bajo entre las mujeres más pobres: menos del 20% frente al 70%, como mínimo, entre las mujeres más acomodadas.

La desigualdad basada en la riqueza desde el punto de vista de la atención calificada durante el parto es prácticamente inexistente en la mayoría de los países

GRÁFICO 9 **Porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado, por categoría de desarrollo, lugar de residencia y quintil de riqueza (año más reciente disponible)**



de Europa Oriental y Asia Central, los Estados Árabes y América Latina y el Caribe.

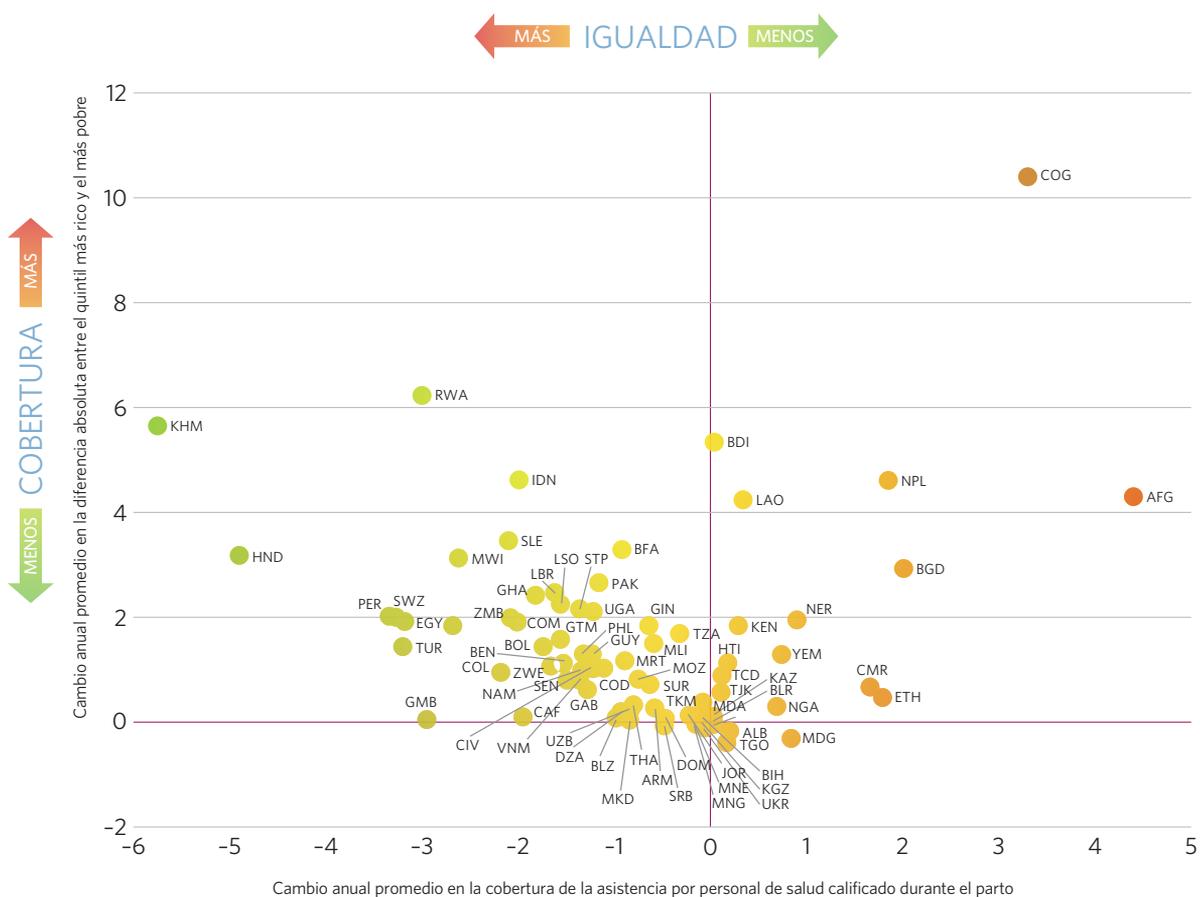
Los puntos situados en el cuadrante superior izquierdo del gráfico 10 representan los países que han progresado en la cobertura y la igualdad de acceso de la asistencia calificada durante el parto en años recientes.

Del grupo de países incluidos en el análisis, la República del Congo consiguió, con diferencia, el avance más significativo en materia de cobertura de la asistencia por personal de salud calificado durante el parto, si bien la igualdad de la cobertura entre los quintiles de riqueza experimentó un descenso de 2005 a 2011 (gráfico 11). En 2011,

el quintil más pobre registraba un porcentaje de asistencia por personal de salud calificado durante el parto superior al que presentaba el quintil más rico tan solo seis años antes. No obstante, el acceso de las mujeres del quintil más pobre a la asistencia calificada durante el parto en 2011 era considerablemente inferior al de otros quintiles, a pesar de la mejora en relación con años anteriores.

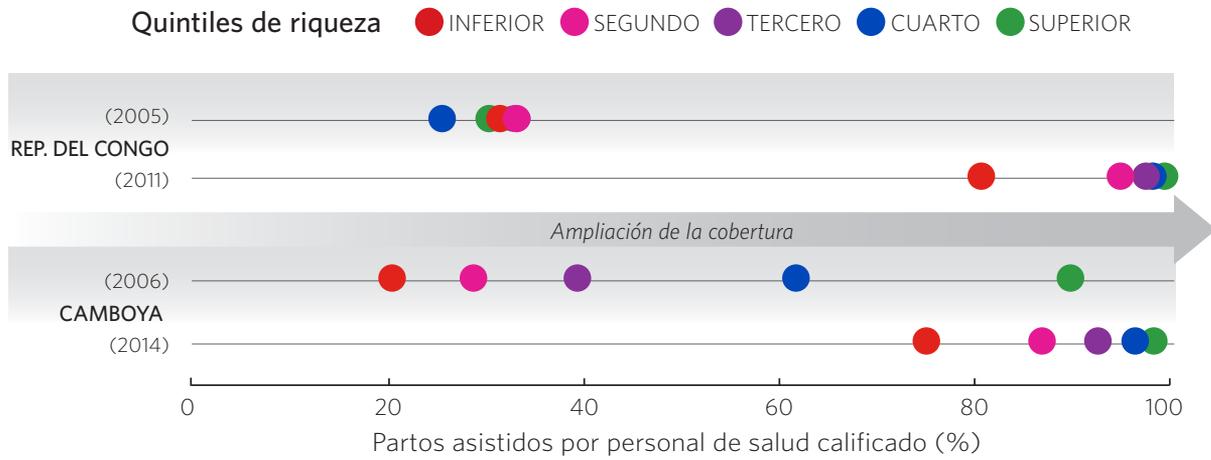
Camboya, por el contrario, presenta una mejora menos marcada en cuanto al acceso a personal de salud calificado durante el parto entre las dos encuestas recientes (2006 y 2014), pero fue el país que más avanzó en la eliminación de desigualdades considerables en el acceso (gráfico 11).

GRÁFICO 10 Cambio anual en la proporción de partos asistidos por personal de salud calificado, y en la diferencia entre el quintil más rico y el más pobre, 2005-2011



Los códigos corresponden a los países y territorios enumerados en la página 104.

GRÁFICO 11 Porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado en la República del Congo (2005 y 2011) y Camboya (2006 y 2014), por quintil de riqueza



© UNFPA/Lynsey Addario para Time Magazine



## Desigualdades en materia de salud materna y supervivencia de los recién nacidos

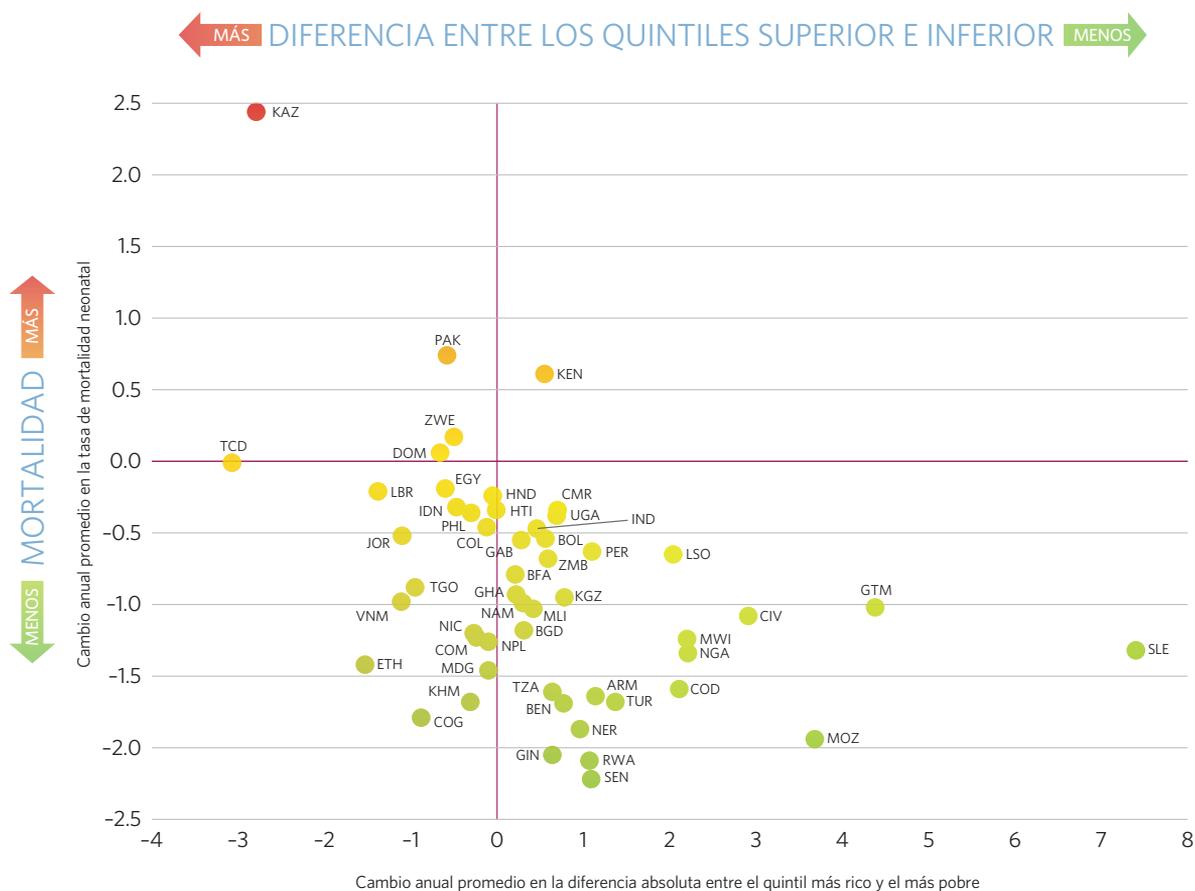
Uno de los indicadores más importantes del acceso y la igualdad en el ámbito de los servicios de salud sexual y reproductiva es el porcentaje de recién nacidos —neonatos— que sobreviven al primer mes de vida. La mortalidad neonatal es señal de una mala salud materna y de una prestación de atención de baja calidad durante el embarazo y el parto. Las tasas de mortalidad neonatal varían en función de si la madre y el recién nacido se encuentran en una zona rural o urbana, o pertenecen al 20% más rico o más pobre de la población.

En general, salvo raras excepciones, la mortalidad neonatal está descendiendo en todos los países. Sin

embargo, en la mayoría crece la desigualdad entre los quintiles de riqueza. En el gráfico 12, el desplazamiento de los puntos situados por debajo de la línea horizontal central indica que un mayor número de recién nacidos sobreviven al primer mes de vida. Por otra parte, la trayectoria de los puntos situados a la derecha de la línea vertical central revela que ha aumentado la desigualdad entre las tasas de supervivencia de los recién nacidos, es decir, la diferencia entre el quintil más pobre y el más rico ha aumentado en años recientes.

Del conjunto de países incluidos en el gráfico, el Senegal presenta la reducción general de la mortalidad neonatal más elevada a lo largo de un período reciente de 10 años, así como un ligero cambio en la diferencia entre el quintil más rico y el más pobre en este indicador (gráfico 13). Por el contrario, la mortalidad neonatal en

GRÁFICO 12 Cambio anual en la tasa de mortalidad neonatal, y en la diferencia entre el quintil más pobre y el más rico



Los códigos corresponden a los países y territorios enumerados en la página 104.

el Chad experimentó pocos cambios en el período de 1996 a 2004. La incidencia de la mortalidad neonatal, no obstante, afectaba a las familias en todos los quintiles de riqueza de manera algo más equitativa.

### Hacia la igualdad en materia de salud y derechos reproductivos

En los países en desarrollo, el acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva y los malos resultados en materia de salud están estrechamente relacionados con la pobreza.

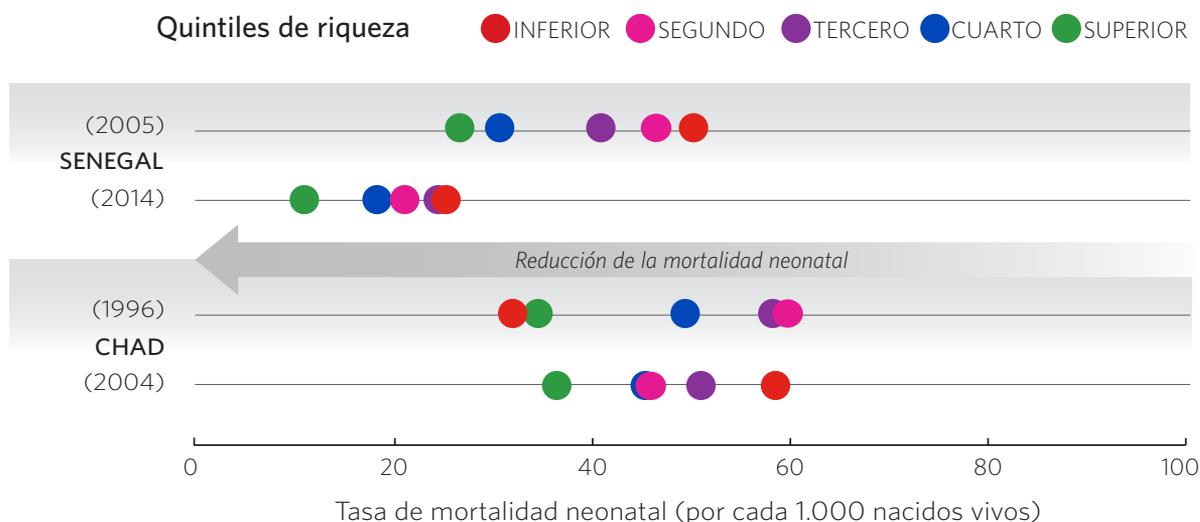
Las mujeres del 20% de los hogares más pobres pueden encontrarse en situaciones en las que existe poco o ningún acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de anticoncepción. Esto se traduce en embarazos no planeados, un mayor riesgo de enfermedad o muerte a causa de complicaciones asociadas al embarazo o el parto, y la falta de asistencia por personal médico, de enfermería o matronas durante el parto y la necesidad consiguiente de dar a luz por sí solas. La mala salud sexual y reproductiva de estas mujeres pobres puede afectar a sus oportunidades, reducir su potencial y consolidar su posición en el peldaño más bajo de la escala económica.

Las mujeres del 20% de los hogares más ricos suelen disfrutar de mejor acceso a la atención y los servicios que les permitirán ejercer sus derechos reproductivos. Los servicios a su disposición pueden facilitar el aprovechamiento de las oportunidades de completar estudios superiores, incorporarse a la fuerza de trabajo remunerada o permanecer en ella, obtener ingresos superiores y desarrollar todo su potencial en la vida. Tales oportunidades refuerzan o impulsan su situación económica y social en sus comunidades o naciones.

Si bien el acceso a los servicios y los resultados en materia de salud reproductiva están relacionados con la posición de una mujer en la parte superior o inferior de la escala de riqueza en un país dado, hay en juego muchas otras fuerzas sociales, institucionales, políticas, geográficas y económicas. Las desigualdades en materia de salud reproductiva dependen de la calidad y el alcance de los servicios de salud, ya que pueden afectar profundamente el control que una mujer tiene sobre cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.

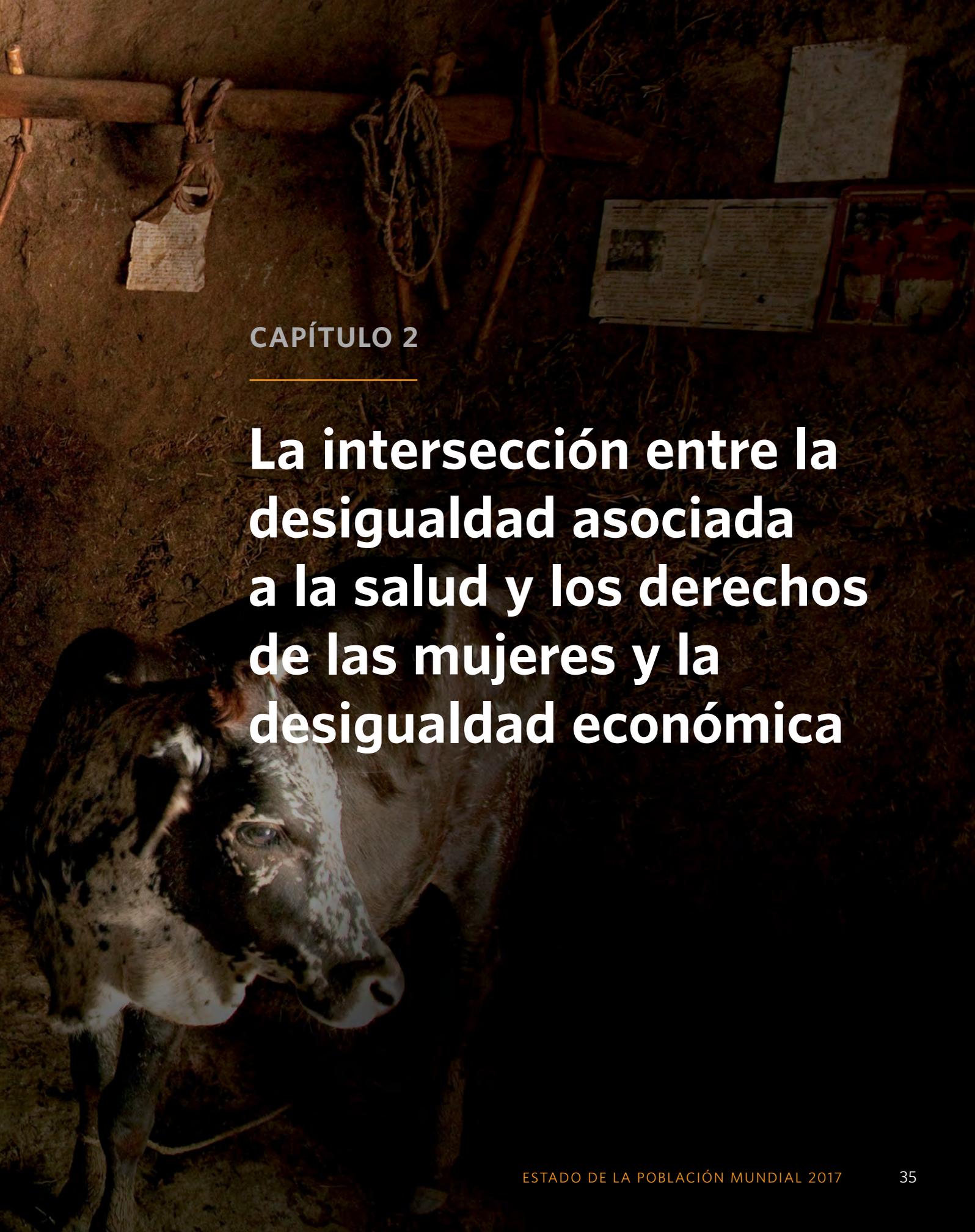
En este sentido, a fin de avanzar en la reducción de las desigualdades, es esencial superar los obstáculos en materia de salud sexual y reproductiva y hacer frente a la desigualdad de género subyacente, lo cual a su vez puede favorecer los avances en la reducción de las desigualdades económicas.

GRÁFICO 13 Tasas de mortalidad neonatal en el Senegal (2005 y 2014) y el Chad (1996 y 2004), por quintil de riqueza





© Mark Tuschman



CAPÍTULO 2

---

# La intersección entre la desigualdad asociada a la salud y los derechos de las mujeres y la desigualdad económica

La posibilidad que una mujer tenga de ejercer sus derechos reproductivos puede determinar si desarrollará su pleno potencial y podrá aprovechar las oportunidades educativas o competir por un puesto de trabajo. Sus opciones vitales podrían estar limitadas por la falta de alternativas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Las mujeres que carecen de control sobre su fecundidad pueden verse imposibilitadas para incorporarse a la fuerza de trabajo remunerada porque tienen más hijos de los que deseaban. O es posible que les resulte demasiado complicado permanecer en un puesto de trabajo porque el servicio de guardería es excesivamente caro. Y, una vez en el mercado laboral, cabe la posibilidad de que no se las considere para un ascenso porque su empleador da por sentado que

dejarán el puesto en el momento en el que se queden embarazadas.

Las desigualdades laborales y salariales en la mayor parte del mundo son reflejo de las desigualdades en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, que, al mismo tiempo, las refuerzan.

Pese a la complejidad y, a menudo, el carácter indirecto del vínculo entre las desigualdades en materia de salud y derechos de las mujeres y la desigualdad económica, sus efectos son evidentes. Las mujeres más pobres tienen un acceso más reducido a la salud sexual y reproductiva, enfrentan más dificultades para ejercer sus derechos reproductivos, y presentan mayor probabilidad de estar desempleadas o subempleadas y ganar menos que los hombres.

© Chandan Khanna/AFP/Getty Images



Las desigualdades en las esferas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos están interrelacionadas con la desigualdad de género. En conjunto, las múltiples dimensiones de la desigualdad repercuten de manera considerable en prácticamente todas las esferas de la vida de las mujeres, incluida la laboral.

### Salud sexual y reproductiva, empleo e ingresos

Con el descenso de la fecundidad en todo el mundo, la participación de las mujeres de 25 a 54 años en la fuerza de trabajo ha aumentado en prácticamente todas las regiones a lo largo de los últimos 20 años (Naciones Unidas, 2014). Allí donde se registran tasas elevadas de participación de las mujeres en la

población ocupada, las tendencias subsiguientes han dado pie a la reducción de la fecundidad, debido en parte a las dificultades de equilibrar las aspiraciones educativas y profesionales con la maternidad y el cuidado de los hijos. En los países con tasas de fecundidad elevadas, en especial los países menos adelantados, la incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo en empleos asalariados y remunerados sigue siendo baja: el 20% en Asia Meridional y el 22% en África Subsahariana.

Para las mujeres de todo el mundo, el embarazo y la crianza pueden dar lugar a su exclusión de la fuerza de trabajo o disminuir sus ingresos.

Las que carecen de los medios necesarios para decidir si desean quedarse embarazadas, cuándo o con qué

© Lynsey Addario/Getty Images Reportage



frecuencia hacen frente a desafíos aún mayores. En general, como muestra el capítulo 1, las mujeres más pobres, con menos estudios y que residen en las zonas rurales tienen menor acceso a los anticonceptivos.

La desigualdad y la discriminación por razón de género, junto con otros factores, impiden a millones de mujeres acceder a los métodos anticonceptivos modernos. Es posible que estén sometidas a la presión de sus maridos o parejas para tener hijos lo antes y con la mayor frecuencia posible. Puede que algunos proveedores de servicios que hacen juicios de valor se nieguen a facilitar anticonceptivos a las mujeres o adolescentes que no están casadas o viven en unión libre; otros podrían considerar la anticoncepción una decisión del hombre exclusivamente.

Las tasas de embarazos no planeados son más elevadas entre las mujeres que no tienen acceso a los servicios de control natal o al método anticonceptivo de su elección. Se calcula que en el mundo en desarrollo se producen cerca de 89 millones de embarazos no planeados al año (Instituto Guttmacher, 2017). La demanda de métodos anticonceptivos modernos insatisfecha es más alta entre las mujeres pobres. Una sucesión rápida de embarazos puede impedir a las mujeres su incorporación a la fuerza de trabajo remunerada o su permanencia en ella, o perjudicar sus perspectivas a largo plazo de obtener un empleo bien pagado.

En los países en desarrollo, la necesidad de servicios de planificación familiar no satisfecha afecta a 12,8 millones de adolescentes (UNFPA, 2016a). Los adolescentes —en especial si no están casados o viven en unión libre— se enfrentan a más obstáculos que los adultos a la hora de obtener anticonceptivos, debido a las leyes y políticas restrictivas, la preocupación por las cuestiones de confidencialidad o el estigma asociado con las relaciones sexuales a una edad temprana.

---

**En los países en desarrollo,  
la necesidad de servicios de  
PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
no satisfecha afecta a  
12,8 millones  
de adolescentes**

---

En muchas partes del mundo en desarrollo, las adolescentes son forzadas a contraer matrimonio, normalmente con hombres de edad mucho más avanzada. La diferencia de edad puede reducir su influencia en las decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos.

En 2015, se registraron aproximadamente 14,5 millones de partos de madres adolescentes en 156 países, territorios y otras zonas en desarrollo (UNFPA, 2016a).

Dar a luz con 19 años o menos puede agravar el riesgo de complicaciones y muertes maternas.

Asimismo, la maternidad en la adolescencia puede conllevar el abandono de la escuela y la privación de conocimientos y capacidades importantes, con el consiguiente menoscabo de las oportunidades de empleo y remuneración futuras. Cuando las tasas de fecundidad de las adolescentes son altas, la desigualdad salarial entre los géneros suele ser mayor (gráfico 14).

### **La participación desigual en la fuerza de trabajo: un síntoma de las desigualdades subyacentes en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos**

En 2015, alrededor del 50% de mujeres, frente al 76% de hombres, participaron en la fuerza de trabajo mundial (OIT, 2016c).

Las mujeres tienen más probabilidades de carecer de empleo que los hombres. En todo el mundo, hay un 6,2% de mujeres desempleadas, frente al 5,5% de hombres. Las diferencias más pronunciadas en las tasas de desempleo de hombres y mujeres se encuentran en África Septentrional y los Estados Árabes (OIT, 2016c). El desempleo afecta más a las mujeres jóvenes que a los hombres jóvenes prácticamente en todas partes. Tanto en África

Septentrional como en los Estados Árabes, la tasa de desempleo juvenil femenino (44%) casi duplica a la de los jóvenes (OIT, 2016c).

### Normas y actitudes que obstaculizan la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo

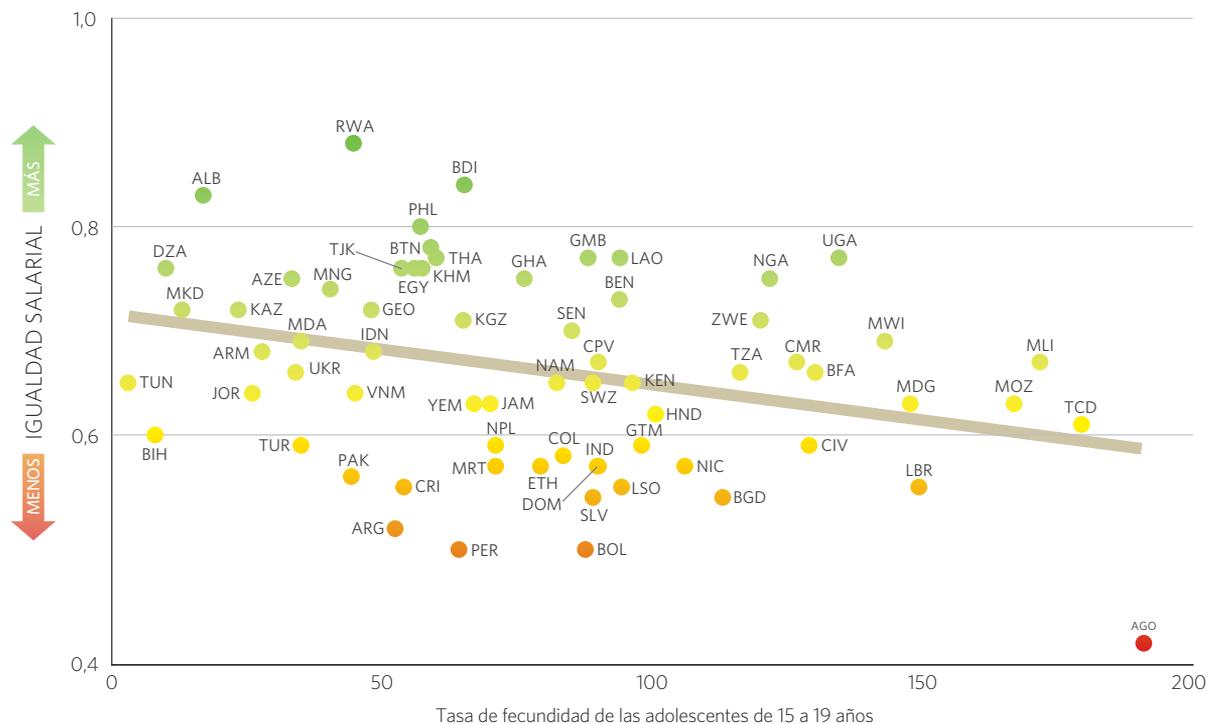
La desigualdad por razón de género es un fenómeno generalizado en todo el mundo y se manifiesta en actitudes, normas, políticas y leyes negativas o discriminatorias que impiden a las mujeres y las niñas desarrollar sus capacidades, aprovechar las oportunidades, incorporarse a la fuerza de trabajo, desarrollar todo su potencial y hacer valer sus derechos humanos.

Las normas que potencian la desigualdad por razón de género no solo influyen en la posibilidad de que una mujer se incorpore o no a la fuerza de trabajo, además

podrían dictar a qué tipos de trabajo puede optar, determinar el monto de su remuneración e impedir su progreso en el monto de trabajo. Los países cuyas normas priorizan el empleo de los hombres frente al de las mujeres presentan las desigualdades de género más marcadas en la población ocupada.

Según revela el análisis de una Encuesta Mundial sobre Valores reciente que abarca 58 países, la mayoría de las personas está de acuerdo con que las mujeres y los hombres deben disfrutar de un acceso equitativo a la educación universitaria (gráfico 15). Sin embargo, en la esfera del empleo, la gran mayoría considera que, cuando los puestos de trabajo escasean, debe darse prioridad a los hombres. Esta actitud negativa hacia la igualdad de las mujeres en el ámbito laboral es más pronunciada en países donde la participación femenina en la fuerza de trabajo

GRÁFICO 14 Las tasas más altas de fecundidad de las adolescentes se relacionan con una mayor desigualdad salarial por razón de género



Basado en indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y datos del Foro Económico Mundial (2016a). Los valores del eje X indican el número de partos de adolescentes por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años de edad. Los valores del eje Y miden el nivel de igualdad entre los salarios de los hombres y las mujeres por un trabajo similar. Un valor de igualdad salarial próximo a 1 representa un salario similar para los hombres y las mujeres por un trabajo igual.

Los códigos corresponden a los países y territorios enumerados en la página 104.

# ¿ESTÁS DE ACUERDO?

## PARTICIPACIÓN EN LA FUERZA DE TRABAJO

La mayoría de las personas está de acuerdo con que los hombres y las mujeres deben disfrutar de un acceso equitativo a la educación universitaria, pero expresan reservas en lo que respecta a la igualdad de acceso al empleo cuando escasean los puestos de trabajo.

El gráfico 15 indica la proporción de encuestados que expresa **DESACUERDO** con las siguientes afirmaciones: «la educación universitaria es más importante para un niño que para una niña» y «cuando los puestos de trabajo escasean, los hombres deberían tener un acceso prioritario a los puestos de trabajo». La zona sombreada entre el punto superior e inferior correspondiente a cada país representa la brecha existente entre la asistencia pública en favor del acceso equitativo a la educación y la asistencia pública en favor del acceso equitativo al empleo cuando los puestos escasean.

### Participación en la fuerza de trabajo mundial



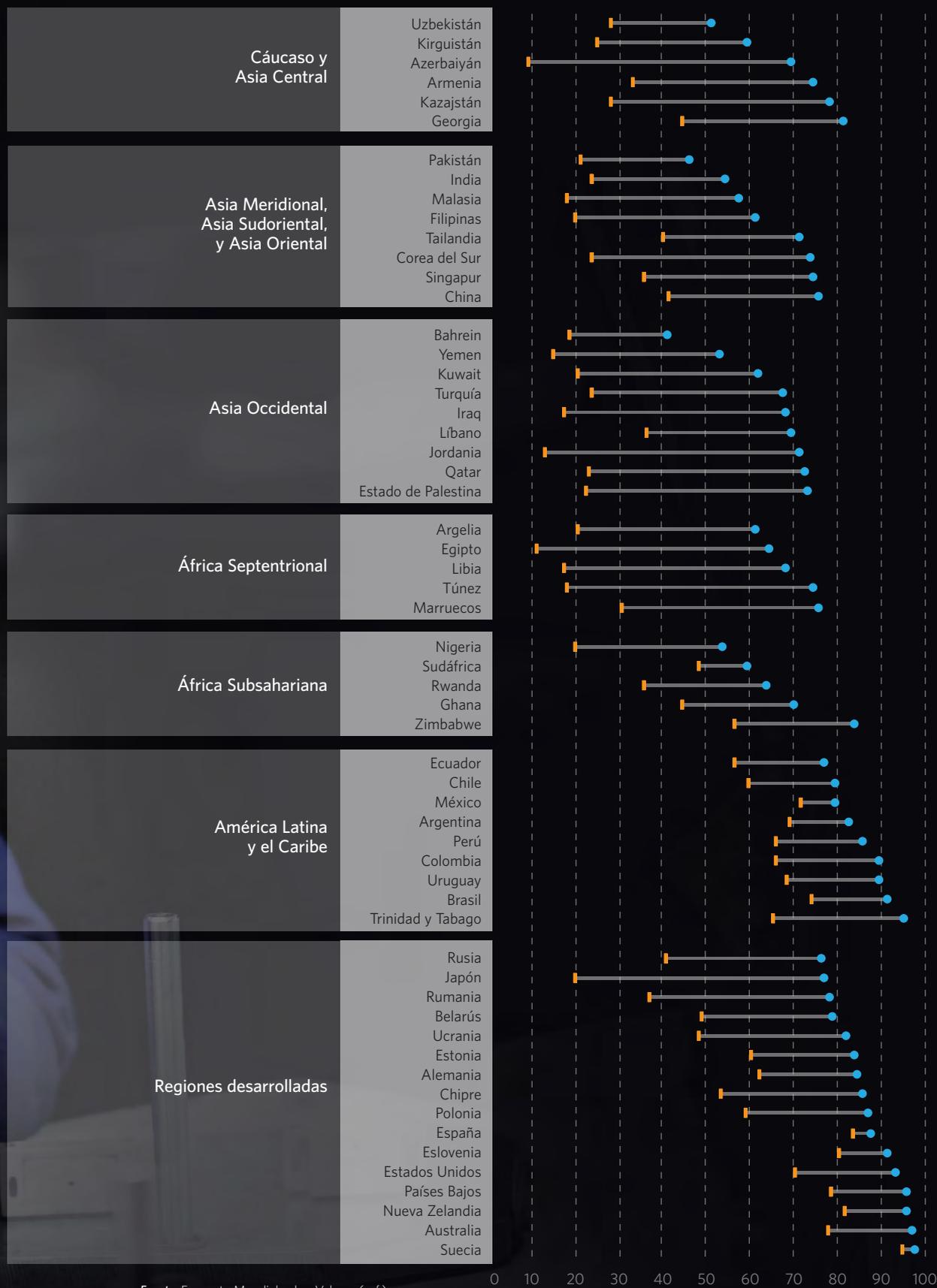
### Desempleo mundial



© Monirul Bhuiyan/AFP/Getty Images

**GRÁFICO 15 Opinión de los encuestados sobre la educación universitaria y el acceso al empleo de los hombres y las mujeres**

■ Derecho al trabajo — Brecha en la asistencia ● Educación universitaria



Fuente: Encuesta Mundial sobre Valores (s. f.)

es inferior a la de los hombres (gráfico 16). La Encuesta Mundial sobre Valores, que comenzó en 1981, realiza el seguimiento del cambio de valores y su repercusión sobre la vida política y social en todo el mundo.

### *La discriminación institucional obstaculiza el progreso de las mujeres*

La discriminación contra las mujeres y las niñas se encuentra arraigada en numerosas instituciones sociales.

El Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI), publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), ofrece un panorama global de la discriminación por razón de género en cerca de 160 países (gráfico 16). El índice abarca la discriminación contra las mujeres y las niñas que se observa en los códigos de familia, la restricción de la integridad física, la preferencia por los hijos varones, la limitación de los recursos y activos, y la restricción de las libertades civiles. Se calcula mediante indicadores que incluyen variables como el derecho de herencia, la incidencia del matrimonio infantil y la violencia por razón de género, o la

desigualdad en materia de derechos sobre la tierra y de propiedad. Además, da cuenta de todas las etapas de la vida a fin de mostrar de qué manera las instituciones sociales discriminatorias contribuyen a la pobreza y la indefensión.

Los valores del índice van de 0 a 1, donde 0 representa la ausencia de desigualdad, y 1, la desigualdad absoluta.

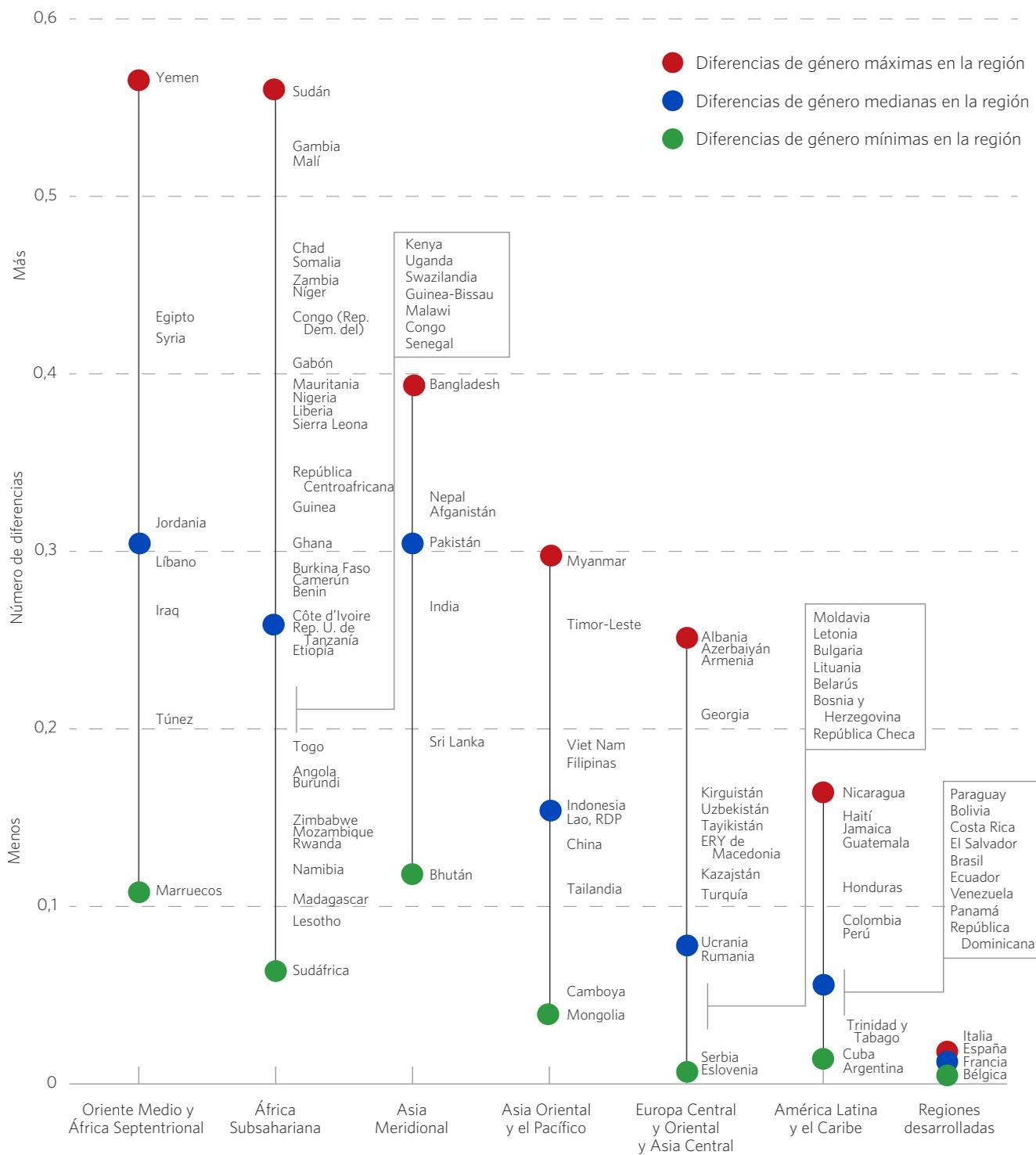
Los países con índices SIGI muy bajos —inferiores a 0,04— se caracterizan por leyes y medidas que velan por la igualdad de derechos en el código de familia y el acceso equitativo a los recursos y activos, así como por la promoción de las libertades civiles de las mujeres. En la mayoría de estos países, los hombres y las mujeres disfrutan de la patria potestad y el derecho de herencia por igual. Las mujeres no afrontan restricciones de acceso a los espacios públicos ni de participación en la política. No son motivo de preocupación ni la preferencia por los hijos varones ni la mutilación genital femenina. Sin embargo, cabe la posibilidad de que los países carezcan aún de leyes que protejan a las mujeres de la violencia o de medidas orientadas a la

© UNFPA/Arvind Jodha



En los países que  
presentan índices SIGI  
altos, alrededor de  
**1 DE CADA 3**  
niñas contrae  
matrimonio antes  
de cumplir 19 años

GRÁFICO 16 Índice de instituciones sociales y género, por región, 2014



aplicación de dichas leyes, y que siga siendo necesario mejorar el acceso de las mujeres a la justicia.

Los países que presentan índices SIGI muy altos —superiores a 0,35— se caracterizan por niveles elevados de discriminación en los marcos jurídicos y las prácticas tradicionales. En estos países, alrededor de 1 de cada 3 niñas contrae matrimonio antes de cumplir los 19 años, y las mujeres sufren discriminaciones graves en materia de derecho de herencia. Los derechos de las mujeres a la propiedad y al control de la tierra y otros recursos, así como su acceso a los espacios públicos, se encuentran extremadamente limitados. Se registran vulneraciones graves de su integridad física, que coinciden con los elevados niveles de aceptación y prevalencia de la violencia doméstica.

Las instituciones sociales que sitúan a las mujeres y a las niñas en desventaja en esferas clave de su vida también las colocan en desventaja en la incorporación a la fuerza de trabajo.

### *Las leyes pueden excluir a las mujeres de la fuerza de trabajo remunerada*

Las leyes pueden reflejar o reforzar las normas o actitudes discriminatorias que bloquean el acceso de las mujeres a la fuerza de trabajo o reducen sus ingresos en relación con los de los hombres. En el gráfico 17 se muestran los sistemas jurídicos de países que presentan diferencias de género en el derecho laboral, penal y familiar.

Por ejemplo, la legislación puede impedir a las mujeres que trabajen o restringir su acceso a ciertos tipos de trabajos. En un examen de 143 países, se observó que 128 contenían al menos un impedimento jurídico que obstaculizaba la participación de las mujeres en ciertas oportunidades económicas (Fundación Clinton y Fundación Bill y Melinda Gates, 2015). En 18 países, los hombres pueden impedir legalmente a sus mujeres que trabajen fuera del hogar (Banco Mundial, 2015).

La desigualdad de género se encuentra también en las leyes relativas a la propiedad y la herencia (Banco Mundial, 2015). Del mismo modo, las leyes de algunos países restringen el acceso de las mujeres a los servicios bancarios y de crédito, lo que puede socavar su potencial de obtener ingresos.

El acceso a la propiedad mejora las oportunidades y la seguridad financiera, y, además, puede aumentar la capacidad de negociación en el hogar. En Colombia, por ejemplo, según constata un informe reciente, es más probable que las mujeres con propiedades tengan libertad de movimiento, negocien su derecho al trabajo y mantengan el control de sus ingresos (Banco Mundial, 2015).

En el trabajo rural, cuando las mujeres carecen de seguridad con respecto a la tenencia de la tierra y de acceso a los créditos e insumos agrícolas, el rendimiento de las cosechas y las ganancias derivadas se deteriora.

En el ámbito empresarial y de negocios, cuando las mujeres no tienen acceso a los insumos de producción como consecuencia de la discriminación o de otros factores, es más difícil que las empresas dirigidas por mujeres mantengan el mismo nivel de productividad y rentabilidad que las dirigidas por hombres (Banco Mundial, 2012).

La legislación —o su falta o aplicación inadecuada— puede afectar a la salud y el bienestar de las mujeres y, por tanto, influir en su participación en la fuerza de trabajo y su capacidad para obtener ingresos. Las protecciones jurídicas insuficientes contra la violencia por razón de género o la aplicación parcial de tales leyes puede ocasionar daños o discapacidades físicas y psicológicas a largo plazo (Banco Mundial, 2015). En todo el mundo, cerca de 1 de cada 3 mujeres sufre violencia por razón de género en algún momento de su vida (OCDE, 2014).

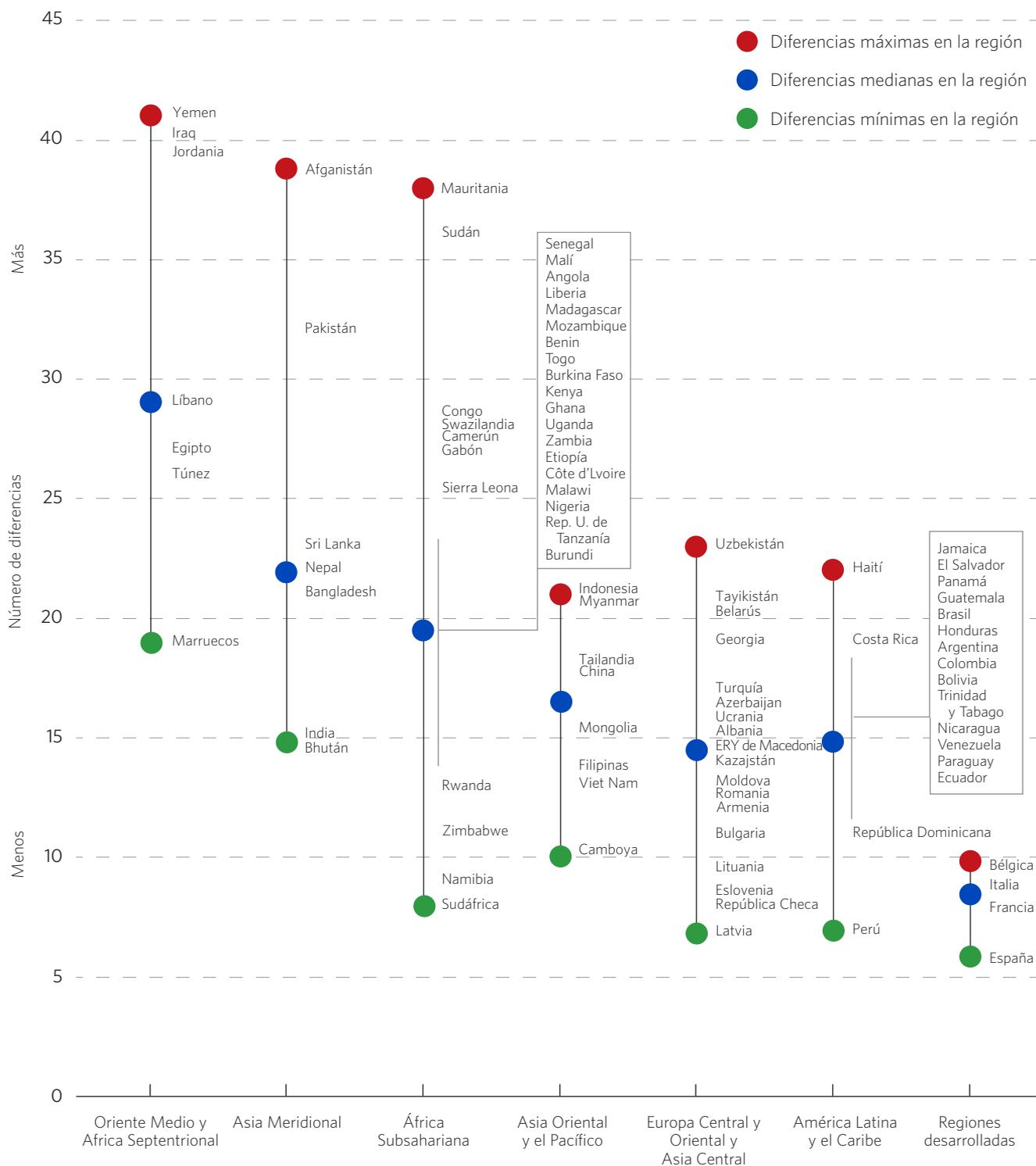
Según un informe del Banco Mundial en el que se evalúan 173 países, 46 no disponen de leyes contra

---

**46 de 173**  
países no disponen de  
**LEYES CONTRA**  
**LA VIOLENCIA**  
**DOMÉSTICA**

---

GRÁFICO 17 Sistemas jurídicos con diferencias de género en el derecho laboral, penal y de familia, 2015



Análisis basado en Iqbal et al., 2016.

la violencia doméstica, y 41, en materia de acoso sexual (Banco Mundial, 2015).

Raras veces existen leyes que protejan contra la «violencia económica» (Banco Mundial, 2015). La violencia económica sucede cuando se priva a las mujeres de los medios económicos necesarios para abandonar una relación abusiva, bien porque su pareja controla los recursos económicos, o bien porque le impide conseguir o mantener un trabajo.

### **La desigualdad de género dominante en las categorías laborales**

Las estadísticas sobre las tasas de participación en la fuerza de trabajo general enmascaran desigualdades considerables en relación con los tipos de trabajo que las mujeres y los hombres emprenden y los riesgos económicos que afectan a algunas categorías de trabajadores.

En comparación con los hombres, cuando las mujeres se incorporan al mercado de trabajo, lo hacen principalmente en empresas familiares y en menor proporción en empleos asalariados o remunerados (gráfico 18).

De acuerdo con la definición de la Organización Internacional del Trabajo, los «asalariados» poseen contratos de trabajo implícitos o explícitos. Los «empleadores» trabajan por su cuenta o contratan a una o varias personas para que trabajen para ellos en calidad de asalariados. Los «trabajadores por cuenta propia» desempeñan una actividad económica de manera independiente.

Los «trabajadores familiares auxiliares» tienen un empleo en un establecimiento con orientación de mercado, dirigido por un miembro de su familia que vive en el mismo hogar, principalmente en zonas rurales en países en desarrollo. Pese a que este tipo de trabajo contribuye a aumentar los ingresos familiares, la labor del trabajador particular no suele estar remunerada. Es menos probable que los trabajadores familiares auxiliares y los trabajadores por cuenta propia se beneficien de acuerdos de trabajo oficiales, por tanto, corren mayor riesgo de quedar excluidos tanto de la seguridad social y los regímenes de pensiones como de la legislación

que protege a los empleadores. En consecuencia, la Organización Internacional del Trabajo incluye estos dos grupos de trabajadores en la categoría de empleo vulnerable (OIT, 2016b).

En la esfera mundial, el empleo vulnerable afecta a casi la mitad de la población ocupada, y a hombres y mujeres por igual. No obstante, la representación de las mujeres es mayoritaria entre los trabajadores familiares auxiliares en todas las regiones donde esta categoría es pertinente.

En los últimos dos decenios, la proporción mundial de trabajadoras familiares auxiliares ha disminuido del 36% al 16%, de manera paralela al descenso de la proporción de empleo femenino en el sector agrícola, salvo en África Subsahariana y Septentrional. El trabajador familiar auxiliar sigue constituyendo una categoría laboral común en África Subsahariana, África Septentrional, Asia Meridional, y Asia Oriental y el Pacífico.

En todos los países de África Subsahariana, hay una mayor proporción de mujeres que hombres que ocupan puestos de trabajo en el sector no estructurado.

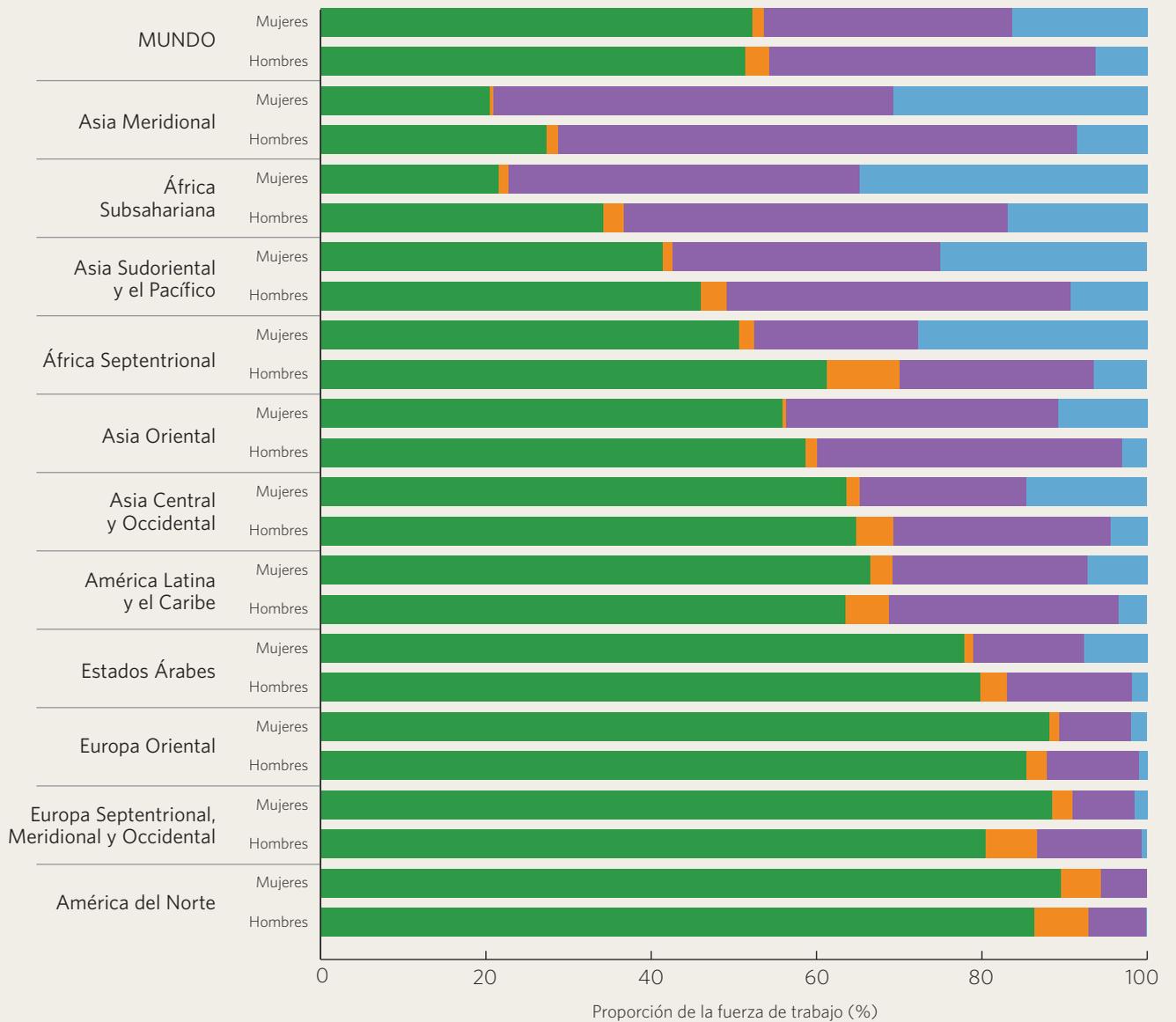
### **Las desigualdades en materia de derechos reproductivos, género e ingresos**

Cuando las mujeres se incorporan a la fuerza de trabajo remunerada en todo el mundo, reciben salarios inferiores que los hombres por el mismo tipo de trabajo; participan más a menudo en empleos no especializados con salarios bajos; o dedican menos tiempo a labores que generan ingresos y más a la atención doméstica no remunerada.

En todos los países, los ingresos de las mujeres en comparación con los de los hombres dependen de diversos factores, entre otros, del nivel de estudios, el alcance de las normas y prácticas discriminatorias por razón de género en el hogar y el mercado laboral, la gama de oportunidades profesionales disponibles, y de su capacidad para decidir si quedarse embarazadas, cuándo y con qué frecuencia.

La desigualdad salarial por razón de género se expresa como la diferencia, en porcentaje, entre el salario medio

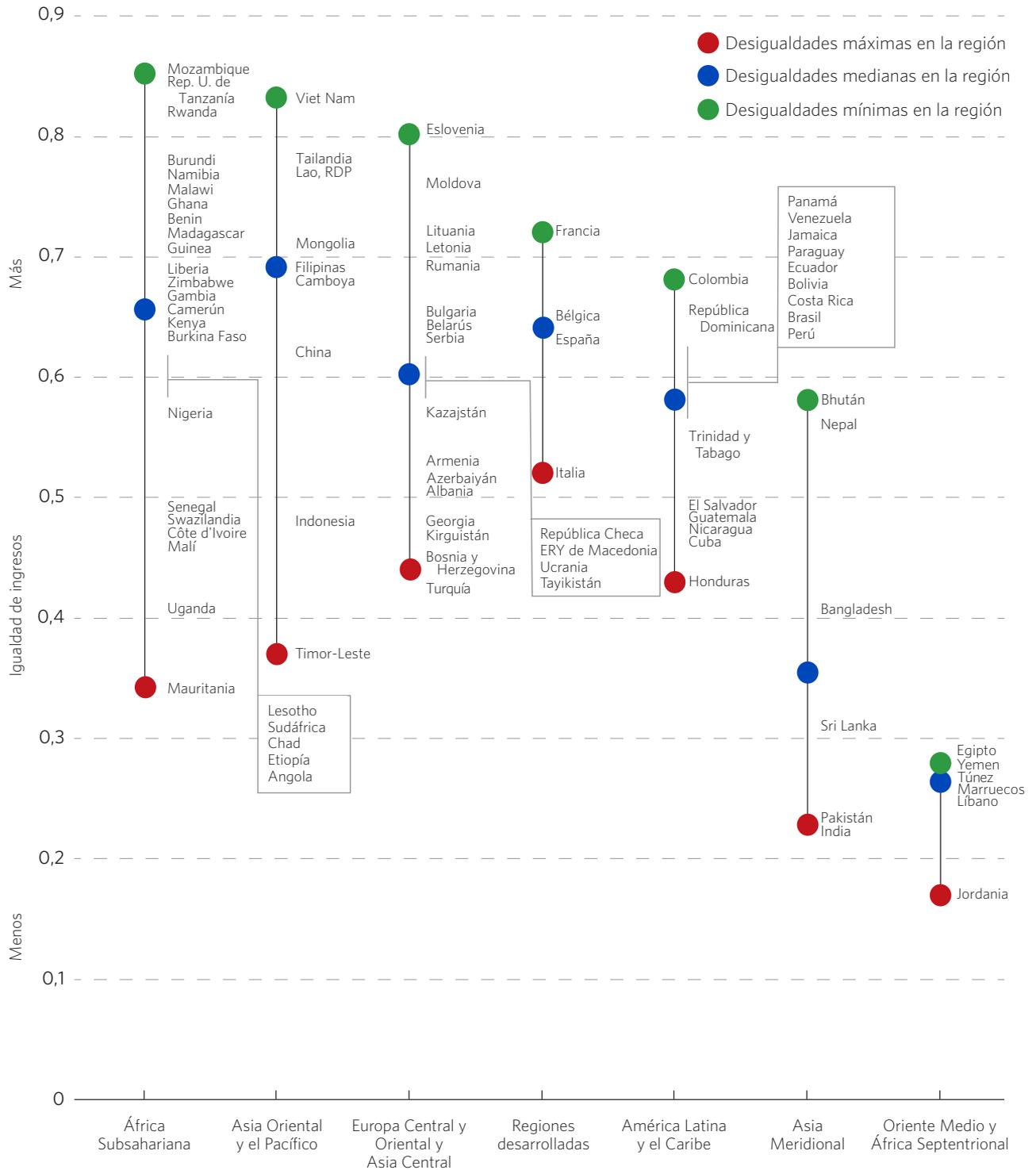
GRÁFICO 18 Categorías de trabajo y empleo, por sexo



Fuente: OIT (2016c)

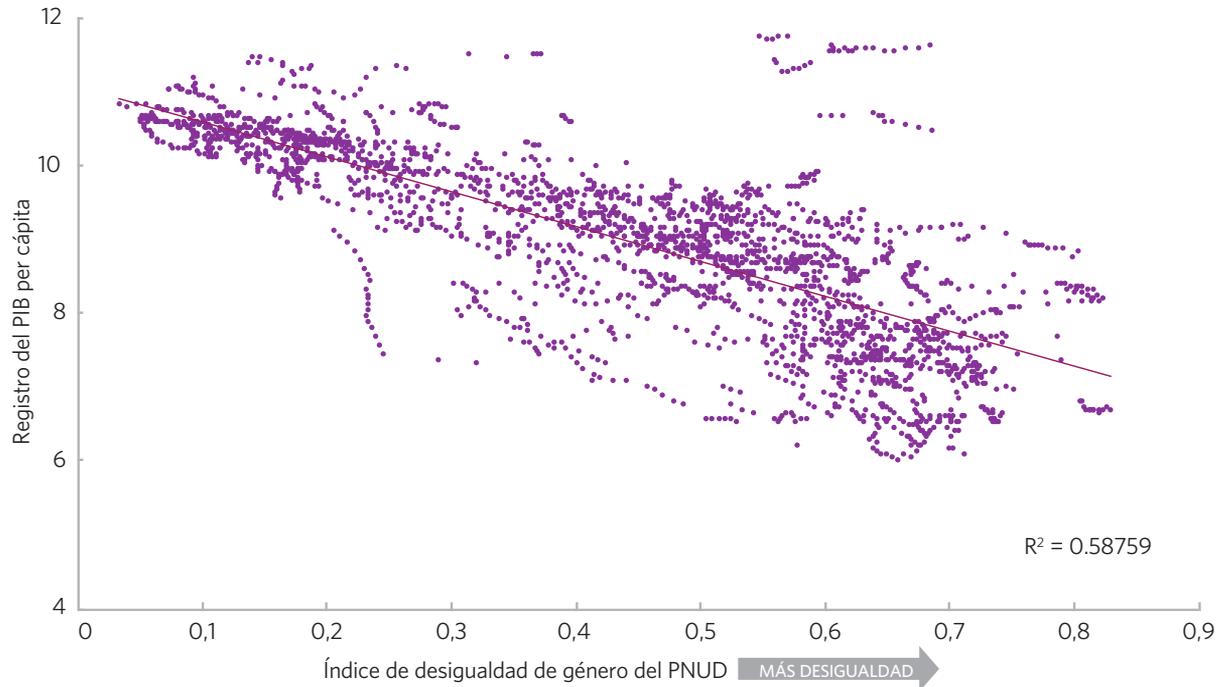
Fotos, de izquierda a derecha: © 2012 Jose Carlos Alexandre, por cortesía de Photoshare; © Elnari/stock.adobe.com; ©UNFPA/Daniel Baldotto; ©Paula Bronstein/Getty Images Reportage

GRÁFICO 19 Desigualdades salariales por razón de género; relación de ingresos medios hombre/mujer, 2016



Este gráfico, basado en datos del Foro Económico Mundial y conforme a una metodología establecida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, revela las diferencias entre los ingresos medios de las mujeres y los hombres —expresadas en cociente— correspondientes a 90 países. Los valores más altos indican mayores desigualdades entre los ingresos de las mujeres y los de los hombres. Un valor de 1 señala que existe igualdad absoluta entre los ingresos de las mujeres y los de los hombres.

GRÁFICO 20 Un producto interno bruto per cápita superior se relaciona con una desigualdad de género menor



Fuente: Gonzales et al. (2015a)

de las mujeres y el de los hombres (gráfico 19), y se sitúa en torno al 23% en todo el mundo. Es decir, las mujeres ganan el 77% de lo que ganan los hombres (OIT, 2016c). Aunque la brecha entre los géneros se ha acortado en cierta medida en años recientes en todo el mundo, los avances han sido lentos. De acuerdo con la evolución actual, llevará más de 70 años eliminar la desigualdad salarial por razón de género (OIT, 2016c).

### La desigualdad de género en la educación deriva en ingresos inferiores para las mujeres

La incorporación a la fuerza de trabajo y los ingresos dependen en parte del nivel de estudios, la calidad de la educación y la pertinencia de la enseñanza en relación con el mercado de trabajo. La desigualdad de género puede dar pie a peores resultados académicos y perjudicar las perspectivas de ingresos de las mujeres.

Se calcula que existen aproximadamente 758 millones de adultos analfabetos en todo el mundo, de los que

479 son mujeres y 279, hombres (UNESCO, 2016). El analfabetismo refleja la discriminación de género y es un factor que contribuye a la propagación de la pobreza femenina.

Las personas analfabetas ganan un 42% menos que las personas que saben leer y escribir. Además, el analfabetismo puede impedir a las personas acceder a la formación profesional que podría incrementar sus ingresos (World Literacy Foundation, 2015).

Si bien existe prácticamente paridad entre los géneros en la enseñanza primaria, en algunos países se observa una brecha considerable en materia de matriculación. Esto significa que millones de niñas en edad escolar de primaria no asisten a la escuela. La brecha aumenta en la enseñanza secundaria en los Estados Árabes, África Oriental y Meridional, y África Occidental y Central. El nivel de estudios alcanzado se correlaciona con un nivel de ingresos superior en las etapas posteriores de la vida.

La calidad de la educación, medida según los logros cognitivos, también puede aumentar los ingresos. Las aptitudes cognitivas de una población guardan una relación estrecha con los ingresos individuales, la distribución de la renta y el crecimiento económico (Tembon y Fort, 2008).

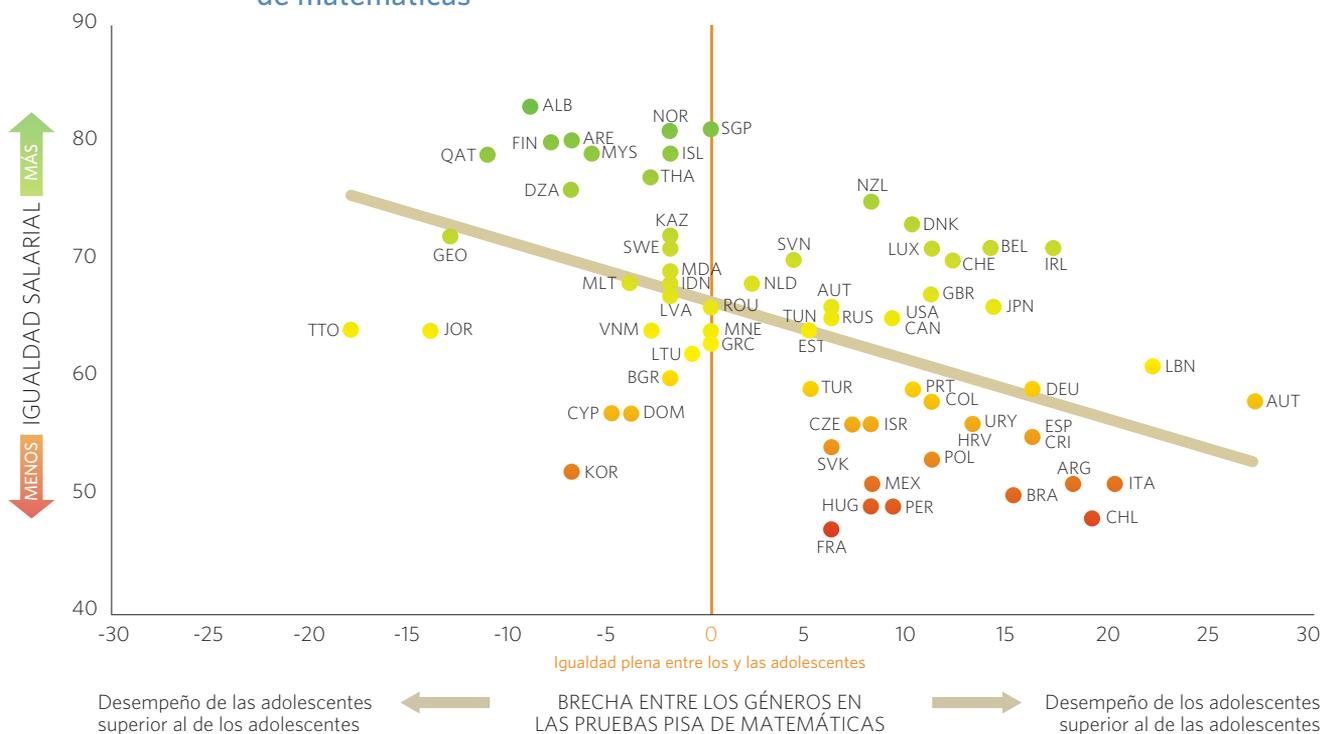
Entre las niñas y los niños que se matriculan en la enseñanza secundaria, solo una minoría completa la educación secundaria superior. En los países menos adelantados, por ejemplo, el 20% de los niños termina la enseñanza secundaria superior, frente a solo un 15% de las niñas (UNICEF, 2016). Los niños que dejan la escuela a una edad temprana carecen de las capacidades y los conocimientos necesarios para conseguir trabajos mejor remunerados.

La presión —sutil o manifiesta— o la discriminación por parte del personal docente puede llevar a que

las niñas renuncien a los cursos de ciencias o matemáticas avanzados, o se las excluya de ellos, con lo que se limitan sus opciones profesionales en el futuro (Bassi *et al.*, 2016; UNICEF, s. f.). El nivel de instrucción en matemáticas es un factor de predicción útil de las opciones profesionales y los ingresos futuros (Nollenberger *et al.*, 2016). La brecha entre los géneros en esta materia y la desigualdad salarial están altamente relacionadas.

Asimismo, se ha observado que la educación reduce la incidencia de los embarazos en la adolescencia. Cuanto más tiempo permanece escolarizada una niña, menor es la probabilidad de que contraiga matrimonio o se quede embarazada (gráfico 22). Este aspecto tiene consecuencias a largo plazo sobre la participación en la fuerza de trabajo y los ingresos durante toda la vida.

GRÁFICO 21 Igualdad salarial y desempeño de los y las adolescentes en las pruebas de matemáticas



Basado en datos de la OCDE (2015) y el Foro Económico Mundial (2016a). El Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA, por sus siglas en inglés) de la OCDE es un método normalizado internacionalmente que mide las competencias de los estudiantes en asignaturas básicas. En las pruebas PISA, la brecha entre los géneros en matemáticas es la diferencia entre las calificaciones medias de los y las adolescentes en los exámenes de matemáticas. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es la brecha entre los géneros. Una puntuación negativa indica un desempeño de las adolescentes superior al de los adolescentes en la asignatura.

Fuente: OIT (2016a)

Los códigos corresponden a los países y territorios enumerados en la página 104.

GRÁFICO 22 Efecto de la educación en la fecundidad

**MATRIMONIO INFANTIL**

Todas las niñas de 15 años de África Subsahariana y Asia Meridional y Occidental



Con el nivel de estudios actual de las niñas

2.867.000

**EMBARAZOS PRECOCES**

Todas las niñas de 17 años de África Subsahariana y Asia Meridional y Occidental



3.397.000

**TASA DE FECUNDIDAD**

Promedio de partos por mujer en África Subsahariana



6,7

Si todas las niñas cursaran la enseñanza primaria



2.459.000

↓ 14%

MENOS MATRIMONIOS



3.071.000

↓ 10%

MENOS NACIMIENTOS A EDAD TEMPRANA



5,8

↓ 13%

MENOS NACIMIENTOS POR MUJER

Si todas las niñas cursaran la enseñanza secundaria



1.044.000

↓ 64%

MENOS MATRIMONIOS



1.393.000

↓ 59%

MENOS NACIMIENTOS A EDAD TEMPRANA



3,9

↓ 42%

MENOS NACIMIENTOS POR MUJER

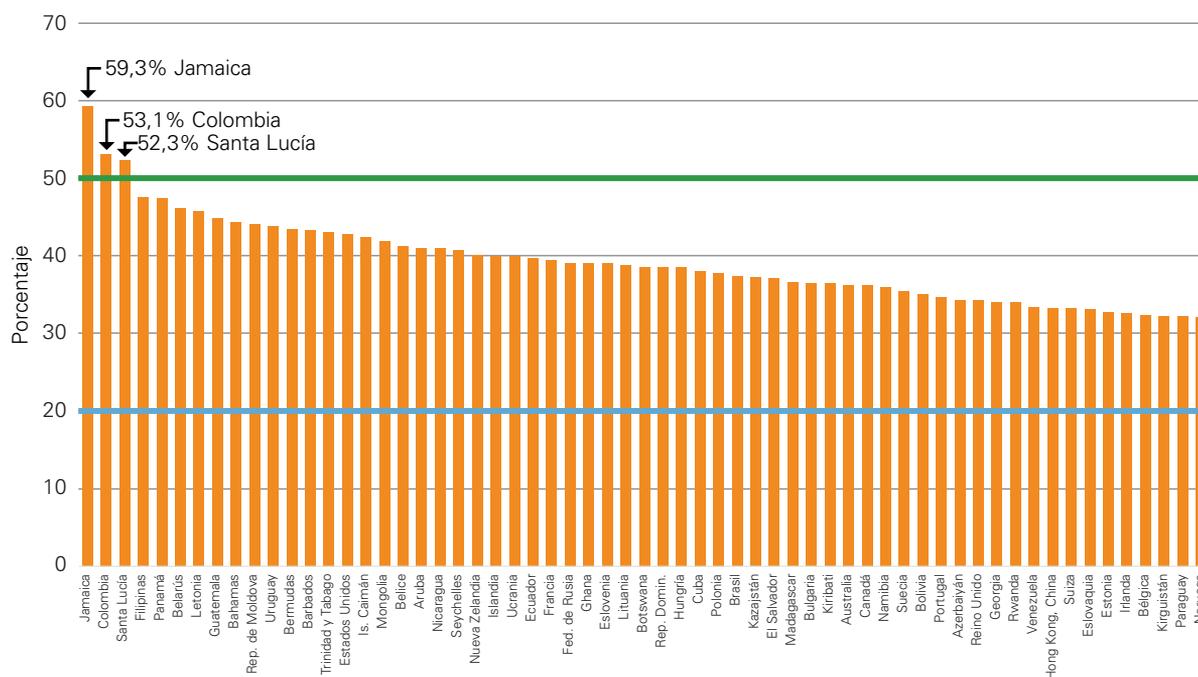
Fuente: UNESCO e Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo (2013)

Si las niñas quedan excluidas de las oportunidades educativas de las que disfrutaban los niños, sus ingresos futuros serán inferiores a los de los niños. Se ha observado que las medidas dirigidas a aumentar la igualdad educativa reducen la diferencia salarial entre hombres y mujeres. Por ejemplo, los ingresos de las mujeres que han completado la enseñanza primaria en el Pakistán equivalen al 51% de la renta de los hombres, mientras que si han completado la enseñanza secundaria, ganan el 70% de los ingresos que los hombres ganan por el mismo puesto (UNESCO, 2013). La educación de las mujeres también resulta de vital importancia para la seguridad de los ingresos: en Jordania, el 25% de las mujeres de las zonas rurales que han completado la enseñanza primaria trabajan sin salario frente a solo el 7% de las que han terminado la enseñanza secundaria (UNESCO, 2013).

Con el acceso equitativo a la educación de calidad no solo se hace frente a la privación absoluta al ofrecer a los individuos un camino para salir de la pobreza, sino que, además, se aumenta la productividad e innovación nacional total gracias a la creación de más oportunidades al alcance de todas las personas para que desarrollen sus capacidades, encuentren su campo de especialidad y definan su ámbito profesional futuro. El aumento de las capacidades colectivas de la población favorece el crecimiento de las economías nacionales.

Se ha demostrado que la desigualdad en la educación es una de las causas del crecimiento lento de los ingresos per cápita. En África Subsahariana, el crecimiento medio anual de los ingresos per cápita a lo largo de 45 años fue del 0,8%, frente a una media del 3,4% en Asia Oriental y el Pacífico, donde la escolarización de las personas suele durar 2,7 años más en promedio (UNESCO, 2013). Se estima que

GRÁFICO 23 Porcentaje de puestos directivos ocupados por mujeres



Fuente: OIT (2015)

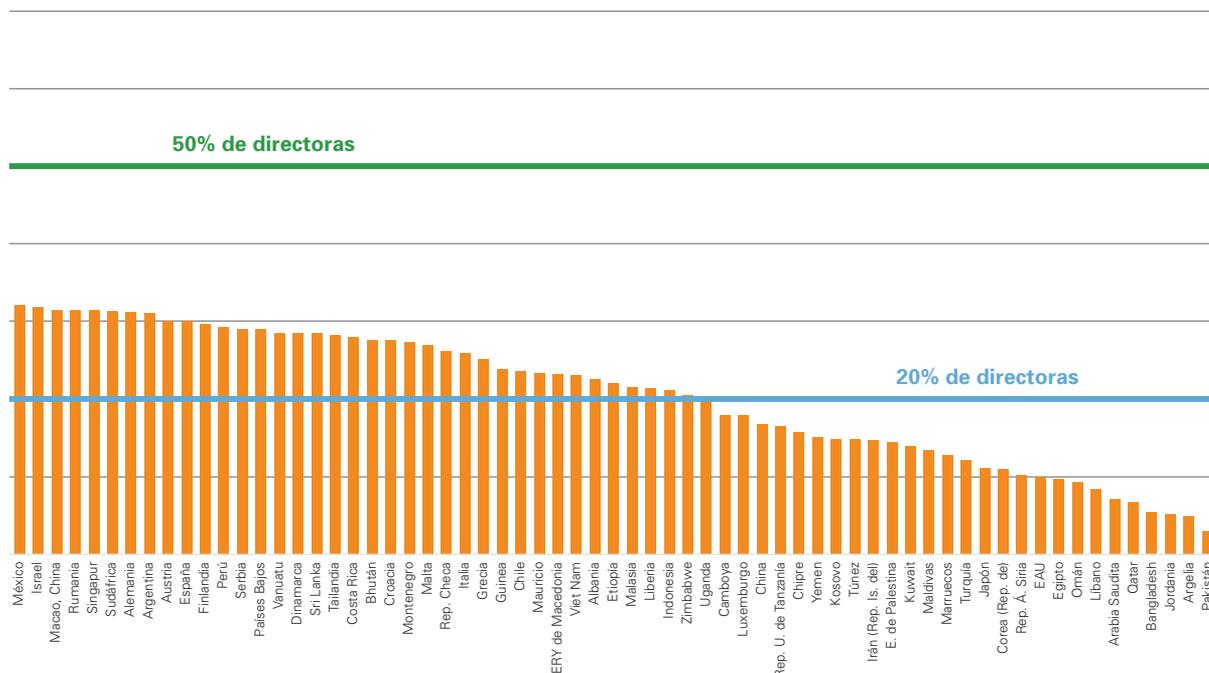
la diferencia educativa entre estas dos regiones justifica cerca del 50% de la diferencia en el crecimiento económico. Si la desigualdad en la educación en África Subsahariana hubiera sido la mitad de la registrada, la tasa de crecimiento anual entre 2005 y 2010 habría sido aproximadamente un 47% más alta (UNESCO, 2013).

### Los salarios más bajos de las mujeres van acompañados de oportunidades profesionales limitadas

La brecha salarial entre hombres y mujeres viene determinada en parte por la ocupación y el puesto. Los hombres suelen conseguir empleos en sectores mucho mejor remunerados y ocupan cargos más altos en esos sectores. Este desequilibrio en la distribución por sectores contribuye a las diferencias de remuneración (Ñopo, 2012).

Las desigualdades de género en materia de oportunidades profesionales saltan a la vista en la proporción menor de mujeres que ocupan puestos de poder o autoridad en el lugar de trabajo (gráfico 23). Solo en Colombia, Jamaica y Santa Lucía, de un grupo de 126 países, territorios y otras zonas, las mujeres ocupan al menos la mitad de los puestos de dirección. En la mayoría de los casos, las mujeres representan entre el 20% y el 40% del conjunto de puestos directivos; y, en 27 países o territorios, menos del 20%.

En los países de ingresos altos, los sectores de la salud y la educación son las principales fuentes de empleo para las mujeres, que contratan a más del 30% del total de mujeres en el mercado laboral. En los países de bajos ingresos e ingresos medianos bajos, la fuente de empleo más importante para las mujeres sigue siendo la agricultura. En Asia Meridional y África Subsahariana, más del 60% de las mujeres que trabajan,



están empleadas en el sector agrícola —un trabajo mal remunerado, estacional e inseguro— (OIT, 2016c).

En todo el mundo, se registra una proporción reducida de participación de las mujeres en el campo de la ingeniería, e incluso menor en el de la informática (OCDE, 2007). En la mayoría de los países desarrollados, las mujeres representan entre el 25% y el 35% del personal de investigación en el ámbito de la tecnología; en algunos países, como el Japón y la República de Corea, se reduce a menos del 15% (OCDE, 2007). Las mujeres obtienen el 10% de las licenciaturas universitarias relacionadas con la informática en Bélgica, los Países Bajos y Suiza.

Cuando se incorporan al mercado de trabajo, las mujeres suelen trabajar en sectores sociales —como el de la educación— que registran salarios más bajos; mientras que los hombres tienden al empleo en los sectores técnico y financiero, en los que la remuneración es más alta.

En la economía global actual, que depende en gran medida de la tecnología, las personas que disponen de una educación superior, en especial en campos técnicos, están más solicitadas por los empleadores. Por tanto, las que tienen mayor capacitación técnica pueden exigir mejores salarios. La relación entre las capacidades y el salario no tiene un carácter lineal, sino exponencial (Autor *et al.*, 2006; Bertrand *et al.*, 2010; Goos *et al.*, 2009). Esto supone una diferencia de ingresos aún mayor entre los trabajadores con una calificación alta y una calificación baja (Dabla-Norris *et al.*, 2015). En el contexto de la desigualdad de acceso a las oportunidades educativas entre hombres y mujeres, eso significa que las mujeres se encuentran en desventaja incluso mayor desde el punto de vista de las oportunidades laborales y el potencial de ingresos.

En las sociedades tecnológicamente avanzadas y en proceso de globalización, la conectividad de Internet y los servicios de telefonía móvil cobran importancia progresivamente. Quienes no disponen de acceso a estos servicios, además de estar desconectados, se encuentran cada vez más en desventaja personal y profesionalmente (Woetzel *et al.*, 2015). Por tanto, la brecha digital repercute en las diferencias de género por su relación con

las oportunidades económicas, ya que las mujeres gozan de menos acceso a la tecnología de la información y las comunicaciones que los hombres en todo el mundo. En promedio, las mujeres presentan un 14% menos de probabilidades que los hombres de tener un teléfono móvil. Según los resultados de un estudio sobre el acceso a Internet en 144 países de ingresos bajos y medianos realizado en 2012, las mujeres tienen un 25% menos de acceso que los hombres (Intel, 2012). En África Subsahariana, la brecha aumenta hasta casi el 45%.

Este acceso menor a la tecnología de la información y las comunicaciones refleja en parte la falta de dinero para adquirirla y la existencia de normas que desalientan su uso en el caso de las mujeres (Antonio y Tuffley, 2014; Gillwald *et al.*, 2010; GSMA, 2015; Hilbert, 2011; Intel, 2012).

Además de las oportunidades profesionales más limitadas, las mujeres afrontan mayores restricciones a la hora de acceder a los activos financieros y los servicios bancarios convencionales. Por ello, hay lugares en los que, aunque las mujeres ganaran lo mismo que los hombres, no podrían depositar sus ingresos en una cuenta bancaria ni realizar inversiones con el propósito de multiplicarlos.

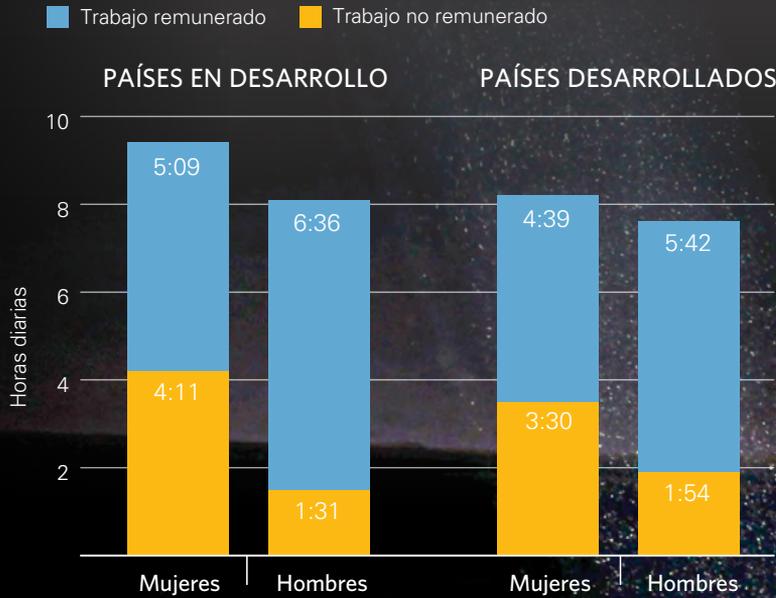
### *El trabajo doméstico no remunerado que desempeñan las mujeres socava su potencial de ingresos en el mercado de trabajo remunerado*

Las normas que pueden mantener a las mujeres alejadas de la población ocupada pueden también limitar su remuneración cuando se incorporan a la fuerza de trabajo.

En la mayoría de los países, las mujeres dedican menos horas al empleo remunerado que los hombres, y soportan la mayor parte de la carga de los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados (gráfico 24). En los países en los que se dispone de datos fiables, las mujeres realizan en promedio 2,5 veces más este tipo de labores que los hombres (OIT, 2016c).

Cuando las mujeres están empleadas, sus responsabilidades adicionales en relación con los cuidados y el trabajo doméstico suponen una jornada más larga que la de los hombres. En los países en

GRÁFICO 24 Tiempo dedicado a trabajos remunerados y no remunerados en 23 países en desarrollo y 23 países desarrollados, por sexo (año más reciente disponible)



Fuente: OIT (2016a)

*En la mayoría de los países, las mujeres dedican menos horas al empleo remunerado que los hombres y soportan la mayor parte de la carga de los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados.*

**Las mujeres realizan en promedio 2,5 VECES MÁS este tipo de labores que los hombres**





© Dieter Telemans/Panos Pictures

desarrollo, las mujeres pasan una media de 9 horas y 20 minutos al día desempeñando trabajos no remunerados y remunerados, frente a las 8 horas y 7 minutos de los hombres. Además, las mujeres en un país en desarrollo solo dedican el 55% del día a trabajos remunerados, frente al 81% en el caso de los hombres. La responsabilidad por las labores de cuidado y las tareas domésticas no remuneradas supone, asimismo, que las mujeres disponen de menos tiempo para los trabajos que generan ingresos (OIT, 2016c). La prestación de cuidados no remunerada es, por tanto, un factor que impulsa la desigualdad económica (Mateo Díaz y Rodríguez-Chamussy, 2016; Banco Mundial, 2012).

### La sanción por maternidad

En todo el mundo, las madres que forman parte de la fuerza de trabajo ganan menos que las mujeres sin hijos (OIT, 2016c). La sanción salarial impuesta a la maternidad puede prolongarse incluso después de

que los niños son mayores, debido a la probabilidad de que las madres pierdan terreno en materia de ingresos al tomar tiempo libre durante el embarazo o después del parto.

Las expectativas de los empleadores en relación con los embarazos pueden favorecer la desigualdad salarial por razón de género. Es posible que los empleadores justifiquen la remuneración inferior de las mujeres por la percepción de que se comprometen menos con sus trabajos cuando asumen tareas familiares adicionales (Lips, 2013). Algunos empleadores consideran a todas las mujeres madres potenciales y no las tienen en cuenta para trabajos más complejos o ascensos por el riesgo de que disfruten de una licencia de maternidad de manera inesperada (OIT, 2016a).

La discriminación en el lugar de trabajo contra las mujeres embarazadas y los trabajadores con responsabilidades familiares adopta numerosas formas y constituye una violación de los derechos laborales.



© UBELONG/www.ubelong.org

### Licencia de maternidad y paternidad

Cuando no existe licencia de maternidad o conservación del puesto garantizada, muchas mujeres se ven en la necesidad de elegir entre participar en la fuerza de trabajo o dar a luz, es decir, entre sus funciones productiva y reproductiva.

En la actualidad, la mayoría de los países cuentan con alguna prestación de licencia de maternidad. Los países en los que las mujeres tienen derecho a períodos más largos de licencia de maternidad remunerada suelen registrar tasas superiores de participación femenina en la fuerza de trabajo (OIT, 2014; Banco Mundial, 2015).

Dependiendo de la duración del período de licencia estipulado, y de quién lo sufraga, los empleadores pueden discriminar a las mujeres en edad de procrear en el momento de la contratación y desde el punto de vista de la remuneración (Mateo Díaz y Rodríguez-Chamussy, 2016; Banco Mundial, 2015).

La Organización Internacional del Trabajo recomienda un período mínimo estándar de licencia de maternidad de 14 semanas (OIT, 2016c). En un grupo de 185 países, 98 garantizan al menos 14 semanas de licencia; 60, entre 12 y 13 semanas; y 27, menos tiempo. Aunque la mayoría de los países dispone de algún tipo de protección a través de legislación relativa a la licencia de maternidad y programas de sustitución de ingresos, en la práctica, la cobertura de la licencia es muy inferior a causa de las medidas disuasorias orientadas a que las mujeres y las parejas no se acojan a tales políticas. En todo el mundo, alrededor del 60% de las mujeres que trabajan no se benefician de ningún derecho legítimo a la licencia de maternidad, y un número aún menor disfruta de algún tipo de remuneración durante la licencia. Este es el caso, en especial, de la gran proporción de mujeres que trabajan por cuenta propia, en una empresa familiar, o bien que están empleadas a tiempo parcial o en modalidades de

trabajo no estructuradas, como el trabajo doméstico o agrícola (OIT, 2014).

Dada la inseguridad laboral de las mujeres en numerosos contextos, y pese a que 43 países prohíben explícitamente la discriminación relacionada con la maternidad, resulta complicado aplicar protecciones que garanticen el derecho a recuperar su puesto de trabajo una vez concluida la licencia de maternidad sin repercusión alguna sobre su salario (OIT, 2014).

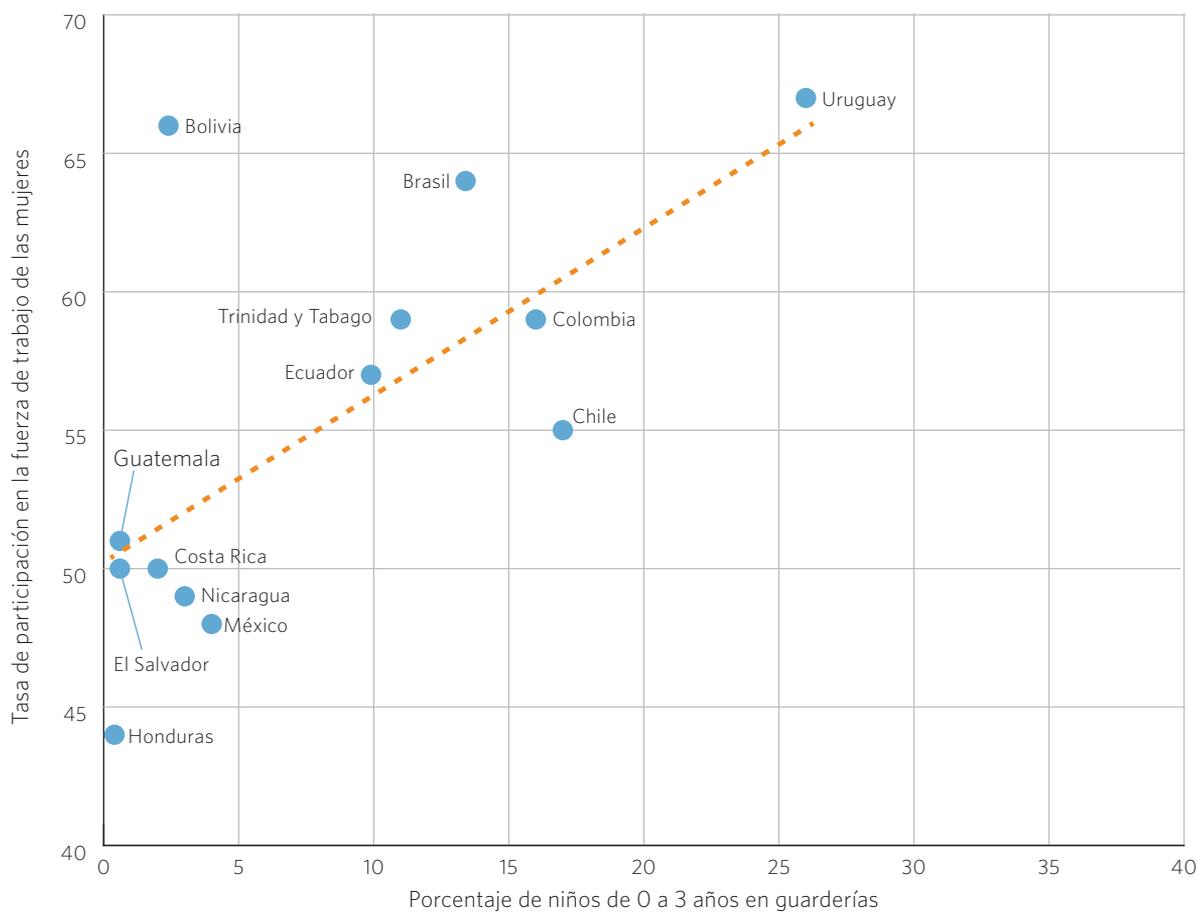
La licencia de paternidad se concede a los padres tras el nacimiento o la adopción a efectos del cuidado del niño. Setenta y ocho países, de un grupo de 167, disponen de algún tipo de derecho legítimo a la licencia de paternidad, que es remunerada en gran parte. No

obstante, la duración de la licencia es limitada: los empleadores de la mayoría de los países en África, Asia y América del Norte ofrecen menos de una semana.

### Licencia parental y acceso a los servicios de cuidado del niño

La licencia parental permite a los progenitores cuidar de un bebé o un niño de corta edad una vez concluida la licencia de maternidad o paternidad. Sesenta y seis países, de un grupo de 169, principalmente de Europa Oriental y Asia Central, cuentan con políticas de licencia parental. Aunque estos países permiten una «licencia parental compartida», que se concede a uno de los padres

GRÁFICO 25 Participación femenina en la fuerza de trabajo y uso de los servicios convencionales de guardería para niños de hasta 3 años en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2012



Basado en Mateo Díaz y Rodríguez-Chamussy (2016). Los datos proceden de las encuestas nacionales de hogares más recientes disponibles.

o a ambos, en la práctica, las madres disfrutaban mayoritariamente de la licencia.

La pérdida de salario es una motivación común para no disfrutar de la licencia parental. De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo, solo en cinco países de África existían disposiciones sobre licencia parental —todas sin remuneración— en 2013. En Asia, solo 3 de 25 países disponían de licencia parental: la República de Corea concede una licencia con un 40% del salario, y Nepal, solo licencia no remunerada. Cinco de 10 países de Oriente Medio cuentan con disposiciones en materia de atención parental no remunerada. En cambio, 20 de 24 países desarrollados reconocen el derecho a licencia parental.

Con o sin licencia parental, la participación de los progenitores varones en el cuidado del niño presenta ventajas considerables a la hora de reparar la desigualdad en la distribución de la responsabilidad que se asume por los hijos y la carga general del trabajo doméstico no remunerado.

En el contexto de este reparto desigual de las responsabilidades y obligaciones de prestación de cuidados, la capacidad de las mujeres para incorporarse a la fuerza de trabajo suele depender de que dispongan de servicios de guardería asequibles, flexibles y de fácil acceso para sus hijos. Si las mujeres que tienen hijos no disfrutan de acceso a servicios de guardería, o si estos son demasiado caros, es posible que se vean obligadas a permanecer al margen de la fuerza de trabajo y renunciar por completo a la obtención de ingresos.

Según los resultados de un análisis sobre el cuidado de los hijos y la participación en la fuerza de trabajo en América Latina y el Caribe (gráfico 25), existe una relación positiva y considerable entre estos dos factores (Mateo Díaz y Rodríguez-Chamussy, 2016).

La investigación llevada a cabo a lo largo de diez años apunta a que un mercado laboral flexible ofrece a las mujeres la mejor oportunidad de participar de manera plena y constructiva en la fuerza de trabajo y disfrutar de ingresos superiores, incluso ejerciendo al mismo tiempo su función reproductiva. El horario de trabajo flexible, la posibilidad de trabajar a tiempo parcial y la concesión

de licencias de maternidad y paternidad tienen efectos positivos en la participación de la mujer en la fuerza de trabajo.

## **El círculo vicioso que afecta a las mujeres: ingresos más bajos y capacidades reducidas**

La desigualdad —independientemente del tipo que sea— es producto de una variedad de fuerzas presentes en la sociedad que interactúan y limitan o restringen el comportamiento de los individuos. Estas restricciones y límites reducen las opciones, el acceso a los recursos y las posibilidades de elección.

La desigualdad de género es una de esas fuerzas y da pie a restricciones y límites que se imponen a la mitad de la población mundial. Muchas de las desigualdades en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se relacionan estrechamente con la desigualdad de género, que incluso las impulsa.

Los ingresos de las mujeres son inferiores a los de los hombres en todo el mundo. Tal situación deriva de la desigualdad de género en el ámbito de la educación y la salud, y de las diferencias en la protección de los derechos. Dichas desigualdades merman las capacidades de las mujeres, y dan lugar a una menor variedad de opciones y oportunidades de trabajo y medios de vida.

Y, con ingresos inferiores, las mujeres disponen de menos recursos para acceder a los servicios básicos, como los de planificación familiar, que podrían facilitar su incorporación a la fuerza de trabajo y la obtención de una remuneración superior una vez en el empleo. Esta situación desencadena un círculo vicioso que puede impedir que las mujeres, sus hijos y los hijos de sus hijos salgan de la pobreza (Naciones Unidas, 2014).

En aras de la igualdad y la prosperidad compartida, es fundamental nivelar las condiciones de los niños y las niñas, los hombres y las mujeres. Esto significa equiparar las reglas del juego en el ámbito de la aplicación de las leyes y los derechos; en el de las instituciones que perpetúan la desigualdad en las normas y actitudes de género; y en el de la educación y la salud, en especial la salud reproductiva.



© Alixandra Fazzina/NOOR

## CAPÍTULO 3

---

# El precio de la desigualdad

Según la definición contenida en la Agenda 2030, el desarrollo sostenible no solo consiste en una reducción absoluta de las privaciones humanas —por ejemplo, la erradicación de la pobreza o la mortalidad materna—, sino también en una mayor igualdad entre todas las personas, tanto en la esfera nacional como internacional.

La desigualdad, ya sea económica, social, política o en el ámbito de la salud, representa un obstáculo para el desarrollo humano sostenible. Concede derechos a unas personas en detrimento de otras. Además, la relativa falta de participación de segmentos enteros de la población reprime las ideas y soluciones y reduce la vitalidad y resiliencia de la sociedad. En resumen, las oportunidades que pierden algunas personas limitan la prosperidad de todos a largo plazo.

La desigualdad trunca el camino hacia el mundo que deseamos, facilita el desarrollo en beneficio de unos pocos, pero no de todos, margina a determinados grupos e individuos, y distorsiona las relaciones políticas, sociales y económicas. Las desigualdades conducen a una segmentación de la sociedad, dejando territorios en los que existen distintos niveles de acceso a recursos, conformando grupos que gozan de privilegios y otros que sufren escasez. Esto ocasiona menor contacto social entre los diferentes grupos en las escuelas, el trabajo o la vivienda, con lo que se reduce el entendimiento mutuo y se favorecen los extremismos en el discurso político.

Pese a los progresos recientes en favor de la erradicación de la pobreza extrema en todo el mundo, las desigualdades económicas crecientes contradicen las declaraciones relativas a la prosperidad compartida o la mejora de la vida de todo el mundo. Esa desigualdad en aumento impide la mejora de la confianza y la cohesión social, representa una amenaza para la salud pública, y disminuye la influencia política de las personas pobres y la clase media. Su persistencia deja patente que los derechos humanos siguen sin ser universales y, si no se afronta, puede fomentar el malestar y socavar la gobernanza y la paz.

Reducir las diferencias entre las personas acomodadas y las personas pobres, los hombres y las mujeres, y los privilegiados y los excluidos es una cuestión que

se reduce al respeto y aprovechamiento del potencial de todas las personas. La mejora de las oportunidades y los resultados absolutos y relativos promueve la negociación social, contribuye a que los gobiernos estén al servicio de la mayoría, no de unos pocos, y estimula el crecimiento económico y la prosperidad compartida a largo plazo.

En todo el mundo en desarrollo, las mujeres y las adolescentes más pobres enfrentan más dificultades que las más acomodadas para ejercer sus derechos reproductivos y cuidar de su salud. Las desigualdades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva pueden ser aún más pronunciadas como resultado de su lugar de residencia —en una ciudad o una zona rural— y su nivel de estudios. Las mujeres de las zonas rurales y con menos formación normalmente acceden en menor medida a los servicios y obtienen peores resultados en materia de salud reproductiva que las mujeres con un nivel educativo superior de las zonas urbanas.

Cuando la salud y los derechos se encuentran fuera del alcance de gran parte de la población, todo el mundo sale perjudicado de alguna manera. Es posible, por ejemplo, que una mujer pobre que no puede acceder a servicios de planificación familiar tenga más hijos de los que desea tener. Como resultado, quizá no pueda incorporarse a la fuerza de trabajo remunerada y contribuir al crecimiento de la economía y el desarrollo de su país.

Las desigualdades en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos conllevan costos para el individuo, la comunidad, las naciones y el conjunto de la comunidad internacional.

### **La desigualdad en el ámbito de los riesgos para la salud reproductiva**

En el mundo en desarrollo, el 43% de los embarazos no son planeados (Instituto Alan Guttmacher, 2017).

Los embarazos no planeados predominan entre las mujeres de las zonas rurales, pobres y con mayores carencias educativas. En la mayoría de los países, las tasas de fecundidad son más altas en los segmentos más pobres de la población que en los grupos de rentas superiores. En los países en los que la tasa de fecundidad

general es relativamente baja, la diferencia entre las tasas de fecundidad de los segmentos ricos y pobres es también relativamente pequeña. Pero en los países con una tasa de fecundidad elevada, puede haber una distancia considerable entre los quintiles de riqueza superior e inferior. En Zambia, por ejemplo, la tasa de fecundidad del quintil de ingresos más bajo es más del doble que la del quintil de ingresos más altos (Banco Mundial, 2012).

Cada año se registran en los países en desarrollo 89 millones de embarazos no deseados, 48 millones de abortos, 10 millones de abortos espontáneos y 1 millón de mortinatos (Instituto Alan Guttmacher, 2017).

Los embarazos no planeados se relacionan con el aumento de la pobreza y la reducción de las perspectivas de movilidad económica de las mujeres (UNFPA, 2012).

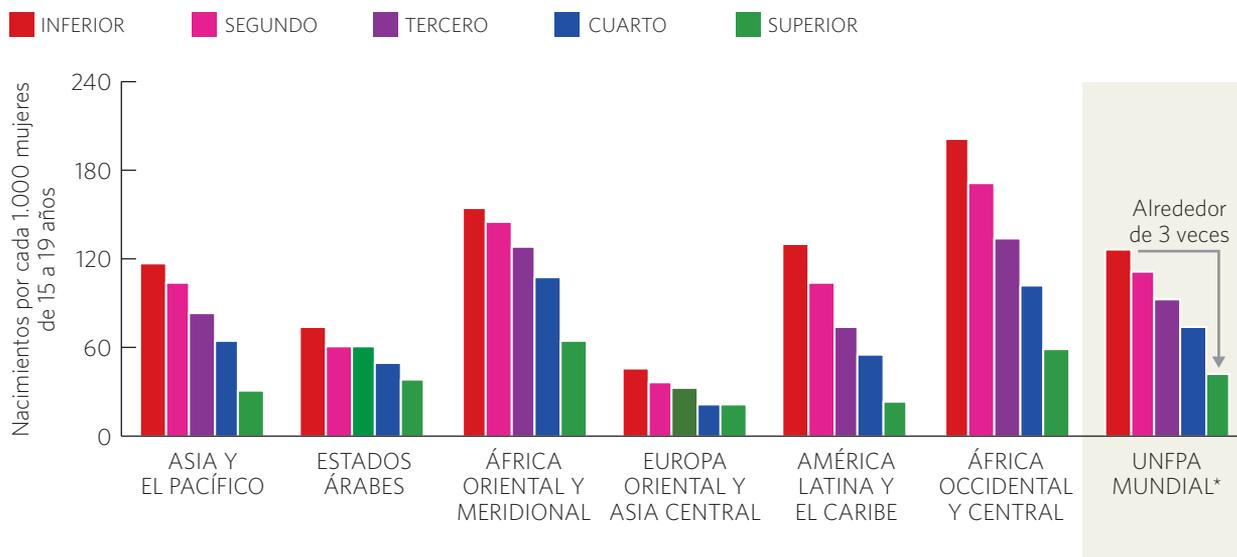
Se calcula que la demanda de planificación familiar insatisfecha afecta a 214 millones de mujeres en los países en desarrollo (Instituto Guttmacher, 2017). Los datos correspondientes a 98 países en desarrollo

ponen de relieve que la demanda de planificación familiar no satisfecha es superior entre las mujeres más pobres, de zonas rurales y con mayores carencias educativas que entre las mujeres más ricas, de zonas urbanas y con un nivel de estudios superior (UNFPA, 2013a).

La disparidad en materia de necesidades no satisfechas es notable en todas las regiones salvo en África Occidental y Central, donde, si bien la demanda sin satisfacer es alta, afecta por igual a todos los grupos demográficos, sociales y económicos.

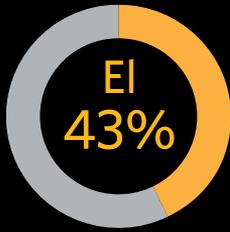
Cuando las mujeres más pobres de los países en desarrollo se quedan embarazadas, las limitaciones y la desigualdad en el acceso a los servicios de atención de la salud reproductiva, así como las carencias nutricionales, pueden ocasionar complicaciones graves para la madre y el feto. Pese a las reducciones conseguidas en el número de muertes maternas en todo el mundo, la tasa de mortalidad materna en los países menos adelantados se mantiene en 436 muertes por cada 100.000 nacimientos, frente a 12 por cada 100.000 nacimientos en los países desarrollados.

**GRÁFICO 26 Tasa de fecundidad de las adolescentes (de 15 a 19 años), por región y quintil de riqueza**



\*Promedio ponderado de los 155 países y territorios en los que el UNFPA desempeña su labor.

**Nota:** gráfico elaborado a partir de los datos más recientes disponibles.  
**Fuente:** UNFPA (2016a)



de los embarazos en el mundo en desarrollo  
**NO SON PLANEADOS.**

Cada año se registran en los países en desarrollo:

**89 millones** de embarazos no deseados

**48 millones** de abortos

**10 millones** de abortos espontáneos

**1 millón** de mortinatos

© Magnum Photos

Más del 96% de los niños con peso bajo al nacer vienen al mundo en países en desarrollo (OMS, 2017). Aunque el acceso a la atención prenatal va en aumento en todo el mundo, las mujeres de las regiones en desarrollo —en especial, de África Subsahariana y Asia Meridional— suelen recibir menos de 4 consultas prenatales: el número mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud hasta noviembre de 2016, fecha en que la recomendación se elevó a 8 (OMS, 2016). La situación es aún peor en las zonas rurales de los países en desarrollo, donde los costos asociados con la necesidad de recorrer largas distancias para acceder a la atención prenatal son prohibitivos (Finlayson y Downe, 2013).

Además, la mala salud de las madres tiene repercusiones intergeneracionales y, según los resultados

de un estudio, afecta a la salud y la supervivencia infantil (Bhalotra y Rawlings, 2011). En dicho estudio se planteó que la mala salud intergeneracional podría hallarse íntimamente ligada a los ingresos y el bienestar económico y la desigualdad.

De los 7,3 millones de partos anuales en adolescentes menores de 18 años que tienen lugar en los países en desarrollo, 1,1 millones se dan entre niñas menores de 15 años (UNFPA, 2013b). La mayoría de los partos en la adolescencia (el 95%) se dan en países en desarrollo, y 9 de cada 10 se producen en el seno del matrimonio o de una unión libre. Por lo general, el matrimonio infantil es más frecuente en los países en los que la pobreza es extrema y en los grupos de población más pobres de esos países (UNFPA, 2013b).

En los países en desarrollo, se registran alrededor de tres veces más embarazos entre las adolescentes —de 15 a 19 años— que pertenecen al 20% de los hogares más pobres que entre las del 20% que viven en las familias más acomodadas (gráfico 26). Además, la tasa de fecundidad de las adolescentes —por cada 1.000 mujeres— en las zonas rurales duplica, en promedio, la de las zonas urbanas (gráfico 27).

Las variaciones en las tasas de fecundidad de las adolescentes en un país se deben en parte a la desigualdad del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Las niñas adolescentes no suelen disfrutar del mismo acceso a métodos anticonceptivos que los niños de su edad debido a las políticas discriminatorias, los proveedores de servicios que emiten juicios de valor o las actitudes predominantes respecto al comportamiento aceptable de las niñas.

Un embarazo puede tener consecuencias inmediatas y duraderas para la salud, la educación y el potencial de generar ingresos de una niña, y, con frecuencia, alterará el curso de su vida. El riesgo de muerte materna se duplica en las madres menores de 15 años en los países de ingresos bajos y medianos frente a las mujeres de más edad; este grupo más joven, además, afronta un riesgo considerablemente más elevado de sufrir fistulas obstétricas (UNFPA, 2013b).

La fecundidad de las adolescentes guarda una relación estrecha con la desigualdad de los ingresos y la incidencia de la pobreza (González *et al.*, 2015a). Las tasas de natalidad altas se han asociado con la actividad económica reducida de las mujeres, en especial de las adolescentes, que, después de un embarazo, suelen abandonar la escuela, con el consiguiente menoscabo de sus posibilidades de incorporarse al mercado de trabajo en el futuro. Por tanto, las tasas elevadas de fecundidad de las adolescentes pueden aumentar la desigualdad en el ámbito de la educación, la participación económica y el potencial de ingresos.

En un estudio del Banco Mundial (Chaaban y Cunningham, 2011) se sugiere que el costo de oportunidad a lo largo de la vida asociado al embarazo

en la adolescencia —que se mide calculando la pérdida de ingresos anuales a lo largo de la vida de la madre— va del 1% del producto interno bruto (PIB) anual de China al 30% del PIB anual de Uganda.

Los estudios han vinculado la maternidad a una edad temprana con la mala salud física y mental más adelante en la vida; y en algunos se ha constatado que la maternidad durante la adolescencia aumenta la desventaja de las niñas de nivel socioeconómico bajo (Hodgkinson *et al.*, 2014; Patel y Sen, 2012).

Los adolescentes afrontan riesgos adicionales en materia de salud reproductiva porque gozan de menor acceso que los adultos a los servicios, en particular de anticoncepción y prevención del VIH. En este grupo de edad, las niñas corren mayor riesgo que los niños.

El VIH/SIDA es hoy por hoy la principal causa de muerte entre las niñas adolescentes en África Oriental y Meridional. Asimismo, las niñas representan el 80% de las nuevas infecciones por el VIH en adolescentes de la región (Fleischman y Peck, 2015). En todo el mundo, las jóvenes y adolescentes —de 15 a 24 años— constituyen el 60% del total de jóvenes que viven con VIH, y el 58% del conjunto de nuevas infecciones por VIH en la juventud (ONU-Mujeres, 2016).

El impacto del VIH/SIDA es mayor en las personas pobres que en los grupos más acomodados y con mayor acceso a una atención de salud de calidad. Pese a la mejora del tratamiento en los países de ingresos bajos y medianos en años recientes, el 60% de las personas infectadas no disponen de acceso a los medicamentos antirretrovirales vitales, que pueden alcanzar un precio desorbitado (ONUSIDA, 2015). Sin tratamiento, los hogares ya sumidos en la pobreza corren el riesgo de que su situación empeore cuando fallece algún miembro de la familia que genera ingresos.

### **La intersección de las desigualdades en el ámbito de la salud, la educación y el género**

Pese a los avances logrados en favor de la igualdad de género en la educación a lo largo de los tres últimos decenios, sigue siendo más probable que las niñas no



# DEMASIADO JÓVENES

## EMBARAZO ADOLESCENTE



**EL 95%**

de los nacimientos de madres adolescentes en el mundo tienen lugar en países en desarrollo

**DE LOS  
7,3 MILLONES**

de nacimientos anuales entre adolescentes menores de 18 años que tienen lugar en los países en desarrollo,

**1,1 MILLONES**  
se dan entre niñas menores de 15 años

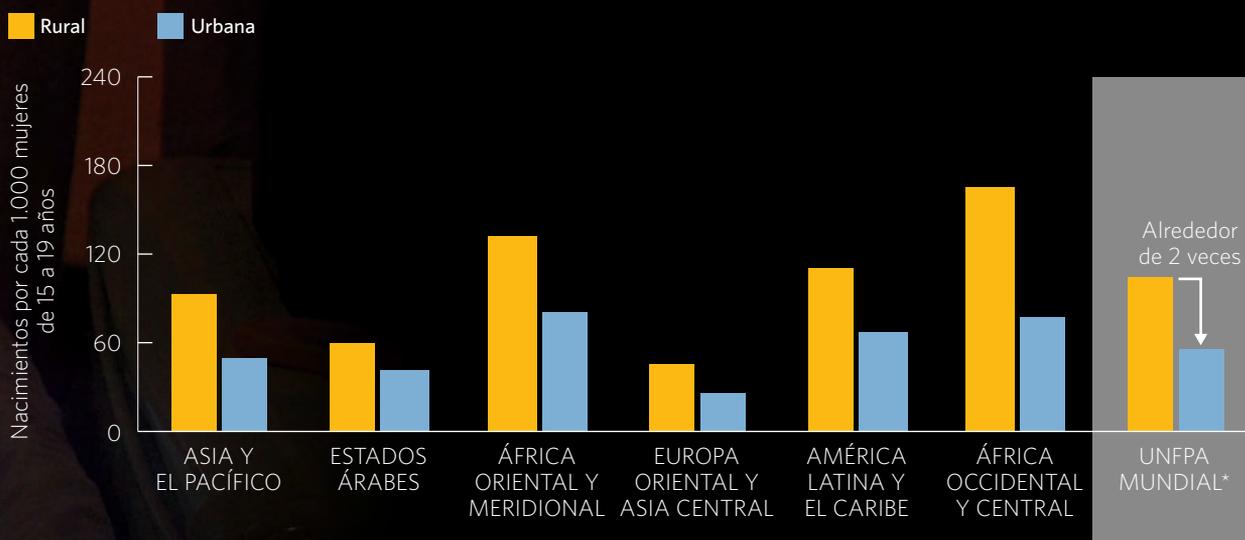


**9 DE CADA 10**

nacimientos entre adolescentes se producen en el seno de un matrimonio o una unión libre

En los 96 países en desarrollo sobre los que existen datos disponibles, **las tasas de fecundidad adolescente son más altas en las zonas rurales**, y entre las más pobres y con menor nivel educativo.

GRÁFICO 27 Tasa de fecundidad adolescente (de 15 a 19 años), por lugar de residencia



\*Promedio ponderado de los 155 países y territorios en los que el UNFPA desempeña su labor.

Nota: gráfico elaborado a partir de los datos más recientes disponibles.

Fuente: UNFPA (2016a)

estén escolarizadas en la enseñanza primaria e incluso más probable que no se matriculen en la enseñanza secundaria (UNICEF e Instituto de Estadística de la UNESCO, 2015). Las niñas de las zonas rurales, pobres o de grupos étnicos o religiosos minoritarios se hallan expuestas a un riesgo aún mayor de no asistir a la escuela que las niñas de las zonas urbanas, acomodadas y de grupos étnicos y religiosos mayoritarios (Alianza Mundial para la Educación, 2013; UNICEF e Instituto de Estadística de la UNESCO, 2015).

La menor matriculación, asistencia e índices de eficiencia terminal son resultado de numerosos factores sociales, geográficos y económicos que sitúan a las niñas en desventaja en el ámbito de la educación, sobre todo cuando llegan a la adolescencia.

La falta de cuartos de baño independientes y productos adecuados para la menstruación en las escuelas, por ejemplo, puede motivar que las niñas

pubescentes se ausenten de las clases. Las pruebas visibles de la menstruación a consecuencia de la escasez de productos higiénicos pueden exponerlas al acoso y los abusos sexuales (Sommer, 2010).

El matrimonio infantil, asimismo, se asocia con la falta de escolarización de las niñas y representa una amenaza para su salud y bienestar. Es frecuente que al matrimonio le siga un embarazo, aun cuando la niña no esté preparada ni física ni mentalmente. En todo el mundo, las complicaciones derivadas del embarazo y el parto se encuentran entre las causas principales de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años (OMS, 2017b).

Al contraer matrimonio, las niñas son forzadas a menudo a abandonar la escuela para hacerse cargo de las responsabilidades del hogar. Esto representa la denegación de su derecho a la educación. Las niñas que abandonan la escuela registran peores resultados en salud y situación

© Mark Tuschman



**LA MENOR MATRICULACIÓN,  
ASISTENCIA E ÍNDICES DE  
EFICIENCIA TERMINAL**  
son resultado de numerosos  
factores sociales, geográficos  
y económicos que  
**SITÚAN A LAS NIÑAS  
EN DESVENTAJA**  
en el ámbito de la educación,  
sobre todo cuando llegan  
a la adolescencia.



© Froi Rivera, por cortesía de Photoshare

económica que las que continúan sus estudios. Además, este factor repercutirá negativamente en sus hijos.

El temor a sufrir una agresión en el camino de ida o vuelta de la escuela es uno de los motivos por los que es más probable que las niñas de las zonas rurales empiecen los estudios más tarde que los niños (UNICEF e Instituto de Estadística de la UNESCO, 2015). Cuando los niños empiezan la escuela a una edad tardía, existen más probabilidades de que su desempeño en el aula sea insuficiente, tengan que repetir curso y abandonen los estudios (Nonoyama-Tarumi *et al.*, 2010; Wils, 2004); esta relación es aún más estrecha cuando los niños proceden de hogares con una situación socioeconómica más desaventajada (Nonoyama-Tarumi *et al.*, 2010).

El origen étnico es otro factor que desempeña un papel fundamental en la brecha entre los géneros en el ámbito de la educación. Se calcula que dos tercios de las niñas sin escolarizar en todo el mundo proceden de minorías étnicas nacionales (Banco Mundial, 2012).

Uno de los ejemplos más sorprendentes de la desigualdad en la educación se puede encontrar en la población romaní de Europa: en algunos países más del 30% de los jóvenes romaníes carecen incluso de estudios primarios, y la proporción de romaníes con un título universitario no supera el 1% en ningún sitio (Brüggemann, 2012). La exclusión de los romaníes de la educación conlleva un costo elevado, con una pérdida estimada del 3,7% del PIB tan solo en Bulgaria (Banco Mundial, 2010). La desigualdad en este ámbito en la población romaní afecta de manera desproporcionada a las niñas, ya que es mucho más probable que se casen antes de cumplir 18 años. En Serbia, por ejemplo, el 57% de las mujeres romaníes contrajeron matrimonio antes de los 18 años frente al 7% del resto de la población (UNICEF, 2014).

Cuando una niña no está escolarizada, pierde la oportunidad de adquirir los conocimientos y capacidades que podrían permitirle desarrollar todo su potencial más adelante (gráfico 28). Además, al

no asistir a la escuela, es posible que no reciba la educación integral de la sexualidad y la capacitación en habilidades para la vida que facilitan el aprendizaje sobre el cuerpo y las relaciones de poder y de género. En la escuela, puede adquirir además competencias en materia de comunicación y negociación que, de no tener, la situarían en mayor desventaja al atravesar la adolescencia y llegar a la edad adulta. La educación integral de la sexualidad es un enfoque de la educación de la sexualidad centrado en el género y basado en los derechos, tanto en la escuela como fuera de esta. Se imparte a lo largo de varios años, ofreciendo información adecuada a la edad en consonancia con la evolución de las capacidades de los jóvenes.

Un análisis ha puesto de relieve que los países con tasas elevadas de niños sin escolarizar por lo general registran también tasas altas de fecundidad adolescente —las más altas, en África— (Naciones Unidas, 2013a). En un estudio sobre la educación de las niñas en Kenya, se descubrió que la posibilidad de que una adolescente diera a luz se reducía un 7,3% si había completado al menos la enseñanza primaria, y un 5,6% en las que habían terminado, como mínimo, la enseñanza secundaria (Ferré, 2009).

El nivel de estudios alcanzado es similar entre los niños y las niñas en los segmentos más ricos de la sociedad de todo el mundo. En la mayoría de los países, las diferencias entre niños y niñas se vuelven más marcadas en los segmentos más pobres. En la India, por ejemplo, es probable que tanto los niños como las niñas de 15 a 19 años de la quinta parte más rica de la población lleguen hasta el décimo curso. Por el contrario, es probable que los niños de la quinta parte más pobre de la población solo lleguen al sexto, y las niñas, al primero (Banco Mundial, 2012).

### **Las desigualdades en materia de salud sexual y reproductiva y la desigualdad económica**

Las desigualdades en materia de salud sexual y reproductiva están relacionadas con la desigualdad económica: las mujeres del quintil de riqueza más

pobre de los países en desarrollo son, por lo general, quienes tienen menos acceso a los servicios esenciales para ejercer su derecho a evitar un embarazo, proteger su salud durante el embarazo y tener un parto seguro.

La pobreza excluye a millones de mujeres de servicios que salvan vidas y están a disposición de las personas de los estratos económicos superiores. Esta exclusión puede dar pie a resultados poco satisfactorios en materia de salud reproductiva, que, además de afectar a la salud de las mujeres, repercuten sobre el bienestar de su familia, su comunidad, y el desarrollo económico y social de su país.

Las desigualdades en el ámbito de la salud reproductiva y la desigualdad económica pueden, por tanto, reforzarse mutuamente y atrapar a las mujeres en un círculo vicioso de pobreza, capacidades reducidas y potencial sin explotar. Si bien es cierto que la relación entre estas dimensiones de la desigualdad no sigue una trayectoria directa, las conexiones son evidentes.

La intersección entre distintas formas de desigualdad puede comportar consecuencias enormes para las sociedades en su conjunto y dar lugar a que gran cantidad de mujeres padezcan enfermedades mentales o no puedan decidir si desean quedarse embarazadas, cuándo o con qué frecuencia y, en consecuencia, carezcan de capacidad para incorporarse a la fuerza de trabajo remunerada y desarrollar todo su potencial. Los efectos perjudiciales pueden extenderse a lo largo de toda la vida de las personas y afectar a la siguiente generación.

La desigualdad económica está empeorando en muchas partes del mundo, en especial en los países en desarrollo.

Los estudios efectuados por instituciones de investigación como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) revelan que la desigualdad extrema de los ingresos en un país puede lastrar el crecimiento económico.

Según sugieren los resultados de un estudio llevado a cabo por la OCDE, cuando las brechas de desigualdades son amplias, se pone en riesgo el potencial de crecimiento a largo plazo de los países en desarrollo, aun en países que han registrado avances significativos en reducir su incidencia de pobreza

**GRÁFICO 28** Porcentaje de las niñas de 7 a 16 años más pobres que nunca han asistido a la escuela

Clasificación	País	%
1	Somalia	95
2	Níger	78
3	Liberia	77
4	Malí	75
5	Burkina Faso	71
6	Guinea	68
7	Pakistán	62
8	Yemen	58
9	Benin	55
10	Côte d'Ivoire	52

Promedio de años de escolarización de las mujeres de 17 a 22 más pobres

Clasificación	País	Años
1	Somalia	0,3
2	Níger	0,4
3	Malí	0,5
4	Guinea	0,5
5	Guinea-Bissau	0,8
6	Yemen	0,8
7	República Centroafricana	0,8
8	Burkina Faso	0,9
9	Pakistán	1,0
10	Benin	1,1

Fuente: UNESCO e Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo (2013)



Cuando una niña no está escolarizada, pierde la oportunidad de adquirir los conocimientos y capacidades que podrían permitirle desarrollar **TODOSU POTENCIAL MÁS ADELANTE**

© Mark Tuschman

extrema (OCDE, 2015). En el caso contrario, la disminución de la desigualdad podría impulsar el crecimiento económico y acelerar la reducción de la pobreza.

El efecto negativo de la desigualdad de los ingresos en el crecimiento se debe en gran medida a que reduce las capacidades de las personas y pone freno a las oportunidades de desarrollar el capital humano de los más pobres (OCDE, 2015).

Aunque se ha conseguido reducir la pobreza en los últimos decenios, la desigualdad económica persistente sigue obstaculizando el progreso de millones y millones de personas. Se ha producido un aumento progresivo de la desigualdad de los ingresos en la mayoría de los países desarrollados, lo cual ha incrementado la distancia entre los ricos y los pobres y provocado el estancamiento económico de las personas que se sitúan en el extremo inferior de la distribución. La investigación de la OCDE indica, además, que las personas de los hogares más pobres dedican menos tiempo a la educación y su alfabetización es menos sólida, con las consiguientes oportunidades

reducidas de obtener empleo y trabajos de calidad (OCDE, 2015).

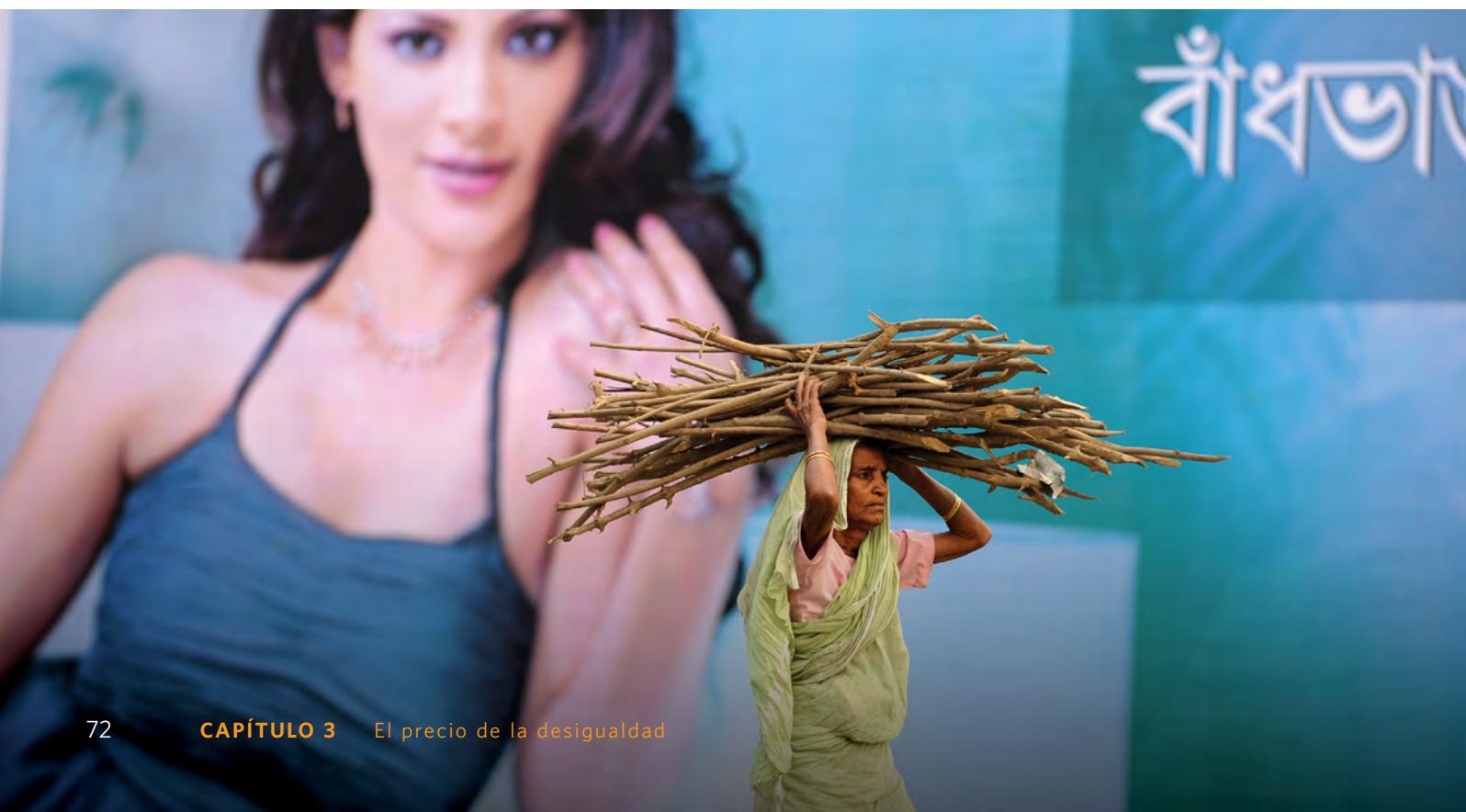
### La profundización de las desigualdades

Al examinar las características de las personas pobres, resulta obvio que las personas en situación de pobreza son también quienes tienen mayor probabilidad de sufrir otras formas de desigualdad. Es más probable que las personas pobres vivan en una zona rural, tengan menos estudios y más hijos: el 80% de los pobres viven en zonas rurales; el 44% tiene 14 años o menos; y el 39% no ha completado la enseñanza académica (Banco Mundial, 2016).

La naturaleza interconectada y multidimensional de las desigualdades —de ingresos, entre los sexos, y en materia de salud reproductiva y educación— suele complicar el proceso dirigido a determinar los factores que intervienen y su papel específico. No obstante, todas estas desigualdades interactúan y tienen consecuencias mixtas y a largo plazo para todo el mundo.

Las desigualdades económicas suelen quedar patentes en las diferencias amplias o crecientes en

© AFP/Getty Images



los resultados en materia de salud, que reflejan la desigualdad de oportunidades, así como en el acceso a la información, la atención de calidad u otros bienes públicos. Esta desigualdad de oportunidades y acceso subraya las desigualdades en el ámbito de la salud en todo el planeta, que se deben al acceso desigual a la tecnología de la información, la educación en salud, la atención moderna y los beneficios de los avances científicos.

Los intentos de corregir las desigualdades en los resultados u oportunidades resultan insuficientes si no se tratan las desigualdades por razón de género estructurales arraigadas que afectan a las mujeres y las niñas, operan en todas las sociedades, y multiplican las privaciones absolutas y relativas.

Los efectos de la desigualdad de los ingresos se potencian y reproducen a causa de la desigualdad de género. Esto hace que la brecha de pobreza entre los géneros sea uno de los tipos de desigualdad más persistentes en todo el mundo. Según puso de manifiesto un estudio reciente, la desigualdad de género guarda una relación estrecha con la desigualdad de los ingresos, que, a su vez, surge principalmente de la brecha entre los géneros en el ámbito de la participación económica en los países de ingresos altos, y de la educación, el empoderamiento político y la salud en los países de ingresos bajos y medianos (González *et al.*, 2015a).

La desigualdad de género estructural deniega a las mujeres el derecho a decidir si desean contraer matrimonio, cuándo y con quién; o si desean quedarse embarazadas, cuándo y con qué frecuencia. Esta falta de elección limita las trayectorias vitales en fases tempranas de la vida. Las desigualdades estructurales que afectan a las niñas y las mujeres se combinan y superponen, de modo que socavan la contribución de la mitad de la población del planeta.

Las desigualdades en los resultados y oportunidades refuerzan otros tipos de desigualdades, como la desigualdad de participación, toma de decisiones, justicia o protección conforme a la ley; la diferencia en la capacidad de influencia o acceso a los medios; o la desigualdad de oportunidades para ocupar puestos directivos, entre muchas otras.

Las desigualdades también operan en múltiples esferas —afectan a la relación de los individuos con sus vecinos o conciudadanos, y también con otros miembros del hogar o la familia—.

La concentración de los múltiples tipos de desigualdad refuerza las privaciones absolutas y relativas. Además, contribuye a las desigualdades espaciales y a las grandes diferencias entre comunidades en materia de acceso a los medios de transporte, el empleo y la energía eléctrica; proximidad a las amenazas ambientales, y acceso a los servicios básicos.

Las desigualdades también pueden influir en la migración internacional y los desplazamientos internos, ya que las personas se trasladan con el anhelo de dejar atrás las desigualdades espaciales establecidas y disfrutar de mejores oportunidades y resultados en entornos nuevos.

La pobreza y la desigualdad en la esfera nacional y regional —a semejanza de lo que ocurre en el ámbito individual y doméstico— pueden perpetuarse. No es una coincidencia que sea en los países menos adelantados del mundo donde acaecen principalmente las crisis y los desastres causados por el ser humano. Puede que las desigualdades se hallen en el corazón de esa fragilidad, que, a su vez, puede aumentar los riesgos y la probabilidad de que se desaten nuevas crisis.



© UNFPA/Lynsey Addario para Time Magazine

## CAPÍTULO 4

---

# Llegar primero a los más rezagados en el camino hacia la igualdad

Entre los objetivos y metas del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), en el que se fundamenta la labor del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) figuran: «el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible; la educación, sobre todo de las niñas; la igualdad entre los sexos; la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna; y el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular de planificación de la familia y de salud sexual».

El Programa de Acción subraya «[...] la tarea esencial de erradicar la pobreza como requisito indispensable del desarrollo sostenible, a fin de reducir las diferencias de niveles de vida y de responder mejor a las necesidades de la mayoría de los pueblos del mundo». Las iniciativas gubernamentales en respuesta al acuerdo de la CIPD han contribuido a lograr avances importantes a lo largo de 20 años en los ámbitos de la igualdad de género, la salud y la esperanza de vida, y han permitido que cerca de 1.000 millones de personas salgan de la pobreza extrema (Naciones Unidas, 2014).

### Una nueva agenda mundial centrada en la igualdad

Cuando las naciones del mundo se reunieron en 2015 con el propósito de trazar el curso del desarrollo sostenible para los próximos 15 años, se comprometieron a erradicar la pobreza y el hambre en todo el mundo, combatir las desigualdades dentro de los países y entre estos, y construir sociedades inclusivas que no dejen a nadie atrás. Asumieron, asimismo, el compromiso de «llegar primero a los más rezagados».

Tanto la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible como sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible se fundamentan en los principios de justicia, derechos, inclusividad e igualdad.

Las naciones del mundo convinieron que la nueva visión de desarrollo sostenible solo podría alcanzarse con la colaboración y participación de toda la humanidad, y que, en el futuro, el desarrollo debía beneficiar a

todos, no solo a quienes se encuentran en los peldaños económicos, políticos o sociales superiores de los países. La resolución de las Naciones Unidas que anunciaba el lanzamiento oficial de estos objetivos especifica: «Estamos decididos a poner fin a la pobreza y el hambre en todas sus formas y dimensiones, y a velar por que todos los seres humanos puedan realizar su potencial con dignidad e igualdad y en un medio ambiente saludable».

El Objetivo de Desarrollo Sostenible 10 pretende reducir la desigualdad en los países y entre ellos. Comprende metas específicas como, entre otras, la de mantener el crecimiento de los ingresos del 40% más pobre de la población a una tasa superior a la media nacional, y potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas. Esta última meta abarca las numerosas formas de desigualdad más allá de las económicas —desigualdades obvias asociadas a la diferencia de ingresos y riqueza—, como la desigualdad salarial y de participación en la fuerza de trabajo; la desigualdad política manifiesta, por ejemplo, en la negación del derecho de sufragio activo y pasivo; y la desigualdad de acceso a la educación y atención de salud de calidad.

Forman parte de la visión global de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible las nociones de «prosperidad compartida» y «[...] un mundo en el que sea universal el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas, el estado de derecho, la justicia, la igualdad y la no discriminación; [...] y en el que exista igualdad de oportunidades para que pueda realizarse plenamente el potencial humano [...]». Es más probable que se alcancen tanto la meta del Objetivo 1 relativa a la erradicación de la pobreza extrema para 2030 como la prosperidad compartida si los ingresos del 40% más pobre de la población aumentan a mayor velocidad que los ingresos medios. Cuanto más alta sea la tasa de crecimiento de los ingresos de este grupo, con mayor rapidez se compartirá el progreso económico con los segmentos más pobres de la sociedad (Banco Mundial, 2016).

Acelerar el crecimiento de los ingresos entre el 40% de la población con menores ingresos requiere, no obstante,

realizar inversiones de envergadura en capital humano, especialmente en el ámbito de la educación y la salud de los niños.

Otros Objetivos de Desarrollo Sostenible hacen patente que la igualdad económica, ya sea de ingresos o de patrimonio individual, no es la única medida de la igualdad ni del bienestar humano. El Objetivo 5 se orienta a lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, mientras que el Objetivo 4 hace hincapié en una educación inclusiva, equitativa y de calidad para todos.

Cabe la posibilidad de que el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de aquí a 2030 esté fuera de nuestro alcance sin un enfoque renovado en las personas más pobres de todas las poblaciones, así como en las más afectadas por la discriminación de género, con mayores dificultades para acceder a la educación, y quienes no disfrutaban de la salud y los derechos sexuales y reproductivos universales.

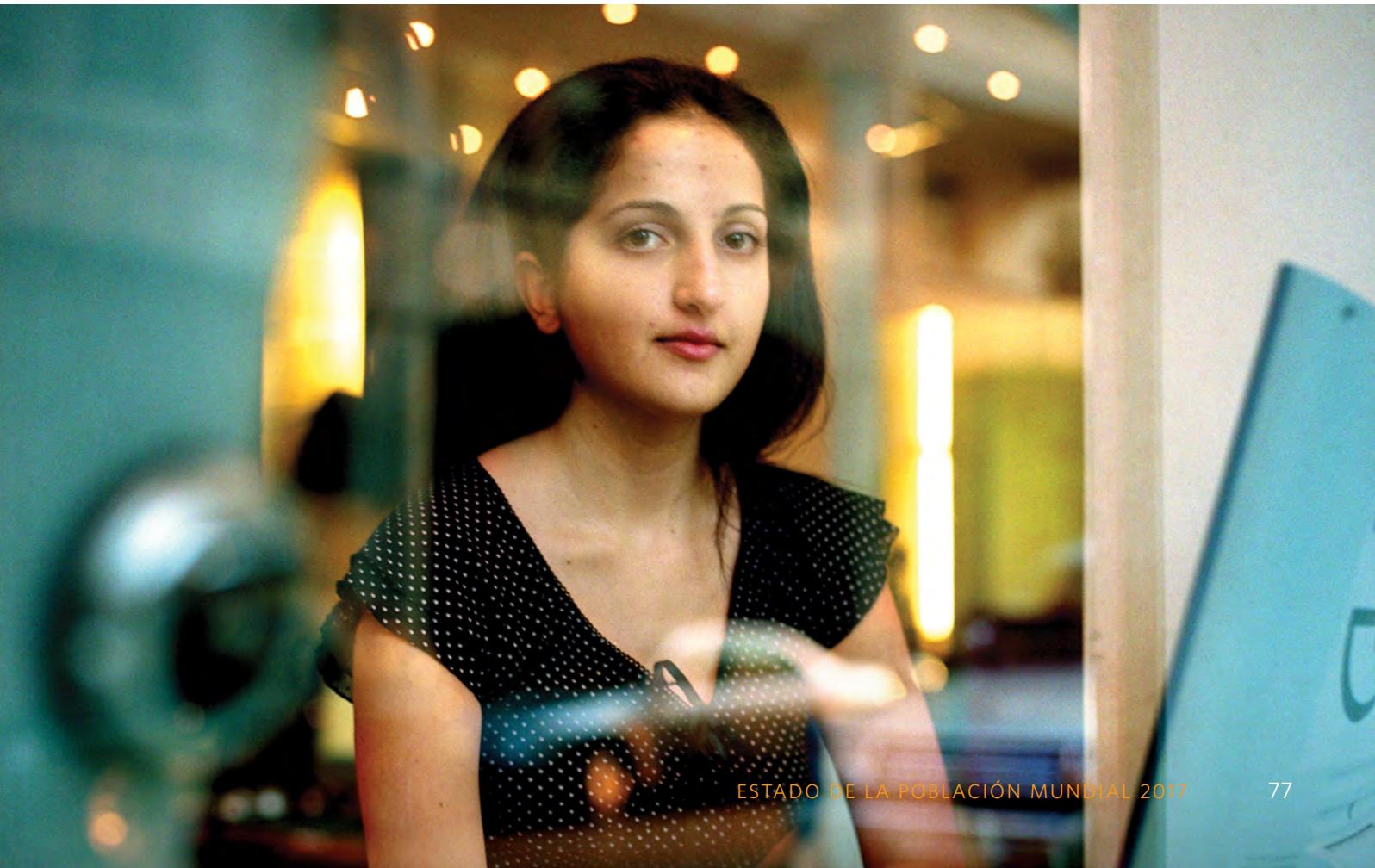
## Sentar las bases para un dividendo demográfico

La reducción de la desigualdad en el ámbito de la salud —en especial, la salud reproductiva— puede repercutir positivamente en las economías gracias al «dividendo demográfico».

Un dividendo demográfico es el potencial de crecimiento económico que puede surgir a consecuencia de los cambios en la estructura de edades de una población cuando la porción de población en edad de trabajar aumenta con relación a la de la población que no se encuentra en edad de trabajar.

El dividendo demográfico está ligado a una transición demográfica, que comienza cuando las tasas de mortalidad infantil y de lactantes disminuyen como resultado de un acceso más amplio a las vacunas, los antibióticos, el agua potable, el saneamiento y a una mejor nutrición. Conforme las parejas se dan cuenta de que no necesitan tener tantos niños para que su familia alcance el tamaño que desean, comienzan a descender las tasas de fecundidad.

© Alfredo Caliz/Panos Pictures



Con el tiempo, se reduce también el tamaño de familia deseado, por lo que el porcentaje de la población en edad de trabajar se incrementa frente a aquella que no se encuentra en dicha edad. La elevada proporción de trabajadores en relación con la de los hijos y ancianos a su cargo genera el potencial necesario para un impulso importante del crecimiento económico, pues recursos que en otro caso podrían ser necesarios para mantener a las personas dependientes se pueden desviar hacia el ahorro y el capital humano. Entretanto, el tamaño menor de las familias permite que más cantidad de mujeres se incorporen a la fuerza de trabajo y mejoren los ingresos de los hogares (UNFPA, 2016b).

Los países con grandes poblaciones de jóvenes o en rápido aumento se encuentran en posición de cosechar un dividendo demográfico que puede dar pie a un crecimiento económico sólido, inclusivo y equitativo a largo plazo, así como al desarrollo humano sostenible (Bloom, 2016).

Puesto que cerca del 60% de la población en los países menos adelantados tiene 24 años o menos, nunca se destacarán lo suficiente las perspectivas de cosechar los beneficios de un dividendo demográfico. La potencia del impulso económico depende en parte de la calidad de las inversiones de un país en el capital humano de sus jóvenes. Entre las inversiones esenciales en capital humano se incluyen las dirigidas a facilitar que las niñas —en especial las de hogares pobres— completen la enseñanza secundaria y accedan a una educación integral de la sexualidad y, más adelante, a la información, los servicios y los suministros de salud sexual y reproductiva, incluidos los anticonceptivos.

El dividendo demográfico pone en marcha un círculo virtuoso de mejora de la capacidad humana —a través de las inversiones en salud, nutrición y educación— que acelera el crecimiento económico. Este, a su vez,

aumenta el potencial de las familias y los gobiernos para invertir recursos adicionales en la salud, la educación y las capacidades de la siguiente generación.

No obstante, sigue dominado una desigualdad profunda en relación con las perspectivas de trabajo decente o los medios de subsistencia en todo el mundo. En comparación con los adultos, los jóvenes sufren de manera desproporcionada el desempleo, el subempleo y las condiciones de trabajo extremadamente vulnerables e inseguras. Asimismo, es más probable que carezcan de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva básicos. Las jóvenes, en particular, corren el riesgo de quedar atrapadas

en empleos informales y mal remunerados a causa de la desigualdad de género dominante en el mercado laboral, las desventajas en materia de escolarización, sus posibles responsabilidades en la crianza de los niños, y las violaciones de sus derechos a través de prácticas como el matrimonio infantil.

La gran cantidad de jóvenes desfavorecidos y marginados puede perpetuar las desigualdades y socavar el potencial de un país para materializar un desarrollo sostenible e inclusivo. Además, privar a los jóvenes de perspectivas de futuro puede agravar los conflictos y deteriorar la capacidad nacional para reaccionar ante las amenazas humanitarias y el cambio climático.

El enfoque del dividendo demográfico ofrece un planteamiento y una visión novedosos de las perspectivas y los caminos hacia el desarrollo sostenible en los países con gran proporción de jóvenes. El aumento de la inversión destinada al empoderamiento —incluido el relacionado con la salud y los derechos sexuales y reproductivos— y a una educación de calidad —sobre todo en el período crítico de la adolescencia— tiene efectos que perduran a lo largo de toda la vida. Cuando tales inversiones se extienden

---

Las jóvenes, en particular,  
corren el riesgo de  
quedar atrapadas en  
**EMPLEOS  
INFORMALES Y MAL  
REMUNERADOS**

---

a toda la población de manera amplia y equitativa, el resultado es un aumento del capital humano en la sociedad. Si dicho aumento coincide con el incremento en la proporción de la población joven, a consecuencia de la reducción de la natalidad, el resultado es una porción especialmente grande de la población que disfruta de mejor salud y estudios, y que entra en sus años más productivos. Cuando estos jóvenes se encuentran con sociedades y economías que les ofrecen oportunidades reales de trabajo decente, el desarrollo puede acelerarse de manera drástica en el transcurso de una generación.

Desde 2015, el UNFPA ha estado ofreciendo apoyo a 30 países de África en las evaluaciones nacionales orientadas a determinar su potencial para beneficiarse y sacar el máximo partido a un dividendo demográfico. Este proceso incluía el análisis de las estructuras etarias de la población, el nivel de estudios y las oportunidades de empleo, así como orientación en la inversión con posibilidades de favorecer la materialización de un dividendo demográfico y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A través del proyecto de dividendo demográfico y empoderamiento de las mujeres del Sahel —una iniciativa conjunta del Banco Mundial y el UNFPA—, Burkina Faso, el Chad, Côte d'Ivoire, Malí, Mauritania y el Níger están concediendo prioridad al dividendo demográfico como medio para abordar el déficit de capital humano y el crecimiento rápido de la población.

La consecución del dividendo demográfico depende del empoderamiento, la educación y el empleo, que, a su vez, dependen esencialmente de la igualdad en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos.

Millones de niñas, por ejemplo, corren el riesgo de convertirse en niñas casadas o madres adolescentes, lo que socavará sus oportunidades para adquirir una educación y desarrollar todo su potencial. Con menos competencias y, entre otras, las limitaciones relacionadas con la salud que suelen acompañar a los embarazos precoces, estas niñas tendrán dificultades

para incorporarse a la fuerza de trabajo remunerada. Si encuentran trabajo, es probable que su salario sea inferior al de otras mujeres de su edad que no están casadas o no se hayan quedado embarazadas en la adolescencia. Las consecuencias son la privación de derechos, toda una vida de pobreza, menores oportunidades y expectativas, productividad perdida y capital humano sin desarrollar, con las consiguientes repercusiones negativas para sus hogares y comunidades y el progreso económico y social de sus países.

El desarrollo del capital humano es una condición fundamental para el crecimiento económico y la materialización del dividendo demográfico. Sin una participación más amplia y equitativa de las mujeres, dicho dividendo será siempre un objetivo difícil de alcanzar.

### **La atención de salud universal: una vía hacia la igualdad**

De acuerdo con un estudio del Banco Mundial (2016), «el progreso hacia la atención de salud universal constituye la estrategia más prometedora y justa para reducir las desigualdades en materia de salud, elevar el capital humano de los pobres, y contribuir al incremento de las ganancias futuras, a la vez que disminuye las diferencias en materia de ingresos». La atención de salud universal significa la posibilidad de acceder a la atención sin que ello ocasione dificultades económicas.

El logro de la atención de salud universal, por tanto, implica poner los servicios —incluidos los de salud sexual y reproductiva— a disposición de las personas hasta entonces excluidas a causa del costo, el género o la ubicación. Exige, asimismo, ampliar la cobertura primero y con mayor rapidez para abarcar al 20% más pobre de la población (los más rezagados).

En al menos 12 países se han registrado avances hacia la atención de salud universal —como en Camboya y Colombia— que se han traducido en mejores resultados en el ámbito de la salud entre los pobres, con un costo inferior para ellos (Banco Mundial, 2016). «La reducción de las desigualdades en materia de

salud no solo es justa, además promueve la mejora del bienestar de los más pobres» y «les permite acumular capital humano».

La inversión en la salud de las mujeres y las adolescentes, incluida su salud sexual y reproductiva, puede generar beneficios económicos sustanciales para los países. La evidencia presentada, por ejemplo, en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente de las Naciones Unidas revela que casi una cuarta parte del aumento de los ingresos en los países de ingresos bajos y medianos entre 2000 y 2011 fue producto de la mejora de los resultados de salud generales (Naciones Unidas, 2016).

Las inversiones bien dirigidas hacia una atención ininterrumpida que abarque los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil responden al derecho fundamental a la salud y permiten a los países acercarse a la cobertura de salud universal —servicios disponibles para todos sin ocasionar dificultades financieras a las personas que los pagan (Black *et al.*, 2016).

Además, las inversiones en intervenciones de amplia repercusión en el ámbito de la atención ininterrumpida reportan dividendos económicos y sociales considerables que se suman al efecto en los resultados de salud, con una relación beneficio-costos de hasta 8,7-1 (Black *et al.*, 2016). Las inversiones pueden dar pie a la reducción de las tasas de fecundidad, lo que, a su vez, impulsará el crecimiento económico del país al permitir a mayor cantidad de mujeres incorporarse a la fuerza de trabajo remunerada y reinvertir las ganancias en la salud y la educación de los niños, y así establecer un ciclo intergeneracional de reducción de la pobreza y aumento de los ingresos (Black *et al.*, 2016).

Se ha demostrado que las inversiones específicas en anticonceptivos reportan beneficios económicos considerables. La demanda de anticonceptivos no satisfecha más alta en todo el mundo se registra entre los hogares más pobres, las mujeres con mayores carencias educativas y las que viven en zonas rurales, en comparación con las mujeres más acomodadas, mejor capacitadas y residentes de las

zonas urbanas. Esta necesidad insatisfecha también es desproporcionadamente mayor en los países de ingresos bajos (Instituto Guttmacher y UNFPA, 2014).

Atender a toda la demanda no satisfecha en los países en desarrollo es una cuestión de defensa de los derechos de todos y, además, impulsaría las economías con la eliminación de los costos económicos y humanos asociados con los embarazos no planeados. Si se abordara toda la demanda insatisfecha, se reducirían en aproximadamente un 75% los embarazos no planeados cada año, que pasarían de 89 millones a 22 millones (Instituto Alan Guttmacher, 2017).

### **Encarar la desigualdad multidimensional en todos sus frentes**

Los patrones de desigualdad en materia de ingresos y riqueza, educación, salud y género tienen su origen en la discriminación y las normas adversas arraigadas, tanto en la ley como en la práctica, que crean barreras sistemáticas para el acceso a las oportunidades económicas, y la capacidad de influencia o acción.

Es posible que los gobiernos que pretenden abordar cualquier forma específica de desigualdad deban emprender múltiples acciones en el ámbito de la política económica, los sistemas jurídicos, las regulaciones financieras y la red de protección social. Cuando el objetivo consiste en hacer frente a la desigualdad multidimensional, los desafíos se multiplican y pueden desbordar a los encargados de la formulación de políticas que intentan lograr un cambio drástico en un entorno de recursos técnicos y financieros escasos.

Debido a la naturaleza multidimensional y persistente del reto, no existe un modo único y sencillo de eliminar las brechas entre los hombres y las mujeres, los ricos y los pobres, las zonas rurales y las urbanas, o las personas sanas y aquellas que no disfrutaban de acceso a la atención de salud. Como señaló la Comisión Lancet en su influyente informe sobre la salud y el bienestar de los adolescentes, «las medidas más eficaces poseen un carácter intersectorial, varios niveles y múltiples componentes» (Comisión Lancet, 2016).

**GRÁFICO 29** Los beneficios de los servicios mejorados de salud sexual y reproductiva para todos no se limitan a la salud

## PARA LA SOCIEDAD

- ▲ Mayor crecimiento del PIB y del PIB per cápita
- ▲ Incremento del número de adultos en edad de trabajar en relación con el número de niños dependientes
- ▼ Reducción de la demanda de gasto público en educación, vivienda y saneamiento



© UNFPA/Dina Oganova

## PARA LAS FAMILIAS Y LOS HOGARES

- ▲ Aumento del ahorro y los activos de los hogares
- ▼ Disminución del número de niños que se quedan huérfanos
- ▲ Incremento de la escolarización de los niños
- ▲ Más recursos para cada niño



© Intellistudies/stock.adobe.com

## PARA LAS MUJERES

- ▲ Mayor capacidad para seguir escolarizadas
- ▲ Aumento de la producción y los ingresos
- ▲ Fortalecimiento de la autonomía y la autoestima
- ▲ Fomento de la equidad de género



Fuente: Instituto Alan Guttmacher y UNFPA (2014)

No obstante, es posible lograr avances sin abordar todas las dimensiones de la desigualdad al mismo tiempo. El progreso en una dimensión puede facilitar el avance en otras. Incluso los pasos más pequeños pueden abrir el camino a otros de gran alcance.

Los gobiernos, la sociedad civil y las instituciones de desarrollo han puesto en marcha programas piloto que han reducido uno o varios aspectos de la desigualdad multidimensional tras hacer frente a las estructuras sociales e institucionales que perpetúan o acentúan la desigualdad y crean barreras para subconjuntos de la población. Los resultados prometedores de algunas de estas iniciativas indican que se pueden ampliar con el ánimo de lograr mejores resultados en la reducción de las desigualdades de género y en el ámbito de la educación, así como en el acceso a la salud, los ingresos y la riqueza.

Determinar cuál es el punto de partida adecuado es uno de los dilemas que se plantea a cualquier gobierno o agente cuya labor se oriente a la eliminación de una brecha en la sociedad. La gama de puntos de entrada posibles es variada. Al abordar la desigualdad multidimensional, algunos países han obtenido buenos resultados utilizando un enfoque de iniciativas orientadas a cambiar las normas discriminatorias por razón de género, promover el acceso igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva, y empoderar a los grupos excluidos, en particular las mujeres y las niñas adolescentes.

El empoderamiento de las mujeres y las niñas puede favorecer la eliminación de la desigualdad multidimensional. Junto con la autonomía de las mujeres—incluidas las de los grupos más marginados—, el empoderamiento les permite tomar decisiones libremente acerca de si desean tener hijos y cuándo, la atención de su propia salud reproductiva, y la participación en la vida laboral fuera del hogar. Asimismo, la mejora de su situación política, social, económica y en materia de salud desempeña un papel fundamental en la consecución del desarrollo sostenible.

Cada vez son más las intervenciones prometedoras que adoptan un enfoque múltiple, por ejemplo, el

incremento del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva como parte de un programa de empoderamiento económico amigables a los pobres.

Las personas situadas en el escalón más bajo de la escala económica, las marginadas y las que han quedado rezagadas son un buen punto de partida para comenzar el camino en pos de la igualdad.

### **Cambiar las normas, prácticas y leyes discriminatorias por razón de género**

Las normas influyen en la capacidad de influencia o el poder de decisión que las niñas y las mujeres tienen en materia de salud sexual y reproductiva frente a los niños y los hombres.

Las normas se hallan estrechamente relacionadas con las estructuras sociales y económicas, y esas conexiones pueden tener un carácter recíproco. Las normas pueden restringir las perspectivas económicas de las mujeres, por ejemplo, al crear la expectativa de que sean ellas las responsables de la totalidad de la carga de trabajo doméstico no remunerado, o de la mayor parte de ella.

La evolución de las normas discriminatorias por razón de género constituye un punto de entrada importante para abordar la desigualdad multidimensional. La evidencia existente sugiere que las iniciativas eficaces suelen funcionar de múltiples maneras y en distintos niveles, y no como intervenciones simples e independientes. Además, cuentan con la participación de las escuelas, las comunidades, los empleadores, la sociedad civil, los medios de comunicación —y las mujeres, los hombres, las niñas y los niños— en el proceso de transformación (Parsons y McCleary-Sills, 2014).

El cambio económico en sí mismo puede influir en las normas: la ampliación de las oportunidades económicas puede facilitar que las mujeres rompan con las normas tradicionales que las infravaloran a ellas y a las niñas en comparación con los hombres y que perpetúan la desigualdad de género sistemática dentro y fuera del hogar. El crecimiento de oportunidades en el ámbito educativo y laboral puede fomentar las aspiraciones profesionales de las niñas y su autonomía fuera del hogar.

Por ejemplo, de acuerdo con un estudio realizado en la India, las oportunidades laborales nuevas en los centros de atención telefónica favorecieron la ambición de los padres en relación con las oportunidades educativas y laborales de sus hijas, y el resultado se tradujo en una mayor igualdad de oportunidades para los hijos de ambos sexos (Jensen, 2012).

En Bangladesh, la expansión de las oportunidades laborales de las mujeres en el sector de la confección se asoció con un incremento rápido de la escolarización de las niñas: entre 1983 y 2000, se registró un aumento del 27% en las tasas de matriculación escolar de las niñas en las aldeas próximas a las fábricas de prendas de vestir (Heath y Mobarak, 2014).

Pese a los avances en la garantía de un empleo formal para las mujeres de acuerdo con su titulación académica, las normas discriminatorias por razón de género en el medio laboral perduran. Estas incluyen no solo la desigualdad salarial por razón de género, en especial entre hombres y mujeres, sino también la preferencia por los hombres en la contratación frente a las mujeres, particularmente si están solteras y no tienen hijos —por la posibilidad de que los embarazos futuros reduzcan el valor a largo plazo de las empleadas—. Por tanto, es imprescindible cambiar las normas discriminatorias por razón de género en el lugar de trabajo para abordar la desigualdad multidimensional.

Los resultados de una serie de estudios han puesto de manifiesto una relación positiva entre la igualdad de género, el PIB per cápita y los niveles de desarrollo humano. La mayor igualdad de género derivada del aumento en la proporción de mujeres en la fuerza de trabajo se ha asociado con una reducción de la desigualdad de los ingresos (González *et al.*, 2015a).

La igualdad de género en el ámbito laboral puede impulsar considerablemente el PIB de un país. Si, por ejemplo, la proporción de mujeres que participa en

la fuerza de trabajo en Cabo Verde fuera equivalente a la de hombres, el PIB subiría un 12,2% (Marone, 2016). En la actualidad, la participación en la fuerza de trabajo es del 51% para las mujeres y del 65% para los hombres.

Según revela un informe del McKinsey Global Institute (Woetzel *et al.*, 2015), una participación idéntica de hombres y mujeres en el mercado de trabajo podría representar un aumento de 28 billones de dólares en el PIB anual mundial de aquí a 2025. Se calcula que en la India, por ejemplo, el PIB anual nacional registraría 700.000 millones de dólares adicionales de aquí a 2025 si se alcanzase la participación igualitaria, es decir, un aumento de la tasa de crecimiento del PIB anual del 1,4%.

### *Las intervenciones en el ámbito comunitario pueden ayudar a poner fin a las prácticas nocivas que afectan a las mujeres y las niñas*

Se ha determinado que, para abordar las convenciones sociales relativas a la mutilación genital femenina, es necesario contar con programas dirigidos por la comunidad. Los resultados de la evaluación de iniciativas dirigidas al abandono de esta práctica nociva sugieren que el compromiso de la comunidad es esencial para producir un cambio sostenible. Este tipo de intervenciones se han orientado a promover

el empoderamiento de las mujeres, las niñas y la comunidad en general, con el ánimo de facilitarles el examen crítico de su propia tradición y la adquisición de la voluntad necesaria para erradicar la práctica en su propio beneficio. La experiencia demuestra que el abandono de esa práctica a gran escala solo tiene cabida cuando la mutilación genital femenina deja de ser una norma social dominante y las familias no corren el riesgo de estigmatización o exclusión por abandonar la práctica.

---

Los resultados de una serie de estudios han puesto de manifiesto una **RELACIÓN POSITIVA** entre la igualdad de género, el PIB per cápita y los niveles de desarrollo humano

---

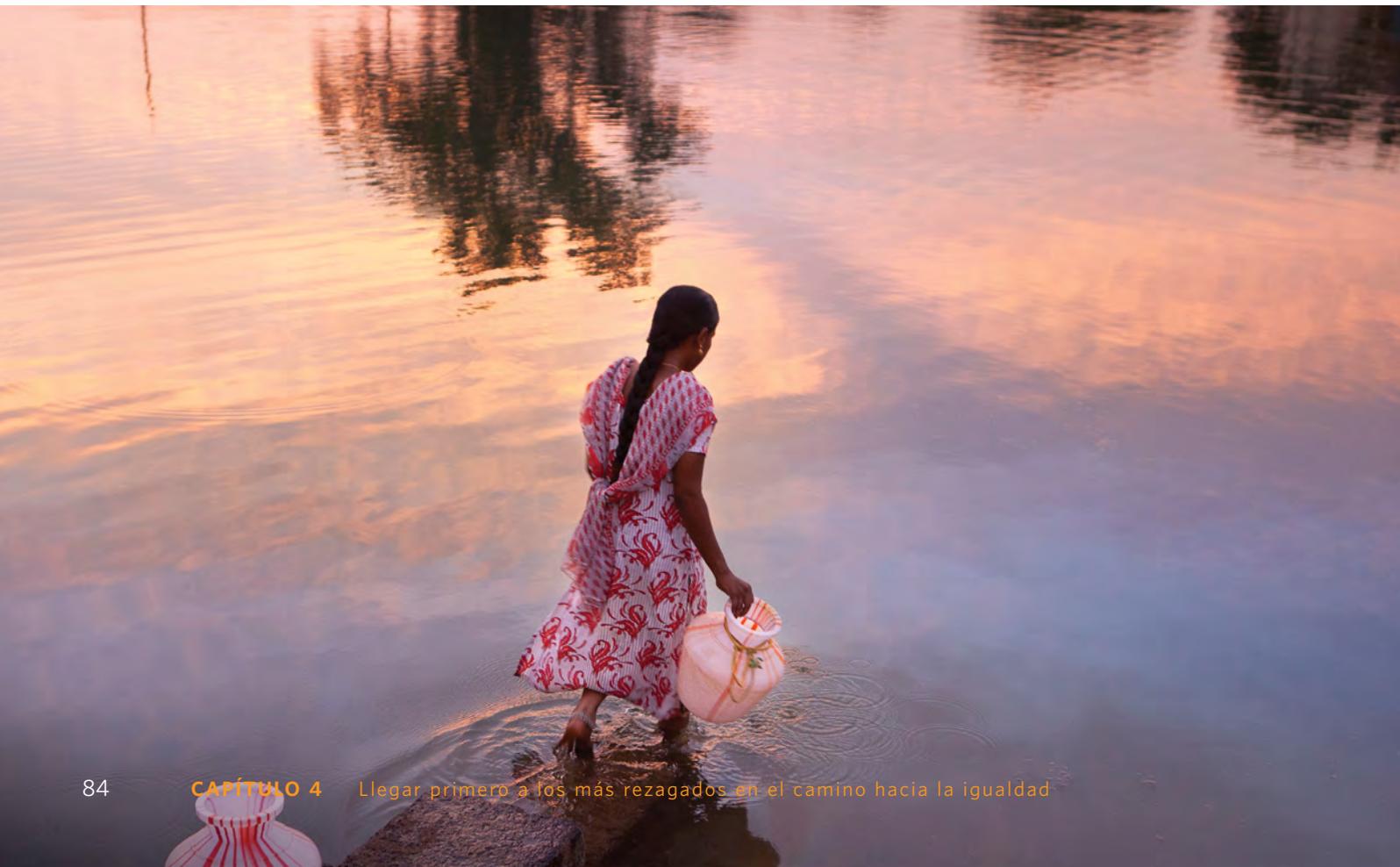
Además, es fundamental contar con la participación adecuada de hombres y mujeres en el marco de un enfoque comunitario dirigido a cambiar las normas desiguales firmemente arraigadas. Los estudios han evaluado el proceso de cambio en los hombres y niños seleccionados en la iniciativa Kembatti Mentti Gezimmia de Etiopía, que cuestionó la aceptación social de esta práctica nociva y redujo drásticamente su tasa de prevalencia (Stern y Anderson, 2015). En esta iniciativa, los niños y hombres se convierten en actores del cambio en el ámbito de la igualdad de género, así como en divulgadores de la información sobre la práctica y los daños asociados. Asimismo, se ofrecieron alternativas de generación de ingresos a los practicantes tradicionales de la circuncisión y celebraciones del cuerpo entero, eventos en torno a la «buena salud» que sustituyeran los rituales en los que tenía lugar esta práctica nociva. La integración del desarrollo económico en la iniciativa fomentó también el apoyo de la comunidad en este sentido.

La intervención también redujo otras prácticas nocivas —como el secuestro de novias— gracias al fomento del cambio de mentalidad de los hombres y las mujeres sobre la desigualdad de género. Asimismo, generó apoyo en favor del acceso de las mujeres a la herencia de propiedad, la participación política y la toma de decisiones en el hogar, así como la reducción de la carga de trabajo doméstico de las mujeres.

### *La participación de la comunidad puede mejorar la situación de las niñas y las mujeres*

La participación comunitaria puede amplificar los resultados de las iniciativas en las escuelas, los clubes y los espacios seguros orientados al empoderamiento de las niñas y el cambio de las normas desiguales en función del género. Los programas comunitarios de preparación para la vida, como el Berhane Hewan en Etiopía, han derivado en matrimonios en edades más avanzadas, un nivel de estudios más alto y un mayor uso de métodos anticonceptivos entre las participantes,

© Mark Tuschman



frente a las adolescentes que no participaron en el programa (Erulkar y Muthengi, 2009).

En Uganda, se redujo del 21% hasta prácticamente el 0% el porcentaje de mujeres que sufrían relaciones sexuales forzadas, gracias a un programa de formación profesional —combinado con espacios seguros para que las mujeres interaccionaran entre sí y recibieran información sobre la salud y los comportamientos arriesgados—. Además, aumentó un 35% la participación en actividades que generan ingresos (Bandiera *et al.*, 2015).

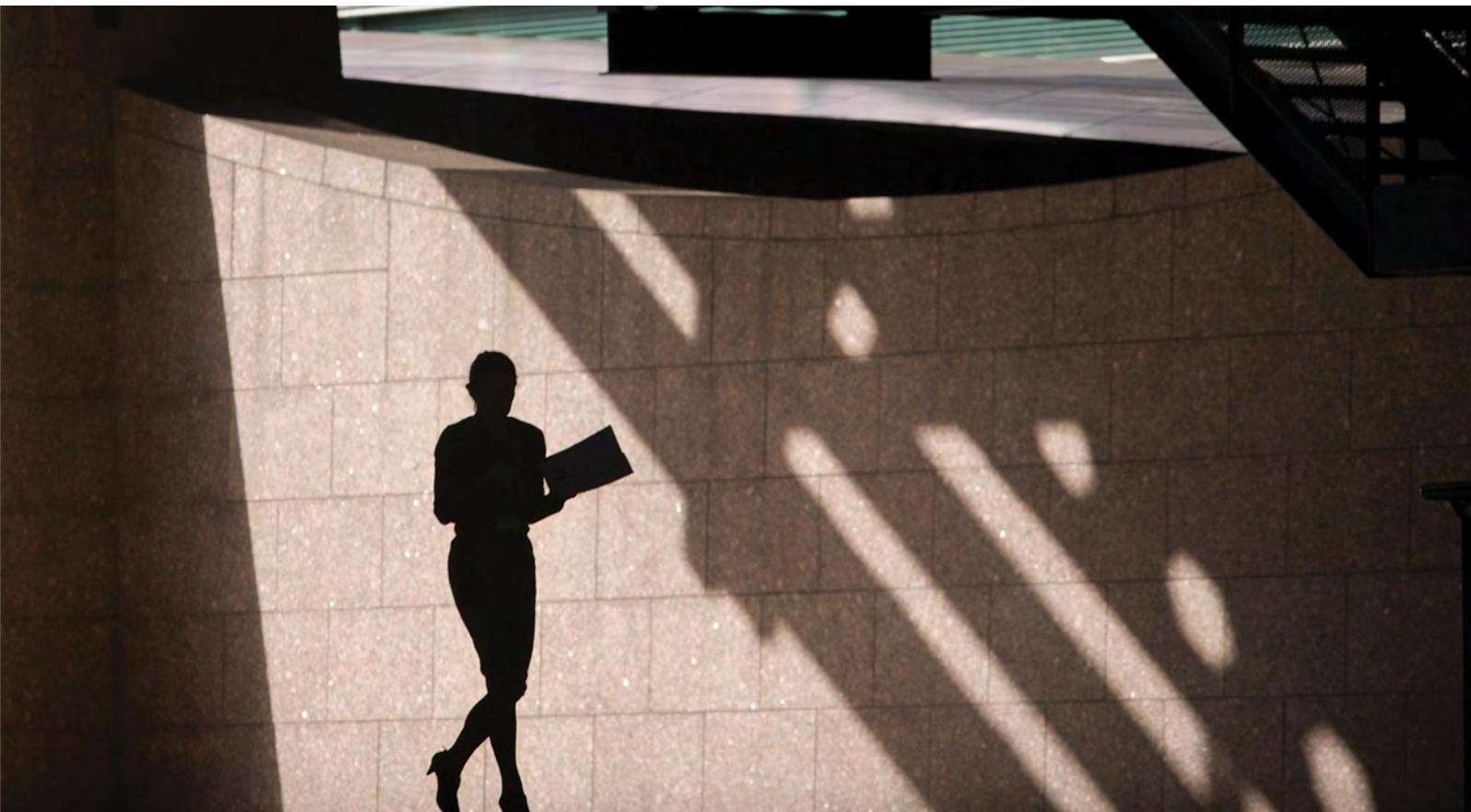
Algunos países han incorporado cambios en las normas desiguales en función del género a través de talleres y capacitación que estimulaban el debate sobre los estereotipos, las relaciones y la violencia de género entre los hombres y niños. Cabe mencionar como ejemplos la iniciativa Boys4Change Club en Rwanda, la Equal Community Foundation en la India, y el proyecto Brave Men en Bangladesh (Barker *et al.*, 2007; Pulerwitz *et al.*, 2006).

Los participantes de un programa nicaragüense encabezado por Promundo —una organización no gubernamental que promueve la participación de los hombres y los niños en la promoción de la igualdad de género en 22 países— mencionaron un reparto más equitativo de las obligaciones domésticas, mayor tiempo dedicado a los niños y sus parejas, y la transmisión a sus hijos de los valores de respeto e igualdad (ECPAT Guatemala *et al.*, 2015).

Algunas de las acciones más eficaces en favor del cambio positivo de las normas entrañaban el trabajo con niños y adolescentes de ambos sexos, normalmente a través de las escuelas de habilidades para la vida, los clubes o espacios seguros para las niñas, y las campañas de sensibilización e información sobre derechos. Entre las normas que suelen abordarse figuran las relativas a las relaciones, el género y el poder.

Las escuelas son comunidades en las que el respeto y la igualdad pueden servir de modelo para inculcar actitudes y comportamientos positivos a una edad temprana que

© Corbis a través de Getty Images



duren toda la vida y repercutan en esferas de influencia más amplias. Los programas con base en las escuelas pueden tener un efecto de gran calado en las actitudes relacionadas con la desigualdad de género.

El programa Gender Equity Movement in Schools (GEMS) en la India ayuda a los niños y niñas a adoptar normas de género más equitativas mediante juegos de representación de papeles, actividades extracurriculares, y lecciones sobre la violencia por razón de género, el matrimonio y el reparto de las tareas domésticas. En una evaluación de este programa en Mumbai se observó que, tras dos años, era más probable que los estudiantes que habían participado en el programa —frente a los que no— apoyaran el acceso de las niñas a la educación superior y expresaran abiertamente su oposición a la violencia por razón de género y el matrimonio infantil.

El conocimiento adquirido por los adolescentes y sus familias en las escuelas, los dispensarios o a través de los medios de comunicación puede ayudar a cambiar las normas y las actitudes discriminatorias por razón de género. En Etiopía, Nepal y Viet Nam, por ejemplo, las familias cambiaron su disposición hacia el matrimonio infantil tras conocer los riesgos de salud asociados para las adolescentes y los beneficios económicos de retrasar la paternidad y maternidad (ODI, 2015).

En Etiopía y Kenya, una iniciativa de ayuda de los jóvenes y para los jóvenes (Youth-to-Youth club) orientada al desarrollo de habilidades para la vida y la autoestima ayudó a las jóvenes a obtener ingresos, y aumentó la aceptación del liderazgo femenino por parte de los hombres (Tautz, 2011). En la República Dominicana, un programa de habilidades para la vida —Juventud y Empleo—, generó un ligero aumento de los ingresos de los participantes y una reducción de los embarazos en la adolescencia del 5% (Ibarrarán *et al.*, 2014)

En Uganda, un programa de empoderamiento femenino dirigido por BRAC proporcionó a niñas

adolescentes formación profesional e información sobre la sexualidad y el matrimonio, y derivó en un descenso del 26% en las tasas de embarazo adolescente, del 58% en los matrimonios de menores de edad o cohabitación, y del 50% en el número de niñas que declaraban haber sufrido relaciones sexuales forzadas. El programa también dio como resultado un aumento considerable en la generación de ingresos (Bandiera *et al.*, 2015).

También se pueden encontrar programas orientados al cambio normativo en países desarrollados. Por ejemplo, en Victoria (Australia) se promueve una cultura de respeto e igualdad en las escuelas a través de un programa cuyo objeto es fomentar las relaciones respetuosas y libres de violencia durante el proceso de maduración de los estudiantes y su transición de la adolescencia a la edad adulta. El programa comenzó

como iniciativa piloto en 19 escuelas. En su evaluación se constataron cambios de actitud positivos en materia de género, así como una mayor sensibilización sobre la desigualdad entre los géneros y la violencia por razón de género.

### *La asociación con los medios de comunicación puede promover la igualdad de género*

Pese a que las imágenes populares suelen reforzar los estereotipos de género negativos, la televisión y la radio pueden ser aliados en la consecución del cambio a través del cuestionamiento de las normas de género comunes sobre qué es aceptable y normal. A tal fin, pueden exponer al público a distintos puntos de vista y desarrollar una narrativa opuesta.

En una evaluación se descubrió que un acceso mayor a la televisión por cable —con independencia del tipo de programación— aumentaba la aceptación del trabajo de las mujeres fuera del hogar y reducía la tolerancia de la violencia doméstica (Jensen y Oster, 2009).

En Sudáfrica, la serie de televisión *Soul City*, que empezó a emitirse en 1994, transmite mensajes

---

Numerosos países  
**GARANTIZAN YA  
LA IGUALDAD**  
formal en su constitución  
o de otra manera oficial,  
aunque la aplicación no  
sea sólida

---

sobre salud y desarrollo, y en ella se representan comportamientos saludables. Los episodios se complementan con campañas de radio, prensa y promoción concebidas con el propósito de provocar y continuar el debate, y se ha demostrado que genera cambios positivos en las percepciones y el comportamiento, incluidos los relativos a la violencia hacia las mujeres (Soul City Institute for Health and Development Communication, 2001).

Los cambios en la legislación han representado también una contribución positiva a la promoción de la igualdad de género, la igualdad económica, y la igualdad en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos. Numerosos países garantizan ya la igualdad formal en su constitución o de otra manera oficial, aunque la aplicación no sea sólida ni la protección de los derechos uniforme.

La protección desigual conforme a la ley en el pasado ha derivado en oportunidades económicas más limitadas para las mujeres que para los hombres en algunos países (González *et al.*, 2015b; Hallward-Driemeier y Gajigo, 2013). Así, en algunas sociedades, solo los hombres tienen derecho a heredar propiedades por ley (Deininger *et al.*, 2010). Se ha observado que el cambio en la legislación con el fin de equiparar la situación jurídica de los hombres y las mujeres en materia de sucesión reduce la desigualdad de los ingresos entre los sexos. Por ejemplo, la reforma de las leyes de sucesión en la India dio pie a la mejora del poder económico de las mujeres, el retraso en la edad a la que las niñas contraen matrimonio, el incremento del 11% al 25% en la media de años de escolarización de las niñas, y pagos de dotes de menor cuantía (Roy, 2011).

En Etiopía, las reformas en el derecho de familia en 2000 acabaron con el poder que autorizaba a un marido a negar a su mujer permiso para trabajar. Las reformas, además, establecen que la venta o alquiler de propiedades comunes requiere el consentimiento de ambos cónyuges (Hallward-Driemeier y Gajigo, 2013). Estos cambios se aplicaron inicialmente en 3 de las 9 regiones del país, lo que facilitó la evaluación de su repercusión. En las regiones donde se aplicaron las

reformas, se transformó la actividad económica de las mujeres y aumentó la participación en el trabajo fuera del hogar, los empleos a tiempo completo y los puestos que requieren mayor especialización o capacitación.

Otra serie de reformas jurídicas en Etiopía condujeron a una reducción de las tasas de fecundidad. Antes de 1997, las leyes asignaban las tierras comunales a las familias en función de su tamaño. Sin embargo, posteriormente la ley eliminó los incentivos relacionados con la tierra para las familias numerosas. Un análisis geográfico que coincidió con la implantación de esta reforma puso de manifiesto que estaba asociada con una reducción de 1,2 niños por mujer como media, en comparación con los dos decenios precedentes (Ali *et al.*, 2015).

### Las medidas en favor de la igualdad de acceso a la anticoncepción

El uso de anticonceptivos modernos varía ampliamente en las regiones en desarrollo. Mientras que casi 9 de cada 10 mujeres casadas, de 15 a 49 años, utilizan un método anticonceptivo moderno en Asia Oriental, la proporción en África Subsahariana apenas es de 1 de cada 5 mujeres (Instituto Alan Guttmacher y UNFPA, 2014). Asimismo, muchas mujeres —en especial pobres— carecen de acceso a su método anticonceptivo preferido.

En la actualidad se está llevando a cabo una iniciativa mundial concertada —Family Planning 2020 (FP2020)— dirigida a facilitar el acceso a los anticonceptivos a 120 millones de mujeres más de aquí a 2020. En 2014, la contribución de los donantes a este propósito alcanzó los 1.400 millones de dólares. El proyecto se basa en el principio de que todas las mujeres, independientemente de donde vivan, tienen derecho a acceder a métodos anticonceptivos.

La ampliación del acceso requiere no solo incrementar el suministro de los anticonceptivos de calidad disponibles y la información sobre su uso seguro, sino que también es preciso asegurar la variedad de métodos. Exige, además, eliminar las barreras geográficas, sociales y económicas que interfieren con su uso.

En Filipinas, por ejemplo, los anticonceptivos se facilitaron de manera gratuita con el propósito de superar las barreras económicas de aproximadamente seis millones de mujeres que presentaban necesidades de planificación familiar no satisfechas. En Myanmar, el UNFPA ayudó al Gobierno a ampliar la gama de opciones de métodos anticonceptivos para que las mujeres pudieran elegir el más adecuado a sus circunstancias. Además, el Gobierno facilitó implantes anticonceptivos de manera gratuita para las mujeres pobres. En Ghana, la República Unida de Tanzania y otros países africanos se está experimentando con el uso de drones como medio de distribución de anticonceptivos en las zonas rurales remotas. Estos vehículos aéreos no tripulados permiten reducir el tiempo de entrega de anticonceptivos en algunas zonas de 2 días a 30 minutos.

Como se mencionó en el capítulo 1, entre 60 países en desarrollo, Rwanda mostró el progreso más rápido a la hora de satisfacer la demanda de anticonceptivos modernos en un período de 10 años. Este éxito se atribuye al empeño del Gobierno en que los servicios

de planificación familiar estuvieran disponibles en sus 14.841 aldeas administrativas mediante una dotación de 45.000 trabajadores de salud de la comunidad. Las medidas comprendían la introducción de métodos anticonceptivos con efectos de larga duración y la integración de los servicios de planificación familiar en los hospitales y centros de salud.

En el Senegal, la descentralización de los servicios y las mejoras en la distribución de suministros han aumentado la tasa de uso de anticonceptivos, sobre todo en las zonas rurales, del 7% en 2011 al 15% en 2015.

### La reducción de las desigualdades en los servicios en aras de embarazos y partos más seguros

Las mujeres pobres de las zonas rurales no disfrutaban del mismo acceso a los servicios de atención prenatal y obstétrica de calidad que las mujeres más ricas de las zonas urbanas. Se calcula que una cuarta parte de las mujeres embarazadas en los países en desarrollo hoy día carecen de acceso a asistencia calificada durante el parto, y muchas no tienen más alternativa que dar a luz por sí solas (Lancet, 2016).

Como se expone en el capítulo 1, algunos países han avanzado más que otros en la ampliación del acceso a trabajadores de salud capacitados —como las parteras— y la ampliación de su disponibilidad para los pobres en relación con los ricos.

Camboya, por ejemplo, ha sido el país que más progresos ha logrado, de entre otros aproximadamente 60 países en desarrollo, en lo que respecta a la mejora del acceso de los pobres a asistencia calificada en el parto en un período de 10 años reciente. Entre las medidas del Gobierno que han favorecido estos avances se incluyen la capacitación de parteras y su distribución por las zonas rurales pobres. La consolidación de la fuerza de trabajo obstétrica ha derivado en una mayor capacidad de atención prenatal en las comunidades pobres de todo el país. A través de un fondo de capital destinado a la salud equitativa se ayuda a las personas pobres, particularmente en las zonas remotas, a pagar por los servicios de salud reproductiva y partos sin riesgo.



© UNFPA/Micka Perier

En el capítulo 1 se destacó, asimismo, el éxito de Armenia en la reducción de las desigualdades de acceso de las mujeres embarazadas de los hogares más pobres a los servicios de atención prenatal, frente al de las mujeres más ricas. En 2008, este país introdujo cupones —o «certificados de maternidad»— destinados a facilitar que las mujeres pobres disfrutaran de manera gratuita, o a un costo reducido, de los servicios de atención prenatal y partos sin riesgo. Antes de 2008, alrededor del 39% de las mujeres embarazadas pagaban por la atención prenatal. Desde entonces, la proporción ha descendido hasta cerca del 10%.

### **Medidas para asegurar la igualdad en el acceso de los adolescentes a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva**

Se calcula que alrededor de un tercio de los embarazos en la adolescencia son embarazos no planeados (Hindin *et al.*, 2016).

Los adolescentes, en comparación con los adultos casados, suelen carecer de acceso tanto a métodos anticonceptivos como a información sobre su uso. Entre los obstáculos más frecuentes, se encuentran el desconocimiento del lugar al que deben acudir para obtenerlos, el temor al rechazo por parte de los proveedores de servicios, la oposición de la pareja, el estigma comunitario asociado a la anticoncepción o la sexualidad adolescente, la ubicación o el horario poco prácticos de los dispensarios, los costos, y las preocupaciones relativas a la intimidad y la confidencialidad (UNFPA, 2013b).

A fin de facilitar el aprendizaje de los adolescentes en materia de prevención de embarazos e infecciones de transmisión sexual —incluido el VIH— y su acceso a los anticonceptivos, un número cada vez mayor de países ha establecido servicios de salud sexual y reproductiva amigables a los jóvenes. Estos servicios suelen asegurar la intimidad de los adolescentes, se encuentran en ubicaciones prácticas, tienen un horario conveniente para ellos, cuentan con personal capacitado para satisfacer sus necesidades específicas y ofrecen un paquete completo de servicios esenciales.

Dado el riesgo elevado de muertes neonatales entre las madres menores de 18 años, el Senegal, con el apoyo del UNFPA, ofrece servicios amigables a los jóvenes a través de los «espacios para jóvenes» en los establecimientos de salud, así como servicios de control natal y detección de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Estos servicios han contribuido a reducir la tasa de fecundidad de las adolescentes del 22% en 1997 al 16% en 2015.

Nicaragua facilitó a los adolescentes de los hogares pobres el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de anticoncepción, mediante el reparto de cupones distribuidos en sus lugares de reunión habituales o a domicilio. Los cupones pueden utilizarse para una consulta gratuita y visitas de seguimiento relacionadas con la anticoncepción, las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual —incluido el VIH— y las pruebas del embarazo (UNFPA, 2013b).

A través del programa Geração Biz en Mozambique, los ministerios de Salud, Educación y Desarrollo, así como los de Juventud y Deportes, ofrecen conjuntamente servicios de salud sexual y reproductiva amigables a los jóvenes, campañas de información con base en las escuelas en torno a los anticonceptivos y la prevención del VIH, e información de base comunitaria con el objeto de llegar hasta los jóvenes que no asisten a la escuela. Mediante una red de 5.000 consejeros de pares, Geração Biz ofrece información y servicios confidenciales a los jóvenes mozambiqueños sin emitir juicios de valor.

### **La educación fomenta el empoderamiento y una mejor salud**

La inversión en alfabetización y educación representa una de las más cruciales para solventar las desigualdades, lograr efectos de redistribución y empoderar a los individuos y las comunidades (Doss, 2013; Drèze y Sen, 1995; Malhotra *et al.*, 2011; Prettner y Strulik, 2014).

La educación fomenta las aspiraciones de las niñas a trabajar fuera del hogar y les permite competir

por buenos puestos de trabajo más adelante en la vida. A medida que las mujeres se incorporan a la fuerza de trabajo formal, sus ingresos aumentan y, en consecuencia, mejora su nivel de vida. La expansión subsiguiente de los ingresos puede aumentar la productividad general de una nación y su crecimiento económico (Sperling y Winthrop, 2016).

El acceso a la educación abre las puertas del empleo remunerado y puede facilitar el empoderamiento de las mujeres, reducir el dominio patriarcal al disminuir su dependencia económica del marido, y derivar en una autonomía y libertad mayores. Un nivel de estudios superior también mejora considerablemente la capacidad de todos los grupos desfavorecidos para asegurarse mayor estabilidad económica y la posibilidad de organización política. Cuando las niñas disponen de más estudios, mejora su situación social, un factor social que, más adelante, puede contribuir a incrementar su capacidad de negociación en el hogar (Naciones Unidas, 2014).

No obstante, los efectos positivos de la inversión en la educación de las niñas y las mujeres no se limitan a su participación en la fuerza de trabajo y la productividad. Estas inversiones también rinden beneficios considerables en el ámbito de la salud. Por ejemplo, el mayor nivel de estudios de las niñas y las mujeres se ha relacionado positivamente con unos resultados mejores en salud de los niños y las madres, y la reducción de las tasas de mortalidad (UNFPA, 2014).

Asimismo, la reducción de la brecha entre los géneros en el ámbito de la educación podría ayudar a más mujeres —en especial a las que pertenecen al 20% más pobre de la población de un país— a ejercer mayor control sobre el momento y espaciamiento de los embarazos y, así, adquirir mayor control en otras esferas de su vida (Doss, 2013; Malhotra *et al.*, 2011; Prettnner y Strulik, 2014).

La reducción de la brecha educativa entre los géneros puede estimular el crecimiento económico dentro de un país y posibilitar los avances en aras de la reducción de la desigualdad de los ingresos. Sabot *et al.* (2016) han puesto de relieve que las economías de Asia Oriental registraron un crecimiento rápido a lo largo de 30

años, con niveles relativamente bajos o reducción de la desigualdad de los ingresos, a través de políticas encaminadas a compartir y estimular el crecimiento. Además, se observó que las inversiones en educación, en particular, habían desempeñado un papel fundamental en la reducción de la desigualdad.

### *Igualar las condiciones en el ámbito de la educación*

La desigualdad de género en la educación guarda relación con la desigualdad de los ingresos, así como con la desigualdad de acceso a los servicios de salud reproductiva —incluidos los de anticoncepción— y su uso. Por tanto, la eliminación de los obstáculos para la educación de las niñas puede favorecer la reducción de otro tipo de desigualdades.

La pobreza es uno de los obstáculos que afectan más a las niñas que a los niños. Es posible que los costos directos asociados con la escolarización de las niñas o los costos de oportunidad relacionados con no tenerlas en el hogar para que ayuden con las tareas domésticas o el cuidado de los hermanos sean excesivos para las familias.

Los costos directos pueden reducirse si se eliminan las tasas y se subvenciona la compra de los uniformes escolares o los libros de texto. Los costos de oportunidad pueden reducirse a través de medidas como las transferencias monetarias condicionadas, que facilitan a las familias una pequeña cantidad de efectivo al mes —normalmente, unos 10 dólares— con el propósito de costear el gasto de escolarizar a las niñas. Un programa de estas características en Malawi no solo permitió que más niñas asistieran a la escuela y permanecieran escolarizadas durante más tiempo, sino que, además, se asoció con el descenso de las tasas de embarazo adolescente (Baird *et al.*, 2011).

Las transferencias monetarias no condicionadas, que no están vinculadas directamente a la escolarización de las niñas, también han servido para facilitar la asistencia de las niñas a la escuela y su escolarización durante más tiempo (Baird *et al.*, 2013).

Las transferencias monetarias condicionadas se han utilizado en el Perú para aumentar la participación de



© Mariana Chama

las niñas en la escuela y, además, favorecer el retraso de los embarazos de las adolescentes (Azevedo *et al.*, 2012). En Colombia, también se observó que un programa de transferencias monetarias condicionadas redujo las tasas de embarazo adolescente (Cortés *et al.*, 2011).

En la India, un programa de estipendios escolares dirigido a las niñas pretende reducir la brecha entre los géneros en la escolarización, dentro de un contexto de tasas elevadas de pobreza y matrimonio infantil. Se efectuó un pago trimestral de alrededor de 10 dólares a las familias con la condición de que las niñas asistieran de forma regular a la escuela en los distritos más pobres. Entre otros efectos positivos, se observó un retraso de hasta 1,5 años en la edad del matrimonio y la reducción de la tasa de fecundidad en 0,4 niños como media, frente a los grupos de control (Glassman y Temin, 2016).

### Una cuestión de derechos

Reducir las desigualdades entre las personas acomodadas y las personas pobres, los hombres y las mujeres, y los privilegiados y los excluidos es, por encima de todo, una cuestión de respeto del derecho humano de todas las personas a desarrollar todo su potencial.

La sociedad puede cosechar enormes beneficios sociales y económicos cuando todo el mundo disfruta de su

derecho a la salud y la educación; las mujeres tienen capacidad para decidir si quedarse embarazadas, cuándo y con qué frecuencia; y existen condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en la fuerza de trabajo.

Los estudios revelan que el aumento de los ingresos y la mejora del bienestar de las personas situadas en el estrato más bajo de la escala económica impulsa el conjunto de la economía e incrementa el nivel de vida en general.

Dada la cantidad de aspectos de la desigualdad que se refuerzan unos a otros, poner remedio a la desigualdad multidimensional requiere actuar en numerosos frentes. El desafío puede resultar abrumador para cualquier gobierno, en especial para aquellos sujetos a limitaciones de recursos extremas. Por tanto, es preciso priorizar las medidas según la urgencia y su posible repercusión.

Los países en desarrollo han puesto a prueba diversos programas que han conseguido reducir dimensiones específicas de la desigualdad en grupos particulares, como las adolescentes o las mujeres de las comunidades rurales más pobres. El desafío ahora consiste en ampliar las iniciativas con el propósito de que lleguen a más personas, y equiparar la situación de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños.



© Andrea Bruce/NOOR



CAPÍTULO 5

---

**La inclusión  
al alcance:  
iniciativas para un  
mundo más equitativo**

La desigualdad no es inevitable. La eliminación de las brechas representa el cumplimiento de una obligación moral en materia de derechos humanos. Todos saldremos ganando con un mundo más equitativo —más justo, estable, próspero y sostenible—, el mundo que queremos que hereden las generaciones futuras.

Puede que los enfoques más prometedores para avanzar en esta dirección sean los que abordan los puntos de intersección entre las desigualdades —entre personas, y en el seno de las sociedades y las economías—, como las medidas orientadas al ejercicio de los derechos reproductivos y la igualdad de género en las que se destaque de manera especial y apremiante la necesidad de llegar hasta el 40% más pobre de la población —los más rezagados—.

Así, el acceso universal a la atención de la salud reproductiva, por ejemplo, no solo ayuda a garantizar los derechos reproductivos de las mujeres pobres, además, favorece la superación de las desigualdades en materia de educación e ingresos, lo que les reporta beneficios a ellas, a sus familias y a su país.

Los caminos futuros son diversos y varían según las circunstancias particulares de cada país. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y otros compromisos internacionales fundamentales —como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que orienta la labor del UNFPA— proporcionan la base para lograr su avance.

Independientemente del curso que se tome, ha llegado el momento de intensificar la acción, pues cuanto más se consoliden las brechas, más difícil será eliminarlas. El progreso debe ser rápido y justo, y sostenible a lo largo del tiempo. Está en juego un mundo más igualitario.

### **El respeto de los derechos universales, incluidos los relativos a la salud sexual y reproductiva**

En virtud de la Declaración Universal de Derechos Humanos y toda una serie de tratados, convenios y acuerdos internacionales, todos los países deben garantizar el derecho al trabajo, la educación y la salud, incluida la salud reproductiva.

Tal como reconoce la Agenda 2030, la atención sanitaria universal es uno de los pilares de las sociedades más inclusivas. Según los resultados de una Comisión Lancet en 2013, la ampliación de las intervenciones básicas de salud en 82 países de bajos ingresos e ingresos medianos bajos —incluidas las orientadas a reducir las disparidades entre las minorías étnicas, de zonas rurales y pobres— podría salvar 10 millones de vidas de aquí a 2035. Asimismo, los servicios que mejoran la salud prenatal y materna reducen los casos de bajo peso al nacer y retraso en el crecimiento; y la atención de salud preventiva infantil y adolescente ampliada representa una de las mejores inversiones en la productividad económica y los ingresos a lo largo de la vida para las generaciones presentes y futuras.

Particularmente en el caso de las mujeres más pobres, la atención de salud de calidad —incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva— es esencial para su propio bienestar y con el objeto de que disfruten de un tiempo libre que de otro modo tendrían que dedicar al cuidado de miembros de la familia. Así, disponen de más tiempo para buscar empleo o un medio de subsistencia y, por consiguiente, se produce un aumento de la renta.

En el contexto de los sistemas de salud nacionales, algunos ámbitos que merecen una atención especial son aquellos que registran un retraso considerable en la cobertura de las personas pobres, a saber, el acceso a la planificación familiar, la atención prenatal y la asistencia calificada durante el parto.

La calidad de los servicios también es importante. Por ejemplo, si se desea reducir las desigualdades, será preciso que la atención de la salud reproductiva que solo ofrece un método anticonceptivo de aceptación escasa en una población rural pobre evolucione hacia la oferta de una gama completa de métodos y proporcione la información necesaria para tomar decisiones bien fundadas.

En aras de la inclusión, los servicios de salud deben adaptarse a las etapas de la vida. En este sentido, sigue existiendo una laguna fundamental en la capacidad de respuesta ante las necesidades de los jóvenes y los adolescentes. Los jóvenes hacen frente a mayores obstáculos para obtener anticonceptivos, a consecuencia

de leyes y políticas restrictivas, y del estigma asociado con las relaciones sexuales en la adolescencia. Solo una cuarta parte de las jóvenes dispone de los conocimientos básicos para protegerse contra el VIH, pese a que la mayoría de las nuevas infecciones se producen entre las niñas y las mujeres jóvenes (Naciones Unidas, 2013b).

Comenzar la vida con buena salud ofrecería a muchos jóvenes mayores oportunidades de superar otras fuentes de desigualdad que encontrarán en el futuro. Con frecuencia, los servicios de atención de la salud han de eliminar de manera proactiva las barreras que marginan a los adolescentes y los jóvenes, por ejemplo, mediante servicios gratuitos y confidenciales, consejeros especialmente capacitados, y la difusión de información en sus lugares de reunión habituales o a través de las nuevas tecnologías. Los programas deben incluir la satisfacción de las necesidades de anticonceptivos de la juventud entre sus prioridades, ya que los embarazos precoces o no planeados pueden desbaratar sus posibilidades de acceder a la educación e incorporarse a la fuerza de trabajo remunerada.

### **Convertir la igualdad en una cuestión de derecho**

En consonancia con la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDCM) y otros compromisos internacionales, reconocer de forma explícita la igualdad de derechos de todos los ciudadanos en las legislaciones nacionales y la práctica jurídica puede favorecer otras medidas encaminadas a reducir las disparidades. En el marco de la Convención, todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, salvo algunas excepciones, acordaron «[c]onsagrar, si aún no lo han hecho, en sus constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio».

Convertir la igualdad en un principio jurídico, especialmente en el nivel más alto —integrado en la constitución—, abriría la puerta a la eliminación de las leyes y prácticas discriminatorias. Para eso, es necesario

poner en marcha medidas que contrarresten activamente los patrones, tanto jurídicos como económicos, sociales y políticos, que permiten la persistencia de la desigualdad y ocasionan deficiencias en el ejercicio de los derechos humanos.

La ley puede facilitar a las personas marginadas una plataforma para que reclamen sus derechos humanos, en especial cuando hay en marcha medidas para garantizar la igualdad de la protección ante la ley y el acceso equitativo a la justicia. Esto puede dar pie a la corrección de los casos de parcialidad en los servicios públicos —que favorecen a las zonas urbanas en detrimento de las rurales, por ejemplo—, o la eliminación de la desigualdad salarial entre hombres y mujeres en los mismos puestos de trabajo.

Cuando los recursos son limitados, se pueden adoptar medidas igualitarias a lo largo del tiempo, siempre y cuando el proceso no sea discriminatorio y se haga un uso óptimo de los recursos disponibles. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, al igual que los convenios sobre la infancia y la discapacidad, reconoce el principio del «logro progresivo de la plena efectividad de los derechos».

### **La ampliación a escala para la consecución de derechos y beneficios**

La Agenda 2030 exige el planteamiento de objetivos ambiciosos que se orienten hacia la transformación. La consecución de sus aspiraciones, incluida la de no dejar a nadie atrás, dependerá en gran medida de la ampliación a escala de los recursos y las estrategias de desarrollo. En especial, es poco probable que se consiga llegar hasta las personas que ya hacen frente a las desigualdades más marcadas mediante escenarios tradicionales, que hasta ahora, en su mayor parte, únicamente han mantenido o incluso agravado su situación de exclusión.

Son varios los argumentos a favor de la ampliación a escala. En primer lugar, la ampliación de los servicios esenciales de calidad a todo el mundo se ajusta al cumplimiento de los derechos humanos. En segundo, en la actualidad hay disponible un conjunto vasto de



© Paolo Patrino



© Mark Tuschman

conocimientos sobre qué medidas funcionan, ya se trate de prevenir la transmisión del VIH o de ampliar el acceso a los servicios financieros. Por último, aumentar el nivel de las inversiones resulta rentable. Por ejemplo, según el Instituto Guttmacher, por cada dólar gastado en servicios de control natal se reducen los costos de la atención relacionada con el embarazo en 2,22 dólares (Instituto Alan Guttmacher, 2017).

La mayor parte de esta necesidad se registra en países de bajos ingresos e ingresos medianos bajos, sobre todo entre sus comunidades más pobres.

Es fundamental ampliar y fortalecer los sistemas de salud a fin de garantizar el acceso universal y equitativo a la atención y los servicios de salud en distintas ubicaciones y niveles de renta, y hacer frente a otros factores que consolidan la marginación. Por ejemplo, es preciso hacer frente a la desproporción en la distribución de los trabajadores de salud, que se concentran en las zonas urbanas en la mayoría de los países. Entre los enfoques posibles para cubrir las zonas rurales figuran la rotación de trabajadores de salud, el uso novedoso de la tecnología móvil, y los vínculos entre el entorno rural y el urbano en el sistema de salud y otros ámbitos relacionados, como el del transporte. Los servicios de salud también mejoran

cuando se consulta con las personas de la calle cuáles son sus necesidades y su opinión acerca del sistema de atención de la salud.

Si bien es cierto que la ampliación a escala requiere recursos adicionales a corto plazo, también tiene el potencial de reportar beneficios considerables a largo plazo, sobre todo en países con una población empobrecida y joven relativamente grande. Los servicios de salud sexual y reproductiva de acceso universal, por ejemplo, impulsarían la transición demográfica, lo que, a su vez, podría acelerar el crecimiento económico en países con una población joven numerosa y en aumento.

Igual de importante es la asignación equitativa y eficaz de los recursos existentes. A tal efecto, es posible que sea necesario gastar más en los grupos que se han quedado atrás, en especial, el 40% más pobre. La toma de estas decisiones puede comenzar en los procesos de presupuestación pública ejecutados conforme al modelo de los ejercicios de presupuestación con perspectiva de género aplicados en diversos países, tanto en el plano nacional como el subnacional, en los que se examinan la recaudación y el gasto de recursos públicos con el objeto de comprobar si las prácticas actuales se ajustan a la igualdad de género o contribuyen a ella.

## Registrar lo que no se ha documentado

Con demasiada frecuencia, las desigualdades no se registran o se entienden mal, y ambos casos se traducen en una falta de visibilidad. Esto impide que se ajusten las «reglas del juego» con el propósito de garantizar que las políticas no benefician de manera desproporcionada a quienes ya ocupan una posición privilegiada en las sociedades y en el sistema internacional. Por ejemplo, pese a la mejora general de la educación y la atención de salud, sigue siendo más probable que las mujeres sean víctimas de la pobreza y el desempleo a que lo sean los hombres, e, incluso en aquellos casos en los que ocupan el mismo cargo que los hombres, sus ingresos suelen ser más bajos.

No hay mejor ejemplo de la deficiencia del sistema de medición que el hecho de que todavía se siga dependiendo en gran parte del PIB como indicador del bienestar nacional. Según este criterio, un país africano creció a un ritmo rápido del 6% anual entre 1998 y 2010; sin embargo, 4 millones de personas se vieron afectadas debido a que la tasa de pobreza se disparó del 43% al 64%. Además, el PIB no tiene en cuenta el trabajo no remunerado de las mujeres, pese a que, según los cálculos, este tipo de labor suma aproximadamente 10 billones de dólares anuales en todo el mundo (Oxfam, 2017).

Aunque ya hace tiempo que se reconocieron los defectos del PIB como indicador del bienestar, las desigualdades actuales hacen que sea más urgente desarrollar alternativas u opciones complementarias —tal como se reconoce en la Agenda 2030—. En 2009, la Comisión Stiglitz-Sen-Fitoussi, que examinó la medición mejorada del progreso económico y social, recomendó aumentar la prominencia de la distribución de los ingresos, el consumo y la riqueza, y evaluar las desigualdades en *todas* las dimensiones de los indicadores de la calidad de vida.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible se consideran, de manera generalizada, un llamamiento a la revolución estadística, dado el amplio alcance de

sus metas e indicadores. Entre sus propósitos se incluye utilizar mejor los datos existentes para fundamentar las inversiones, sobre todo con el ánimo de garantizar que los servicios y recursos, aunque sean limitados, lleguen primero a las personas más desfavorecidas. Además, es preciso desglosar mejor los datos con el objeto de captar las desigualdades en todos los parámetros pertinentes en un país dado, tanto en la esfera nacional como subnacional. No basta con, por ejemplo, saber cuántas personas tienen acceso a métodos anticonceptivos. Conocer su proporción en distintos grupos de ingresos sería más pertinente, pues este dato puede utilizarse como base para la adopción de medidas a gran escala o concretas de reducción de las disparidades.

Los sistemas de datos nacionales deben estar al servicio de todas las personas, y documentar y realizar el seguimiento no solo de las privaciones absolutas, sino también de las desigualdades —a lo largo del tiempo— en numerosas dimensiones del desarrollo. En muchos casos, los sistemas estadísticos precisan una coordinación y comunicación más eficaces que permitan encarar el carácter reforzador de las desigualdades de manera integrada, no por sectores, programas o puntos de datos de manera aislada. Las mediciones capaces de revelar la influencia que ejercen entre sí las distintas intervenciones pueden orientar mejor las acciones multisectoriales a fin de reducir con mayor contundencia las disparidades.

## Impulsar la movilidad ascendente a través de la educación y el trabajo decente

El ejercicio del derecho a una educación de calidad contribuye a la movilidad ascendente en el mercado laboral, la mejora de la salud y la reducción de la fecundidad. Además, disminuye la transmisión de la pobreza entre generaciones. Sin embargo, permanecer en la escuela suele representar todo un desafío para los niños excluidos, en especial las niñas pobres de las zonas rurales. Es posible que las familias más pobres decidan costear las tasas

escolares solo de los niños, o casar a las niñas a una edad temprana para que pasen a ser responsabilidad de otra persona. Además, muchas niñas siguen abandonando la escuela para ocuparse de las labores domésticas.

Algunas soluciones residen dentro del propio sistema educativo, con medidas como la eliminación de las cuotas o la concesión de subvenciones a las familias pobres. La enseñanza en los idiomas locales o la garantía de que las escuelas son seguras y disponen de instalaciones de salud independientes para las niñas pueden ser otros factores importantes en favor de la inclusión. Entre los incentivos destinados a mantener escolarizadas a las niñas figuran las transferencias monetarias condicionadas y no condicionadas a disposición de las familias pobres y los programas de alimentación escolar.

Las escuelas deben ofrecer un servicio de educación integral de la sexualidad como parte de planes de estudio adaptados a la edad. Esta educación preparará a los jóvenes y adolescentes para tomar decisiones libres y bien fundadas sobre su salud sexual y reproductiva.

En el caso de las personas marginadas, el valor de la educación suele considerarse desde el punto de vista de su contribución al bienestar futuro, lo que apunta a una correspondencia más estrecha entre el plan de estudios y el mercado de trabajo. En Bangladesh, por ejemplo, existe cierta evidencia de que el crecimiento de la industria textil está favoreciendo la escolarización de un porcentaje mucho mayor de niñas debido a los requisitos de alfabetización y conocimientos de aritmética básicos de los empleadores.

La promoción de la promesa contenida en soluciones de este tipo —incluida la orientación hacia trabajos decentes en todos los sectores de la economía— requeriría medidas como la creación de más oportunidades para las niñas en todos los ámbitos de la educación profesional y técnica, y la eliminación del sesgo de género que dirige a las niñas hacia los campos tradicionales y, con frecuencia, mal pagados. Por ejemplo, el número de niñas y mujeres que se incorporan a los denominados campos CTIM

—ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas— es todavía escaso, pese a que muchas oportunidades de trabajo futuras se encuentran en estos ámbitos.

De acuerdo con estimaciones del Foro Económico Mundial, las mujeres ganarán solo 1 puesto nuevo en los campos CTIM por cada 20 perdidos en otros, mientras que la razón para los hombres es de 1 por cada 4 perdidos en otros ámbitos (Foro Económico Mundial, 2016b). No obstante, si se duplica el ritmo al que las mujeres se convierten en usuarias más frecuentes de la tecnología digital, el lugar de trabajo podría alcanzar la igualdad de género mucho más rápido de lo que indican numerosas estimaciones actuales (Accenture, 2016). Un programa en Costa Rica, por ejemplo, favorece el aprendizaje sobre ciencia y tecnología de las niñas en zonas rurales empobrecidas, y presenta a las jóvenes graduadas oportunidades para convertirse en emprendedoras en el ámbito de la tecnología de la información y las comunicaciones.

Gran cantidad de los 1.000 millones de personas de todo el mundo que viven en situación de pobreza trabajan en el sector informal, y subsisten, a duras penas, como agricultores, empleados domésticos o jornaleros. Este tipo de trabajos no ofrecen prestaciones y cabe la posibilidad de que las leyes laborales no los contemplen. Por otra parte, los salarios suelen ser tan bajos que refuerzan otras desigualdades y vulneraciones de los derechos, como la falta de acceso a la atención de salud o la educación.

Además, la productividad de este tipo de trabajos suele ser reducida. Aunque en algunas economías podría ser la única opción inmediata a corto plazo —en especial para las mujeres— es importante que exista un proceso de transición a puestos de trabajo formal decentes, tanto para los individuos como para las economías. Los países preparados para sacar partido a las ventajas de la participación y productividad de una fuerza de trabajo mayor —capaz de impulsar un dividendo demográfico— pueden obtener beneficios adicionales. En 2015,

la Organización Internacional del Trabajo adoptó la Recomendación sobre la transición de la economía informal a la economía formal, que ofrece a los países una base en materia de marcos jurídicos útil para la protección de los trabajadores del sector informal y sus medios de subsistencia durante el proceso de transición hacia el empleo formal.

En el caso de las mujeres, un obstáculo fundamental en el acceso a los empleos remunerados es el trabajo en el hogar no remunerado que realizan, es decir, el tiempo que normalmente dedican a labores domésticas. Las mujeres pobres, particularmente, pueden dedicar varias horas al día a ir a buscar agua o combustible, a falta de sistemas de suministro modernos. Las responsabilidades de prestación de cuidados no remunerados contribuyen a que la desigualdad salarial por razón de género sea bastante más pronunciada entre las mujeres con hijos en general: en África Subsahariana, alcanza el 31% en las mujeres con hijos, frente al 4% en las mujeres que no los tienen (ONU-Mujeres, 2015).

A fin de redistribuir la carga de las labores de prestación de cuidados no remunerados es necesario que más hombres asuman una parte justa de esta responsabilidad. La provisión mayor de servicios de prestación de cuidados también puede contribuir a tal propósito. Según datos de las Naciones Unidas, un programa en Chile dirigido a facilitar el acceso a las guarderías infantiles —que hacía hincapié en los grupos más marginados— aumentó la probabilidad de que las mujeres se incorporaran a la fuerza de trabajo remunerada en un 16%.

Poner fin a la discriminación de género en el ámbito del derecho de sucesión y la propiedad de activos es otra de las cuestiones esenciales en la consecución de una mayor igualdad de los ingresos para las mujeres. Una mujer de una zona rural que no puede poseer ni heredar tierras, por ejemplo, tiene muchas posibilidades de caer en la pobreza, o permanecer sumida en ella. El aumento de la inclusión financiera exige productos bancarios y de crédito de menor costo adaptados a las personas pobres o que viven en zonas

remotas. En algunos países se han producido avances considerables gracias al dinero móvil y otros servicios financieros digitales que aprovechan el número creciente de teléfonos móviles en todo el mundo.

## Orientar las políticas públicas a igualar las reglas del juego

Los objetivos de poner fin a la pobreza y lograr la inclusión forman parte del núcleo de la Agenda 2030, además de ser ejes de los compromisos con el respeto universal de los derechos humanos y la dignidad. Su consecución depende de que se aceleren y amplíen a escala las iniciativas que llegan hasta el 40% de personas más pobres (los más rezagados). De igual forma, requiere elevar los ingresos, e invertir en salud y educación a fin de que todos los miembros de la sociedad disfruten de mayor igualdad de oportunidades y resultados.

Dada la cantidad de evidencia existente acerca del modo en que las desigualdades tienden a empeorar si no se presta atención deliberada a la eliminación de las brechas, el logro de la equidad y la inclusión en todas las esferas esenciales del bienestar humano deberían ser objetivos centrales en la planificación y formulación de políticas nacionales en materia de desarrollo, así como en las medidas encaminadas al cumplimiento de la Agenda 2030 en todos los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esta medida podría suponer, entre otras cosas, un compromiso concertado con la ampliación del acceso a los métodos anticonceptivos modernos para las mujeres más pobres, ya que ellas representan la demanda sin satisfacer más elevada en la esfera nacional y en todo el mundo en desarrollo. Las mujeres sufren disparidades semejantes en relación con los partos en establecimientos de salud, la atención que reciben durante el embarazo y la tasa de mortalidad de los recién nacidos.

Al margen de las iniciativas dirigidas específicamente a llegar hasta las personas más pobres —el 40% más pobre— y empoderarlas, es posible que sean necesarias medidas impulsadas por los gobiernos centrales dirigidas a cambiar los patrones de desigualdad extrema en la distribución de la riqueza y otros recursos, así como



La Agenda 2030 contempla un futuro mejor. Uno en el que derribamos las barreras, corregimos las disparidades de manera colectiva y atendemos primero a los más rezagados.  
**EL OBJETIVO DEBE SER LA REDUCCIÓN DE TODAS LAS DESIGUALDADES.**

© Sergio Moraes/REUTERS

a contrarrestar los obstáculos y riesgos sistémicos que atrapan a las personas en la desigualdad. Podría constituirse una comisión nacional de la desigualdad que reuniera a personas procedentes de distintas esferas del Gobierno, la sociedad civil y el mundo empresarial con el fin de sopesar y evaluar si las decisiones en materia de políticas están reduciendo o exacerbando las desigualdades.

Asimismo, las políticas laborales podrían fijar un salario mínimo, de conformidad con las directrices

del Convenio sobre la Fijación de Salarios Mínimos de la Organización Internacional del Trabajo, así como metas en materia de niveles máximos de desempleo. Las políticas para el impulso de la productividad económica pueden centrarse en la creación de más puestos mejor remunerados al alcance de las personas excluidas. Según los resultados de un estudio en el que participaron siete Estados miembros de la OCDE, la inversión de un 2% del PIB en el sector de servicios de cuidado infantil

aumentaría el empleo global en más del 6%, en algunos casos, y reduciría hasta un 50% la brecha entre los géneros en el ámbito del empleo. En comparación, una inversión semejante en el sector de la construcción generaría la mitad de puestos de trabajo y aumentaría la brecha entre los géneros (UK Women's Budget Group, 2016).

Las políticas en favor de la redistribución para aliviar grandes desigualdades en los ingresos incluyen la tributación progresiva acompañada de pequeñas mejoras en el funcionamiento de los regímenes fiscales. Aplicar un prisma de inclusión podría conllevar el examen de la política monetaria desde el punto de vista de las restricciones de acceso al crédito para los prestatarios más pobres, entre otros aspectos. La política fiscal o presupuestaria puede orientarse hacia niveles más altos de gasto selectivo en grupos excluidos.

La protección social universal puede ser una manera de acotar las desigualdades. Exige que todas las personas—independientemente de si trabajan en el sector informal, están jubiladas o se dedican a labores de prestación de cuidados no remuneradas—disfruten de acceso a la seguridad de un ingreso básico a través de, por ejemplo, pensiones o complementos de los ingresos para los trabajadores pobres. Debería cubrir, asimismo, prestaciones por maternidad, discapacidad, el número de hijos y otras similares y esenciales para el bienestar. En un estudio realizado en varios países pobres y de renta media se observó que la protección social universal solo costaría entre un 1% y un 2% del PIB; es decir, una cifra muy por debajo de los ingresos tributarios perdidos por no gravar eficazmente a los ricos o no resolver las ineficiencias de los programas públicos vigentes (Naciones Unidas, 2013b).

En el caso de los países más pobres, la comunidad internacional puede actuar para apoyar las iniciativas nacionales en favor de la inclusión. Todavía existen grandes flujos de capital que eluden impuestos y socavan, así, el potencial para costear los servicios públicos. La Conferencia de las Naciones Unidas

sobre Comercio y Desarrollo estima que los países en desarrollo pierden al menos 100.000 millones de dólares al año a causa de la evasión de impuestos por parte de las empresas. De acuerdo con Oxfam, esta cantidad sería suficiente para ofrecer una educación a 124 millones de niños no escolarizados en la actualidad.

Los acuerdos comerciales podrían igualar la participación en los mercados mundiales de acuerdo con los convenios multilaterales en materia de desarrollo social inclusivo y derechos humanos—incluido el trabajo decente y seguro—y ofrecer salarios y beneficios que ayuden a las personas a salir de la pobreza.

### Promover el acercamiento

Juntar las piezas de un mundo dividido será una tarea difícil, pero no imposible. Tanto las comunidades más pobres como las naciones más poderosas pueden progresar hacia la inclusión. No hay justificación posible para la muerte de 800 mujeres cada día durante el parto; o para que la fecundidad no deseada agote los recursos de las familias más pobres; o para que los jóvenes vean truncado su futuro porque un matrimonio a temprana edad pone fin a su educación.

La Agenda 2030 contempla un futuro mejor. Uno en el que derribamos las barreras, corregimos las disparidades de manera colectiva y atendemos primero a los más rezagados. El objetivo debe ser la reducción de todas las desigualdades. Los puntos de partida pueden variar, pero deben estar cimentados en la idea de que el progreso significativo en una dimensión puede desencadenar múltiples beneficios. En ese sentido, algunas de las contribuciones más eficaces pueden provenir del ejercicio de la igualdad de género y los derechos reproductivos de las mujeres.

# 10 MEDIDAS

## EN FAVOR DE UN MUNDO MÁS EQUITATIVO

La ampliación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es solo la mitad de la solución. La otra mitad depende de cómo abordemos las otras dimensiones de la desigualdad de género. Esto nos dará la posibilidad de apoyar a las mujeres pobres a ejercer sus derechos, hacer realidad sus ambiciones y vivir en condiciones de igualdad.

**Todos saldremos beneficiados si nos comprometemos a hacer de un ideal esperanzador una realidad universal. Podemos transformar nuestro mundo.**

1

**Cumplir todos los compromisos y obligaciones** en materia de derechos humanos acordados en tratados y convenios internacionales.

2

**Eliminar las barreras** —leyes discriminatorias, normas o deficiencias en los servicios— que impiden a las adolescentes y las jóvenes acceder a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.

3

**Llegar hasta las mujeres más pobres** con servicios esenciales de atención de salud materna y prenatal.

4

**Responder a todas las necesidades de planificación familiar insatisfechas** y conceder prioridad a las mujeres que viven en el 40% de los hogares más pobres.

5

**Prestar un servicio de protección social universal** que ofrezca seguridad de los ingresos básicos y cubra los servicios esenciales, incluidas las asistencias y prestaciones relacionadas con la maternidad.

6

**Impulsar los servicios** que permiten a las mujeres incorporarse o permanecer en la fuerza de trabajo remunerada, como los de cuidado del niño.

7

**Adoptar políticas progresivas** encaminadas a acelerar el aumento de los ingresos entre el 40% más pobre de la población, a través de, por ejemplo, la intensificación de las inversiones en el capital humano de las niñas y las mujeres.

8

**Eliminar los obstáculos económicos, sociales y geográficos** que impiden el acceso de las niñas a la educación secundaria y terciaria y su participación en cursos de ciencia, tecnología, ingeniería y matemáticas.

9

**Acelerar la transición** del trabajo no estructurado al trabajo formal decente —con énfasis en los sectores que concentran la mayoría de las trabajadoras pobres—, y permitir el acceso de las mujeres a los servicios de crédito y la propiedad.

10

**Trabajar en pos de la medición de todas las dimensiones de la igualdad** y del modo en que influyen unas sobre otras, y fortalecer los vínculos entre los datos y las políticas públicas.

# CÓDIGOS GEOGRÁFICOS

<b>AFG</b>	Afganistán	<b>GIN</b>	Guinea	<b>NOR</b>	Noruega
<b>AGO</b>	Angola	<b>GMB</b>	Gambia	<b>NPL</b>	Nepal
<b>ALB</b>	Albania	<b>GNB</b>	Guinea-Bissau	<b>NRU</b>	Nauru
<b>AND</b>	Andorra	<b>GNQ</b>	Guinea Ecuatorial	<b>NZL</b>	Nueva Zelandia
<b>ARE</b>	Emiratos Árabes Unidos	<b>GRC</b>	Grecia	<b>OMN</b>	Omán
<b>ARG</b>	Argentina	<b>GRD</b>	Granada	<b>PAK</b>	Pakistán
<b>ARM</b>	Armenia	<b>GTM</b>	Guatemala	<b>PAN</b>	Panamá
<b>ATG</b>	Antigua y Barbuda	<b>GUY</b>	Guyana	<b>PER</b>	Perú
<b>AUS</b>	Australia	<b>HND</b>	Honduras	<b>PHL</b>	Filipinas
<b>AUT</b>	Austria	<b>HRV</b>	Croacia	<b>PLW</b>	Palau
<b>AZE</b>	Azerbaiyán	<b>HTI</b>	Haití	<b>PNG</b>	Papúa Nueva Guinea
<b>BDI</b>	Burundi	<b>HUN</b>	Hungría	<b>POL</b>	Polonia
<b>BEL</b>	Bélgica	<b>IDN</b>	Indonesia	<b>PRK</b>	República Popular Democrática de Corea
<b>BEN</b>	Benín	<b>IND</b>	India	<b>PRT</b>	Portugal
<b>BFA</b>	Burkina Faso	<b>IRL</b>	Irlanda	<b>PRY</b>	Paraguay
<b>BGD</b>	Bangladesh	<b>IRN</b>	Irán (República Islámica del)	<b>QAT</b>	Qatar
<b>BGR</b>	Bulgaria	<b>IRQ</b>	Iraq	<b>ROU</b>	Rumania
<b>BHR</b>	Bahrein	<b>ISL</b>	Islandia	<b>RUS</b>	Federación de Rusia
<b>BHS</b>	Bahamas	<b>ISR</b>	Israel	<b>RWA</b>	Rwanda
<b>BIH</b>	Bosnia y Herzegovina	<b>ITA</b>	Italia	<b>SAU</b>	Arabia Saudita
<b>BLR</b>	Belarús	<b>JAM</b>	Jamaica	<b>SDN</b>	Sudán
<b>BLZ</b>	Belice	<b>JOR</b>	Jordania	<b>SEN</b>	Senegal
<b>BOL</b>	Bolivia (Estado Plurinacional de)	<b>JPN</b>	Japón	<b>SGP</b>	Singapur
<b>BRA</b>	Brasil	<b>KAZ</b>	Kazajstán	<b>SLB</b>	Islas Salomón
<b>BRB</b>	Barbados	<b>KEN</b>	Kenya	<b>SLE</b>	Sierra Leona
<b>BRN</b>	Brunei Darussalam	<b>KGZ</b>	Kirguistán	<b>SLV</b>	El Salvador
<b>BTN</b>	Bhután	<b>KHM</b>	Camboya	<b>SMR</b>	San Marino
<b>BWA</b>	Botswana	<b>KIR</b>	Kiribati	<b>SOM</b>	Somalia
<b>CAF</b>	República Centroafricana	<b>KNA</b>	Saint Kitts y Nevis	<b>SRB</b>	Serbia
<b>CAN</b>	Canadá	<b>KOR</b>	República de Corea	<b>STP</b>	Santo Tomé y Príncipe
<b>CHE</b>	Suiza	<b>KWT</b>	Kuwait	<b>SUR</b>	Suriname
<b>CHL</b>	Chile	<b>LAO</b>	República Democrática Popular Lao	<b>SVK</b>	Eslovaquia
<b>CHN</b>	China	<b>LBN</b>	Libano	<b>SVN</b>	Eslovenia
<b>CIV</b>	Côte d'Ivoire	<b>LBR</b>	Liberia	<b>SWE</b>	Suecia
<b>CMR</b>	Camerún	<b>LBY</b>	Libia	<b>SWZ</b>	Swazilandia
<b>COD</b>	República Democrática del Congo	<b>LCA</b>	Santa Lucía	<b>SYC</b>	Seychelles
<b>COG</b>	Congo	<b>LKA</b>	Sri Lanka	<b>SYR</b>	República Árabe Siria
<b>COK</b>	Islas Cook	<b>LSO</b>	Lesotho	<b>TCD</b>	Chad
<b>COL</b>	Colombia	<b>LTU</b>	Lituania	<b>TGO</b>	Togo
<b>COM</b>	Comoras	<b>LUX</b>	Luxemburgo	<b>THA</b>	Tailandia
<b>CPV</b>	Cabo Verde	<b>LVA</b>	Letonia	<b>TJK</b>	Tayikistán
<b>CRI</b>	Costa Rica	<b>MAR</b>	Marruecos	<b>TKM</b>	Turkmenistán
<b>CUB</b>	Cuba	<b>MCO</b>	Mónaco	<b>TLS</b>	Timor-Leste
<b>CYP</b>	Chipre	<b>MDA</b>	República de Moldova	<b>TON</b>	Tonga
<b>CZE</b>	República Checa	<b>MDG</b>	Madagascar	<b>TTO</b>	Trinidad y Tabago
<b>DEU</b>	Alemania	<b>MDV</b>	Maldivas	<b>TUN</b>	Túnez
<b>DJI</b>	Djibouti	<b>MEX</b>	Méjico	<b>TUR</b>	Turquía
<b>DMA</b>	Dominica	<b>MHL</b>	Islas Marshall	<b>TUV</b>	Tuvalu
<b>DNK</b>	Dinamarca	<b>MKD</b>	ex República Yugoslava de Macedonia	<b>TZA</b>	República Unida de Tanzania
<b>DOM</b>	República Dominicana	<b>MLI</b>	Malí	<b>UGA</b>	Uganda
<b>DZA</b>	Argelia	<b>MLT</b>	Malta	<b>UKR</b>	Ucrania
<b>ECU</b>	Ecuador	<b>MMR</b>	Myanmar	<b>URY</b>	Uruguay
<b>EGY</b>	Egipto	<b>MNE</b>	Montenegro	<b>USA</b>	Estados Unidos de América
<b>ERI</b>	Eritrea	<b>MNG</b>	Mongolia	<b>UZB</b>	Uzbekistán
<b>ESP</b>	España	<b>MOZ</b>	Mozambique	<b>VCT</b>	San Vicente y las Granadinas
<b>EST</b>	Estonia	<b>MRT</b>	Mauritania	<b>VEN</b>	Venezuela (República Bolivariana de)
<b>ETH</b>	Etiopía	<b>MUS</b>	Mauricio	<b>VNM</b>	Viet Nam
<b>FIN</b>	Finlandia	<b>MWI</b>	Malawi	<b>VUT</b>	Vanuatu
<b>FJI</b>	Fiji	<b>MYS</b>	Malasia	<b>WSM</b>	Samoa
<b>FRA</b>	Francia	<b>NAM</b>	Namibia	<b>YEM</b>	Yemen
<b>FSM</b>	Micronesia (Estados Federados de)	<b>NER</b>	Níger	<b>ZAF</b>	Sudáfrica
<b>GAB</b>	Gabón	<b>NGA</b>	Nigeria	<b>ZMB</b>	Zambia
<b>GBR</b>	Reino Unido	<b>NIC</b>	Nicaragua	<b>ZWE</b>	Zimbabue
<b>GEO</b>	Georgia	<b>NIU</b>	Niue		
<b>GHA</b>	Ghana	<b>NLD</b>	Países Bajos		

# GRÁFICOS: SALUD REPRODUCTIVA

Medición de los avances en la reducción de las desigualdades en materia de salud reproductiva, por quintil de riqueza.

Los gráficos de dispersión siguientes muestran los avances de varios países o territorios en cuatro esferas relacionadas con la salud reproductiva y en la reducción de la desigualdad entre quintiles de riqueza en esas esferas:

- Porcentaje de partos asistidos por personal de salud calificado
- Porcentaje de la demanda de planificación familiar satisfecha mediante anticonceptivos modernos
- Porcentaje de mujeres que acceden a cuatro o más visitas de atención prenatal
- Tasa de mortalidad neonatal

Cada uno de los puntos de una línea, semejante a las cuentas de un ábaco, representa 1 de los 5 quintiles de riqueza y su posición respecto a un indicador. La posición del conjunto de los cinco puntos muestra cómo se comporta cada quintil de riqueza en relación con los demás. Las dos líneas de cada país muestran la situación en dos momentos distintos, en general con un intervalo de 10 años.

Los gráficos sobre los partos atendidos por personal de salud calificado muestran, por ejemplo, el porcentaje de asistencia calificada en los partos en

los cinco quintiles de riqueza de un país (desde el quintil más rico hasta el más pobre). Los puntos situados en la parte derecha de una línea indican una mayor proporción de asistencia calificada en los partos, mientras que los puntos situados en la parte izquierda representan una menor proporción de asistencia calificada.

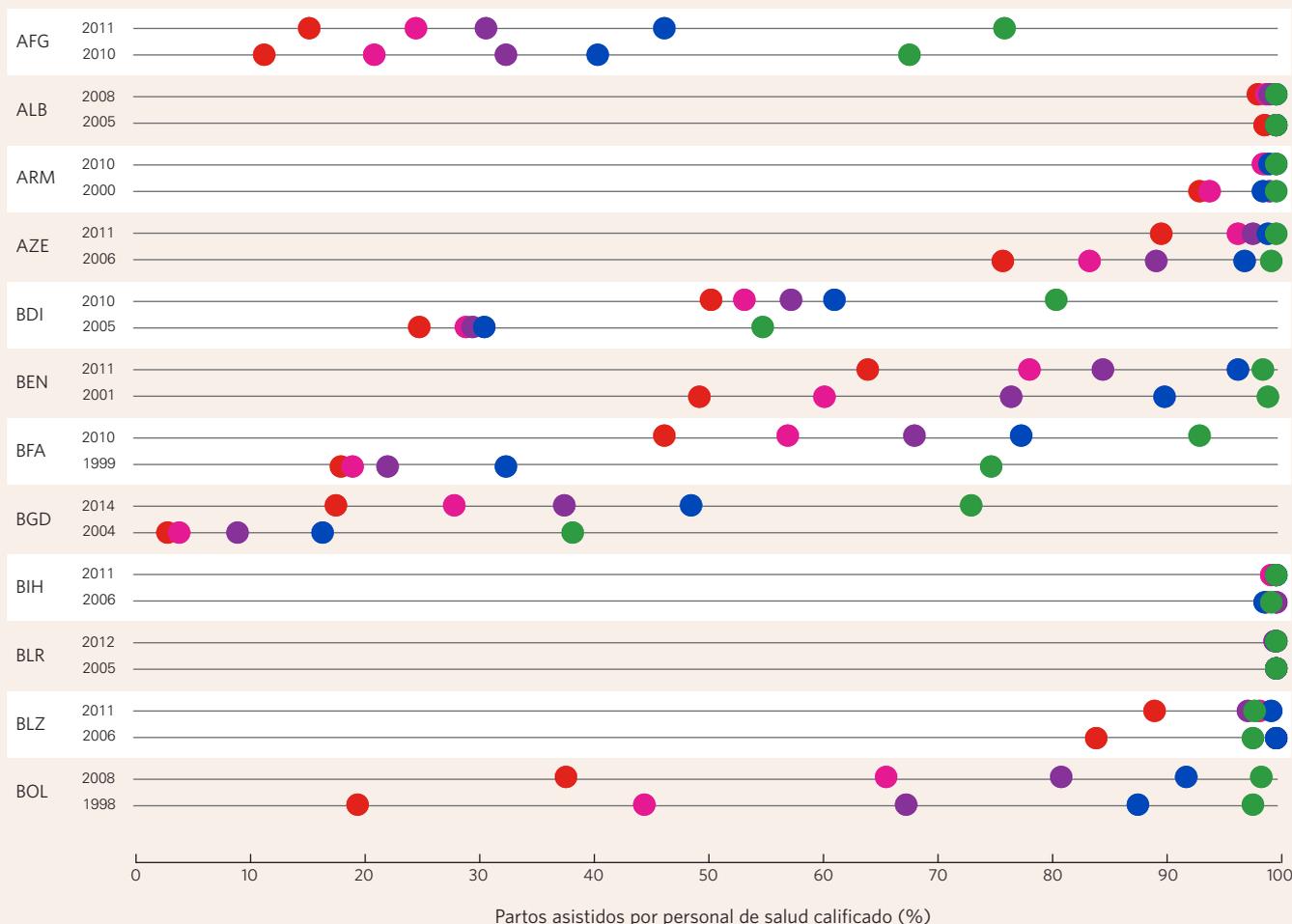
Al comparar las dos líneas de un país, la tendencia general hacia la derecha significa que la proporción de partos atendidos por personal calificado ha aumentado a lo largo del tiempo. Los puntos próximos entre dos intervalos indican que el acceso a la asistencia calificada ha aumentado o que, en cualquier caso, es más uniforme, con independencia del nivel de ingresos, lo que supone una reducción de la desigualdad.

Asimismo, en el caso de la proporción de la demanda de planificación familiar satisfecha mediante anticonceptivos modernos y consultas prenatales, la tendencia hacia la derecha a lo largo del tiempo refleja un aumento del porcentaje de mujeres que asisten a por lo menos cuatro visitas. Varios puntos cercanos entre sí indican un nivel bajo de desigualdad entre los quintiles de riqueza.

En cuanto a la mortalidad neonatal, un desplazamiento general hacia la derecha refleja una mejora en la reducción de las muertes neonatales.

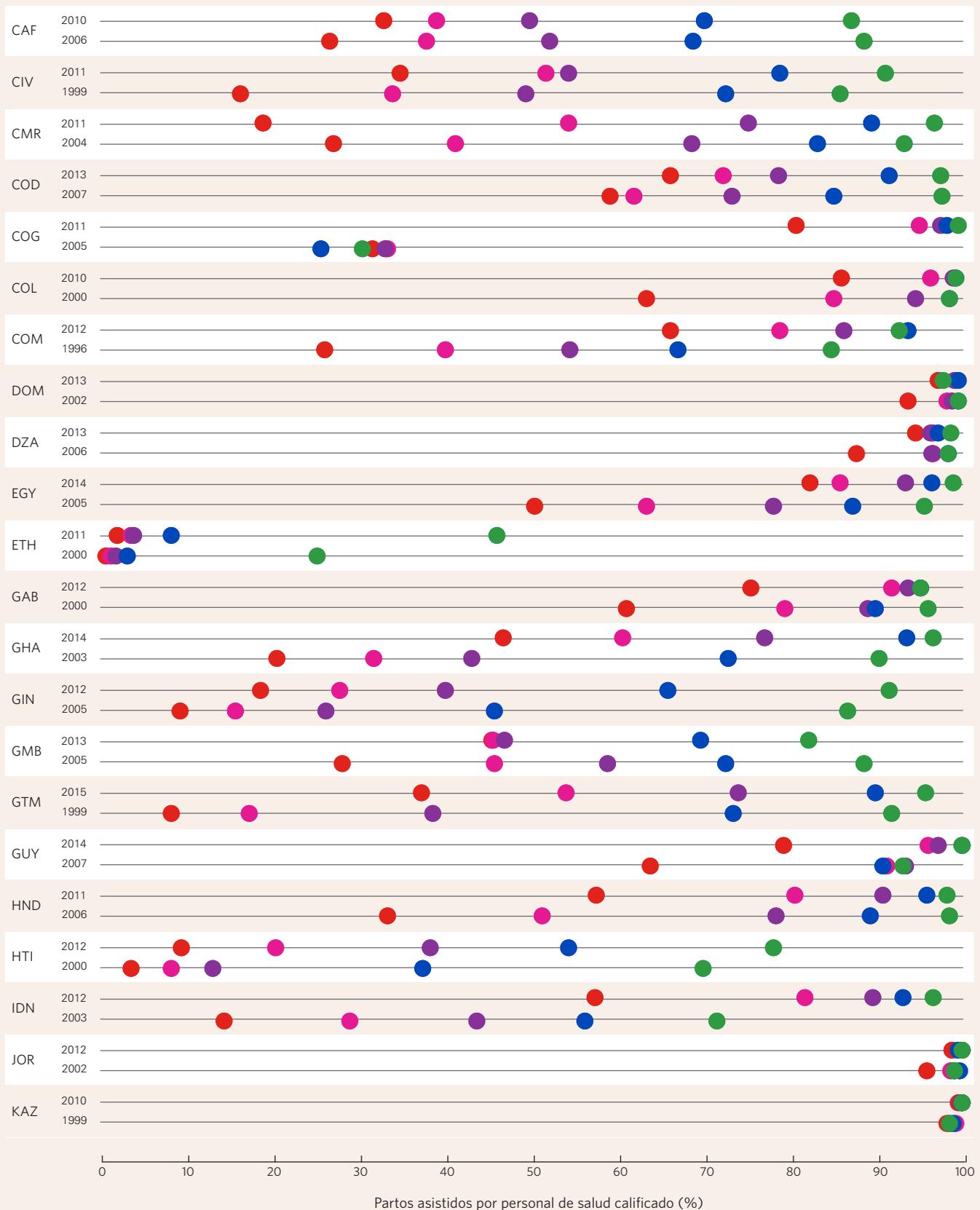
## Personal de salud calificado durante el parto

Quintil de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Tercero ● Cuarto ● Superior



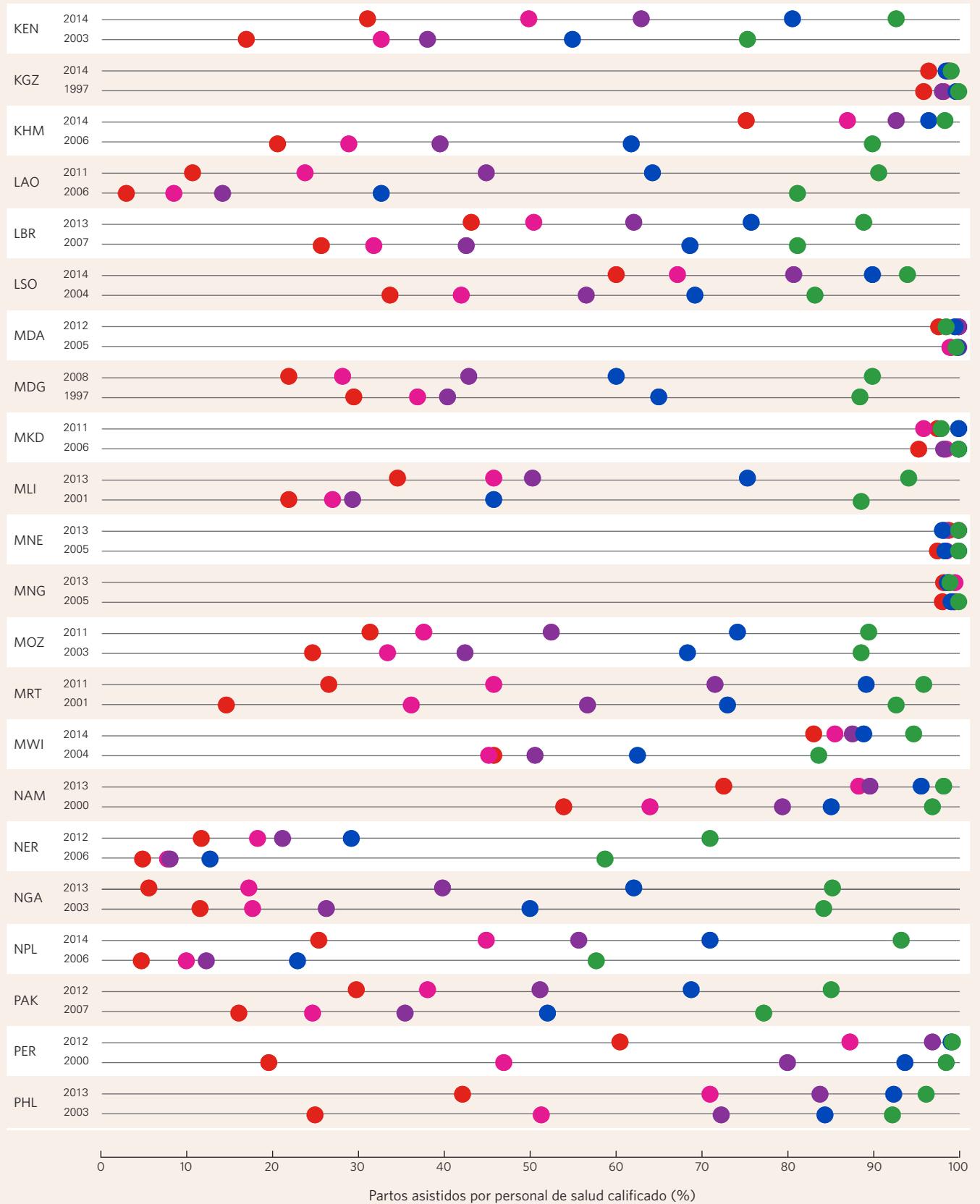
## Personal de salud calificado durante el parto (continuación)

Quintil de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Tercero ● Cuarto ● Superior



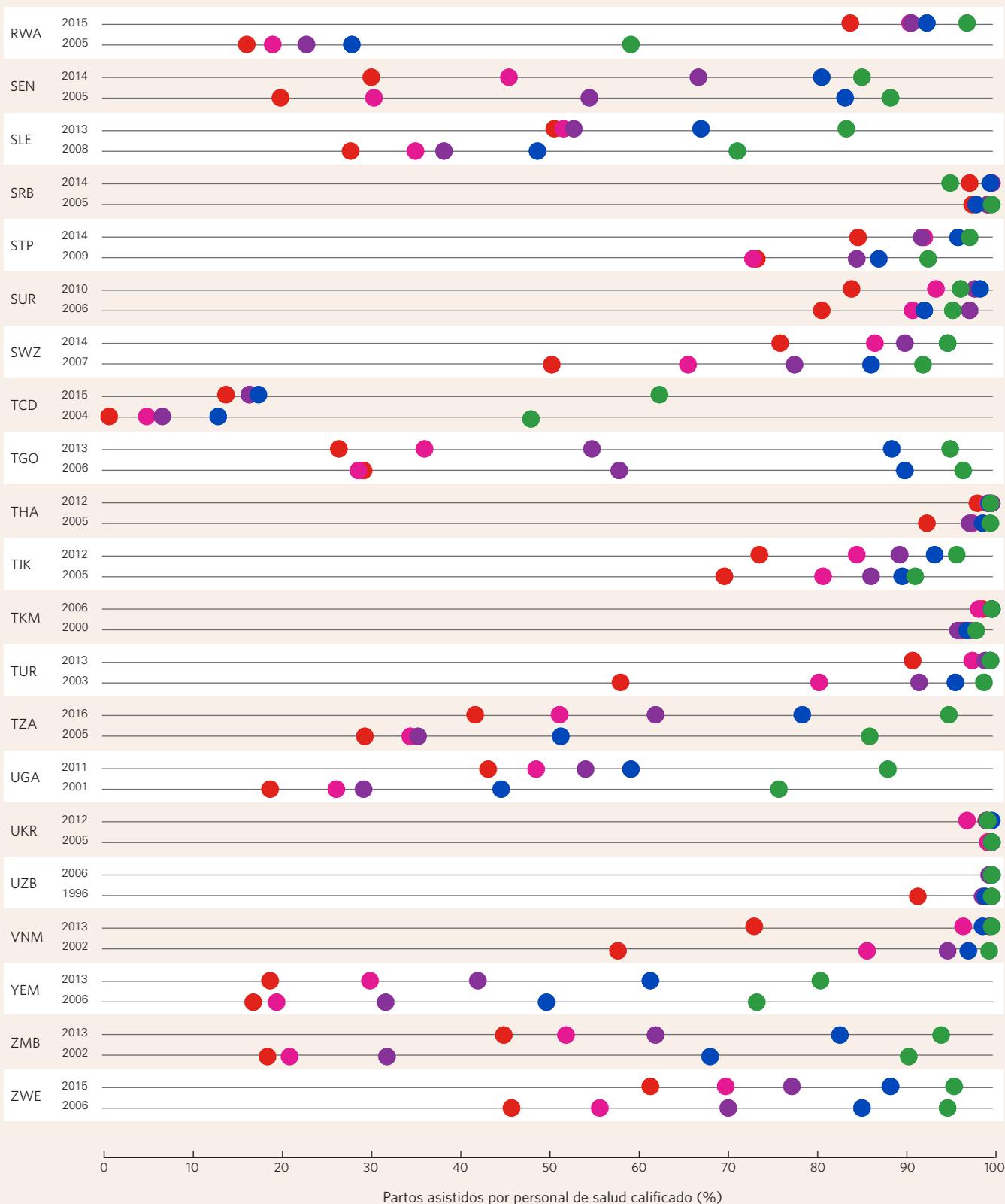
## Personal de salud calificado durante el parto (continuación)

Quintil de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Tercero ● Cuarto ● Superior

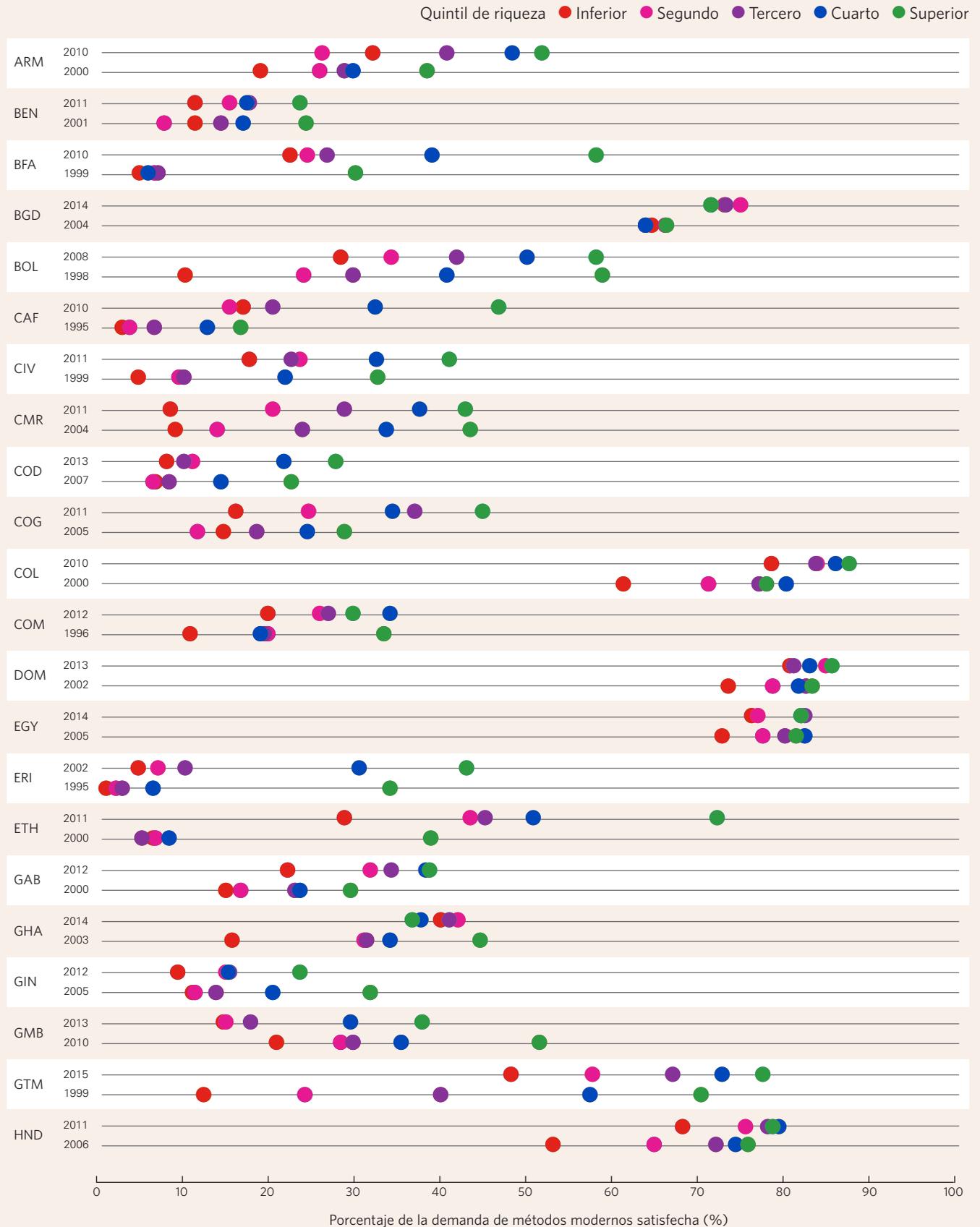


## Personal de salud calificado durante el parto (continuación)

Quintil de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Tercero ● Cuarto ● Superior

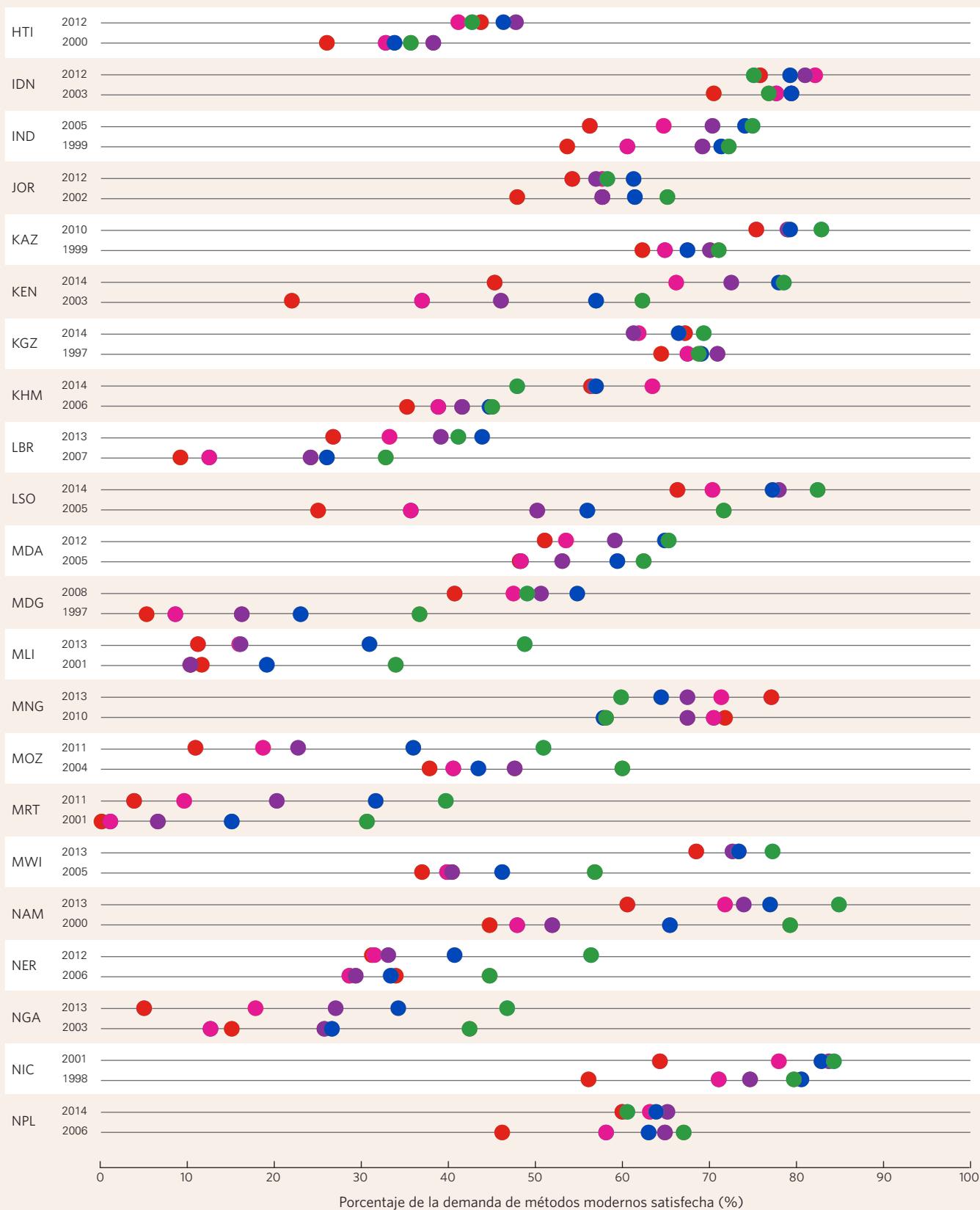


# Demanda de planificación familiar satisfecha mediante anticonceptivos modernos

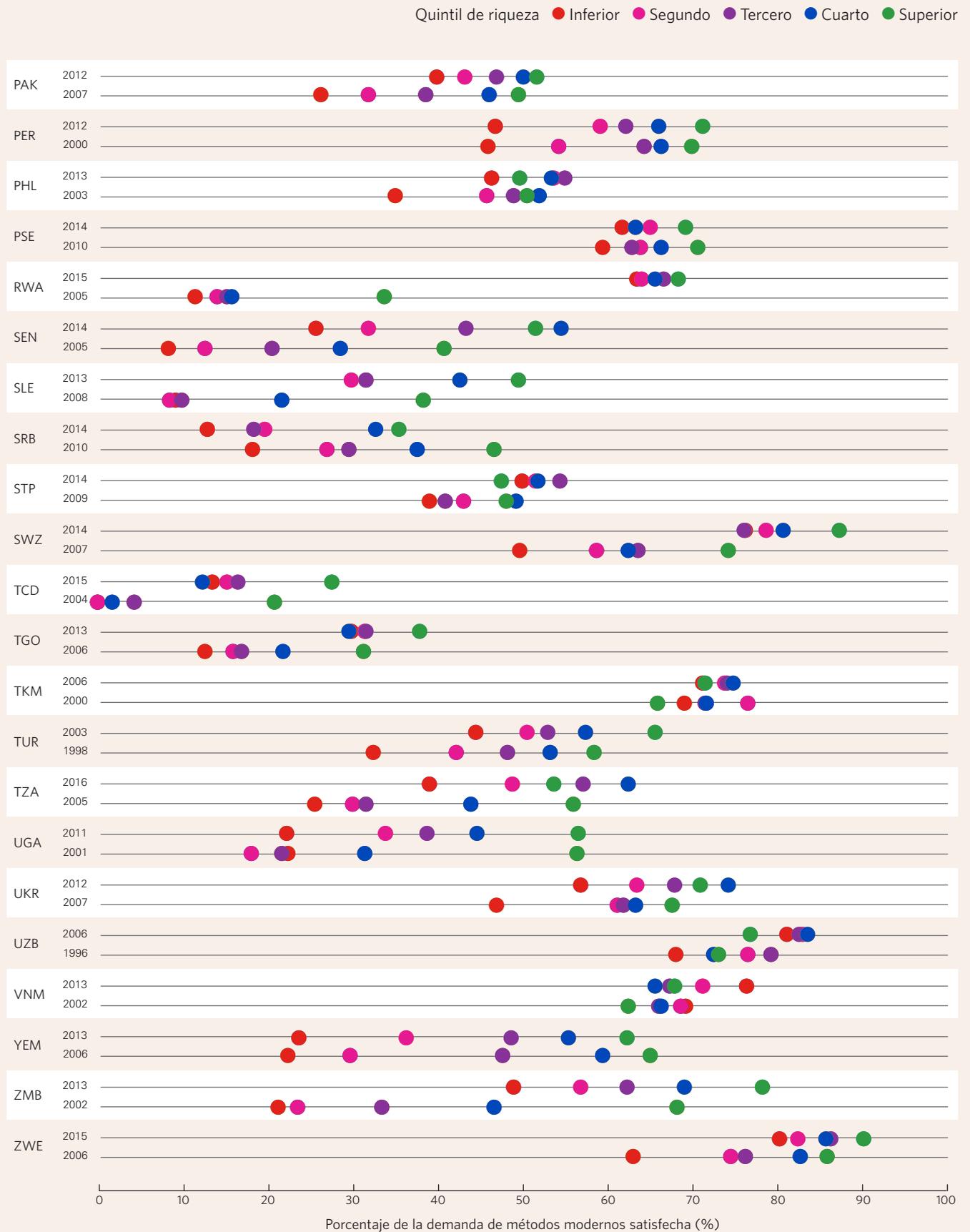


## Demanda de planificación familiar satisfecha mediante anticonceptivos modernos (continuación)

Quintil de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Tercero ● Cuarto ● Superior

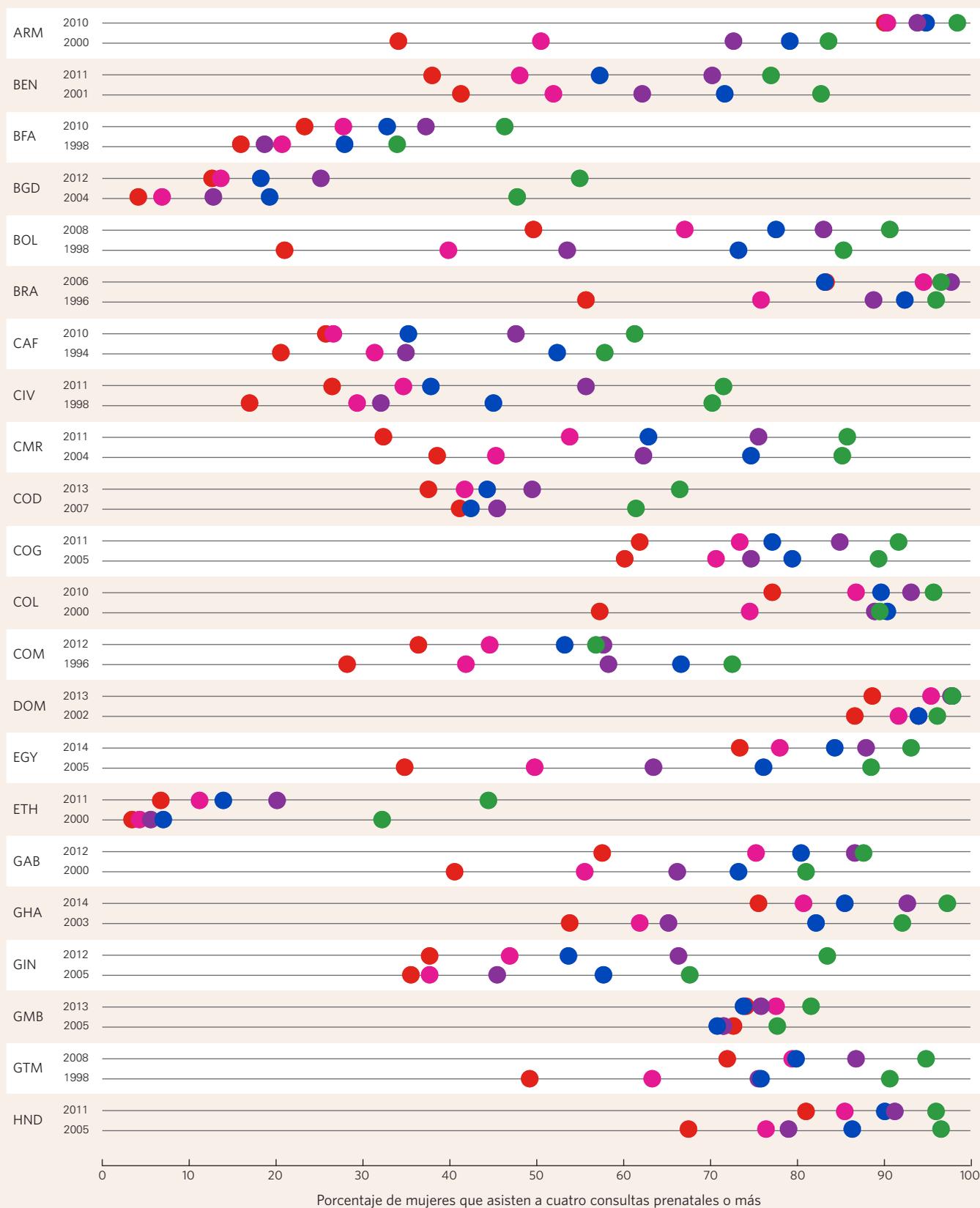


## Demanda de planificación familiar satisfecha mediante anticonceptivos modernos (continuación)

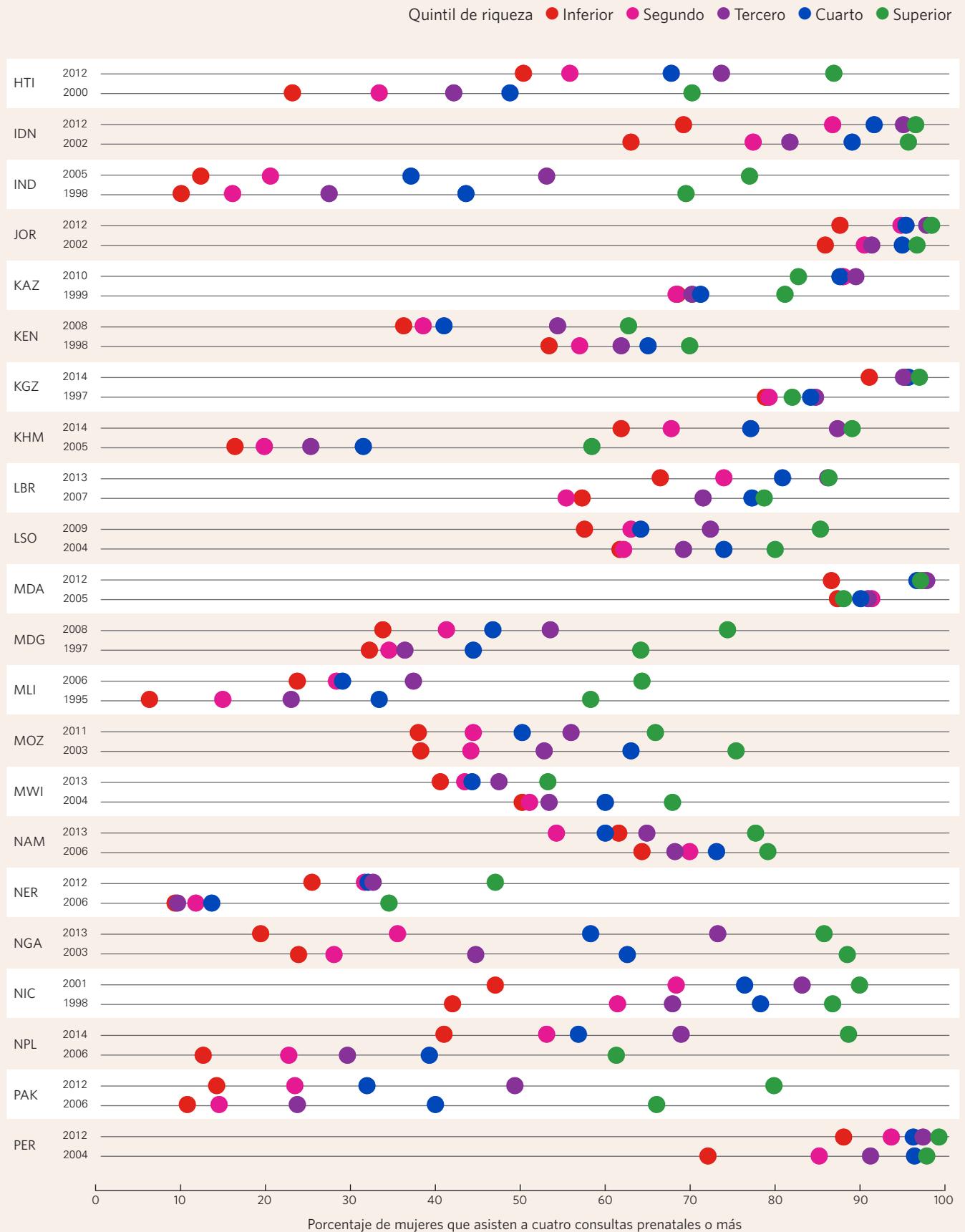


# Acceso a cuatro o más visitas de atención prenatal

Quintil de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Tercero ● Cuarto ● Superior

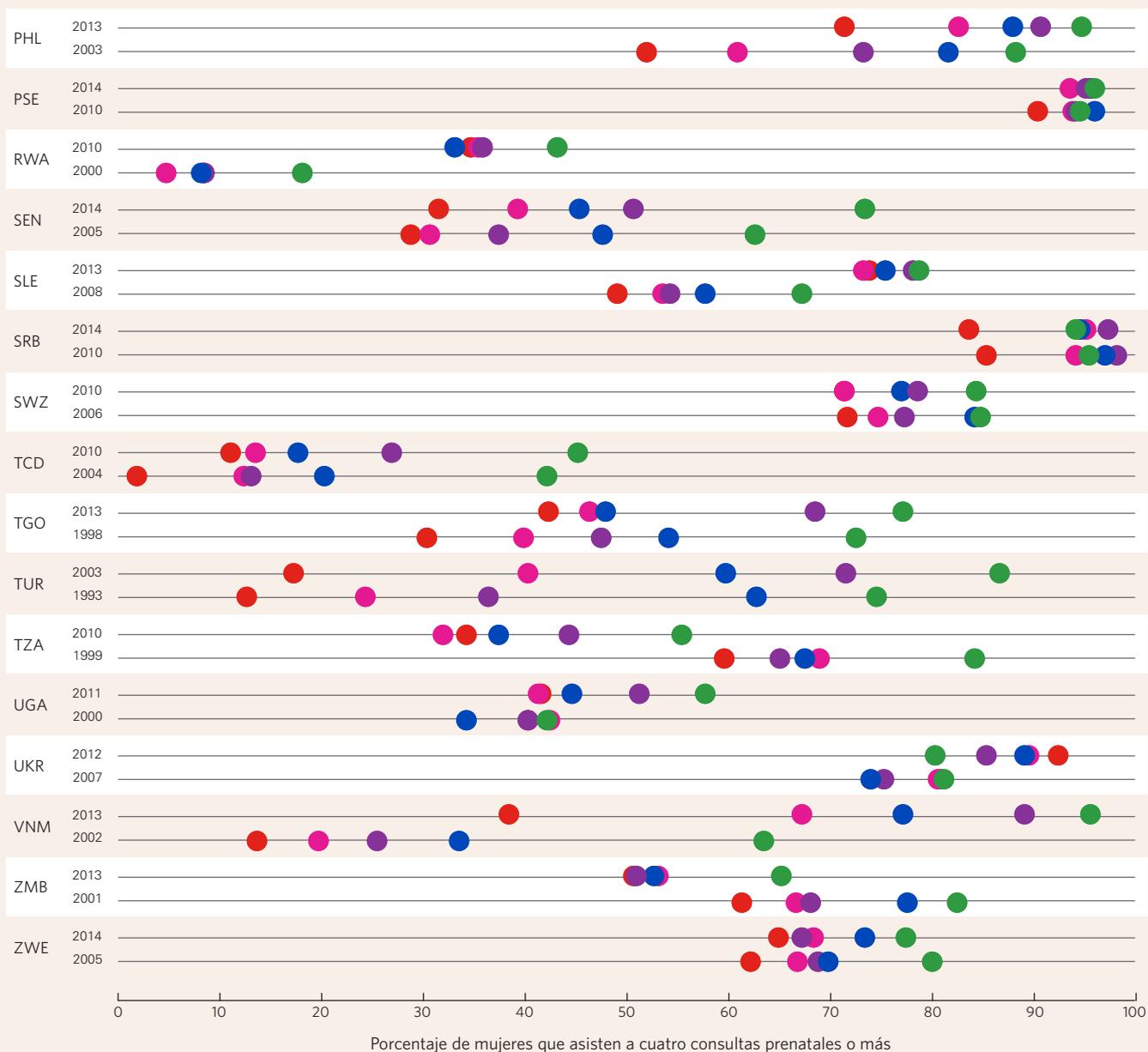


## Acceso a cuatro o más visitas de atención prenatal (continuación)



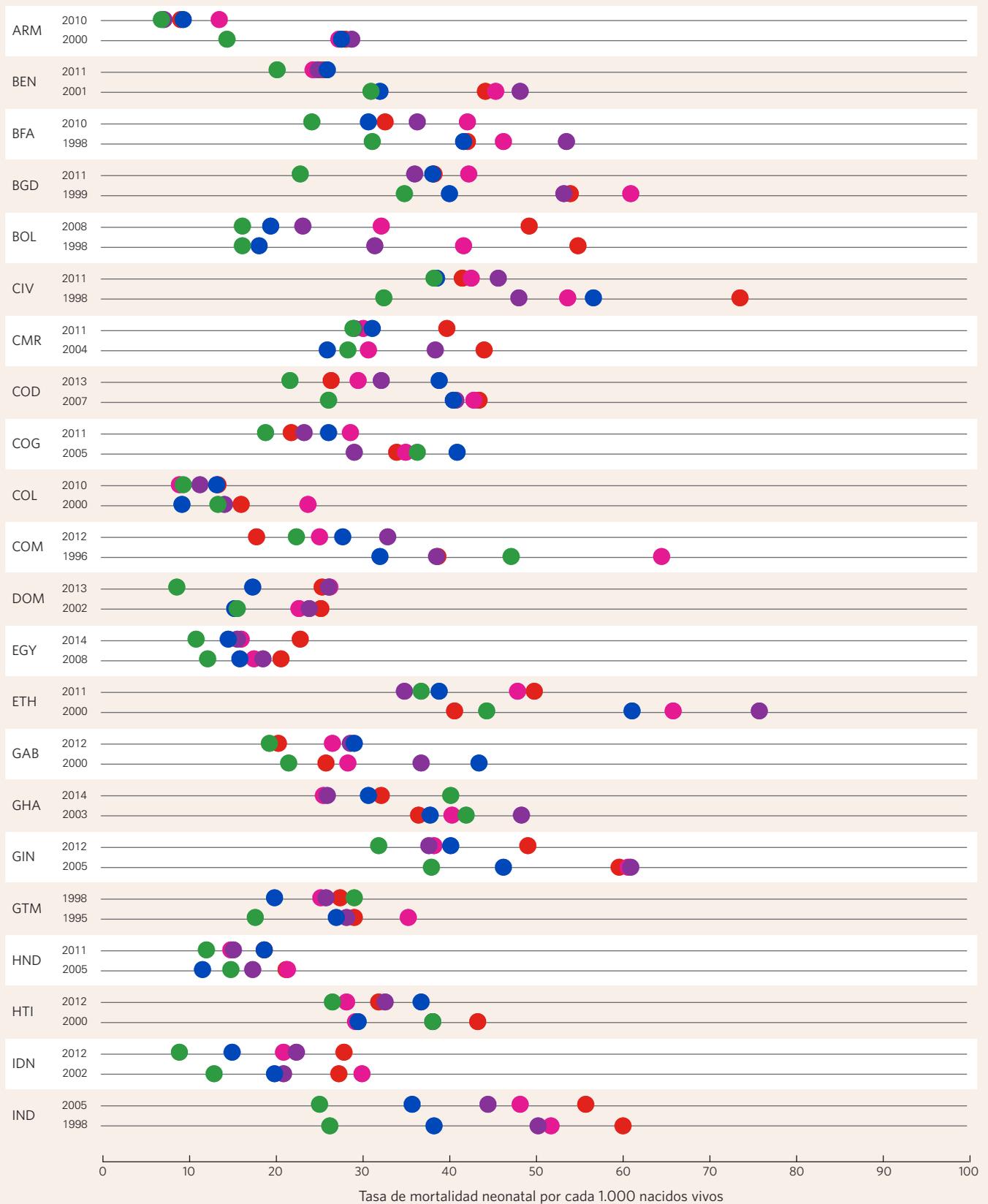
## Acceso a cuatro o más visitas de atención prenatal (continuación)

Quintil de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Tercero ● Cuarto ● Superior



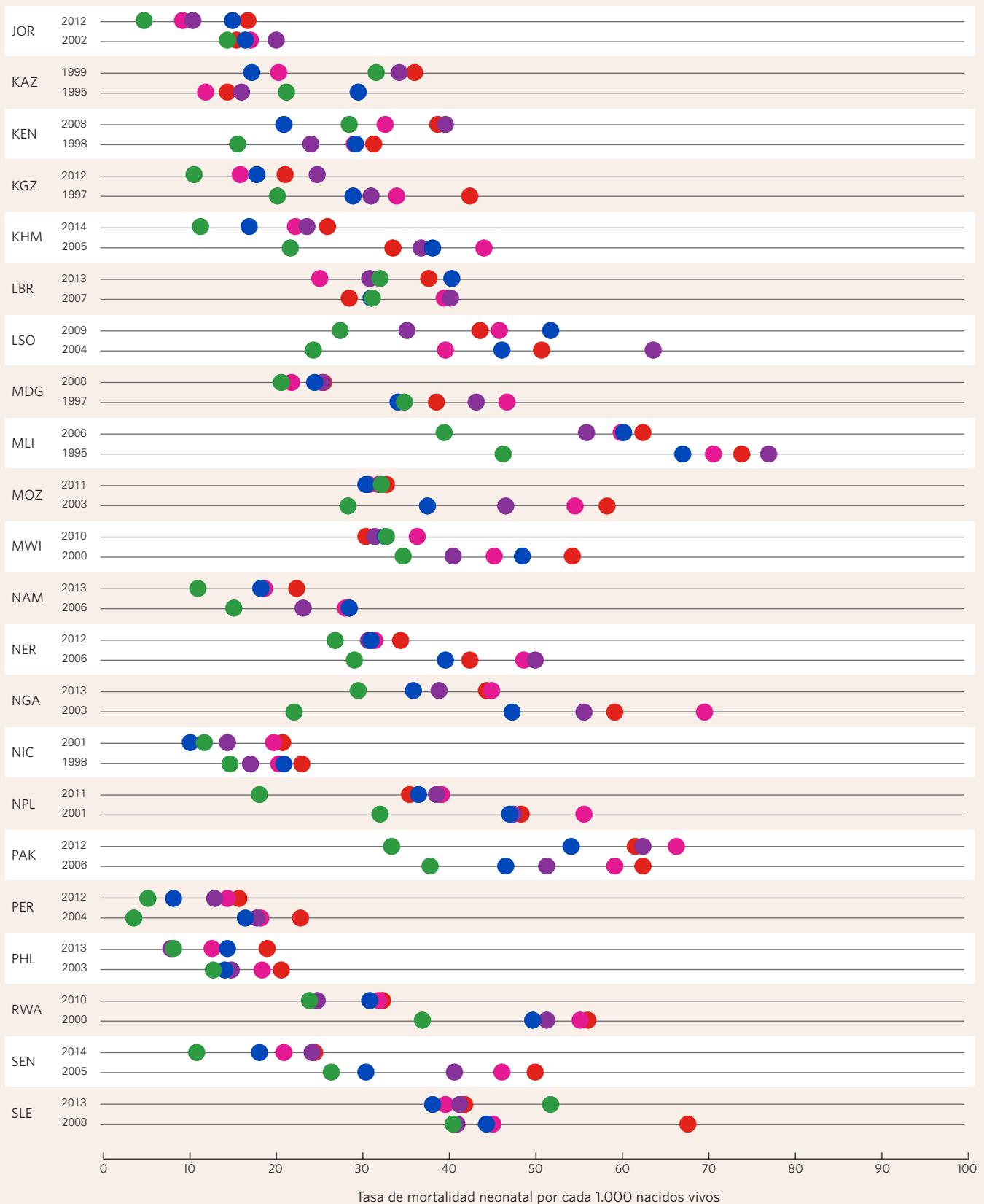
# Tasa de mortalidad neonatal

Quintil de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Tercero ● Cuarto ● Superior

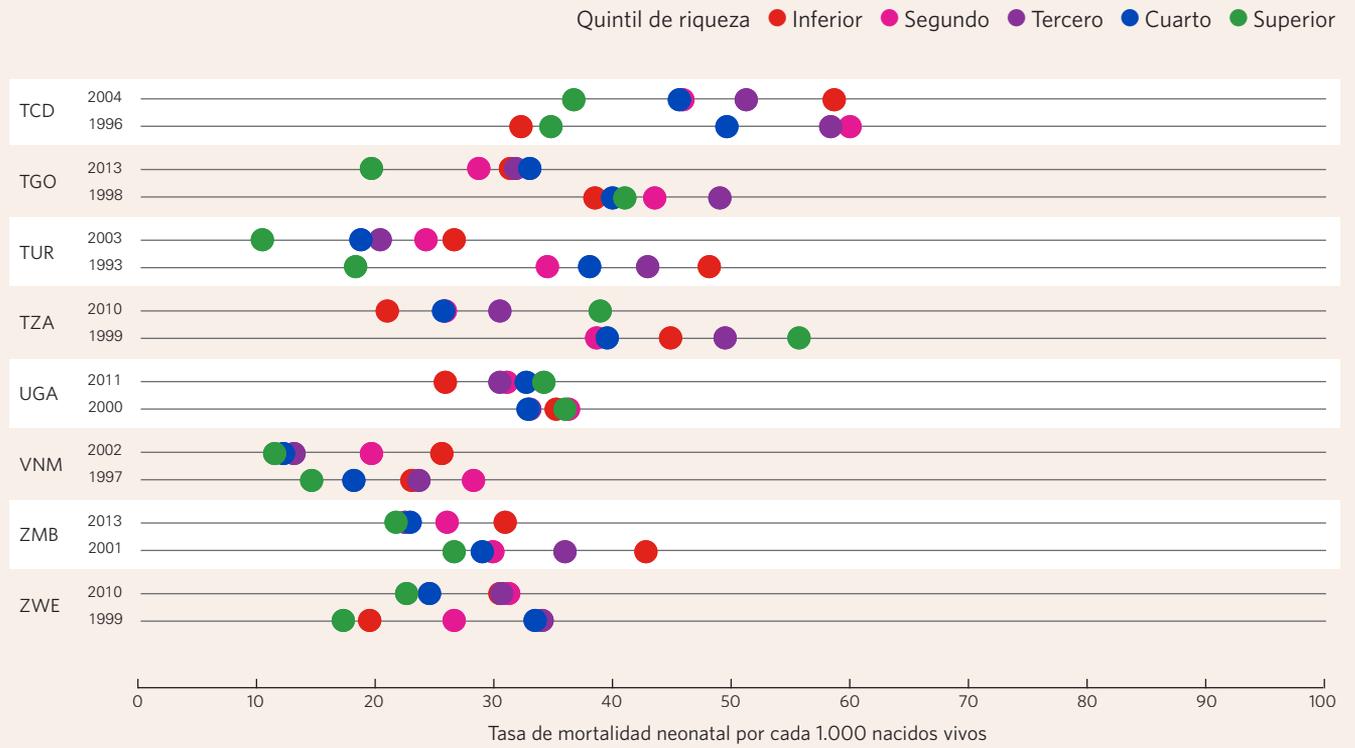


## Tasa de mortalidad neonatal (continuación)

Quintil de riqueza ● Inferior ● Segundo ● Tercero ● Cuarto ● Superior



## Tasa de mortalidad neonatal (continuación)



# 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 y empleo							
	Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos <sup>a</sup>	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%)		Partos atendidos por personal de salud calificado, % <sup>b</sup>	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años <sup>b</sup>	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años		Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años <sup>c</sup>		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	Jóvenes que no cursan estudios ni están trabajando, %	
		2015	2015			2015	2017	2017	2017			2017	1999-2015		1999-2015	2000-2015			2000-2015
		Estimación inferior	Estimación superior			2006-2016	2006-2015	Cualquier método <sup>d</sup>	Métodos modernos <sup>d</sup>			Cualquier método	Métodos modernos		niños	niñas			niños
2015	2015	2006-2016	2006-2015	Cualquier método <sup>d</sup>	Métodos modernos <sup>d</sup>	Cualquier método	Métodos modernos	2008-2016	2004-2015	niños	niñas	1999-2015	niños	niñas	2000-2015	2010-2016			
Afganistán	396	253	620	51	78	25	23	51	46	35	–	–	–	–	62	35	0,57	–	
Albania	29	16	46	99	20	63	22	82	28	10	–	97	95	0,99	86	85	0,98	33 <sup>m</sup>	
Alemania	6	5	8	99	8	68	64	88	83	–	–	–	–	–	–	–	–	6	
Angola	477	221	988	47	191	15	14	29	26	–	–	95	73	0,77	14	11	0,81	–	
Antigua y Barbuda	–	–	–	100	–	64	62	83	80	–	–	87	85	0,98	78	81	1,04	–	
Arabia Saudita	12	7	20	98	7	30	26	53	46	–	–	98	95	0,97	82	79	0,95	16	
Argelia	140	82	244	97	12	63	57	86	77	3	–	98	96	0,98	–	–	–	21	
Argentina	52	44	63	100	68	73	70	89	85	–	–	100	99	0,99	85	91	1,07	20 <sup>n</sup>	
Armenia	25	21	31	100	23	59	29	82	41	7	–	89	98	1,1	79	91	1,15	36 <sup>m</sup>	
Aruba	–	–	–	–	34	–	–	–	–	–	–	99	99	1	73	81	1,1	17	
Australia	6	5	7	99	14	67	65	86	84	–	–	–	–	–	–	–	–	10	
Austria	4	3	5	99	8	66	64	87	84	–	–	–	–	–	–	–	–	8	
Azerbaiyán	25	17	35	100	47	56	23	80	33	11	–	96	94	0,98	89	87	0,98	10	
Bahamas	80	53	124	98	30	67	66	85	84	–	–	94	99	1,06	80	86	1,07	–	
Bahrein	15	12	19	100	14	65	45	85	59	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Bangladesh	176	125	280	42	113	64	57	85	75	59	–	93	97	1,04	50	55	1,09	32 <sup>o</sup>	
Barbados	27	19	37	99	50	62	59	80	77	29	–	91	92	1,02	86	92	1,06	–	
Belarús	4	3	6	100	22	67	57	87	75	3	–	94	94	1	96	96	1,01	12	
Bélgica	7	5	10	–	7	73	72	92	90	–	–	–	–	–	–	–	–	12	
Belice	28	20	36	94	64	55	51	74	69	26	–	100	98	0,99	67	71	1,06	8	
Benin	405	279	633	77	94	19	13	38	27	26	2	100	88	0,88	50	34	0,68	20	
Bhután	148	101	241	81	28	64	63	84	84	26	–	88	90	1,03	59	67	1,14	–	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	206	140	351	85	88	63	44	78	54	22	–	95	95	1	75	76	1,01	–	
Bosnia y Herzegovina	11	7	17	100	11	50	19	76	30	4	–	98	99	1,01	–	–	–	28 <sup>m</sup>	
Botswana	129	102	172	100	39	59	57	81	79	–	–	91	92	1,01	59	67	1,13	–	
Brasil	44	36	54	99	65	80	77	92	88	36	–	94	94	1	79	85	1,07	23	
Brunei Darussalam	23	15	30	100	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	17 <sup>o</sup>	
Bulgaria	11	8	14	100	41	68	50	84	61	–	–	96	97	1,01	89	87	0,97	19	
Burkina Faso	371	257	509	66	132	24	24	48	46	52	58	70	66	0,95	23	20	0,87	–	
Burundi	712	471	1.050	60	85	38	35	59	54	20	–	95	97	1,02	25	25	0,99	–	
Cabo Verde	42	20	95	92	–	62	60	81	78	–	–	98	98	1	65	74	1,14	–	
Camboya	161	117	213	89	57	59	44	83	61	19	–	96	94	0,98	40	37	0,92	13 <sup>o</sup>	
Camerún	596	440	881	65	119	33	22	61	41	31	0,4	100	90	0,9	46	40	0,87	11	
Canadá	7	5	9	100	13	75	73	91	89	–	–	–	–	–	–	–	–	10	
Chad	856	560	1.350	20	203	7	6	23	20	67	32	95	74	0,78	16	5	0,33	–	
Chile	22	18	26	100	52	66	65	83	82	–	–	93	93	1	87	90	1,04	12	
China	27	22	32	100	6	83	83	96	95	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
China, RAE de Hong Kong	–	–	–	–	3	76	73	92	88	–	–	–	–	–	–	–	–	7	
China, RAE de Macao	–	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 <sup>m</sup>	

# Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud sexual y reproductiva									Prácticas nocivas		Educación y empleo								
	Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos <sup>a</sup>	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%)		Partos atendidos por personal de salud calificado, % <sup>b</sup>	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años <sup>b</sup>	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años		Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años <sup>c</sup>		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	Jóvenes que no cursan estudios ni están trabajando, %		
		2015				2017		2017				2017			1999-2015				2000-2015	
		Estimación inferior	Estimación superior			Cualquier método <sup>d</sup>	Métodos modernos <sup>d</sup>	Cualquier método	Métodos modernos			niños	niñas		niños	niñas			2000-2015	2010-2016
Chipre	7	4	12	100	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15			
Colombia	64	56	81	99	84	78	72	90	83	23	–	92	92	1	76	82	1,08	21		
Comoras	335	207	536	82	70	26	20	46	36	32	–	88	83	0,95	42	45	1,07	–		
Congo	442	300	638	94	111	42	24	68	39	33	–	89	97	1,09	–	–	–	–		
Congo, República Democrática del	693	509	1.010	80	138	23	10	46	20	37	–	36	34	0,95	–	–	–	–		
Corea, República de	11	9	13	100	2	79	70	93	83	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Corea, República Popular Democrática de	82	37	190	100	1	75	71	90	85	–	–	97	97	1	–	–	–	–		
Costa Rica	25	20	29	99	61	80	77	93	90	21	–	96	96	1	76	80	1,05	21		
Côte d'Ivoire	645	458	909	59	129	21	16	46	36	33	31	80	71	0,89	–	–	–	–		
Croacia	8	6	11	100	12	66	47	86	61	–	–	–	–	–	–	–	–	19		
Cuba	39	33	47	99	53	74	73	90	88	26	–	93	94	1,01	88	91	1,04	–		
Curaçao	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Dinamarca	6	5	9	98	2	69	66	87	83	–	–	–	–	–	–	–	–	6		
Djibouti	229	111	482	87	21	27	26	48	46	–	90	61	54	0,89	29	21	0,72	–		
Dominica	–	–	–	100	47	–	–	–	–	–	–	96	99	1,03	76	82	1,07	–		
Ecuador	64	57	71	96	–	79	70	92	82	–	–	96	98	1,02	81	84	1,04	18		
Egipto	33	26	39	92	56	61	59	84	81	17	70	99	99	1,01	81	82	1,01	27 <sup>m</sup>		
El Salvador	54	40	69	98	72	71	67	86	81	26	–	94	94	1,01	69	71	1,03	30		
Emiratos Árabes Unidos	6	3	11	–	34	50	42	73	62	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Eritrea	501	332	750	34	76	13	13	31	29	41	69	43	38	0,9	31	26	0,84	–		
Eslovaquia	6	4	7	99	21	72	62	89	77	–	–	–	–	–	–	–	–	14		
Eslovenia	9	6	14	100	5	74	65	90	80	–	–	–	–	–	–	–	–	10		
España	5	4	6	–	8	68	64	85	81	–	–	–	–	–	–	–	–	16		
Estado de Palestina <sup>1</sup>	45	21	99	100	67	59	47	82	65	15	–	93	93	1	77	84	1,1	32		
Estados Unidos de América	14	12	16	99	27	74	70	91	86	–	–	–	–	–	–	–	–	17 <sup>m</sup>		
Estonia	9	6	14	99	16	66	60	85	78	–	–	–	–	–	–	–	–	11		
Etiopía	353	247	567	28	71	41	39	63	61	41	62	89	84	0,94	18	11	0,62	1 <sup>mn</sup>		
ex República Yugoslava de Macedonia	8	5	10	100	19	51	21	76	31	7	–	89	88	0,98	83	81	0,97	25		
Federación de Rusia	25	18	33	99	27	68	58	87	74	7	–	–	–	–	–	–	–	12		
Fiji	30	23	41	100	28	49	45	72	67	–	–	96	98	1,03	79	88	1,11	–		
Filipinas	114	87	175	73	57	56	41	76	56	15	–	95	99	1,04	62	74	1,19	23		
Finlandia	3	2	3	100	7	74	73	90	88	–	–	–	–	–	–	–	–	11		
Francia	8	7	10	98	6	80	78	95	92	–	–	–	–	–	–	–	–	12		
Gabón	291	197	442	89	114	35	24	58	40	22	–	–	–	–	–	–	–	–		
Gambia	706	484	1.030	57	88	12	11	31	30	30	76	66	72	1,09	–	–	–	34 <sup>o</sup>		
Georgia	36	28	47	100	41	53	38	77	55	14	–	96	94	0,98	92	92	1	–		
Ghana	319	216	458	71	65	31	26	52	45	21	2	92	92	1,01	58	57	0,98	–		
Granada	27	19	42	99	–	66	62	84	80	–	–	97	97	1	81	84	1,03	–		
Grecia	3	2	4	–	8	69	47	88	60	–	–	–	–	–	–	–	–	17		
Guadalupe	–	–	–	–	–	60	55	80	73	–	–	–	–	–	–	–	–	–		

# Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud sexual y reproductiva									Prácticas nocivas		Educación y empleo											
	Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos <sup>a</sup>	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%)			Partos atendidos por personal de salud calificado, % <sup>b</sup>	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años <sup>b</sup>	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años		Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años <sup>c</sup>		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	Jóvenes que no cursan estudios ni están trabajando, %				
		2015		2006-2016			2006-2015	2017		2017			1999-2015 niños	1999-2015 niñas		2000-2015				2000-2015 niños	2000-2015 niñas	2010-2016	
		Estimación inferior	Estimación superior					Cualquier método <sup>d</sup>	Métodos modernos <sup>d</sup>	Cualquier método						Métodos modernos	niños						niñas
Guam	–	–	–	–	54	54	48	77	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Guatemala	88	77	100	66	91	61	51	81	68	30	–	89	89	1	48	45	0,95	27	–				
Guayana Francesa	–	–	–	–	87	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Guinea	679	504	927	45	146	8	7	24	22	52	94	84	72	0,86	38	25	0,66	–	–				
Guinea Ecuatorial	342	207	542	68	176	17	14	35	28	30	–	58	58	1	24	19	0,77	–	–				
Guinea-Bissau	549	273	1.090	45	106	17	16	44	42	24	42	71	68	0,95	10	6	0,56	–	–				
Guyana	229	184	301	86	74	42	41	60	59	30	–	86	84	0,97	82	83	1	–	–				
Haití	359	236	601	49	66	41	37	57	51	18	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Honduras	129	99	166	83	101	73	64	87	77	34	–	95	95	1,01	46	53	1,16	42 <sup>m</sup>	–				
Hungría	17	12	22	99	20	74	70	90	85	–	–	–	–	–	–	–	–	–	12 <sup>o</sup>				
India	174	139	217	81	28	56	50	82	73	27	–	97	98	1,01	61	62	1,01	28 <sup>o</sup>	–				
Indonesia	126	93	179	87	48	62	60	84	81	14	–	93	92	0,99	75	75	0,99	25	–				
Irán (República Islámica del)	25	21	31	96	38	76	63	92	77	17	–	99	100	1,01	80	81	1,01	34	–				
Iraq	50	35	69	91	82	56	43	81	63	24	5	98	87	0,89	49	40	0,81	–	–				
Irlanda	8	6	11	100	9	67	62	86	80	–	–	–	–	–	–	–	–	–	14				
Islandia	3	2	6	–	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5				
Islas Salomón	114	75	175	86	62	38	33	64	57	–	–	82	79	0,97	42	42	0,99	–	–				
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	–	–	–	–	43	71	66	87	82	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Israel	5	4	6	–	10	71	57	89	72	–	–	–	–	–	–	–	–	–	16				
Italia	4	3	5	100	6	67	53	86	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–	21				
Jamaica	89	70	115	99	46	71	68	87	83	8	–	93	94	1,01	64	70	1,09	–	–				
Japón	5	4	7	100	4	48	45	71	66	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4				
Jordania	58	44	75	100	26	62	46	84	62	8	–	88	87	0,99	83	88	1,06	–	–				
Kazajstán	12	10	15	100	36	58	55	80	76	7	–	100	100	1	92	94	1,02	10 <sup>m</sup>	–				
Kenya	510	344	754	62	96	64	61	81	78	23	11	84	88	1,04	57	56	0,97	–	–				
Kirguistán	76	59	96	98	42	44	41	72	68	12	–	98	98	0,99	80	80	1	21	–				
Kiribati	90	51	152	98	49	28	24	51	44	20	–	–	–	–	66	73	1,11	–	–				
Kuwait	4	3	6	99	7	56	49	78	68	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Lesotho	487	310	871	78	94	61	60	78	77	17	–	79	82	1,04	27	42	1,57	–	–				
Letonia	18	13	26	98	15	67	61	85	77	–	–	–	–	–	–	–	–	–	11				
Líbano	15	10	22	–	–	62	46	83	61	6	–	92	86	0,94	65	65	1	21	–				
Liberia	725	527	1.030	61	149	21	21	40	39	36	26 <sup>l</sup>	39	37	0,95	–	–	–	–	19 <sup>o</sup>				
Libia	9	6	15	100	6	49	32	72	47	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–				
Lituania	10	7	14	100	14	63	54	83	70	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9				
Luxemburgo	10	7	16	100	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6 <sup>o</sup>				
Madagascar	353	256	484	44	145	47	40	72	61	41	–	77	78	1	31	32	1,04	4	–				
Malasia	40	32	53	99	13	53	38	75	55	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1				
Malawi	634	422	1.080	90	136	60	59	77	75	46	–	90	96	1,06	33	33	0,98	–	–				
Maldivas	68	45	108	96	14	44	37	65	55	4	–	97	96	0,98	45	51	1,14	56 <sup>m</sup>	–				
Malí	587	448	823	49	172	14	14	36	35	60	90	67	60	0,9	39	30	0,76	14	–				
Malta	9	6	15	100	13	81	63	94	73	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10				

# Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud sexual y reproductiva										Prácticas nocivas		Educación y empleo							
	Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos <sup>a</sup>	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%)		Partos atendidos por personal de salud calificado, % <sup>b</sup>	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años <sup>b</sup>	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años		Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años <sup>c</sup>		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	Jóvenes que no cursan estudios ni están trabajando, %		
		2015				2017		2017				2017			1999-2015				2000-2015	
		Estimación inferior	Estimación superior			Cualquier método <sup>d</sup>	Métodos modernos <sup>d</sup>	Cualquier método	Métodos modernos			niños	niñas		niños	niñas			niños	niñas
2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015			
Marruecos	121	93	142	74	32	68	61	87	78	13	–	99	99	1	59	53	0,9	–		
Martinica	–	–	–	–	20	62	57	81	75	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Mauricio	53	38	77	100	29	66	39	86	51	–	–	96	98	1,02	79	80	1,01	–		
Mauritania	602	399	984	65	71	17	16	35	33	34	66	73	77	1,05	24	22	0,92	–		
México	38	34	42	96	83	73	69	87	83	26	–	97	98	1,01	66	69	1,04	20		
Micronesia (Estados Federados de)	100	46	211	100	33	–	–	–	–	–	–	86	88	1,03	–	–	–	–		
Moldova, República de	23	19	28	100	27	65	50	85	65	12	–	90	90	1	77	77	1,01	28		
Mongolia	44	35	55	99	27	59	52	81	72	5	–	96	95	0,99	85	88	1,03	1		
Montenegro	7	4	12	99	12	40	24	65	39	5	–	–	–	–	–	–	–	17		
Mozambique	489	360	686	54	167	21	20	43	42	48	–	90	85	0,95	18	18	1	10		
Myanmar	178	121	284	60	22	53	52	77	76	–	–	88	87	0,99	48	49	1,02	19 <sup>o</sup>		
Namibia	265	172	423	88	82	59	58	78	78	7	–	89	92	1,03	45	57	1,27	31 <sup>o</sup>		
Nepal	258	176	425	56	71	54	51	71	67	37	–	98	96	0,98	58	63	1,08	23 <sup>o</sup>		
Nicaragua	150	115	196	88	92	80	77	93	89	–	–	97	100	1,03	45	53	1,17	–		
Niger	553	411	752	40	206	16	15	46	42	76	1	66	57	0,86	19	13	0,67	–		
Nigeria	814	596	1.180	35	122	21	16	48	37	43	15	71	60	0,84	–	–	–	–		
Noruega	5	4	6	99	5	78	73	93	87	–	–	–	–	–	–	–	–	5		
Nueva Caledonia	–	–	–	–	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Nueva Zelandia	11	9	14	97	19	70	68	88	85	–	–	–	–	–	–	–	–	12		
Omán	17	13	24	99	13	36	24	55	37	–	–	97	97	1	94	89	0,94	–		
Países Bajos	7	5	9	–	5	71	69	90	87	–	–	–	–	–	–	–	–	5		
Pakistán	178	111	283	55	44	40	31	66	52	21	–	79	67	0,85	46	36	0,79	–		
Panamá	94	77	121	94	91	60	57	79	74	26	–	97	96	0,99	75	81	1,07	33		
Papua Nueva Guinea	215	98	457	53	–	37	31	60	50	–	–	90	84	0,92	–	–	–	–		
Paraguay	132	107	163	96	63	75	67	91	81	17	–	89	89	1	67	66	1	13 <sup>m</sup>		
Perú	68	54	80	90	65	74	54	89	65	19	–	95	96	1,01	77	79	1,03	22 <sup>m</sup>		
Polinesia Francesa	–	–	–	–	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Polonia	3	2	4	100	14	70	54	88	67	–	–	–	–	–	–	–	–	11		
Portugal	10	9	13	99	10	74	68	91	84	–	–	–	–	–	–	–	–	11		
Puerto Rico	14	10	18	–	36	76	69	92	83	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Qatar	13	9	19	100	13	47	41	73	64	4	–	–	–	–	–	–	–	9		
Reino Unido	9	8	11	–	19	80	80	93	93	–	–	–	–	–	–	–	–	11		
República Árabe Siria	68	48	97	96	54	58	44	80	61	–	–	72	70	0,98	47	46	0,99	–		
República Centroafricana	882	508	1.500	40	229	25	19	52	40	68	18	79	62	0,79	18	9	0,52	–		
República Checa	4	3	6	100	11	77	70	91	83	–	–	–	–	–	–	–	–	8		
República Democrática Popular Lao	197	136	307	40	94	56	50	77	69	35	–	96	94	0,98	52	50	0,96	5 <sup>o</sup>		
República Dominicana	92	77	111	98	90	71	69	87	84	37	–	86	85	0,99	61	70	1,14	21 <sup>m</sup>		
República Unida de Tanzania	398	281	570	49	95	41	35	65	56	31	5	81	82	1,01	–	–	–	15 <sup>o</sup>		
Reunión	–	–	–	–	–	73	71	90	87	–	–	–	–	–	–	–	–	29		
Rumania	31	22	44	99	39	68	57	88	73	–	–	92	91	0,99	86	86	1	18		
Rwanda	290	208	389	91	45	55	50	75	68	7	–	95	97	1,03	–	–	–	–		

# Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

País, territorio u otra delimitación	Salud sexual y reproductiva										Prácticas nocivas		Educación y empleo							
	Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos <sup>a</sup>	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%)		Partos atendidos por personal de salud calificado, % <sup>b</sup>	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años <sup>b</sup>	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años		Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años <sup>c</sup>		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	Jóvenes que no cursan estudios ni están trabajando, %		
		2015				2017		2017				2017			1999-2015				2000-2015	
		Estimación inferior	Estimación superior			Cualquier método <sup>d</sup>	Métodos modernos <sup>d</sup>	Cualquier método	Métodos modernos			2008-2016	2004-2015		niños	niñas			1999-2015	niños
2015	2015	2006-2016	2006-2015	2017	2017	2017	2017	2008-2016	2004-2015	niños	niñas	1999-2015	niños	niñas	2000-2015	2000-2015	2010-2016			
Sáhara Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	80	83	1,04	81	85	1,04	-		
Samoa	51	24	115	83	39	28	27	39	38	11	-	97	98	1,02	75	84	1,12	41 <sup>o</sup>		
San Marino	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
San Martín	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
San Vicente y las Granadinas	45	34	63	99	70	66	64	84	81	-	-	92	91	0,99	84	87	1,03	-		
Santa Lucía	48	32	72	99	-	59	57	79	76	24	-	95	93	0,97	80	81	1,01	-		
Santo Tomé y Príncipe	156	83	268	93	92	42	40	57	54	35	-	97	95	0,98	44	51	1,15	-		
Senegal	315	214	468	53	80	23	21	47	44	32	21	70	76	1,09	23	18	0,77	-		
Serbia	17	12	24	100	22	59	27	83	39	3	-	98	99	1,01	91	93	1,02	20		
Seychelles	-	-	-	99	56	-	-	-	-	-	-	94	95	1,01	72	78	1,09	-		
Sierra Leona	1.360	999	1.980	60	125	17	17	39	38	39	74	100	99	0,99	39	35	0,9	-		
Singapur	10	6	17	100	3	66	60	86	77	-	-	-	-	-	-	-	-	11		
Somalia	732	361	1.390	9	-	28	28	50	48	-	97	-	-	-	-	-	-	-		
Sri Lanka	30	26	38	99	20	72	59	91	74	-	-	98	96	0,98	84	87	1,04	28		
Sudáfrica	138	124	154	94	46	66	66	85	85	-	-	83	94	1,13	59	69	1,16	31		
Sudán	311	214	433	78	87	16	15	36	33	34	82	53	56	1,05	-	-	-	-		
Sudán del Sur	789	523	1.150	19	158	7	6	18	16	52	-	47	34	0,71	-	-	-	-		
Suecia	4	3	5	-	3	70	65	88	81	-	-	-	-	-	-	-	-	7		
Suiza	5	4	7	-	2	73	70	91	87	-	-	-	-	-	-	-	-	7		
Suriname	155	110	220	90	65	53	53	74	73	19	-	91	92	1,01	49	60	1,21	-		
Swazilandia	389	251	627	88	87	65	63	81	80	5	-	79	78	0,99	31	38	1,24	-		
Tailandia	20	14	32	100	60	78	77	93	91	22	-	93	92	0,99	77	82	1,06	14		
Tayikistán	32	19	51	87	54	36	33	63	58	12	-	98	98	1	88	79	0,9	-		
Timor-Leste	215	150	300	29	51	31	28	55	50	19	-	96	99	1,03	48	56	1,16	-		
Togo	368	255	518	45	85	22	20	40	36	22	2	96	90	0,93	32	15	0,48	12 <sup>o</sup>		
Tonga	124	57	270	96	30	35	32	55	51	6	-	99	99	1	71	80	1,12	-		
Trinidad y Tabago	63	49	80	100	36	52	47	74	67	-	-	99	98	0,99	70	75	1,07	53		
Túnez	62	42	92	74	6	66	57	88	76	2	-	99	98	0,99	-	-	-	-		
Turkmenistán	42	20	73	100	21	56	52	79	75	6	-	-	-	-	-	-	-	-		
Turquía	16	12	21	97	29	74	50	92	61	15	-	94	93	0,99	88	85	0,97	24		
Tuvalu	-	-	-	93	42	-	-	-	-	-	-	95	98	1,03	62	78	1,26	-		
Ucrania	24	19	32	99	27	67	55	87	71	9	-	96	98	1,02	88	89	1,01	18		
Uganda	343	247	493	57	140	37	33	55	49	40	1	92	95	1,03	24	22	0,95	6 <sup>m</sup>		
Uruguay	15	11	19	100	64	78	75	91	88	25	-	100	99	1	72	79	1,1	19		
Uzbekistán	36	20	65	100	30	70	66	89	85	-	-	93	91	0,97	-	-	-	-		
Vanuatu	78	36	169	89	78	-	-	-	-	21	-	98	97	0,99	51	53	1,04	-		
Venezuela (Republica Bolivariana de)	95	77	124	100	95	73	68	87	82	-	-	93	93	1	71	79	1,1	-		
Viet Nam	54	41	74	94	36	77	65	92	78	11	-	-	-	-	-	-	-	11		
Yemen	385	274	582	45	67	40	34	61	51	32	16	92	78	0,85	50	33	0,67	-		
Zambia	224	162	306	63	145	53	49	74	68	31	-	88	90	1,02	-	-	-	13		
Zimbabwe	443	363	563	78	110	67	67	87	86	32	-	86	87	1,02	44	44	1,01	-		

# Seguimiento de los objetivos de la CIPD: indicadores seleccionados

## Datos mundiales y regionales

	Salud sexual y reproductiva								Prácticas nocivas		Educación y empleo							
	Tasa de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos <sup>a</sup>	Rango de incertidumbre de la tasa de mortalidad materna (intervalo de incertidumbre del 80%)		Partos atendidos por personal de salud calificado, % <sup>b</sup>	Tasa de fecundidad adolescente por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años <sup>b</sup>	Tasa de uso de anticonceptivos, mujeres de 15 a 49 años		Proporción de demanda satisfecha, mujeres de 15 a 49 años <sup>c</sup>	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	Jóvenes que no cursan estudios ni están trabajando, %	
	2015	2015		2006-2016	2006-2015	2017		2017	2008-2016	2004-2015	1999-2015		1999-2015	2000-2015		2000-2015	2010-2016	
		Estimación inferior	Estimación superior			Cualquier método <sup>d</sup>	Métodos modernos <sup>d</sup>	Cualquier método	Métodos modernos			niños	niñas		niños	niñas		
<b>África Occidental y Central</b>	<b>679</b>	<b>599</b>	<b>849</b>	<b>46</b>	<b>115</b>	<b>21</b>	<b>17</b>	<b>47</b>	<b>38</b>	<b>42</b>	<b>24</b>	<b>77</b>	<b>68</b>	<b>0,89</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>0,83</b>	<b>-</b>
<b>África Oriental y Meridional</b>	<b>407</b>	<b>377</b>	<b>501</b>	<b>58</b>	<b>95</b>	<b>41</b>	<b>37</b>	<b>64</b>	<b>58</b>	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>87</b>	<b>85</b>	<b>0,98</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>0,93</b>	<b>-</b>
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>68</b>	<b>64</b>	<b>77</b>	<b>94<sup>d</sup></b>	<b>64<sup>h</sup></b>	<b>75</b>	<b>70</b>	<b>89</b>	<b>83</b>	<b>29</b>	<b>-</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>1,00</b>	<b>74</b>	<b>78</b>	<b>1,06</b>	<b>22</b>
<b>Asia y el Pacífico</b>	<b>127</b>	<b>114</b>	<b>151</b>	<b>82<sup>c</sup></b>	<b>28<sup>c</sup></b>	<b>67</b>	<b>63</b>	<b>87</b>	<b>82</b>	<b>26*</b>	<b>-</b>	<b>95*</b>	<b>95*</b>	<b>0,99*</b>	<b>65*</b>	<b>66*</b>	<b>1,02*</b>	<b>-</b>
<b>Estados Árabes</b>	<b>162</b>	<b>138</b>	<b>212</b>	<b>79</b>	<b>52</b>	<b>53</b>	<b>47</b>	<b>77</b>	<b>68</b>	<b>19</b>	<b>55</b>	<b>86</b>	<b>83</b>	<b>0,96</b>	<b>64</b>	<b>58</b>	<b>0,92</b>	<b>-</b>
<b>Europa Oriental y Asia Central</b>	<b>25</b>	<b>22</b>	<b>31</b>	<b>98</b>	<b>-</b>	<b>66</b>	<b>49</b>	<b>87</b>	<b>65</b>	<b>11</b>	<b>-</b>	<b>94</b>	<b>94</b>	<b>0,99</b>	<b>88</b>	<b>87</b>	<b>0,99</b>	<b>21</b>
<b>Regiones más desarrolladas</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>92<sup>e</sup></b>	<b>16<sup>i</sup></b>	<b>69</b>	<b>63</b>	<b>88</b>	<b>80</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>97</b>	<b>97</b>	<b>1,00</b>	<b>91</b>	<b>93</b>	<b>1,01</b>	<b>11</b>
<b>Regiones menos desarrolladas</b>	<b>238</b>	<b>228</b>	<b>274</b>	<b>75<sup>f</sup></b>	<b>48<sup>j</sup></b>	<b>62</b>	<b>57</b>	<b>84</b>	<b>78</b>	<b>28*</b>	<b>-</b>	<b>91*</b>	<b>90*</b>	<b>0,98*</b>	<b>62*</b>	<b>61*</b>	<b>0,99*</b>	<b>-</b>
<b>Países menos adelantados</b>	<b>436</b>	<b>418</b>	<b>514</b>	<b>53<sup>g</sup></b>	<b>91<sup>k</sup></b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>65</b>	<b>58</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>85</b>	<b>80</b>	<b>0,95</b>	<b>37</b>	<b>33</b>	<b>0,90</b>	<b>-</b>
<b>Total mundial</b>	<b>216</b>	<b>207</b>	<b>249</b>	<b>77</b>	<b>44</b>	<b>63</b>	<b>58</b>	<b>85</b>	<b>78</b>	<b>28*</b>	<b>33**</b>	<b>92*</b>	<b>90*</b>	<b>0,98*</b>	<b>65*</b>	<b>65*</b>	<b>1,00*</b>	<b>-</b>

### 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 Incluye encuestas realizadas entre 2006 y 2015.

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

d 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.

e No se incluyen Andorra, Bélgica, las Bermudas, España, Gibraltar, Grecia, Groenlandia, Islandia, las Islas Feroe, Liechtenstein, los Países Bajos, Portugal, el Reino Unido, San Marino, Suecia ni Suiza debido a la disponibilidad de los datos.

f No se incluyen Anguila, Aruba, Curaçao, Dominica, Guadalupe, Guam, la Guayana Francesa, las Islas Caimán, las Islas Cook, las Islas Marianas Septentrionales, las Islas Marshall, las Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Israel, Macao (China), Martinica, Montserrat, Nauru, Niue, Nueva Caledonia, Palau, Polinesia Francesa, Puerto Rico, RAE de Hong Kong (China), Reunión, el Sáhara Occidental, Samoa Americana, San Martín, Tokelau, Tuvalu ni Wallis y Futuna debido a la disponibilidad de los datos.

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

h 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.

i No se incluyen Andorra, las Bermudas, Gibraltar, Groenlandia, las Islas Feroe, Liechtenstein ni San Marino debido a la disponibilidad de los datos.

j No se incluyen Anguila, Dominica, las Islas Caimán, las Islas Cook, las Islas Marianas Septentrionales, las Islas Marshall, las Islas Turcas y Caicos, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, Nauru, Niue, Palau, el Sáhara Occidental, Saint Kitts y Nevis, Samoa Americana, Tokelau, Tuvalu ni Wallis y Futuna debido a la disponibilidad de los datos.

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

l 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.

m Datos basados en grupos etarios distintos del comprendido entre los 15 y los 24 años. No se incluyen en el cálculo de los promedios regionales ni mundiales.

n Datos basados en un alcance geográfico limitado. No se incluyen en el cálculo de los promedios regionales ni mundiales.

o Datos calculados a partir de la metodología revisada. No se incluyen en el cálculo de los promedios regionales ni mundiales.

\* No incluye a China.

\*\* El promedio mundial se basa en los países que informan sobre 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 en las Naciones Unidas [...]».

# Indicadores demográficos

## País, territorio u otra delimitación

País, territorio u otra delimitación	Población								
	Población total, en millones 2017	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje 2010-2017	Población de 0 a 14 años, en porcentaje 2017	Población de 10 a 24 años, en porcentaje 2017	Población de 15 a 64 años, en porcentaje 2017	Población de mayores de 65 años, en porcentaje 2017	Tasa total de fecundidad, mujeres 2017	Esperanza de vida al nacer, 2017	
								niños	niñas
Afganistán	35,5	3	43	35	54	3	4,5	63	65
Albania	2,9	-0,1	17	22	69	13	1,7	77	81
Alemania	82,1	0,2	13	15	65	21	1,5	79	83
Angola	29,8	3,5	47	32	51	2	5,6	59	65
Antigua y Barbuda	0,1	1,1	24	25	69	7	2	74	79
Arabia Saudita	32,9	2,6	25	22	72	3	2,5	73	76
Argelia	41,3	1,9	29	23	65	6	2,7	75	78
Argentina	44,3	1	25	24	64	11	2,3	73	80
Armenia	2,9	0,3	20	19	69	11	1,6	71	78
Aruba	0,1	0,5	18	21	69	13	1,8	73	78
Australia <sup>1</sup>	24,5	1,4	19	19	65	16	1,8	81	85
Austria	8,7	0,5	14	16	67	19	1,5	79	84
Azerbaiyán <sup>2</sup>	9,8	1,2	23	22	71	6	2,1	69	75
Bahamas	0,4	1,3	20	22	71	9	1,8	73	79
Bahrein	1,5	2,6	20	19	78	2	2	76	78
Bangladesh	164,7	1,1	28	29	67	5	2,1	71	75
Barbados	0,3	0,3	19	19	66	15	1,8	74	78
Belarús	9,5	0	17	15	68	15	1,7	68	78
Bélgica	11,4	0,6	17	17	64	19	1,8	79	84
Belize	0,4	2,2	31	31	65	4	2,5	68	74
Benin	11,2	2,8	43	32	54	3	4,9	60	63
Bhután	0,8	1,5	27	28	69	5	2	70	71
Bolivia (Estado Plurinacional de)	11,1	1,5	32	29	62	7	2,8	67	72
Bosnia y Herzegovina	3,5	-0,9	14	18	69	17	1,4	75	80
Botswana	2,3	1,8	31	28	65	4	2,7	65	70
Brasil	209,3	0,9	22	24	70	9	1,7	72	79
Brunei Darussalam	0,4	1,4	23	24	72	5	1,9	76	79
Bulgaria	7,1	-0,6	14	14	65	21	1,6	71	78
Burkina Faso	19,2	3	45	33	52	2	5,3	60	61
Burundi	10,9	3,1	45	31	52	3	5,6	56	60
Cabo Verde	0,5	1,2	30	31	65	4	2,3	71	75
Camboya	16	1,6	31	29	64	4	2,5	67	71
Camerún	24,1	2,7	43	32	54	3	4,6	57	60
Canadá	36,6	1	16	17	67	17	1,6	81	84
Chad	14,9	3,2	47	34	50	2	5,8	52	54
Chile	18,1	0,9	20	22	69	11	1,8	77	82
China <sup>3</sup>	1.409,5	0,5	18	18	72	11	1,6	75	78
China, RAE de Hong Kong <sup>4</sup>	7,4	0,7	11	14	72	16	1,3	81	87
China, RAE de Macao <sup>5</sup>	0,6	2,1	13	14	77	10	1,3	81	87
Chipre <sup>6</sup>	1,2	0,8	17	20	70	13	1,3	79	83
Colombia	49,1	0,9	23	25	69	8	1,8	71	78
Comoras	0,8	2,4	40	31	57	3	4,3	62	66
Congo	5,3	2,6	42	30	54	3	4,6	63	67
Congo, República Democrática del	81,3	3,3	46	32	51	3	6	59	62
Corea, República de	51	0,4	13	17	73	14	1,3	79	85

País, territorio u otra delimitación	Población								
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje 2010-2017	Población de 0 a 14 años, en porcentaje 2017	Población de 10 a 24 años, en porcentaje 2017	Población de 15 a 64 años, en porcentaje 2017	Población de mayores de 65 años, en porcentaje 2017	Tasa total de fecundidad, mujeres 2017	Esperanza de vida al nacer, 2017	
	2017						2017	niños	niñas
Corea, República Popular Democrática de	25,5	0,5	21	23	70	9	1,9	68	75
Costa Rica	4,9	1,1	22	23	69	9	1,8	78	82
Côte d'Ivoire	24,3	2,5	42	33	55	3	4,8	53	56
Croacia	4,2	-0,5	15	16	66	20	1,5	75	81
Cuba	11,5	0,2	16	17	69	15	1,7	78	82
Curaçao	0,2	1,2	19	19	65	16	2	75	81
Dinamarca	5,7	0,5	16	19	64	20	1,8	79	83
Djibouti	1	1,7	31	30	65	4	2,8	61	64
Dominica	0,1	0,5	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	16,6	1,5	28	27	64	7	2,5	74	79
Egipto	97,6	2,1	33	26	61	5	3,2	69	74
El Salvador	6,4	0,5	27	29	64	8	2,1	69	78
Emiratos Árabes Unidos	9,4	1,8	14	15	85	1	1,7	77	79
Eritrea	5,1	2,1	42	32	55	4	4,1	63	68
Eslovaquia	5,4	0,1	15	16	70	15	1,5	73	80
Eslovenia	2,1	0,2	15	14	66	19	1,6	78	84
España <sup>7</sup>	46,4	-0,1	15	14	66	19	1,4	81	86
Estado de Palestina <sup>8</sup>	4,9	2,7	40	33	57	3	3,9	72	76
Estados Unidos de América	324,5	0,7	19	20	66	15	1,9	77	82
Estonia	1,3	-0,2	16	15	64	19	1,6	73	82
Etiopía	105	2,6	41	34	56	4	4,1	64	68
ex República Yugoslava de Macedonia	2,1	0,1	17	19	70	13	1,5	74	78
Federación de Rusia	144	0,1	18	15	68	14	1,8	66	77
Fiji	0,9	0,7	28	26	65	6	2,5	68	74
Filipinas	104,9	1,6	32	29	63	5	2,9	66	73
Finlandia <sup>9</sup>	5,5	0,4	16	17	62	21	1,8	79	84
Francia	65	0,4	18	18	62	20	2	80	86
Gabón	2	3	36	28	60	4	3,7	65	68
Gambia	2,1	3,1	45	33	52	2	5,4	60	63
Georgia <sup>10</sup>	3,9	-1,1	19	18	66	15	2	69	78
Ghana	28,8	2,3	39	31	58	3	3,9	62	64
Granada	0,1	0,4	26	26	66	7	2,1	71	76
Grecia	11,2	-0,4	14	15	65	20	1,3	79	84
Guadalupe <sup>11</sup>	0,4	0	19	21	64	17	1,9	78	85
Guam	0,2	0,4	25	25	66	10	2,3	77	82
Guatemala	16,9	2,1	35	33	60	5	2,9	70	77
Guayana Francesa	0,3	2,7	33	28	62	5	3,3	77	83
Guinea	12,7	2,3	42	32	55	3	4,8	60	61
Guinea Ecuatorial	1,3	4,1	37	29	60	3	4,6	57	59
Guinea-Bissau	1,9	2,6	41	32	56	3	4,6	56	60
Guyana	0,8	0,6	29	31	66	5	2,5	64	69
Haití	11	1,3	33	31	62	5	2,9	61	66
Honduras	9,3	1,8	32	32	64	5	2,4	71	76

## Indicadores demográficos

País, territorio u otra delimitación	Población								
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje 2010-2017	Población de 0 a 14 años, en porcentaje 2017	Población de 10 a 24 años, en porcentaje 2017	Población de 15 a 64 años, en porcentaje 2017	Población de mayores de 65 años, en porcentaje 2017	Tasa total de fecundidad, mujeres 2017	Esperanza de vida al nacer, 2017	
	2017						2017	niños	niñas
Hungría	9,7	-0,3	14	16	67	19	1,4	72	79
India	1.339,2	1,2	28	28	66	6	2,3	67	70
Indonesia	264	1,2	27	26	67	5	2,3	67	72
Irán (República Islámica del)	81,2	1,2	24	21	71	5	1,6	75	77
Iraq	38,3	3,1	40	31	56	3	4,3	68	72
Irlanda	4,8	0,4	22	18	64	14	2	80	84
Islandia	0,3	0,6	20	20	65	14	1,9	81	84
Islas Salomón	0,6	2,1	39	32	58	4	3,8	70	73
Islas Turcas y Caicos	0	1,9	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	0,1	-0,2	20	20	61	19	2,2	78	82
Israel	8,3	1,6	28	23	60	12	2,9	81	84
Italia	59,4	-0,1	14	14	63	23	1,5	81	85
Jamaica	2,9	0,4	23	26	68	10	2	74	79
Japón	127,5	-0,1	13	14	60	27	1,5	81	87
Jordania	9,7	4,3	36	30	61	4	3,3	73	76
Kazajstán	18,2	1,5	28	20	65	7	2,6	65	75
Kenya	49,7	2,6	40	33	57	3	3,8	65	70
Kirguistán	6	1,6	32	25	64	4	3	67	75
Kiribati	0,1	1,8	35	29	61	4	3,6	63	70
Kuwait	4,1	4,6	21	18	77	2	2	74	76
Lesotho	2,2	1,3	35	33	60	5	3	52	57
Letonia	1,9	-1,2	15	15	65	20	1,6	70	79
Líbano	6,1	4,8	23	26	68	9	1,7	78	82
Liberia	4,7	2,6	42	32	55	3	4,5	62	64
Libia	6,4	0,5	28	26	67	4	2,2	69	75
Lituania	2,9	-1,1	15	17	66	19	1,7	69	80
Luxemburgo	0,6	2	16	18	69	14	1,6	80	84
Madagascar	25,6	2,7	41	33	56	3	4,1	65	68
Malasia <sup>12</sup>	31,6	1,7	24	27	69	6	2	73	78
Malawi	18,6	2,9	44	34	53	3	4,5	61	66
Maldivas	0,4	2,6	23	23	72	4	2,1	77	79
Malí	18,5	3	48	33	50	3	6	58	59
Malta	0,4	0,5	14	16	66	19	1,5	79	83
Marruecos	35,7	1,4	27	25	66	7	2,5	75	77
Martinica	0,4	-0,4	18	18	63	19	1,9	79	85
Mauricio <sup>13</sup>	1,3	0,2	18	23	71	11	1,4	71	78
Mauritania	4,4	2,9	40	31	57	3	4,6	62	65
México	129,2	1,4	27	27	66	7	2,2	75	80
Micronesia (Estados Federados de)	0,1	0,3	33	35	62	5	3,1	68	71
Moldova, República de <sup>14</sup>	4,1	-0,1	16	18	73	11	1,2	67	76
Mongolia	3,1	1,8	30	23	66	4	2,7	65	74
Montenegro	0,6	0,1	18	19	67	15	1,7	75	80
Mozambique	29,7	2,9	45	33	52	3	5,2	57	61
Myanmar	53,4	0,9	27	28	67	6	2,2	64	69
Namibia	2,5	2,2	37	32	60	4	3,4	62	68

País, territorio u otra delimitación	Población								
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje 2010-2017	Población de 0 a 14 años, en porcentaje 2017	Población de 10 a 24 años, en porcentaje 2017	Población de 15 a 64 años, en porcentaje 2017	Población de mayores de 65 años, en porcentaje 2017	Tasa total de fecundidad, mujeres 2017	Esperanza de vida al nacer, 2017	
	2017						2017	niños	niñas
Nepal	29,3	1,2	31	32	63	6	2,1	69	72
Nicaragua	6,2	1,1	29	29	66	5	2,2	73	79
Níger	21,5	3,8	50	32	47	3	7,2	59	61
Nigeria	190,9	2,6	44	31	53	3	5,5	53	55
Noruega <sup>15</sup>	5,3	1,2	18	19	65	17	1,8	80	84
Nueva Caledonia	0,3	1,4	23	23	68	10	2,2	75	80
Nueva Zelandia	4,7	1,1	20	20	65	15	2	80	84
Omán	4,6	6	22	20	76	2	2,6	76	80
Países Bajos	17	0,3	16	18	65	19	1,7	80	84
Pakistán	197	2,1	35	30	61	4	3,4	66	68
Panamá	4,1	1,7	27	25	65	8	2,5	75	81
Papua Nueva Guinea	8,3	2,1	36	31	60	4	3,6	63	68
Paraguay	6,8	1,3	29	29	64	6	2,5	71	75
Perú	32,2	1,3	27	26	65	7	2,4	73	78
Polinesia Francesa	0,3	0,8	23	24	69	8	2	75	79
Polonia	38,2	-0,1	15	16	68	17	1,3	74	82
Portugal	10,3	-0,4	14	15	65	22	1,2	78	84
Puerto Rico	3,7	-0,2	18	21	67	15	1,5	76	84
Qatar	2,6	5,6	14	19	85	1	1,9	78	80
Reino Unido	66,2	0,6	18	17	64	19	1,9	80	83
República Árabe Siria	18,3	-2	37	34	59	4	2,9	65	77
República Centroafricana	4,7	0,7	43	34	53	4	4,8	51	55
República Checa	10,6	0,1	15	14	66	19	1,6	76	82
República Democrática Popular Lao	6,9	1,3	33	31	63	4	2,6	65	69
República Dominicana	10,8	1,2	29	28	64	7	2,4	71	77
República Unida de Tanzania <sup>16</sup>	57,3	3,1	45	32	52	3	5	65	68
Reunión	0,9	0,8	24	23	65	11	2,3	77	84
Rumania	19,7	-0,5	15	16	67	18	1,5	72	79
Rwanda	12,2	2,5	40	31	57	3	3,8	65	70
Sáhara Occidental	0,6	2	28	26	69	3	2,4	68	72
Saint Kitts y Nevis	0,1	1	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	0,2	0,8	37	31	58	6	3,9	72	78
San Marino	0	1	-	-	-	-	-	-	-
San Martín	0	2,7	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	0,1	0,1	24	25	68	8	1,9	71	76
Santa Lucía	0,2	0,5	19	24	71	10	1,4	73	78
Santo Tomé y Príncipe	0,2	2,2	43	33	54	3	4,4	65	69
Senegal	15,9	2,9	43	32	54	3	4,7	65	69
Serbia <sup>17</sup>	8,8	-0,4	16	18	66	17	1,6	73	78
Seychelles	0,1	0,5	22	19	69	9	2,3	70	79
Sierra Leona	7,6	2,2	42	33	55	3	4,4	52	53
Singapur	5,7	1,7	15	18	72	13	1,3	81	85
Somalia	14,7	2,9	46	33	51	3	6,2	55	58
Sri Lanka	20,9	0,5	24	23	66	10	2	72	79
Sudáfrica	56,7	1,4	29	27	66	5	2,4	60	67

## Indicadores demográficos

País, territorio u otra delimitación	Población								
	Población total, en millones	Tasa media de crecimiento anual de la población, en porcentaje 2010-2017	Población de 0 a 14 años, en porcentaje 2017	Población de 10 a 24 años, en porcentaje 2017	Población de 15 a 64 años, en porcentaje 2017	Población de mayores de 65 años, en porcentaje 2017	Tasa total de fecundidad, mujeres 2017	Esperanza de vida al nacer, 2017	
	2017						2017	niños	niñas
Sudán	40,5	2,3	41	33	56	4	4,5	63	66
Sudán del Sur	12,6	3,2	42	33	55	3	4,8	56	58
Suecia	9,9	0,8	18	17	62	20	1,9	81	84
Suiza	8,5	1,1	15	16	67	18	1,5	82	85
Suriname	0,6	1	26	26	67	7	2,3	68	75
Swazilandia	1,4	1,8	37	33	60	3	3	55	61
Tailandia	69	0,4	17	20	71	11	1,5	72	79
Tayikistán	8,9	2,2	35	29	61	3	3,3	68	74
Timor-Leste	1,3	2,2	44	34	53	4	5,4	67	71
Togo	7,8	2,6	42	32	56	3	4,4	60	61
Tonga	0,1	0,5	36	32	58	6	3,6	70	76
Trinidad y Tabago	1,4	0,4	21	20	69	10	1,7	67	74
Túnez	11,5	1,2	24	22	68	8	2,2	74	78
Turkmenistán	5,8	1,8	31	26	65	4	2,8	65	71
Turquía	80,7	1,6	25	25	67	8	2	73	79
Tuvalu	0	0,9	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania <sup>18</sup>	44,2	-0,5	15	15	68	16	1,6	67	77
Uganda	42,9	3,3	48	34	50	2	5,5	58	62
Uruguay	3,5	0,3	21	22	64	15	2	74	81
Uzbekistán	31,9	1,6	28	26	68	4	2,3	69	74
Vanuatu	0,3	2,2	36	29	60	4	3,2	70	75
Venezuela (República Bolivariana de)	32	1,4	28	26	66	7	2,3	71	79
Viet Nam	95,5	1,1	23	23	70	7	2	72	81
Yemen	28,3	2,6	40	33	57	3	3,9	64	67
Zambia	17,1	3	45	34	53	2	4,9	60	65
Zimbabwe	16,5	2,3	41	32	56	3	3,7	60	64

## Datos mundiales y regionales

	Población								
	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, porcentaje	Tasa de fecundidad total, mujeres	Esperanza de vida al nacer, 2015-2020	
	2017	2010-2017	2017	2017	2017	2017	2015-2020	varones	mujeres
<b>África Occidental y Central</b>	<b>424</b>	<b>2,7</b>	<b>44</b>	<b>32</b>	<b>53</b>	<b>3</b>	<b>5,2</b>	<b>56</b>	<b>58</b>
<b>África Oriental y Meridional</b>	<b>581</b>	<b>2,7</b>	<b>42</b>	<b>32</b>	<b>55</b>	<b>3</b>	<b>4,5</b>	<b>61</b>	<b>65</b>
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>641</b>	<b>1,1</b>	<b>25<sup>b</sup></b>	<b>26<sup>b</sup></b>	<b>67<sup>b</sup></b>	<b>8<sup>b</sup></b>	<b>2,0<sup>b</sup></b>	<b>72<sup>b</sup></b>	<b>79<sup>b</sup></b>
<b>Asia y el Pacífico</b>	<b>3.960</b>	<b>1,0</b>	<b>24<sup>a</sup></b>	<b>24<sup>a</sup></b>	<b>68<sup>a</sup></b>	<b>8<sup>a</sup></b>	<b>2,1<sup>a</sup></b>	<b>70<sup>a</sup></b>	<b>73<sup>a</sup></b>
<b>Estados Árabes</b>	<b>359</b>	<b>2,1</b>	<b>35</b>	<b>28</b>	<b>61</b>	<b>5</b>	<b>3,4</b>	<b>68</b>	<b>72</b>
<b>Europa Oriental y Asia Central</b>	<b>243</b>	<b>0,9</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>67</b>	<b>10</b>	<b>2,1</b>	<b>70</b>	<b>77</b>
<b>Regiones más desarrolladas</b>	<b>1.260</b>	<b>0,3</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>65</b>	<b>18</b>	<b>1,7</b>	<b>76</b>	<b>82</b>
<b>Regiones menos desarrolladas</b>	<b>6.290</b>	<b>1,4</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>65</b>	<b>7</b>	<b>2,6</b>	<b>68</b>	<b>72</b>
<b>Países menos adelantados</b>	<b>1.002</b>	<b>2,4</b>	<b>40</b>	<b>32</b>	<b>57</b>	<b>4</b>	<b>4,0</b>	<b>63</b>	<b>66</b>
<b>Total mundial</b>	<b>7.550</b>	<b>1,2</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>65</b>	<b>9</b>	<b>2,5</b>	<b>70</b>	<b>74</b>

### NOTAS

- No existen datos disponibles.
- § A causa del redondeo, las tasas de dependencia podrían diferir de las cifras calculadas a partir de los porcentajes de población de 0 a 14 años, de 15 a 64 años y de mayores de 65 años.
- 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 El 20 de diciembre de 1999, Macao se convirtió en una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
- 4 Para fines estadísticos, los datos correspondientes a China no incluyen Hong Kong ni Macao, Regiones Administrativas Especiales (RAE) de China, ni la provincia de Taiwán de China.
- 5 El 1 de julio de 1997, Hong Kong 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 Incluye Abjasia y Osetia del Sur.
- 11 Incluye San Bartolomé y San Martín (parte francesa).
- 12 Incluye Sabah y Sarawak.
- 12 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 2017 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 estos cuadros tal vez difieran de los generados por determinadas autoridades nacionales. Los datos que se recogen en los cuadros no son comparables con los de ediciones anteriores del *Estado de la Población Mundial* debido a las actualizaciones de las clasificaciones regionales, las actualizaciones metodológicas y las revisiones de los datos de las series temporales.

Los cuadros estadísticos se basan en encuestas de hogares representativas en el ámbito nacional, como las encuestas demográficas y de salud (EDS) y las encuestas a base de indicadores múltiples (MICS, por sus siglas en inglés), estimaciones de organizaciones de las Naciones Unidas y estimaciones interinstitucionales. También incluyen las estimaciones de población más recientes y proyecciones de *World Population Prospects: The 2015 revision and Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015* (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 2017* por lo general recogen la información disponible hasta enero de 2017.

### 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 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, 2006-2016.** 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 calificado (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 niñas 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, 2017.** 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.

**Proporción de demanda satisfecha con cualquier método o cualquier método moderno, mujeres actualmente casadas o en unión libre de 15 a 49 años, 2017.** Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. Porcentaje de demanda total de planificación familiar satisfecho entre mujeres casadas o en unión libre de 15 a 49 años de edad y porcentaje de demanda total de planificación familiar entre mujeres casadas o en unión libre de 15 a 49 años de edad satisfecho mediante el uso de métodos anticonceptivos modernos.

Proporción de demanda satisfecha con cualquier método (PDS, por sus siglas en inglés) = Tasa de uso de cualquier método anticonceptivo (CPR) dividido entre la demanda total de planificación familiar (TD).

Proporción de demanda satisfecha con métodos modernos (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:  
 $TD = CPR + UNR$

## Prácticas nocivas

**Matrimonio antes de cumplir los 18 años, en porcentaje, 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 genital femenina, niñas de 15 a 19 años, en porcentaje, 2004-1015.** Fuente: UNFPA. Porcentaje de niñas de 15 a 19 años sometidas a la mutilación genital femenina.

## Educación

**Tasa neta ajustada de matriculación por género en la enseñanza primaria, en porcentaje, 1999-2015.** Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). La tasa de matriculación primaria neta ajustada indica el porcentaje de niños del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la enseñanza primaria matriculados en la enseñanza primaria o secundaria.

**Tasa neta de matriculación por género en la enseñanza secundaria, en porcentaje, 2000-2015.** Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). La tasa de matriculación secundaria neta indica el porcentaje de niños del grupo de edad escolar oficial para concurrir a la enseñanza secundaria matriculados en la enseñanza secundaria.

**Índice de equidad de género, enseñanza primaria, 1999-2015.** Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). 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 (IEU). 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.

**Jóvenes que no cursan estudios ni están trabajando, en porcentaje, 2010-2016.** Fuente: Organización Internacional del Trabajo. Porcentaje de jóvenes que no trabajan ni cursan ningún tipo de estudios. Salvo que se indique lo contrario, el término «jóvenes» se refiere a personas de 15 a 24 años.

## Indicadores demográficos

**Población total, en millones, 2017.** 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, 2010-2017.** 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. 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, 2017.** 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, 2017.** 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, 2017.** 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, 2017.** 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.

**Tasa total de fecundidad, por mujer, 2017.** 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.

**Esperanza de vida al nacer, niños y niñas (años), 2017.** 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.

## 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, Swazilandia, 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 Europa, América del Norte, Australia, 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, 64/295 y 68/18) los conformaban 47 países en enero de 2014, 33 en África, 9 en Asia, 4 en Oceanía y 1 en América Latina y el Caribe: Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Chad, Comoras, Djibouti, Eritrea, Etiopía, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Haití, Islas Salomón, Kiribati, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Democrática 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

- Accenture (2016). Getting to equal: how digital is helping close the gender gap at work. Available from [https://www.accenture.com/t00010101T000000\\_\\_w\\_/ar-es/\\_acnmedia/PDF-9/Accenture-Getting-To-Equal.pdf](https://www.accenture.com/t00010101T000000__w_/ar-es/_acnmedia/PDF-9/Accenture-Getting-To-Equal.pdf).
- Ali, Daneil Ayalew, Klaus W. Deininger, and Niels Gers Kemper (2015). Pronatal property rights over land and fertility outcomes: evidence from a natural experiment in Ethiopia. Policy Research Working Paper, No. 7419. Washington, D.C.: World Bank.
- Antonio, Amy, and David Tuffley (2014). The gender digital divide in developing countries. *Future Internet*, vol. 6, No. 4, pp. 673-687.
- Autor, David H., Lawrence F. Katz, and Melissa S. Kearney (2006). The polarization of the US labor market. *American Economic Review Papers and Proceedings*, vol. 96, pp. 189-194.
- Azevedo, Joao Pedro, and others (2012). *Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: World Bank.
- Baird, Sarah, Craig McIntosh, and Berk Özler (2011). Cash or condition? Evidence from a cash transfer experiment. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 126, No. 4, pp. 1709-1753.
- Baird, Sarah, and others (2013). Relative effectiveness of conditional and unconditional cash transfers for schooling outcomes in developing countries: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, vol. 9, No. 8.
- Bandiera, Oriana, and others (2015). Women's empowerment in action: evidence from a randomized control trial in Africa. Working paper.
- Barker, Gary, and others (2007). The individual and the political: Promundo's evolving approaches in engaging young men in transforming masculinities. Brighton, United Kingdom: Bridge.
- Bassi, Marina, Rae Lesser Blumberg, and Mercedes Mateo Diaz (2016). *Under the "Cloak of Invisibility": Gender Bias in Teaching Practices and Learning Outcomes*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank.
- Bertrand, Marianne, Claudia Goldin, and Lawrence F. Katz (2010). Dynamics of the gender gap for young professionals in the financial and corporate sectors. *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 2, pp. 228-255.
- Bhalotra, Sonia, and Samantha B. Rawlings (2011). Intergenerational persistence in health in developing countries: the penalty of gender inequality? *Journal of Public Economics*, vol. 95, No. 3, pp. 286-299.
- Black, Robert E., and others, eds. (2016). Reproductive, maternal, newborn, and child health. In *Disease Control Priorities*, 3rd edition, vol. 2. Washington, D.C.: World Bank.
- Bloom, D. (2016). Demographic upheaval. *Finance & Development*, vol. 53, pp. 6-11.
- Brüggemann, Christian (2012). *Roma Education in Comparative Perspective. Analysis of the UNDP/World Bank/EC Regional Roma Survey 2011*. Roma Inclusion Working Papers. Bratislava: United Nations Development Programme. Available from [www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/Roma-Education-Comparative-Perspective-UNDP.pdf](http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/ED/pdf/Roma-Education-Comparative-Perspective-UNDP.pdf).
- Chaaban, Jad, and Wendy Cunningham (2011). *Measuring the Economic Gain of Investing in Girls: The Girl Effect Dividend*. Washington D.C.: World Bank.
- Clinton Foundation, and Bill and Melinda Gate Foundation (2015). *No Ceilings: The Full Participation Report*. New York: Clinton Foundation.
- Cortés, Darwin, Juan Gallego, and Darío Maldonado (2011). On the design of education conditional cash transfer programs and non education outcomes: the case of teenage pregnancy. Working paper.
- Dabla-Norris, Era, and others (2015). Causes and consequences of income inequality: a global perspective. International Monetary Fund Staff Discussion Note. SDN/15/13.
- Deininger, Klaus, Aparajita Goyal, and Hari Nagarajan (2010). Inheritance law reform and women's access to capital: evidence from India's Hindu succession act. Policy Research Working Paper, No. WPS 5338. Washington, D.C.: World Bank. Available from <http://documents.worldbank.org/curated/en/364061468283536849/Inheritance-law-reform-and-womens-access-to-capital-evidence-from-Indias-Hindu-succession-act>.
- Doss, Cheryl (2013). Intrahousehold bargaining and resource allocation in developing countries. Policy Research Working Paper, No. 6337. Washington, D.C.: World Bank. Available from <http://library1.nida.ac.th/worldbank/fulltext/wps06337.pdf>.
- Drèze, Jean, and Amartya Sen (1995). *India: Economic Development and Social Opportunity*. New Delhi: Oxford University Press.
- ECPAT Guatemala, MenCare, Promundo, Puntos de Encuentro, and REDMAS (2015). *MenCare in the Public Health Sector in Central America: Engaging Health Providers to Reach Men for Gender Equality in Maternal, Sexual, and Reproductive Health*. Washington, D.C.: Promundo-US.
- Erulkar, Annabel S., and Eunice Muthengi (2009). Evaluation of Berhane Hewan: a program to delay child marriage in rural Ethiopia. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, No. 1, pp. 6-14.
- Ferré, Celine (2009). Age at first child: does education delay fertility timing? The case of Kenya. World Bank Policy Research Working Paper, No. 4833. Washington, D.C.: World Bank. Available from [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1344718](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1344718).
- Finlayson, Kenneth, and Soo Downe (2013). Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. *PLOS Medicine*, vol. 10, No. 1, e1001373, doi:10.1371/journal.pmed.1001373.

- Fleischman, Janet, and Katherine Peck (2015). *Addressing HIV Risk in Adolescent Girls and Young Women*. Washington, D.C.: Center for Strategic & International Studies. Available from [http://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/legacy\\_files/files/publication/150410\\_Fleischman\\_HIVA AdolescentGirls\\_Web.pdf](http://csis-prod.s3.amazonaws.com/s3fs-public/legacy_files/files/publication/150410_Fleischman_HIVA AdolescentGirls_Web.pdf).
- Gillwald, Alison, Anne Milek, and Christof Stork (2010). *Towards Evidence-based ICT Policy and Regulation. Gender Assessment of ICT Access and Usage in Africa*. Cape Town: Research ICT Africa.
- Glassman, Amanda, and Miriam Temin (2016). *Millions Saved: New Cases of Proven Success in Global Health*. Washington, D.C.: Center for Global Development.
- Global Partnership for Education (2013). *Accelerating Transition of Girls to Secondary Education: A Call for Action*. Washington, D.C. Available from [www.ungei.org/index\\_3253.html](http://www.ungei.org/index_3253.html).
- Gonzales, Christian, and others (2015a). *Catalyst for Change: Empowering Women and Tackling Income Inequality*. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Gonzales, Christian, and others (2015b). Fair play: more equal laws boost female labor force participation. International Monetary Fund Staff Discussion Note, No. 15/2. Washington, D.C.: International Monetary Fund.
- Goos, Maarten, Alan Manning, and Anna Salomons (2009). Job polarization in Europe. *American Economic Review*, vol. 99, No. 2, pp. 58-63.
- GSMA (Groupe Speciale Mobile Association) (2015). *Bridging the Gender Gap: Mobile Access and Usage in Low- and Middle-income Countries*. London.
- Guttmacher Institute (2017). "Adding it up." Available from <https://www.guttmacher.org/tags/adding-it>
- Guttmacher Institute and UNFPA (2014). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health*. New York: Guttmacher Institute.
- Hallward-Driemeier, Mary, and Ousman Gajigo (2013). Strengthening economic rights and women's occupational choice: the impact of reforming Ethiopia's family law. Policy Research Working Paper, No. 6695. Washington, D.C.: World Bank.
- Heath, Rachel, and A. Mushfiq Mobarak (2014). Manufacturing growth and the lives of Bangladeshi women. NBER Working Paper, No. 20383. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Hilbert, Martin (2011). Digital gender divide or technologically empowered women in developing countries? A typical case of lies, damned lies, and statistics. *Women's Studies International Forum*, vol. 34, No. 6, pp. 479-489.
- Hindin, Michelle, and others (2016). Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low and middle income countries: a systematic review of the published and gray literature. *Journal of Adolescent Health*, vol. 59, No. 3, pp. S8-15.
- Hodgkinson, Stacy, and others (2014). Addressing the mental health needs of pregnant and parenting adolescents. *Pediatrics*, vol. 133, No. 1, pp. 114-122, doi:10.1542/peds.2013-0927.
- Ibarrarán, Pablo, and others (2014). Life skills, employability and training for disadvantaged youth: evidence from a randomized evaluation design. *IZA Journal of Labor & Development*, vol. 3, No. 1, p. 10.
- ILO (International Labour Organization) (2014). *Maternity and Paternity at Work. Law and Practice Across the World*. Geneva.
- ILO (International Labour Organization) (2015). *Women in Business and Management: Gaining Momentum*. Geneva.
- ILO (International Labour Organization) (2016a). *Global Wage Report 2016/17: Wage Inequality in the Workplace*. Geneva.
- ILO (International Labour Organization) (2016b). *Key Indicators of the Labour Market*, 9th edition. Geneva.
- ILO (International Labour Organization) (2016c). *Women and Work: Trends 2016*. Geneva.
- Intel (2012). *Women and the Web: Bridging the Internet Gap and Creating New Global Opportunities in Low and Middle-income Countries*. Santa Clara, CA.
- Iqbal, S., and others (2016). Unequal before the law: measuring gender legal disparities across the world. World Bank Policy Research Working Paper, No. 7803. Washington, D.C.: World Bank.
- Jensen, Robert (2012). Do labor market opportunities affect young women's work and family decisions? Experimental evidence from India. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 127, No. 2, pp. 753-792.
- Jensen, Robert, and Emily Oster (2009). The power of TV: cable television and women's status in India. *Quarterly Journal of Economics*, vol. 124, No. 3, pp. 1057-1094.
- Lancet (2016). Maternal health: an executive summary for The Lancet's series. Executive summary. *The Lancet*, September 2016. Available from [www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/maternal-health-2016/mathealth2016-exec-sum.pdf](http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/maternal-health-2016/mathealth2016-exec-sum.pdf).
- Lancet Commission. (2016). "Our Future: A Lancet Commission on Adolescent Health and Well-Being." Available at <http://www.thelancet.com/commissions/adolescent-health-and-wellbeing>.
- Lips, H.M. (2013). Acknowledging discrimination as a key to the gender pay gap. *Sex Roles*, vol. 68, pp. 223-230.
- Malhotra, Anju, and others (2011). *Solutions to End Child Marriage: What the Evidence Shows*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Available from <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/Solutions-to-End-Child-Marriage.pdf>.
- Marone, Heloisa (2016). Demographic dividends, gender equality, and economic growth: the case of Cabo Verde. IMF Working Paper. Washington D.C.: International Monetary Fund.

- Mateo Diaz, Mercedes, and Lourdes Rodriguez-Chamussy (2016). *Cashing in on Education: Women, Childcare, and Prosperity in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: World Bank and Inter-American Development Bank.
- Nollenberger, Natalia, Núria Rodríguez-Planas, and Almudena Sevilla (2016). The math gender gap: the role of culture. *American Economic Review: Papers and Proceedings*, vol. 106, No. 5, pp. 547-261.
- Nonoyama-Tarumi, Yuko, and others (2010). Late entry into primary school in developing societies: findings from cross-national household surveys. *International Review of Education*, vol. 56, No. 1, pp. 103-125.
- Ñopo, Hugo (2012). *New Century, Old Disparities: Gender and Ethnic Earnings Gaps in Latin America and the Caribbean*. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank.
- ODI (Overseas Development Institute) (2015). *Communications to Change Discriminatory Gender Norms Affecting Adolescent Girls*. London.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2007). *ICTs and Gender*. Paris.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2014). *Social Institutions & Gender Index: 2014 Synthesis Report*. Paris.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2015). *In it Together. Why Less Inequality Benefits All*. Paris.
- Oxfam (2017). *An economy for the 99%*. Oxfam Briefing Paper. Boston.
- Parsons, Jennifer, and Jennifer McCleary-Sills (2014). Advancing women's sexual and reproductive health: lessons for World Bank Group gender impact evaluations. *enGender Impact*, No. 89997. Washington, D.C.: World Bank Group.
- Patel, Payal H., and Bisakha Sen (2012). Teen motherhood and long-term health consequences. *Maternal and Child Health Journal*, vol. 16, No. 5, pp. 1063-1071.
- Prettner, Klaus, and Holger Strulik (2014). Gender equity and the escape from poverty. Discussion Paper, No. 216. Göttingen: Center for European, Governance and Economic Development Research.
- Pulerwitz, Julie, and others (2006). Promoting gender equity among young Brazilian men as an HIV prevention strategy. Horizons Research Summary. Washington, D.C.: Population Council. Available from [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/Pnadg957.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadg957.pdf).
- Roy, Sanchari (2011). Empowering women: inheritance rights and female education in India. University of Warwick, Department of Economics Working Paper.
- Sabot, Richard, David Ross, and Nancy Birdsall (2016). Inequality and growth reconsidered: lessons from East Asia. Available from <https://ideas.repec.org/p/ess/wpaper/id8848.html>.
- Snow, R.C., and others (2015). Sexual and reproductive health: progress and outstanding needs. *Global Public Health*, vol. 10, No. 2, pp. 149-173.
- Sommer, Marni (2010). Where the education system and women's bodies collide: the social and health impact of girls' experiences of menstruation and schooling in Tanzania. *Journal of Adolescence*, vol. 33, No. 4, pp. 521-529, doi:10.1016/j.adolescence.2009.03.008.
- Soul City Institute for Health and Development Communication (2001). *Soul City 4: Theory and Impact (Synopsis)*. Johannesburg: Soul City Institute for Justice. Available from [www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-city/soul-city-series-4/theory-and-impact](http://www.soulcity.org.za/research/evaluations/series/soul-city/soul-city-series-4/theory-and-impact).
- Sperling, Gene B., and Rebecca Winthrop (2016). *What Works in Girls' Education: Evidence for the World's Best Investment*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Stern, Erin, and Althea Anderson (2015). *'One Hand Can't Clap by Itself': Engagement of Boys and Men in Kembatti Mentti Gezzimma's Intervention to Eliminate Female Genital Mutilation and Circumcision in Kembatta Zone, Ethiopia*. EMERGE Case Study 3, Promundo-US, Sonke Gender Justice and Institute of Development Studies.
- Tautz, Siegrid (2011). *Youth to Youth Initiative: An Assessment of Results in Ethiopia and Kenya*. Heidelberg, Germany: Deutsche Stiftung Weltbevoelkerung. Available from [https://www.dsw.org/uploads/tx\\_aedswpublication/2011\\_08\\_Y2Y\\_assessment\\_report\\_final.pdf](https://www.dsw.org/uploads/tx_aedswpublication/2011_08_Y2Y_assessment_report_final.pdf).
- Tembon, Mercy, and Lucia Fort, eds. (2008). *Girls' Education in the 21st Century: Gender Inequality, Empowerment and Economic Growth*. Washington, D.C.: World Bank.
- UK Women's Budget Group (2016). *Investing in the Care Economy: A Gender Analysis of Employment Stimulus in Seven OECD Countries*. London: UK Women's Budget Group.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2015). *AIDS by the Numbers 2015*. New York: UNAIDS. Available from [www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS\\_by\\_the\\_numbers\\_2015\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_en.pdf).
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) (2013). *Children Still Battling to Go to School*. New York: United Nations. Available from <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002216/221668E.pdf>.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) and EFA-GMR (Education for All Global Monitoring Report) (2013). *Girls' Education: The Facts*. Fact Sheet. October 2013.
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) Institute for Statistics (2016). *50th Anniversary of International Literacy Day: Literacy Rates are on the Rise but Millions Remain Illiterate*. UIS Fact Sheet 38. September 2016.

- UNFPA (2012). *Promises to Keep: 2012 Annual Report*. New York.
- UNFPA (2013a). *Adolescent Pregnancy: A Review of the Evidence*. New York.
- UNFPA (2013b). *State of World Population 2013: Motherhood in Childhood—Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy*. New York.
- UNFPA (2014). *The State of World Population 2014: The Power of 1.8 Billion: Adolescents, Youth and the Transformation of the Future*. New York.
- UNFPA (2016a). *Universal Access to Reproductive Health: Progress and Challenges*. New York.
- UNFPA (2016b). *The State of World Population 2016*. New York.
- UNICEF (n.d.). Barriers to girls' education, strategies and interventions. Available from [https://www.unicef.org/teachers/girls\\_ed/BarrierstoGE.pdf](https://www.unicef.org/teachers/girls_ed/BarrierstoGE.pdf).
- UNICEF (2014). Serbia Multiple Indicator Cluster Survey 2014. Available from [https://www.unicef.org/serbia/MICS5\\_2014\\_SERBIA\\_Key\\_Findings\\_and\\_Roma\\_Settlements.pdf](https://www.unicef.org/serbia/MICS5_2014_SERBIA_Key_Findings_and_Roma_Settlements.pdf)
- UNICEF (2016). Globally, four of five children of lower secondary school age are enrolled in school. Available from <https://data.unicef.org/topic/education/secondary-education/#>.
- UNICEF and UNESCO Institute for Statistics (2015). *Fixing the Broken Promise of Education for All*. Montreal: UNESCO Institute for Statistics. Available from [https://www.unicef.org/publications/index\\_78718.html](https://www.unicef.org/publications/index_78718.html).
- United Nations (2013a). *Adolescent Fertility since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*. New York. Available from [www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/Report\\_Adolescent-Fertility-since-ICPD.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/Report_Adolescent-Fertility-since-ICPD.pdf).
- United Nations (2013b). *Inequality Matters: Report of the World Social Situation 2013*. New York.
- United Nations (2014). Framework of Actions for the Follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014 (A/6926). Report of the Secretary-General. New York. Available from [www.unfpa.org/publications/framework-actions-follow-programme-action-international-conference-population-and](http://www.unfpa.org/publications/framework-actions-follow-programme-action-international-conference-population-and).
- United Nations (2016). *International Migration Report 2015: Highlights*. New York. Available from [www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015\\_Highlights.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2015_Highlights.pdf).
- UN Women (2015). *Progress of the World's Women 2015-2016*. New York.
- UN Women (2016). Facts and figures: HIV and AIDS: prevalence and new infections. Available from [www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures](http://www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures).
- Wang, Wenjuan, and others (2011). *Levels and Trends in the Use of Maternal Health Services in Developing Countries*. DHS Comparative Reports, No. 26, prepared by ICF Macro. Washington, D.C.: United States Agency for International Development.
- WHO (World Health Organization) (2016). Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO, 7 November. Available from [www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/antenatal-care-guidelines/en/).
- WHO (World Health Organization) (2017). Care of the preterm and/or low-birth-weight newborn. Available from [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/care\\_of\\_preterm/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/en/).
- WHO (World Health Organization) (2017b). "Global Accelerated Action for Health of (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation." Available from: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/)
- Wils, Annababette (2004). Late entrants leave school earlier: evidence from Mozambique. *International Review of Education*, vol. 50, No. 1, pp. 17-37, doi:10.1023/B:REVI.0000018201.53675.4b.
- Woetzel, Jonathan, and others (2015). *The Power Of Parity: Advancing Women's Equality in India*. McKinsey Global Institute. Available from [www.mckinsey.com/global-themes/employment-and-growth/how-advancing-womens-equality-can-add-12-trillion-to-global-growth](http://www.mckinsey.com/global-themes/employment-and-growth/how-advancing-womens-equality-can-add-12-trillion-to-global-growth).
- World Bank (2010). *Economic Costs of Roma Exclusion*. Washington, D.C.: World Bank. Available from [https://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/Economic\\_Costs\\_Roma\\_Exclusion\\_Note\\_Final.pdf](https://siteresources.worldbank.org/EXTROMA/Resources/Economic_Costs_Roma_Exclusion_Note_Final.pdf).
- World Bank (2012). *World Development Report 2012: Gender Equality and Development*. Washington, D.C.: World Bank.
- World Bank (2015). *Women, Business, and the Law 2016: Getting to Equal*. Washington, D.C.: World Bank.
- World Bank (2016). *Poverty and Shared Prosperity 2016: Taking on Inequality*. Washington, D.C.: World Bank.
- World Economic Forum (2016a). Measuring the global gender gap. Available from <http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2016/measuring-the-global-gender-gap/>.
- World Economic Forum (2016b). Women and work in the Fourth Industrial Revolution. Available from <http://reports.weforum.org/future-of-jobs-2016/women-and-work-in-the-fourth-industrial-revolution/>.
- World Literacy Foundation (2015). *The Economic and Social Costs of Illiteracy*. Melbourne: World Literacy Foundation.
- World Values Survey (n.d.). Data downloaded in August 2016 from [www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp](http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp).





Contribuyendo a un mundo donde  
cada embarazo sea deseado  
cada parto sea sin riesgos y  
cada persona joven alcance  
su pleno desarrollo



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](http://www.unfpa.org)  
@UNFPA

ISSN 2518-671X  
ISBN 978-1-61800-030-9



9 781618 000309

Número de venta: S.17.III.H.1  
S/440/2017

Impreso en papel reciclado.