



# PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR VOLUNTARIA QUE RESPETAN, PROTEGEN Y CUMPLEN CON LOS DERECHOS HUMANOS

*Un marco conceptual*

abril 2014

---

Créditos de la foto de la portada (en el sentido de las agujas del reloj): Davis Dennis, Fundación Bill & Melinda Gates, Shreyans Bhansali

Cita sugerida: Hardee, K., K. Newman, L. Bakamjian, J. Kumar, S. Harris, M. Rodríguez, y K. Willson (traducido por Doris Sepiarsky). 2014. *Programas de Planificación Familiar Voluntaria que Respetan, Protegen y Cumplen con los Derechos Humanos: Un Marco Conceptual*. Washington, DC: Futures Group.

ISBN: 978-0-9605196-9-9

Este reporte fue publicado originalmente en inglés en agosto del 2013 y actualizado en abril del 2014. Además de la versión en español, el reporte ha sido traducido en francés e hindú y se encuentra en [www.futuresgroup.com](http://www.futuresgroup.com).

Este informe se basa en investigaciones financiadas por la Fundación Bill & Melinda Gates. Los resultados y las conclusiones incluidas aquí pertenecen a los autores y no necesariamente reflejan las posiciones o las políticas de la Fundación Bill & Melinda Gates.

Este reporte, *Programas de Planificación Familiar Voluntaria que Respetan, Protegen y Cumplen con los Derechos Humanos : Un Marco Conceptual*, ha sido dedicado por sus autores (K. Hardee, K. Newman, L. Bakamjian, J. Kumar, S. Harris, M. Rodríguez y K. Willson) al dominio público. No está protegido por derechos de autor y puede ser reproducido y distribuido libremente sin permiso. Para obtener detalles, vea la licencia completa en <http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0>.

---

---

# PROGRAMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR VOLUNTARIA QUE RESPETAN, PROTEGEN Y CUMPLEN CON LOS DERECHOS HUMANOS

## Un marco conceptual

---

Por

Karen Hardee  
Karen Newman  
Lynn Bakamjian  
Jan Kumar  
Shannon Harris  
Mariela Rodríguez  
Kay Willson

Traducido por

Doris Sepliarsky

abril de 2014



# ÍNDICE

---

Agradecimientos.....	iv
Resumen.....	v
Abreviaturas.....	viii
I. Introducción.....	1
II. Derechos Humanos Y Salud y La Base Para La Planificación Familiar Voluntaria Basada en los Derechos .....	4
Derechos humanos y salud.....	4
La base para la planificación familiar voluntaria basada en los derechos.....	5
La gama de violaciones de los derechos reproductivos y en la elección de anticonceptivos.....	5
III. Programación Basada en los Derechos Humanos y de Salud Pública .....	7
IV. Programación Voluntaria, Planificación Familiar Basada en los Derechos .....	9
Aplicar los derechos humanos a la planificación familiar voluntaria en la práctica .....	11
V. el Marco Para la Planificación Familiar Voluntaria Basada en los Derechos.....	13
Desarrollo y propósito del marco .....	14
Componentes del marco .....	16
Revisión de las pruebas y herramientas de apoyo .....	17
Actividades.....	21
<i>Contexto nacional</i> .....	21
<i>Nivel de políticas</i> .....	22
<i>Nivel de servicio</i> .....	24
<i>Nivel de la comunidad</i> .....	25
<i>Nivel individual</i> .....	27
Productos .....	28
Resultados e impactos .....	30
VI. Resumen y Recomendaciones.....	32
Anexo 1. Tratados, Declaraciones Y Convenciones Que Establecen Derechos Reproductivos .....	34
Referencias .....	40
Glosario de Términos.....	49

## AGRADECIMIENTOS

---

Este trabajo surgió de un pequeño contrato con la Fundación Bill & Melinda Gates para explorar los fundamentos de la planificación familiar voluntaria y las experiencias con la coacción en la programación de salud sexual y reproductiva. El alcance se amplió cuando iniciamos una colaboración con Marie Stopes International (MSI) y la Organización Mundial de la Salud (OMS); actualmente las dos organizaciones están interesadas en orientar los programas de los países sobre la planificación familiar basada en los derechos.

Estamos muy agradecidos por la respuesta positiva que ha recibido nuestro trabajo hasta el momento y por la cantidad de personas que han colaborado con nosotros y por sus comentarios constructivos. Agradecemos al personal de la Fundación Bill & Melinda Gates por su invaluable apoyo y guía, especialmente a Win Brown y a Monica Kerrigan. Sus aportes, junto con los de Nel Druce, Sandra Jordan y Jane Hobson, han proporcionado un enlace a la importante labor de la campaña de Planificación Familiar 2020 (FP2020), especialmente la de su grupo de referencia de alto nivel y de los grupos de trabajo de expertos, Derechos y Empoderamiento y Supervisión del Rendimiento y Rendición de cuentas.

También queremos agradecer especialmente a Leo Bryant de MSI, que apoyó con entusiasmo los esfuerzos que combinan la planificación familiar voluntaria y la planificación familiar basada en los derechos y también facilitó hábilmente varias consultas. Agradecemos a Lale Say y María Rodríguez y a otros miembros del Comité Directivo de la OMS por revisar el marco conceptual presentado, así como al grupo de trabajo sobre Movilización de Recursos y Sensibilización de la Coalición para Insumos de Salud Reproductiva por auspiciar dos seminarios virtuales, especialmente a Lou Componelle, Francis Fix, María Rosa Gárate y a Gloria Castany Prado. Asimismo, agradecemos a la Red del Reino Unido sobre Salud Sexual y Reproductiva y Derechos por auspiciar una entrevista para conversar sobre el marco, así como a los participantes de la entrevista por sus comentarios esclarecedores. Por último, agradecemos a los participantes de la Consulta sobre la Planificación Familiar Basada en los Derechos de la OMS, abril 2013. Más de 100 personas de más de 25 países participaron en consultas sobre el marco y se las transmitieron a otros para su posterior revisión; para tal efecto, nuestro más sincero agradecimiento.

Por último, agradecemos a Lori Merritt y Ginny Gordon y Aria Gray de Futures Group por su avezada edición y diseño gráfico, respectivamente.

## RESUMEN

---

En la Cumbre de Planificación Familiar de Londres 2012, los líderes mundiales se comprometieron a alcanzar los 120 millones de nuevos usuarios de planificación familiar en 2020, una campaña que ahora se conoce como FP2020. Al mismo tiempo, las partes interesadas comenzaron a examinar el avance logrado 20 años después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y consideraron un cronograma de evolución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio después de 2015. La determinación política demostrada y la financiación prometida para estas iniciativas ofrecen una extraordinaria oportunidad para transformar los programas de planificación familiar de todo el mundo, pero también representan un gran desafío. En medio de la respuesta positiva a FP2020, algunas organizaciones de la sociedad civil expresaron su preocupación con respecto a que el objetivo numérico de llegar a 120 millones de nuevos usuarios podría ser una señal de alejamiento de la perspectiva centrada en los derechos humanos que resaltó la CIPD 1994.

El logro del objetivo de llegar a millones de hombres y mujeres de todo el mundo con los servicios de planificación familiar voluntaria que respeten y protejan los derechos humanos demandará esfuerzos acordados y coordinados entre los diversos grupos de interés durante la próxima década y más allá. También habrá que aplicar una nueva perspectiva programática que cuente con el apoyo tanto de las comunidades de salud pública como de derechos humanos. El principio de voluntarismo ha sido un principio básico de larga data de apoyo internacional para la planificación familiar y la necesidad de respetar, proteger y cumplir con una lista ampliada de derechos reproductivos ha sido articulado, especialmente desde la CIPD 1994.

### **Surgimiento de un nuevo marco conceptual para la planificación familiar voluntaria basada en los derechos humanos**

Este trabajo presenta un nuevo marco conceptual, diseñado para servir como un camino hacia el cumplimiento tanto de la meta de FP2020 como de los compromisos de los gobiernos en cuanto a la prestación de programas de planificación familiar voluntaria que respeten, protejan y cumplan con los derechos humanos. El marco responde a la pregunta clave, “¿Cómo podemos asegurar que los programas de salud pública orientados a aumentar el acceso a la planificación voluntaria respeten, protejan y cumplan con los derechos humanos de la manera en la que están diseñados, implementados y evaluados?” El marco define lo que es un programa de este tipo, teniendo en cuenta el contexto general en el que operan los programas, así como los elementos programáticos esenciales a nivel de la política, el servicio, la comunidad y los individuos. Mediante la aplicación de las leyes y principios de derechos humanos a los marcos del programa de planificación familiar y de la calidad de atención, este nuevo marco reúne lo que tradicionalmente han sido las líneas de pensamiento paralelas juntas en un constructo para concretar la cuestión de los derechos en la planificación familiar. El marco también muestra que adoptar un enfoque basado en los derechos humanos y un enfoque basado en la salud pública puede reforzarse mutuamente si la programación se basa en alcanzar resultados tanto en la salud pública como en los derechos humanos.

A partir de los elementos de los marcos existentes relacionados y la combinación de estos, además de los documentos de derechos tal como resumen Erdman y Cook (2008), el **Marco para los programas de planificación familiar voluntaria que respetan, protegen y cumplen con los derechos humanos**

- Describe los elementos clave del programa de planificación familiar en término de derechos, incorporando los principios de salud pública y de derechos humanos.

- Ofrece un enfoque práctico para poner en funcionamiento los derechos reproductivos en el desarrollo, la implementación y el monitoreo y evaluación de la planificación familiar voluntaria (FP).
- Conecta comentarios y actividades de los programas con los resultados y el impacto de la salud pública y los derechos humanos.
- Destaca cómo los países pueden invertir y seguir avanzando hacia la implementación de los derechos como parte inherente del apoyo a una programación familiar integral y de alta calidad.

El marco tiene por objeto ayudar a los legisladores, administradores de programas, donantes y a la sociedad civil a **nivel político, de servicios, comunitario e individual** con el diseño, la implementación y el monitoreo y la evaluación del programa. Está diseñado como un modelo lógico en el que se vinculan los **comentarios** y las **actividades** con los **productos**, los **resultados** y los **impactos**.

Específicamente,

- Incluye los comentarios requeridos a nivel de la política, del servicio, de la comunidad y los individuos para lograr los resultados y los impactos deseados en la salud pública y en los derechos humanos.
- Sitúa estos cuatro niveles dentro del contexto del país que afecta tanto la oferta como la demanda de planificación familiar.
- Demuestra cómo los cuatro niveles apoyan el derecho a la autodeterminación reproductiva, los servicios, la información y la educación sobre salud sexual y reproductiva y la igualdad y la no discriminación.
- Vincula el enfoque actual sobre la calidad de la atención en los programas de planificación familiar con los conceptos de disponibilidad, accesibilidad, aceptación y calidad.
- Refleja los principios de la programación de salud pública y de derechos humanos.
- Se aplica a todas las fases del ciclo de vida del programa (es decir, a la evaluación de necesidades, planificación, implementación, seguimiento y evaluación, ampliación y sostenibilidad).
- Presenta la importancia de los mecanismos de rendición de cuentas para la reparación eficaz de la violación de derechos y para el manejo de vulnerabilidades presuntas o confirmadas.
- Promueve la entidad de individuos para tomar decisiones relacionadas con la salud reproductiva sin discriminación, violencia ni coacción.

Si bien son integrales, no todas las organizaciones deben implementar todos los aspectos del marco. Algunas organizaciones se pueden concentrar en el aspecto de la oferta y otras en el de la demanda de la programación sobre planificación familiar. Algunos trabajan a nivel de la prestación de servicios, mientras que otros se especializan en la programación a nivel comunitario. Otros pueden trabajar para influir en el cambio de políticas. Del mismo modo, los donantes pueden decidir qué aspectos de la programación apoyan sus mandatos y estrategias. Pero, al tener un punto de vista integral de los sistemas, todos los actores pueden ver cómo su programación contribuye a satisfacer las necesidades de hombres y mujeres con respecto a la planificación familiar voluntaria basada en los derechos humanos. También se pueden identificar las brechas en el sistema.

El marco se apoya en revisiones de evidencia y herramientas disponibles que podrían ayudar a poner en funcionamiento dicha programación. Los resultados completos de estas revisiones se encuentran en dos documentos adjuntos (Rodríguez et al., 2013; Kumar et al., 2013).



## Aplicación del marco y próximos pasos recomendados

Se recomiendan las siguientes medidas para avanzar hacia la protección y la seguridad de los programas de planificación familiar que respeten, protejan y cumplan con los derechos humanos:

- **Fomentar un mayor diálogo** a nivel global y del país para facilitar las discusiones sobre los temas críticos de ampliar el acceso a la planificación familiar —especialmente a los grupos de poblaciones marginados— y respetando, protegiendo y cumpliendo con los derechos humanos.
- **Utilizar este marco conceptual como guía para la programación del país y asistencia de donantes según FP2020.**
  - Difundir el marco conceptual tanto a nivel del país como global, incluyendo *proporcionar acceso al marco y a pruebas y herramientas asociadas en una plataforma virtual*, para facilitar su uso.
  - Apoyar una revisión adicional del marco conceptual de las partes interesadas a nivel nacional/subnacional y mundial para continuar la discusión sobre su uso para guiar la programación y su adaptación a los contextos nacionales.
- **Documentar y evaluar más exhaustivamente enfoques basados en derechos** para cubrir nuestra falta de conocimientos sobre la programación basada en los derechos humanos y para evaluar los resultados, tanto de los derechos humanos como de la salud pública.
- **Desarrollar una guía y herramientas para aplicar el marco** en la programación para facilitar su uso a nivel nacional y a través del apoyo de los donantes.
- **Actualizar y ampliar las revisiones complementarias de pruebas y herramientas** para garantizar la inclusión de todo el material pertinente de modo que los programas tengan acceso a la información de la programación más relevante y actualizada.
- **Identificar un conjunto completo de indicadores** para apoyar el marco, incluyendo todos los diferentes niveles en los que funcionan los programas de planificación familiar. Hacer que los grupos de trabajo de FP2020 pertinentes identifiquen un conjunto global de indicadores estructurales, de proceso y resultados que monitoreen y evalúen un enfoque de planificación familiar basado en los derechos.
- **Fomentar la innovación en los enfoques de salud pública basados en derechos y las inversiones adicionales en intervenciones** que estén explícitamente basadas en los derechos. Centrarse especialmente en intervenciones adicionales para fortalecer el empoderamiento individual, la participación comunitaria y el desarrollo de capacidades.

## ABREVIATURAS

---

DAAC	disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad
PFA	Planificación familiar avanzada (proyecto)
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
DFID	(Reino Unido) Departamento para el Desarrollo Internacional
PF	planificación familiar
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
HMIS	sistema de gestión de información de salud
DD. HH.	derecho(s) humano(s)
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
IGWG	Grupo de Trabajo Interagencial de Género
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	organización no gubernamental
OACDH	(Naciones Unidas) Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos
SP	salud pública
CC	control de calidad
MC	mejora de la calidad
Rs	derechos
SR	salud reproductiva
SSR	salud sexual y reproductiva
SDSR	salud y derechos sexuales y reproductivos
DESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU
FPNU	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMS/RHR	Organización Mundial de la Salud/Salud Reproductiva e Investigación

# I. INTRODUCCIÓN

---

## Antecedentes

La comunidad mundial tiene la extraordinaria oportunidad de transformar los programas de planificación familiar en todo el mundo. Esta oportunidad se presenta como resultado de la Cumbre de Planificación Familiar de Londres 2012, donde más de 150 líderes mundiales, organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil, fundaciones y el sector privado de los donantes y países en desarrollo comprometieron recursos para llegar con los servicios de planificación familiar voluntaria a 120 millones más de mujeres y niñas para el año 2020. La cumbre “resaltó la importancia del acceso a los anticonceptivos tanto como un derecho como una prioridad transformacional para la salud y el desarrollo” (Fundación Bill & Melinda Gates y DFID, 2012: 1). El programa para cumplir con este objetivo se conoce como FP2020.

“ Cuando viajo y converso con las mujeres de todo el mundo, ellas me dicen que el acceso a métodos anticonceptivos generalmente puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte. Hoy en día se trata de escuchar sus opiniones, de satisfacer sus aspiraciones y de otorgarles el poder para crear una mejor vida para ellas y sus familias” .

Melinda Gates, copresidenta de la Fundación Bill & Melinda Gates en la Cumbre sobre Planificación Familiar en Londres, 11 de julio de 2012

La Cumbre de Planificación Familiar de Londres coronó más de una década de esfuerzos para lograr una atención renovada a la planificación familiar. Se acerca el 20º aniversario de la histórica Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo (CIPD) y el mundo está mirando más allá del marco actual de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG) hacia una agenda de desarrollo posterior al 2015. La CIPD colocó la planificación familiar dentro de un amplio contexto de salud reproductiva y derechos humanos. En el prólogo del informe del *Estado de la Población Mundial* de 2012, “Por elección, no por casualidad”, Babatunde

Osoimehin, Director Ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), escribió que, “durante décadas, el derecho de toda persona a elegir en forma libre y responsable cuántos hijos tener y cuándo tenerlos ha sido el principio guía en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar” (FPNU, 2012). Tanto la CIPD como los ODM incluyen ahora metas y objetivos relacionados con el acceso universal a la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar. En 2007, el marco de los ODM agregó el acceso universal a la salud reproductiva como objetivo.

Otros esfuerzos han incluido la conferencia de Estambul de 2001, “Cómo enfrentar el desafío de la salud reproductiva: Garantizar los anticonceptivos y condones para la prevención del VIH”, que dio lugar a la creación de la Coalición para Insumos de Salud Reproductiva ([www.rhsupplies.com](http://www.rhsupplies.com)); las iniciativas de “Reposicionamiento de la Planificación Familiar” (USAID, sin fecha./a) y “Planificación Familiar Anticipada (PFA, sin fecha) y al desarrollo de una meta de planificación para 2015 que apoya el ODM-5b (Ross and Stover, 2010). Además, las conferencias internacionales de planificación familiar se celebraron en 2009 y 2011 y una tercera está programada para noviembre de 2013; todas dan señales de una mayor visibilidad global para la planificación familiar.

En medio de la respuesta positiva a FP2020, incluyendo una declaración de la sociedad civil firmada por más de 1000 organizaciones de todo el mundo, algunas organizaciones de la sociedad civil expresaron su preocupación con respecto a que el objetivo numérico de llegar a 120 millones de nuevos usuarios de anticonceptivos para el 2020 podría indicar un alejamiento del enfoque centrado en los derechos humanos que subrayó la CIPD 1994 (Girard, 2012; Khosla, 2012; Krishnan, 2012). Se planteó la inquietud de que el objetivo de la Cumbre FP también podría dar lugar a un enfoque sobre servicios para grupos urbanos

que ya pueden tener acceso a los servicios, a expensas de mujeres, hombres y jóvenes marginados a quienes les resulta más costoso llegar, pero que pueden enfrentar más barreras económicas, sociales o de otro tipo que les impiden acceder a estos servicios. Estas inquietudes acentuaron la necesidad de centrarse en derechos reproductivos con sólidos sistemas de rendición de cuentas implementados para garantizar que los programas ofrezcan servicios de planificación familiar voluntaria basada en leyes y principios de derechos humanos. Llegar a la meta de la Cumbre FP2020 requerirá “intervenciones que se apliquen de manera que mejoren la salud y [deberán garantizar] que los esfuerzos para alcanzar los objetivos nacionales e internacionales... no den lugar a negligencia ni a la violación de los derechos humanos” (Gruskin et al., 2007: 452–453).

Un enfoque sobre cómo llegar a más mujeres con anticonceptivos no invalidará el enfoque más amplio sobre salud reproductiva y derechos de la CIPD; sino que atraerá la atención y los recursos a la planificación familiar, un componente clave de la salud reproductiva que no ha recibido atención y recursos suficientes durante casi dos décadas. De hecho, la estrategia comercial para la Cumbre marca que la implementación de FP2020 se alinearán con los principios de la CIPD (ver el Recuadro 1).

Se ha resaltado la necesidad de una renovada atención a la planificación familiar, se han comprometido recursos y la voluntad política es alta, ofreciendo lo que Kingdon (1984) identificó como una oportunidad para el cambio transformacional. Para beneficiarse con esta oportunidad se deberá reunir a varios grupos de interés que representen la planificación familiar, la salud reproductiva, los derechos humanos y la salud pública para aprovechar enfoques pertinentes a la programación y crear las condiciones para lograr el objetivo de FP2020 (120 millones de nuevos usuarios de planificación familiar voluntaria) de manera que garanticen la elección y respeten, protejan y cumplan con los derechos humanos.

## Crear un nuevo marco conceptual

El principio de voluntarismo ha sido un principio básico de larga data de apoyo internacional para la planificación familiar, y se ha articulado la necesidad de respetar, proteger y cumplir con una lista ampliada de derechos reproductivos, especialmente desde 1994. Sin embargo, se han hecho pocos intentos de vincular el voluntarismo con los derechos humanos en un marco operativo integral para orientar las políticas y programas de planificación familiar. Este trabajo representa una respuesta a esta necesidad y, por lo tanto, incluye lo siguiente:

- Una discusión sobre derechos humanos y su relación con la salud reproductiva y la planificación familiar
- Antecedentes relevantes sobre planificación familiar y salud reproductiva y movimientos de derechos, incluyendo el legado de la CIPD, en lo que respecta a seguir adelante con FP2020
- Un nuevo marco diseñado para apoyar los programas de planificación familiar voluntaria que protejan, respeten y cumplan con los derechos
- Acciones recomendadas para facilitar la puesta en funcionamiento de enfoques integrados de salud pública y derechos humanos en la programación de planificación familiar

### Cuadro 1. Planificación familiar y salud sexual reproductiva y derechos en la Cumbre sobre Planificación Familiar celebrada en Londres.

“La cumbre y su seguimiento se alinearán plenamente con el marco más amplio de SRHR [salud sexual reproductiva y derechos] establecido por la [CIPD] hace casi 20 años. La Cumbre se focalizará en gran medida en la equidad y en los derechos y resaltarán la libertad de acceso a una gama de anticonceptivos para mujeres casadas y solteras, comunidades marginadas y adolescentes”.

Cumbre de Londres sobre Planificación Familiar, 2012: 2

El desarrollo del marco fue respaldado por una revisión de los antecedentes del movimiento de planificación familiar y por debates con expertos. Se llevaron a cabo revisiones sistemáticas de bibliografía/la base de la evidencia para la planificación familiar voluntaria basada en los derechos y de herramientas para abordar dicha programación.<sup>1</sup> El marco conceptual fue revisado por más de 150 personas de más de 25 países a través de una serie de consultas personales y virtuales y de la consulta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre planificación familiar basada en los derechos que tuvo lugar en abril de 2013. En última instancia, se espera que este esfuerzo y el marco resultante puedan contribuir a la implementación del programa FP2020.

---

<sup>1</sup> Ver los dos documentos adjuntos en esta serie, *Programas de Planificación Familiar Voluntaria que Respetan, Protegen y cumplen con los Derechos Humanos: Una revisión sistemática de las pruebas* (Rodríguez et al., 2013) y *Programas de Planificación Familiar Voluntaria que Respetan, Protegen y Cumplen con los Derechos Humanos: Una revisión sistemática de las herramientas* (Kumar et al., 2013).

## II. DERECHOS HUMANOS Y SALUD Y LA BASE PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR VOLUNTARIA BASADA EN LOS DERECHOS

---

### Derechos humanos y salud

Los derechos humanos son aquellos derechos inherentes a las personas por ser seres humanos. “Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana” (OHCHR, 2006: 1). Los derechos humanos incluyen derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y tienen origen en tratados internacionales que tienen la condición de derecho internacional. La Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU de 1948 expresó una amplia gama de derechos y tratados como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que garantiza el derecho a disfrutar del máximo nivel posible de salud y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos— identifican derechos humanos jurídicamente vinculantes.

De acuerdo con la ley de derechos humanos, los gobiernos, como responsables, tienen el deber de facilitar el logro de una mejor salud para su población (titulares de derechos) a través del “respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos (es decir, no violar los derechos, evitar la violación de los derechos y crear políticas, estructuras y recursos que promuevan y hagan cumplir los derechos)” (Gruskin et al., 2007: 450).

El contenido y el significado del **derecho a disfrutar del máximo nivel posible de salud** ha sido establecido con mayor claridad por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (DESC), el organismo de expertos independientes que supervisa la implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados parte. El comité publica su interpretación sobre el contenido de las disposiciones de derechos humanos en forma de observaciones generales sobre cuestiones temáticas. En 2000, publicó la Observación General No. 14 sobre el derecho al derecho a disfrutar del máximo nivel posible de salud (Artículo 12 del pacto internacional). La sección sobre el contenido normativo del Artículo 12 detalla **cuatro elementos “interrelacionados y esenciales”** del derecho al máximo nivel posible de salud: **disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad**.

En conjunto, estos elementos constituyen una base valiosa para identificar la obligación gubernamental y de los prestadores de servicios de respetar, proteger y cumplir con el derecho a disfrutar del máximo nivel posible de salud. La medida en la que los programas permiten que sus servicios estén disponibles, sean accesibles y aceptables y del máximo nivel posible tal como se define en la Observación General No. 14 será directamente proporcional al nivel que pueden exigir el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos con respecto al máximo nivel posible de salud. El conjunto de instrumentos de derechos humanos puede ser utilizado no sólo para responsabilizar a los gobiernos, sino también para orientar las políticas y programas —ya sea en el sector público, sin fines de lucro, o privado— para garantizar información y servicios disponibles, accesibles, aceptables y de alta calidad (Cottingham et al., 2010; Cottingham et al, 2012.). En el Anexo 1 se encuentra más información sobre los tratados, declaraciones y convenciones que establecen los derechos reproductivos.

## La base para la planificación familiar voluntaria basada en los derechos

La base para la planificación familiar voluntaria y basada en los derechos humanos se remonta a la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968, que incluyó en su proclamación que “los padres tienen el derecho humano fundamental de decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo” (ONU, 1968: 4). Este derecho fue reafirmado en tres conferencias internacionales sucesivas sobre población en Bucarest 1974, México 1984 y El Cairo 1994 (Singh, 2009).

La histórica Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que se llevó a cabo en El Cairo en 1994, afirmó que

...los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y otros documentos de consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo, y de tener la información y los medios para tal efecto; y del derecho a alcanzar los más altos estándares de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a tomar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia, tal como se expresa en los documentos de derechos humanos (UNFPA, 1994, Programa de Acción, párrafo 7.3).

Erdman and Cook (2008: 535) enumeran **tres amplias categorías de derechos reproductivos** que incluyen la planificación familiar:

1. **Derechos a la autodeterminación en materia reproductiva** (derecho a la integridad corporal y a la seguridad de las personas y los derechos de las parejas y los individuos a decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo)
2. **Derechos a los servicios, información y educación de salud sexual y reproductiva** (incluso el derecho al máximo nivel posible de salud)
3. **Derechos a la igualdad y a la no discriminación** (derecho a tomar decisiones con respecto a la reproducción sin discriminación, coacción ni violencia)

“Los derechos reproductivos se refieren a la composición de derechos humanos que protegen contra la causas de la mala salud y promueven el bienestar sexual y reproductivo”.

Erdman and Cook, 2008: 532

Otros incluyen en esta lista los derechos a la intimidad y a la vida (Cottingham et al., 2012) y destacan que una serie de otros derechos, tales como el derecho a la educación —aunque no los derechos reproductivos— también se consideran derechos humanos e indivisibles, ya que tienen un fuerte impacto en la salud reproductiva y en la fertilidad. Para obtener más detalles sobre el proceso de forjar consenso en torno a la salud reproductiva y a los derechos en la CIPD 1994 y el Consenso de El Cairo 20, ver Anexo 1.

## La gama de violaciones de los derechos reproductivos y en la elección de anticonceptivos

Como las violaciones de los derechos relacionados con la salud reproductiva han tendido a centrarse en algunos casos graves—tales como el aborto forzado en China, la esterilización forzada en India, Perú y, más recientemente, entre mujeres VIH positivas—se han dejado de lado violaciones de derechos más sutiles (Barot, 2012). Algunos programas o prestadores presionan o coaccionan a los clientes para que usen métodos de planificación familiar que no quieren, mientras que otros crean barreras que impiden que una persona pueda obtener y utilizar los métodos que deseen. Algunos de estos factores son sutiles y otros evidentes. Si bien se presta más atención a la coacción, todas las condiciones que ponen en peligro el

“Al concentrarse únicamente en violaciones flagrantes—tales como la esterilización sin consentimiento—las metodologías de derechos humanos también pueden omitir violaciones de los derechos humanos más sutiles pero más generalizadas y persistentes.

Jacobson, 2001: 56

derecho de la mujer a tomar decisiones libres e informadas violan los derechos (EngenderHealth/RESPOND Project, 2013). El insumo inadecuado de anticonceptivos seguros y eficaces, las innumerables barreras que enfrentan las mujeres para acceder a métodos anticonceptivos y servicios de mala calidad también están relacionados con las violaciones de derechos humanos (Cottingham et al., 2012). Como los expertos que participaron en una consulta; un sutil balance: Elección de anticonceptivos en el siglo 21, en septiembre de 2012, observó que mejorar la calidad de

los servicios de planificación familiar, incluyendo el asesoramiento, es importante pero no es suficiente para garantizar que las mujeres tengan poder suficiente para ejercer sus derechos y elecciones. Observaron que, idealmente, la persona que tome decisiones sobre salud reproductiva y de planificación familiar debe estar apoyada por el sistema de salud y por las redes sociales, así como protegido por el contexto político y jurídico (EngenderHealth/RESPOND Project, 2013).

Por otra parte, si bien no existe un método “adecuado” para combinar anticonceptivos, la variedad de métodos disponibles y su accesibilidad contribuyen al uso de anticonceptivos (Ross and Hardee, 2012). No se puede decir que los programas que ofrecen una opción limitada de métodos ofrezcan una selección completa. Para apoyar los derechos reproductivos, los programas deberían centrarse más en los clientes que en los métodos; y el diseño, la implementación y la supervisión de los programas deben incluir las opiniones y perspectivas de los clientes. Las decisiones sobre en qué métodos invertir deben basarse en los atributos de los métodos que tienen importancia para los clientes (OMS, 1994). Los derechos de los clientes se pueden reforzar mediante la supervisión y evaluación de rutina que incorpore los puntos de vista de los clientes sobre las opciones que se les ofrecen y la calidad de los servicios prestados (EngenderHealth/RESPOND Project, 2013).



### III. PROGRAMACIÓN BASADA EN LOS DERECHOS HUMANOS Y DE SALUD PÚBLICA

---

La programación para alcanzar el objetivo de FP202 requerirá la integración de los enfoques de salud pública y de derechos humanos. Los desafíos que esto implica y las tensiones entre los enfoques no son nuevos (Mann et. al. 1999; PATH, 2001; Seltzer, 2002; Yamin, 2004; Sinding, 2007). Jacobson (2001: 55) observa que, “Los enfoques tradicionales de salud pública y derechos humanos se basan en diferentes marcos conceptuales y aplican distintas metodologías con, aparentemente, distintas implicancias para los programas. Hay que volver a evaluar cada uno de los enfoques y reconciliarlos a un nivel práctico para promover programas de salud basados en los derechos”. La salud pública se centra en mejorar la salud de las poblaciones o en brindar el mejor bien a la mayor cantidad de personas, mientras que los derechos humanos se centran en los individuos. Y, sin embargo, los principios éticos de la salud pública no comprometen ni violan derechos. Los tres principios éticos estándares de la programación de salud pública incluyen

“La suposición subyacente es que en un enfoque de derechos humanos, los derechos individuales quedan totalmente protegidos...Sin embargo, un enfoque basado en los derechos no privilegia la protección de los derechos individuales por sobre el bien público”.

Gruskin and Loff, 2002: 1880

- **Beneficencia:** la obligación de maximizar los beneficios y de minimizar los daños
- **Equidad:** distribuir los beneficios y las cargas de las acciones en forma justa
- **Autonomía:** defender el derecho de las personas a la autodeterminación y proteger a aquellos con autonomía limitada (Shelton, 2001: 15–16)

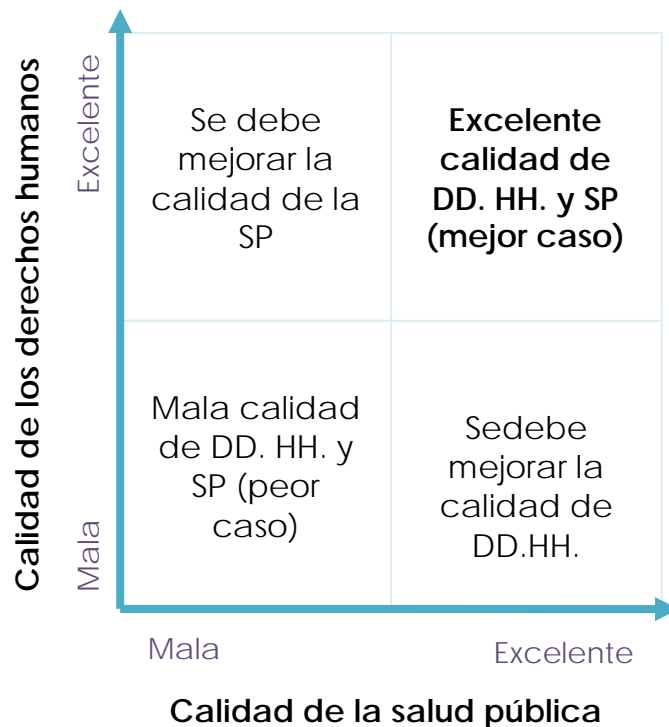
“Al tratar de convertir el mundo en un lugar mejor, es meritorio utilizar tanto el enfoque de salud pública como el enfoque basado en los derechos. Si bien vemos el mundo desde distintos puntos de vista, debemos buscar maneras de armonizar nuestros esfuerzos”.

Shelton, 2001: 22

En realidad, adoptar un enfoque basado en los derechos humanos y un enfoque basado en la salud pública pueden reforzarse mutuamente si la programación se basa en alcanzar resultados tanto en la salud pública como en los derechos humanos. La Figura 1 presenta un marco para evaluar la calidad de la salud pública y de los derechos humanos en la programación (Sociedades de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna

Roja y el Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos, 1999, citados en la OMS, 2001). Aunque a veces se sanciona para promover la salud pública sobre los derechos humanos, el objetivo de la planificación familiar debe ser garantizar que los programas estén alineados con la salud pública y con los derechos humanos, lo que es particularmente importante dados los antecedentes de larga data de imponer la planificación familiar para alcanzar las metas demográficas, como se discutió anteriormente. “La introducción de los derechos humanos en la salud pública no es la imposición de cualquier resultado condenado de antemano, sino que de los procesos y sus aplicaciones para obtener los máximos beneficios en salud pública” (Gruskin and Loff, 2002: 1880).

Figura 1: La calidad de los derechos humanos y la salud pública en un programa



Fuente: Sociedades de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y el Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos, 1999; citado en OMS, 2001.

La programación tanto de salud pública como basada en los derechos humanos se desarrolla e implementa con la premisa de lograr resultados. La gestión basada en resultados (atenta a los insumos, productos, resultados e impacto) puede considerarse como el vehículo de gestión del programa, con el programa diseñado, implementado y supervisado de acuerdo con las leyes y principios de derechos humanos, incluyendo garantizar los procesos y mecanismos de participación relacionados con la rendición de cuentas (OACDH, 2006; OMS, 2001).

## IV. PROGRAMACIÓN VOLUNTARIA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR BASADA EN LOS DERECHOS

---

El derecho de las personas y de las parejas a decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo y a acceder a la información y a los medios para tal efecto se puso en práctica primero a través del apoyo internacional a la adhesión a la planificación familiar voluntaria. El principio de voluntarismo ha sido integrado en todos los servicios de asistencia del gobierno de los EE.UU. para la planificación familiar (Ravenholt, 1968; US Congress, 1968; USAID, 1982; USAID, sin fecha/b; Donaldson, 1990; Bongaarts and Sinding, 2009; Barot, 2012). Por ejemplo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), que ha sido el principal donante internacional para la ayuda en la planificación familiar durante más de medio siglo (Robinson and Ross, 2007), señala que su ayuda está guiada por los **principios de voluntarismo y elección informada**:

- Las personas tienen la **oportunidad de elegir** en forma voluntaria si desean utilizar la planificación familiar o un método específico de planificación familiar.
- Las personas tienen **acceso a la información** sobre una amplia variedad de opciones de planificación familiar, incluyendo los beneficios y los riesgos para la salud de determinados métodos.
- A los clientes se les **ofrece una amplia gama de métodos y servicios**, ya sea en forma directa o por referencia.
- El **consentimiento informado y voluntario** de los clientes que optan por la esterilización se **verifica** mediante un documento de consentimiento por escrito firmado por el cliente (USAID, sin fecha/b).

Los movimientos que se centran en la calidad de la atención (Jain, 1989; Bruce, 1990; Lynam et al., 1993; Rama Rao and Mohanam, 2003; Jain et al., 2012), que comenzaron en la década del 80 y fueron ampliamente aceptados en la década del 90 y posteriormente, impulsaron la planificación familiar y continúan marcando el tono de la programación. La Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad trató de abordar el acceso a la atención y a la calidad de la atención para reducir barreras médicas innecesarias en la planificación familiar (ver el Cuadro 2). Todas estas iniciativas se ubicaron dentro de los enfoques de la programación de salud pública y trataron de cumplir con el derecho de las personas y de las parejas a decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo, y al acceso a la información y a los medios para tal efecto. Tratar la calidad de la atención es necesario pero no suficiente para garantizar que se respeten, protejan y cumplan los derechos en los programas, pero sí trata directamente uno de los cuatro elementos clave del derecho al máximo nivel posible de salud, específicamente, la calidad. Este elemento y los otros tres: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, se definen en el Capítulo 5 de este trabajo.

### Cuadro 2. Acceso, calidad y barreras médicas para la planificación familiar

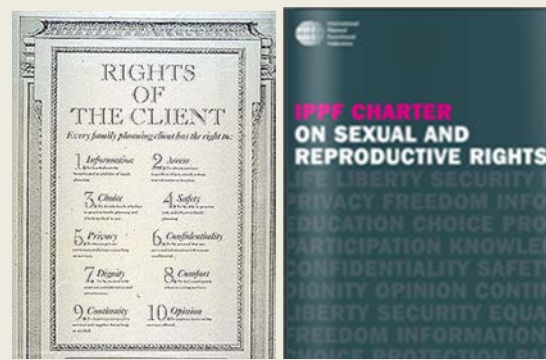
“El acceso a la planificación familiar, la calidad de la atención y las barreras médicas a los servicios son factores clave en la atención para la anticoncepción. El acceso ayuda a determinar si la persona se pone en contacto con el prestador de planificación familiar, mientras que la calidad de la atención afecta en gran medida la decisión del cliente de aceptar un método y la motivación para continuar utilizándolo. Las barreras médicas son políticas o prácticas científicamente injustificadas...que impiden en forma indebida que los clientes reciban el método anticonceptivo de su elección o imponen barreras innecesarias al proceso para acceder a los servicios de planificación familiar”.

Bertrand et al., 1995: 64

Para poner en práctica el marco histórico de Bruce/Jain para la Calidad de la Atención, mediante el uso del enfoque para mejorar la calidad, se desarrollaron una serie de herramientas (Katz et al, 1993; Kols and Sherman, 1998), como la COPE (EngenderHealth, 2003), el Análisis de la situación (Miller et al., 1997) y la Rápida Investigación de la Calidad (MEASURE Evaluation, 2001), entre otros. La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) formuló una lista de 10 derechos del cliente (ver el Cuadro 3), que los prestadores tienen que aplicar para ofrecer una atención de alta calidad (Huezo and Diaz, 1993). El Proyecto SEATS II, entre otros financiado por la USAID, tuvo como objetivo “ampliar el desarrollo, el acceso y el uso de servicios de planificación familiar y de salud reproductiva de [alta] calidad en poblaciones actualmente marginadas” (SEATS, 2000: xi). La noción de elevar la calidad de la atención en la planificación familiar ayudó a dar forma al marco ExpandNet para ampliar las prácticas innovadoras (Simmons et al., 2002; [www.expandnet.net](http://www.expandnet.net)). El Consejo de Población publicó una serie, *Quality/Calidad/Qualite*, entre numerosos informes sobre reuniones, estudios y experiencias nacionales relacionados con la calidad de la atención. La experiencia en la promoción de la calidad de la atención fue un tema predominante en los debates de la CIPD (Singh, 2009).

Después de la CIPD, la planificación familiar y la salud reproductiva han sido consideradas por una amplia gama de derechos reproductivos (UNFPA, 1994; IPPF, 1996; Jacobson, 2000; DFID, 2004; Eager, 2004; Erdman and Cook, 2008; UNFPA, 2008; UNFPA, 2012; Cottingham et al., 2010; Cottingham et al., 2012). A partir de la CIPD, otros donantes han adoptado el marco de salud y derechos reproductivos en su programación. En 2010, El Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional (DFID) publicó su marco de resultados para mejorar la salud reproductiva, materna y del recién nacido en el mundo en desarrollo (DFID, 2010). El DFID (sin fecha) señala que su visión “es un mundo en desarrollo donde todas las mujeres puedan elegir cuántos hijos tener y cuántos, en el que ninguna mujer muera al dar a luz y donde todos los recién nacidos vivan y crezcan”.

Cuadro 3. Poster de Derechos de los Clientes de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés) y Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos



También han surgido iniciativas para promover la equidad de género y garantizar que se integre y se trate en la programación de salud reproductiva, incluyendo en la planificación familiar. En los últimos años, la equidad en la planificación familiar se ha medido a través del análisis de disponibilidad y uso del servicio por quintiles de riqueza (Gwatkin et al., 2007; Ortayli and Malarcher, 2010; USAID | Health Policy Initiative, 2009; Saunders et al., 2010; Foreit et al., 2011; PATH, 2012). Desde 1997, el Grupo de Trabajo Interagencial sobre Género (IGWG) de la USAID<sup>2</sup> apoya la integración de género en los programas de desarrollo y ha elaborado una serie de informes, estudios y herramientas (ver <http://www.igwg.org/about.aspx>). Por ejemplo, un estudio, realizado con el apoyo del Grupo Operativo de Género, Acceso y Calidad de la Atención del Grupo de Trabajo Interagencial sobre Género (IGWG) y de la Iniciativa para Maximizar el Acceso y la Calidad, evaluó la intersección entre género, acceso a la atención y calidad de la atención en los programas de salud reproductiva en India, Guatemala y Kenia (Hardee, 2005). Otras dos evaluaciones encargadas por el IGWG se centraron en el impacto de la

<sup>2</sup> El Grupo de Trabajo Interagencial sobre Género (IGWG), creado en 1997, es una red que incluye organizaciones no gubernamentales, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), agencias de cooperación y la Oficina para la Salud Global de la USAID. El Grupo de Trabajo Interagencial sobre Género (IGWG) colabora con organizaciones multilaterales, incluyendo la OMS.

integración del género en la programación sobre los resultados de salud reproductiva (Boender et al., 2004; Rottach et al., 2009). La integración de género en los programas de VIH/SIDA abordando normas de género desiguales también es importante para la planificación familiar (Pulerwitz et al., 2006; Verma et al., 2008; Gay et al., 2012).

Las Naciones Unidas tienen un compromiso con los derechos humanos de toda la organización. El marco de la programación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU) se refleja en su documento de 2008, *Marco de Salud Sexual y Reproductiva: Una Realidad para Todos* (FPNU, 2008). La OMS también apoya la salud sexual y reproductiva. “La visión de la OMS/RHR [Salud Reproductiva e Investigación] es que todos los pueblos alcancen el mayor nivel posible de salud sexual y reproductiva. Se esfuerza por lograr un mundo en el que se promuevan y protejan los derechos de todos los hombres y mujeres a gozar de salud sexual y reproductiva y que todos los hombres y mujeres, incluyendo a los adolescentes y a aquellos carentes de servicios o marginados, tengan acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva” (OMS/RHR, sin fecha). En 1996, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) publicó una Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos y la reeditó en 2003. Las fundaciones tales como la Fundación Ford o la Fundación Open Society también apoyan activamente los derechos reproductivos.

## Aplicar los derechos humanos a la planificación familiar voluntaria en la práctica

Si bien los gobiernos tienen la obligación legal de respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos, adoptar un enfoque basado en los derechos humanos para la planificación familiar puede ayudar a garantizar que los valores y conceptos de los derechos humanos se infundan en todos los aspectos de la programación (Cottingham et al., 2012). En el Cuadro 4 se señala la distinción entre los requisitos legales de los gobiernos en materia de derechos humanos y adoptar un enfoque basado en los derechos humanos para la programación. En este tipo de programación, se presta atención no sólo a los resultados en materia de salud, sino que también a cómo se implementan los programas.

### Cuadro 4. Describir el enfoque basado en derechos humanos

“En los últimos años, han evolucionado dos enfoques distintos pero que se complementan. El primero es un **enfoque legal**. Aplica los estándares de los derechos humanos, el sistema formal de la legislación internacional de derechos humanos para resaltar las obligaciones legales de respetar, proteger y cumplir con los derechos. El segundo es un **enfoque centrando en el desarrollo** más amplio. Se basa en los estándares y los principios de los derechos humanos y exige el cumplimiento de las “buenas prácticas de desarrollo” tales como la participación y la inclusión”.

DFID, 2005: 2

Si bien no existe una definición de un **enfoque basado en los derechos humanos**, adoptar este tipo de enfoque en la planificación familiar incluye lo siguiente (OHCHR, 2006; Gruskin, et al., 2007; UNFPA, 2010):

- *El análisis de las desigualdades relacionadas con la planificación familiar y la salud reproductiva* y las leyes y políticas en virtud de las cuales se llevan a cabo los programas
- La garantía de que los planes, políticas y programas estén *respaldados por un sistema de derechos y obligaciones correspondientes* establecidos por el derecho internacional y que se integren los *principios básicos de derechos humanos* tales como la *participación, rendición de cuentas, no discriminación y empoderamiento*
- El trabajo hacia la prestación de servicios *equitativa*

- El enfoque en elementos clave del derecho a la salud—*disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad* cuando se definen los estándares para la prestación de servicios
- *El empoderamiento de las personas* mismas, especialmente a los más marginados- para *que participen* en la formulación de políticas y para responsabilizar a aquellos que tienen el deber de actuar

¿Qué significa aplicar los derechos humanos a los programas de planificación familiar voluntaria en la práctica? Cottingham et al. (2012) llegó a la conclusión de que, desde el punto de vista de los derechos humanos, para lograr el acceso universal a la información y los servicios de anticoncepción, las prioridades requeridas legalmente incluyen

- La implementación de planes nacionales y subnacionales concretos que permitan el acceso universal
- La eliminación de barreras legales y regulatorias
- El continuo insumo de productos de salud reproductiva de alta calidad, incluyendo la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos seguros y eficaces
- El empleo de trabajadores sanitarios debidamente capacitados y supervisados que respeten la privacidad y la confidencialidad, proporcionen información completa y precisa, y garanticen el consentimiento libre e informado
- El mantenimiento de las instalaciones de alta calidad
- La eliminación de barreras económicas para el acceso
- La implementación de mecanismos eficaces de supervisión y rendición de cuentas para controlar que se cumplan con los derechos humanos y otros compromisos

En el Cuadro 5 se ilustra que los principios establecidos en el Plan de Negocios para la Cumbre de PF refleja adoptar ese enfoque basado en los derechos humanos.

#### Cuadro 5. Principios para Apoyar la Meta de Alcanzar 120 millones de Mujeres Más en 2020.

- La protección de los derechos humanos de mujeres y niñas, incluyendo a través de políticas y mecanismos para garantizar la elección informada de una amplia gama de métodos anticonceptivos de alta calidad, seguros, eficaces, aceptables y de precio razonable; la no discriminación y la garantía de que las mujeres y las niñas estén plenamente informadas y no estén coaccionadas por ningún medio.
- La integración de la planificación familiar dentro de la continua atención de la mujer y niños (incluyendo los servicios relacionados con el VIH) y el desarrollo de mecanismos que aborden las barreras para acceder a la información asequible y de alta calidad, los suministros y servicios de planificación familiar, siguen siendo adaptables y pueden ampliarse para satisfacer un conjunto más amplio de necesidades sanitarias y de desarrollo insatisfechas para mujeres y niños.
- El acceso universal a la información, los servicios y los suministros para la anticoncepción voluntaria, dentro del contexto de programas integrados para lograr la salud sexual y reproductiva y los ODM relacionados con la salud y los derechos.
- La equidad en el diseño y la implementación de las políticas y del programa, tales como la eliminación de las barreras políticas y financieras y el desarrollo de mecanismos de prestación de servicios públicos y privados, de modo que las mujeres y las niñas más pobres y vulnerables tengan acceso inmediato a la información, los suministros y los servicios de planificación familiar asequibles y de alta calidad.
- Empoderar a las mujeres para que decidan si quieren quedar embarazadas y cuándo hacerlo así como cuántos niños quieren tener.
- El desarrollo participativo de planes nacionales basados en consultas a todas las partes interesadas y sus puntos de vista, especialmente de las niñas y mujeres pobres y marginadas.
- Sólidas asociaciones entre una amplia base de partes interesadas —comunidad, gobiernos, líderes políticos, organizaciones civiles (incluyendo organizaciones religiosas), el sector privado, donantes y organismos multilaterales— para ayudar a garantizar una prestación de servicios de alta calidad, el alcance a más grupos desfavorecidos, [el] desarrollo [del] apoyo de la comunidad y responsabilidad del programa hacia las personas atendidas.
- El compromiso con los resultados, la transparencia y la responsabilidad para garantizar a los países y a la comunidad global el avance hacia los resultados, así como la supervisión y la evaluación de la protección de los derechos humanos y en qué medida se llega a las mujeres y niñas adolescentes pobres y marginadas.

Cumbre de Londres sobre Planificación Familiar, 2012: 5

## V. EL MARCO PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR VOLUNTARIA BASADA EN LOS DERECHOS

---

### Desarrollo y propósito del marco

Para comprender plenamente qué debe incluir un programa de planificación familiar voluntario basado en los derechos y cómo implementarlo en forma eficaz, un equipo del personal y de consultores de Futures Group, EngenderHealth, y de la Fundación Bill & Melinda Gates Foundation<sup>3</sup> redactó una versión preliminar del marco conceptual como una manera de ilustrar claramente cómo el voluntarismo y los derechos humanos pueden reforzarse mutuamente en los programas de planificación familiar. A partir de los elementos de los marcos existentes relacionados y la combinación de estos,<sup>4</sup> además de los documentos de derechos tal como el resume Erdman y Cook (2008), este nuevo **Marco para los programas de planificación familiar voluntaria que respetan, protegen y cumplen con los derechos humanos** fue desarrollado para Describir los elementos clave del programa de planificación familiar en término de derechos, incorporando los principios de salud pública y de derechos humanos.

- Ofrecer un enfoque práctico para poner en funcionamiento los derechos reproductivos en el desarrollo, la implementación, y el monitoreo y evaluación de los programas de planificación familiar voluntaria.
- Conectar comentarios y actividades del programa con los resultados y el impacto de la salud pública y los derechos humanos.
- Destacar cómo los países pueden invertir y seguir avanzando hacia la implementación de los derechos como parte inherente del apoyo a una programación familiar integral y de alta calidad.

El marco está diseñado para ayudar a los legisladores, administradores de programas, donantes y a la sociedad civil a nivel político, del servicio, la comunidad y los individuos con el diseño, la implementación, y la supervisión y evaluación del programa mediante la reducción de la “brecha entre la teoría y la práctica... en la traducción de las normas de derechos humanos en una orientación de programación concreta, aplicable en distintos contextos políticos y circunstancias nacionales” (Arbour, in OHCHR, 2006: 3). El marco intenta definir el impacto deseado y ofrece un camino para lograrlo a través de los sistemas. Como tal, ayuda a responder las siguientes preguntas clave:

- ¿Qué hay que hacer, e implementar, para garantizar que un programa de planificación familiar sea voluntario y respete, proteja y cumpla con los derechos humanos? (opiniones y actividades)
- ¿Qué apariencia tiene un programa de planificación familiar voluntaria que respete, proteja y cumpla con los derechos humanos? (resultados)
- ¿Cuáles son los efectos deseados de un programa de planificación familiar voluntario que respete, proteja y cumpla con los derechos? (resultados)
- ¿Cuál es el resultado esperado al implementar un programa de planificación familiar voluntario que respete, proteja y cumpla con los derechos? (impacto)

---

<sup>3</sup> El equipo estaba integrado por expertos en programas de planificación familiar internacionales y nacionales, políticas, supervisión y evaluación, derechos reproductivos y género. La experiencia se vio incrementada por las revisiones de una amplia gama de partes interesadas a nivel global, regional y nacional.

<sup>4</sup> Los marcos clave comentados incluyeron el marco de la calidad de la atención de la planificación familiar (Bruce, 1990), los derechos de los clientes y las necesidades de los prestadores (Huezo and Días, 1993), el Choices in Family Planning: Informed and Voluntary Decision Making y la Guía de Evaluación SEED para la Planificación Familiar (EngenderHealth, 2003 and 2011).



### **Contraprestaciones**

Mediante la aplicación de leyes y principios de derechos humanos en los marcos del programa de planificación familiar y de calidad de la atención, este nuevo marco conceptual reúne lo que tradicionalmente han sido las líneas de pensamiento paralelas junto con un constructo para concretar la cuestión de los derechos en la planificación familiar. El enfoque en los derechos y en los programas de planificación familiar infamada y voluntaria claramente se superpone. El marco de Calidad de Atención de Bruce/Jain (Bruce, 1990) y los Derechos de los Clientes y las Necesidades de los Prestadores de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) (Huezo and Diaz, 1993) son ejemplos notables de este vínculo. El marco incluye el voluntarismo y el lenguaje de los derechos para demostrar la compatibilidad de los enfoques.

La inclusión de los derechos humanos en la planificación familiar también señala la necesidad de mecanismos que respalden la rendición de cuentas y la reparación por la violación de los derechos. Como tal, este marco destaca la importancia de los sistemas que controlan y dan cuenta de la violación de derechos, incluyendo el derecho a decidir libremente y sin discriminación cuántos hijos tener y cuándo.

El marco impulsa a la planificación familiar a través de un sistema de salud holístico, centrado en el cliente, abordando factores que afectan los derechos humanos y la elección y el uso de la planificación familiar. Asimismo, considera los contextos nacionales y globales en los que funcionan los programas de planificación familiar. Además, refleja el contexto actual de los programas de salud, centrándose en promover la atención médica universal a través del fortalecimiento de los sistemas de salud en lugar de la programación vertical. Si bien los programas verticales son más fáciles de implementar, son menos eficaces que los sistemas de salud con la capacidad financiera y humana para prestar servicios esenciales integrados.

La atención médica universal no se puede lograr sin abordar las desigualdades entre las poblaciones, especialmente aquellas poblaciones marginadas o menos favorecidas —por ejemplo, los jóvenes, las personas que viven con VIH, los trabajadores inmigrantes, las personas desplazadas o aquellos involucrados en conflictos armados, entre otros— que generalmente tienen poco acceso a los servicios de salud. Los enfoques de los derechos humanos trabajan para hacer frente a tales desigualdades y, por lo tanto, adoptar un enfoque de derechos humanos para ofrecer planificación familiar, como parte de programas de salud sexual y reproductiva, ayudará a garantizar el acceso universal a los servicios que respetan, protegen y, en la medida de lo posible, cumplen con los derechos humanos.

El marco refleja el reciente discurso sobre los determinantes sociales de la salud (OMS, sin fecha) que fueron claramente articulados por la CIPD. Sen (2010: 143) señaló que la CIPD “reconoció que las personas pueden tomar decisiones libres y responsables sobre cómo, cuándo y cuántos niños van a tener sólo si pueden determinar cómo, cuándo y en qué condiciones pueden tener sexo, cohabitar o casarse, y si estas decisiones se toman sin coacción ni violencia y con total autonomía y entidad de un adulto. La CIPD reconoció la central importancia de las relaciones de poder basadas en la edad y el género”.

Tenga en cuenta que el marco no se refiere a las actividades relacionadas con el aborto; la definición de planificación familiar que se utiliza aquí está en consonancia con la definición de la CIPD, que establece (Párrafo 8.25) que existe la necesidad de “tratar el impacto del aborto inseguro en la salud como un problema grave de la salud pública” y que “En ningún caso se debe promover el aborto como un método de planificación familiar”.

## Componentes del marco

El marco (ver Figura 2) está diseñado como un modelo lógico que enlaza **opiniones y actividades con comentarios y los resultados e impactos** determinados para FP2020.<sup>5</sup>

- Incluye los comentarios requeridos a nivel de la **política, el servicio, la comunidad y los individuos** para lograr los resultados y los impactos deseados en la salud pública y en los derechos humanos
- Sitúa estos cuatro niveles dentro del contexto del país que afecta tanto la oferta como la demanda de planificación familiar
- Demuestra cómo los cuatro niveles apoyan las tres amplias categorías de derechos reproductivos (D):<sup>6</sup>
  - Derechos a la autodeterminación de reproducción
  - Derechos a servicios, información y capacitación sobre salud sexual y reproductiva
  - Derechos a la igualdad y a la no discriminación
- Conecta el enfoque actual sobre la calidad de la atención en los programas de PF con respecto a los elementos de DAAC:<sup>7</sup>
  - Disponibilidad
  - Accesibilidad
  - Aceptabilidad
  - Calidad
- Refleja los principios de programación de salud pública y de derechos humanos:
  - Salud pública—beneficencia, equidad, autonomía
  - Derechos humanos—participación, rendición de cuentas, no discriminación, empoderamiento y enlace a los tratados internacionales
- Se aplica a todas las fases del ciclo de vida del programa (es decir, a la evaluación de necesidades, planificación, implementación, seguimiento y evaluación, ampliación y sostenibilidad)
- Presenta la importancia de los mecanismos de rendición de cuentas para la reparación eficaz de la violación de derechos y para el manejo de vulnerabilidades presuntas o confirmadas
- Promueve la entidad de individuos para tomar decisiones relacionadas con la salud reproductiva sin discriminación, violencia ni coacción.

El marco describe claramente la necesidad de que los planificadores del programa piensen más allá de lo que ocurre durante las interacciones entre el cliente y el prestador a los efectos de las políticas y los recursos (¿apoya o entorpece la elección y el acceso al método y los derechos de los clientes?), así como factores comunitarios (¿respaldan las normas socioculturales y de género los derechos de los clientes y su capacidad de tomar decisiones autónomas con respecto a la PF? Orienta el pensamiento sistemático que

---

<sup>5</sup> Los grupos que trabajan en los resultados y en los impactos asociados con FP2020 y con los indicadores y los sistemas de supervisión y evaluación para medirlos incluyen el Grupo de Trabajo para la Supervisión y la Rendición de cuentas y el Grupo de Trabajo sobre Derechos y Empoderamiento.

<sup>6</sup> Para obtener más información sobre estas categorías, consultar Erdman and Cook, 2008.

<sup>7</sup> Ver la sección “Resultados” de este capítulo para obtener una definición y el debate de estos términos de DAAC.

incluye y va más allá de lo que ocurre en el punto de prestación del servicio para considerar la totalidad de los programas, no sólo los servicios individuales.

Si bien son integrales, no todas las organizaciones deben implementar todos los aspectos del marco. Algunas organizaciones se pueden concentrar en el aspecto de la oferta y otras en el de la demanda de los programas de planificación familiar. Algunos trabajan a nivel de la prestación de servicios, mientras que otros se especializan en la programación a nivel comunitario. Otros pueden trabajar para influir en el cambio de políticas. Del mismo modo, los donantes pueden decidir qué aspectos de la programación apoyan sus mandatos y estrategias. Pero, al tener un punto de vista integral de los sistemas, todos los actores pueden ver cómo su programación contribuye a la satisfacción de las necesidades de las mujeres y hombres con respecto a la planificación familiar voluntaria basada en los derechos humanos. También se pueden identificar las brechas en el sistema.

## Revisión de las pruebas y herramientas de apoyo

Durante el desarrollo del marco, el equipo llevó a cabo (1) una revisión de la bibliografía de las pruebas actuales de la planificación familiar voluntaria basada en los derechos para identificar prácticas que promuevan un enfoque basado en los derechos para lograr resultados en la salud pública y en los derechos y (2) una revisión de las herramientas disponibles que podrían ayudar a poner en funcionamiento un enfoque voluntario basado en los derechos. Hasta este trabajo, no existía ninguna revisión sistemática de la planificación familiar basada en los derechos y, como consecuencia, existía la necesidad de buscar pruebas y herramientas que pudieran respaldar y profundizar los componentes del marco. El equipo sintetizó los resultados del acuerdo con los componentes y los cuatro niveles del marco, contribuyendo a la identificación de acciones o factores clave para la implementación o la contraprestación de los programas de planificación familiar.

La **revisión de la bibliografía** se centró en las intervenciones, evaluaciones y estudios de casos relevantes para ayudar a comprender mejor qué elementos se requieren para lograr un exitoso programa de planificación familiar voluntario basado en los derechos. Como no existe una definición de un enfoque de planificación familiar basado en los derechos, no hay muchas pruebas relacionadas con la programación basada en los derechos. Por lo tanto, la revisión no puede considerarse exhaustiva, sino un buen punto de partida para la investigación continua. Las preguntas que orientaron la estrategia de búsqueda incluyeron

1. ¿Cómo podemos garantizar que los programas de salud pública orientados a aumentar el acceso y el uso de la planificación familiar sean voluntarios y respeten y protejan los derechos en la forma en la que están diseñados, implementados y son evaluados?
2. ¿Qué funciona para promover la planificación familiar voluntaria, basada en los derechos? O, ¿qué intervenciones o herramientas basadas en los derechos aumentan la demanda de planificación familiar y/o el acceso a esta (prestación de servicios)?
3. ¿Qué pruebas existen para respaldar un enfoque basado en los derechos con respecto a la planificación familiar?

La búsqueda en la bibliografía (bases de datos, sitios web individuales, búsqueda manual) tenía el objeto de encontrar referencias para

1. Cualquier “principio” de derechos reproductivos y de empoderamiento (podría incluir “enfoques”)
2. “Herramientas” o “enfoques” que se pueden utilizar en los programas de planificación familiar que respaldan los derechos reproductivos y el empoderamiento
3. “Estudios de intervención” en los programas de planificación familiar

Los resultados de la revisión de 350 documentos fueron clasificados en cuatro niveles de acuerdo con el marco conceptual: política, servicio, comunidad<sup>8</sup> e individual. En síntesis, los resultados revelaron algunas acciones/intervenciones claves necesarias para garantizar que

- *Nivel de políticas:* las condiciones de gobernabilidad (especialmente el compromiso político) y la rendición de cuentas (especialmente hacia la comunidad) respaldan los programas de planificación familiar que respetan, protegen y cumplen con los derechos (sobre todo en áreas de información, insumos y servicios).
- *Nivel de servicios:* los elementos de la calidad de la atención (calidad, accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad) guían la programación para que se ajuste a los más elevados estándares de atención y, así, proteger los principios de los derechos humanos inherentes (especialmente en áreas de combinación de métodos, competencia técnica e integración de servicios).
- *Nivel de la comunidad:* los entornos políticos, financieros y sociales están respaldados por la participación eficaz de diversos grupos de la comunidad (especialmente de jóvenes) en todos los aspectos de la política de planificación familiar y en el desarrollo, implementación y monitoreo del programa (especialmente en las áreas de formulación de políticas, financiamiento y normas sociales y equidad).
- *Nivel individual:* los distintos contextos en los que vive una persona le permiten ejercer sus derechos (especialmente en las áreas de conducta, conocimientos, acceso a la información y servicios y empoderamiento).

Las principales opiniones y actividades identificadas en cada nivel se reflejan en el marco. Ver el trabajo adjunto en esta serie, *Programas de Planificación Familiar Voluntaria que Respetan, Protegen y Cumplen con los Derechos Humanos: Una Revisión Sistemática de las Pruebas*, para obtener detalles sobre el enfoque, la estrategia de búsqueda y las pruebas revisadas por nivel, incluyendo las brechas de conocimiento identificadas (Rodríguez et al., 2013).

La revisión de herramientas disponibles en materia de planificación familiar se concentró en aquellos que podían ayudar a poner en práctica los componentes de un enfoque de planificación familiar voluntario basado en los derechos. La estrategia de búsqueda se centró en la experiencia con las herramientas o en sus evaluaciones. Se revisaron trescientos cincuenta documentos de recursos y, de ellos, 150 fueron clasificados en las mismas cuatro categorías del marco —políticas, servicios, comunidad e individual— más una quinta, transversal (asociada con los cuatro niveles) y luego se clasificaron además por tipo:

- Capacitación
- Evaluación
- Marco
- Metodología
- Implementación
- Asistencia laboral

---

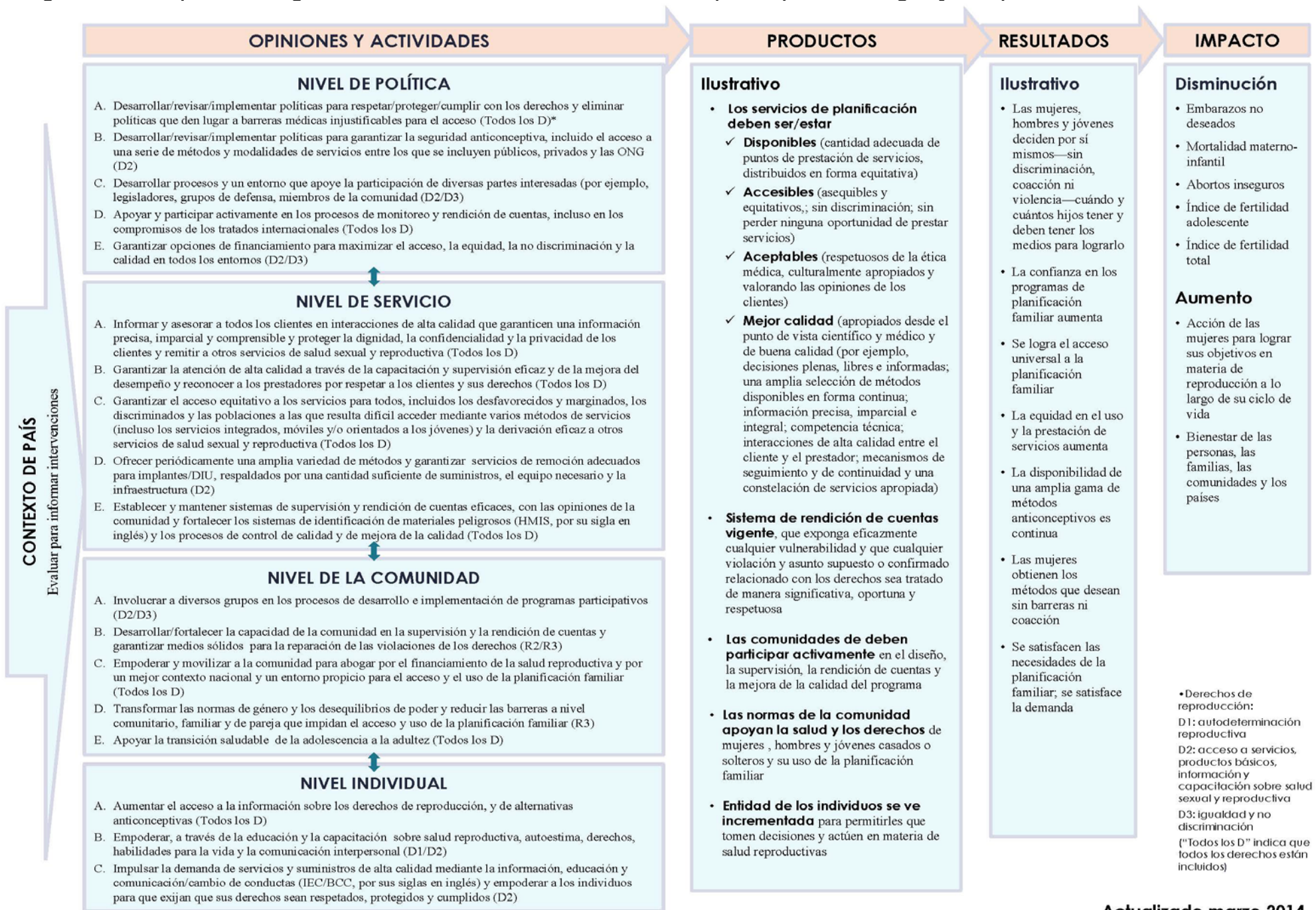
<sup>8</sup> La revisión del equipo a nivel de la comunidad centrada en la participación comunitaria, como una revisión exhaustiva de la vasta bibliografía sobre enfoques participativos comunitarios, empoderamiento comunitario y el desarrollo de capacidades comunitarias en materia de salud se encontraba fuera del alcance de esta revisión.

Del total de las 150 herramientas incluidas, el 29 por ciento se centró explícitamente en los derechos humanos o en los derechos reproductivos, pero esto no significa que los documentos restantes mostraron una falta de apoyo a los derechos humanos o reproductivos (a veces, las referencias eran implícitas). La revisión demostró que

- Se requiere una evaluación más exhaustiva para determinar la eficacia potencial o comparativa de una herramienta como herramienta para poner en marcha programas de planificación familiar que respeten, protejan y cumplan con los derechos.
- Existe una brecha en muchas herramientas e indicadores para supervisar y garantizar la rendición de cuentas.
- La mayoría de las herramientas se centran en gran medida en la calidad de la atención y no específicamente en el empoderamiento o en los derechos del cliente.

Ver el trabajo adjuntos en esta serie, *Programas de Planificación Familiar Voluntaria que Respeten, Protejan y Cumplan con los Derechos Humanos: Una Revisión Sistemática de Herramientas*, para obtener detalles sobre los documentos de recursos revisados y los resultados (por categoría y tipo) (Kumar et al., 2013).

Figura 2. Marco para los Programas de Planificación Familiar Voluntaria que Respetan, Protegen y Cumplen con los Derechos Humanos



Cita: Hardee, K., et al. 2013. *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights: A Conceptual Framework*. Washington, DC: Futures Group.

## Actividades

### *Contexto nacional*

El marco reconoce que los programas de planificación familiar se ven afectados por los entornos políticos, sociales, culturales y económicos de un país. Es importante evaluar este contexto general para tanto trabajar dentro de éste como intentar cambiar algunos aspectos para promover e implementar programas de planificación familiar voluntaria que respeten y protejan los derechos. El valor de este tipo análisis es que el proceso en sí mismo, así como el análisis y las recomendaciones obtenidas, puede ser útil para garantizar un mayor entendimiento de la necesidad de colaboración entre disciplinas y sectores para identificar y reducir barreras para el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y a los derechos, en particular para los grupos vulnerables.

Las acciones claves en este nivel son para

- Evaluar el país y el contexto global en general —en el que se sitúa la planificación familiar voluntaria basada en los derechos humanos— y la aplicación de los resultados para informar a las intervenciones en todos los niveles, incluyendo las intervenciones en materia de poblaciones marginales y vulnerables:
  - **Gobernabilidad general del país**, incluyendo las seis dimensiones de gobernabilidad general del Banco Mundial: rendición de cuentas y opinión, apoyo y estabilidad política, estado de derecho/calidad regulatoria, eficacia del gobierno, relaciones y dinámica del poder y control de la corrupción<sup>9</sup>
  - **Gobernabilidad de la salud**, incluyendo la rendición de cuentas del gobierno en materia de salud (por ejemplo, el fortalecimiento de los sistemas de salud a través de la creación de los elementos fundamentales de los sistemas de salud) y la planificación familiar/salud reproductiva
  - **Financiamiento/recursos**, incluyendo la disponibilidad de financiamiento a nivel nacional y local para la salud, la salud reproductiva y la planificación familiar
  - **Entorno de políticas de salud**, incluyendo aquellas políticas en materia de planificación familiar (por ejemplo, políticas de maternidad sin riesgo, la política sobre jóvenes) y condición de salud (por ejemplo, morbilidad y mortalidad materna, mortalidad infantil, estado de salud del niño)
  - **Contexto sociocultural y normas de género**, incluyendo aquellas que afecten a las poblaciones marginadas
  - **Participación de distintas partes interesadas**, incluyendo la participación de la sociedad civil, de las comunidades y de los actores del sector público y privado
  - **Cumplimiento de acuerdos mundiales sobre derechos humanos**, incluyendo en leyes y políticas nacionales
  - **Rendición de cuentas global** de los donantes y de otros actores internacionales, incluyendo el trabajo a nivel nacional
  - **Mecanismos nacionales de rendición de cuentas** existentes, incluyendo los medios para reparar las violaciones de los derechos por parte del gobierno como responsable del deber de

---

<sup>9</sup> La buena gobernabilidad se define por altos rankings en estas dimensiones (<http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.asp>). La gobernabilidad incluye las actividades llevadas a cabo por organismos gubernamentales electos y designados tales como parlamentos, ministerios y organismos reguladores. La gobernabilidad también va más allá de éstos para incluir empresas privadas, organismos de defensa de la sociedad civil, grupos comunitarios y particulares.

respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos (por ejemplo, organismos de supervisión de los tratados, los tribunales de derechos humanos y los tribunales nacionales), incluyendo la rendición de cuentas de los actores privados y de la asistencia internacional

### ***Nivel de políticas***

Se han identificado las políticas de apoyo como uno de los 10 elementos de la programación exitosa de la planificación familiar (Richie and Salem, 2008). La formulación de políticas—a pesar de ser, por supuesto, necesaria pero no suficiente para garantizar la planificación familiar voluntaria basada en los derechos— es un proceso complejo que involucra a una serie de actores con distintas demandas y prioridades (Walt et al., 2008; Buse et al., 2010). Las Políticas nacionales, leyes, lineamientos operativos, planes estratégicos y otros instrumentos relacionados con políticas —no sólo dentro del sector de la salud sino que también en otros sectores— establecen cómo los países abordan las cuestiones relacionadas con la planificación familiar y si lo hacen de manera que respete, proteja y cumpla con los derechos. Por ejemplo, en América Latina y África, los ministros de salud y educación firmaron y adoptaron declaraciones que comprometieron a sus gobiernos a tomar medidas para proveer educación sexual—todo a través de un marco de derechos humanos (Cottingham et al., 2012).

El nivel de políticas incluye aquellas acciones o factores que influyen sobre las políticas —y, por lo tanto, el ambiente propicio— que afectan el acceso y el tratamiento equitativo; los recursos adecuados, la buena gobernabilidad y la gestión y la rendición de cuentas para garantizar disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la información y los servicios de planificación familiar:

#### *Crear un entorno propicio para los programas de planificación familiar*

##### **A. Desarrollar/revisar/implementar políticas para respetar/proteger/cumplir con los derechos y eliminar políticas que den lugar a barreras médicas injustificadas para el acceso (Todos los D)**

- Desarrollar leyes y políticas que garanticen que los servicios de planificación familiar estén lo suficientemente disponibles, física y económicamente accesibles a todas las personas sin discriminación; sean aceptables, respeten la cultura y la confidencialidad y sean de la más alta calidad posible
- Proteger la salud reproductiva y los derechos humanos de la mujer
- Apoyar la promoción de la igualdad de género y de la autonomía de las mujeres en el ejercicio de sus derechos a la reproducción
- Apoyar la prevención de prácticas nocivas (por ejemplo, matrimonio infantil, violencia de género, la mutilación de los genitales femeninos) y el conocimiento de las violaciones de los derechos y de los daños provocados por este tipo de prácticas
- Garantizar el acceso equitativo a los servicios para todos los grupos (por ejemplo, sin discriminar el origen étnico, la edad, el nivel de ingresos)
- Garantizar el más elevado estándar de salud reproductiva y hacer frente a los que contribuyen a una deficiente salud sexual y reproductiva (SSR)
- Eliminar las barreras de acceso (por ejemplo, criterios de elegibilidad de clientes) o las políticas injustificadas que contengan objetivos o incentivos específicos del método o basados en el rendimiento que sean coactivos en la práctica
- Establecer estándares de servicio y permitir el cambio y la distribución de tareas y facilitar el acceso a una amplia variedad de métodos anticonceptivos seguros y eficaces
- Proteger la privacidad en entornos de prestación de servicios
- Promover la educación sexual integral y el acceso a información sobre planificación familiar (dentro de la salud sexual y reproductiva)



- Aumentar el acceso a la información sobre los derechos reproductivos para ofrecer opciones y un sentido de derecho a servicios de alta calidad
- B. Desarrollar/revisar/implementar políticas para garantizar la seguridad anticonceptiva, incluido el acceso a una serie de métodos y modalidades de servicios entre los que se incluyen públicos, privados y las ONG (D2)**
- Continuar con la implementación de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS
  - Garantizar un insumo constante de diversos anticonceptivos, insumos y equipos
  - Garantizar que los ministerios y donantes correspondientes colaboren en la elaboración del presupuesto de insumo para la salud reproductiva
  - Desarrollar la capacidad de los sistemas de adquisición y recopilación de datos para rastrear las necesidades sanitarias y de insumos
  - Establecer una cadena de insumos y un sistema de adquisición eficaz, incluso a través de un sistema de monitoreo que permita que todos los asociados controlen la falta de existencias y mejoren el sistema de distribución
  - Colaborar con instituciones de investigación, fabricantes, organizaciones encargadas de prestar servicios y usuarios potenciales para desarrollar tecnologías anticonceptivas seguras, eficaces y aceptables que satisfagan las necesidades de las personas.
- C. Desarrollar procesos y un entorno que apoye la participación de diversas partes interesadas (por ejemplo, legisladores, grupos de defensa, miembros de la comunidad) —incluyendo actores del gobierno/sector público a nivel nacional y descentralizado, organizaciones de la sociedad civil, incluyendo grupos de mujeres y de derechos humanos a nivel nacional y de la comunidad; personas pobres, vulnerables y marginadas y otras poblaciones clave; líderes comunitarios y religiosos; actores del sector privado y actores relacionados con los sectores—para (D2/D3)**
- Contribuir para establecer prioridades y estándares para las políticas/programas de planificación familiar
  - Abogar por la planificación familiar en procesos de reforma
  - Supervisar políticas y programas (ver el punto D)
  - Responder a las voces y demandas de grupos pobres/vulnerables
  - Evaluar y hacer frente a factores ambientales que crean barreras para el uso de la planificación familiar
- D. Apoyar y participar activamente en los procesos de monitoreo y rendición de cuentas, incluso en los compromisos de los tratados internacionales (Todos los D)**
- Garantizar los sistemas y datos de monitoreo y evaluación adecuados (por ejemplo, desglosados por edad, sexo) para facilitar un proceso de monitoreo y de rendición de cuentas oportuno
  - Supervisar la acción y el seguimiento de los compromisos y de las observaciones finales por parte de los tratados internacionales de derechos humanos [por ejemplo, la Convención para la Eliminación de Todo Tipo de Discriminación Contra la Mujer o CEDAW (por sus siglas en inglés)]
  - Apoyar a las organizaciones de la sociedad civil y otras (por ejemplo, grupos de mujeres y de poblaciones clave) para que supervisen las políticas y el desempeño del gobierno en cuestiones relacionadas con la planificación familiar, incluso la calidad de la atención
  - Garantizar que el gobierno supervise la calidad de la prestación de servicios y la respuesta a la planificación familiar

- Establecer o fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas/derechos humanos para hacer frente a las violaciones de los derechos (incluyendo la discriminación o coacción); desarrollar medios para reparar violaciones y aplicar herramientas de supervisión de derechos (auditorías del patrimonio)
- Supervisar las consignas presupuestarias para garantizar que la salud reproductiva esté cubierta

**E. Garantizar opciones de financiamiento para maximizar el acceso, la equidad, la no discriminación y la igualdad en todos los entornos (D2/D3)**

- Garantizar recursos nacionales y de donantes y mecanismos de financiamiento para implementar políticas para ampliar la cobertura de servicios de planificación persona y garantizar el acceso a una amplia gama de métodos y servicios para todos (incluyendo a los pobres/grupos vulnerables)
- Identificar y reformar los planes de financiamiento que puedan eliminar barreras para lograr el acceso a los servicios, materias primas e insumos para la planificación familiar
- Garantizar una partida presupuestaria para las materias primas, equipos, insumos y servicios de planificación familiar

***Nivel de servicio***

Prestar a los clientes servicios de alta calidad que satisfagan las necesidades de la salud reproductiva y respeten, protejan y cumplan con los derechos centrará la atención apropiadamente en la prestación de los servicios. Tal como se señala en este trabajo, el marco conceptual se basa y vincula marcos clave existentes, en especial, Los Elementos Fundamentales de la Calidad de la Atención (Bruce, 1990), Los derechos de los clientes y las necesidades de los prestadores de la IPPF (Huezo and Diaz, 1993), y la Carta de derechos reproductivos (IPPF, 1996). La mayoría de las pruebas y herramientas identificadas en la revisión sistemática realizada para este trabajo está relacionada con el nivel de la prestación de servicios.

El nivel del servicio incluye todas las modalidades de prestación de servicios, incluidos los sectores públicos, privados y de las ONG, basados en la clínica y en la comunidad; la comercialización estática y móvil y social, entre otros. A nivel de la prestación de servicios, el marco considera aquellas acciones o factores que influyen sobre la capacidad del sistema de salud para que los servicios de planificación familiar voluntaria estén a disposición, que sean accesibles y aceptables y de alta calidad (que cumplan con los derechos de los clientes y las necesidades de los prestadores) tanto para los centros como para las comunidades.

*Prestar servicios, información e insumos para la planificación familiar equitativa y de alta calidad*

**A. Informar y asesorar a todos los clientes en interacciones de alta calidad que garanticen una información precisa, imparcial y comprensible y proteger la dignidad, la confidencialidad y la privacidad de los clientes y remitir a otros servicios de salud sexual y reproductiva (Todos los D)**

- Asesorar habitualmente a todos los clientes y respetar y proteger sus derechos a tomar decisiones autónomas sobre si utilizarla planificación familiar o no y qué métodos usar
- Proteger la privacidad y la confiabilidad de los clientes
- Abordar la violencia de género y establecer vínculos con una programación más amplia de la violencia de género

- B. Garantizar la atención de alta calidad a través de la capacitación y supervisión eficaces y de la mejora del desempeño y reconocer a los prestadores por respetar a los clientes y sus derechos (Todos los D)**
- Ofrecer capacitación, supervisión y los recursos adecuados a los prestadores (incluyendo conocimientos y habilidades técnicas y concientización sobre los derechos) para asegurar la competencia técnica y reducir el sesgo, el estigma y la discriminación
- C. Garantizar el acceso equitativo a los servicios para todos, incluidos los desfavorecidos y marginados, los discriminados y las poblaciones a las que resulta difícil acceder, mediante varios modelos de servicios (incluso los servicios integrados, móviles y/o orientados a los jóvenes) y la derivación eficaz a otros servicios de salud sexual y reproductiva (Todos los D)**
- Garantizar el acceso, incluso de las mujeres y niñas que viven con VIH, las mujeres y niñas que viven en conflictos y crisis humanitarias, los habitantes pobres de las zonas rurales.
  - Prestar servicios a nivel de los centros y comunidades
  - Integrar la planificación familiar con el VIH y los servicios de salud materna, neonatal y del niño
- D. Ofrecer periódicamente una amplia variedad de métodos y servicios para la remoción adecuada, garantizando una cantidad suficiente de insumos y el equipo y la infraestructura necesarios (D2)**
- Ofrecer periódicamente una amplia selección de métodos a todos los clientes, sin discriminación, para satisfacer toda la gama de preferencias de los clientes y los objetivos de reproducción
  - Garantizar suficientes inventarios de insumos, instrumentos y equipos de trabajo confiables, además de la infraestructura necesaria para mantener la prestación ininterrumpida de servicios de alta calidad
  - Garantizar que la formación en gestión de la cadena de insumo esté vigente a nivel del centro, el distrito y local
- E. Establecer y mantener sistemas de supervisión y rendición de cuentas eficaces, con opiniones de la comunidad y fortalecer los procesos de identificación de materiales peligrosos (HMIS, por su sigla en inglés) y de control de calidad y de mejora de la calidad (Todos los D)**
- Garantizar la integración del respeto y la protección de los derechos en la supervisión del desempeño y en los indicadores, procedimientos y prácticas de rendición de cuentas
  - Involucrar a las comunidades en la supervisión del programa y establecer un mecanismo de retroalimentación de los clientes
  - Establecer mecanismos para investigar las vulnerabilidades de los derechos y para reparar violaciones

### ***Nivel de la comunidad***

Desde la declaración de Alma Ata en 1978, se ha destacado la participación de la comunidad en programas de salud y es un componente central de los enfoques basados en los derechos humanos para desarrollar programas, tal como se articula en el Entendimiento Común de la ONU, adoptado en 2003 (HRBA Portal, sin fecha). Existen dos razones principales detrás de los enfoques de participación comunitaria: (1) utilizar los recursos de la comunidad para compensar los costos y aumentar la sostenibilidad y (2) empoderar a las comunidades para que sean más activas en los proyectos de salud y

desarrollo a fin de que las personas tengan un mayor grado de autodeterminación y puedan manejar mejor sus propias vidas (Wallerstein, 1993). Zackus and Lysack (1998: 2) describen el último enfoque de participación comunitaria:

“La participación comunitaria en la salud... puede definirse como el proceso por el cual los miembros de la comunidad (a) desarrollan la capacidad de asumir una mayor responsabilidad en la evaluación de sus necesidades y problemas de salud; (b) planifican y luego actúan para implementar sus soluciones; (c) crean y gestionan organizaciones en apoyo a estos esfuerzos y (d) evalúan los efectos y realizan los ajustes necesarios en los objetivos y programas en forma continua. Por lo tanto, la participación comunitaria es una estrategia que ofrece a las personas un sentido de que pueden resolver sus problemas a través de una reflexión cuidadosa y la acción colectiva”.

La participación comunitaria—ya sea dirigida hacia el desarrollo, la supervisión, la rendición de cuentas o la defensa de un programa—puede contribuir más sustancialmente a la aceptabilidad de los programas de planificación familiar y a la capacidad de los programas para lograr la participación de las poblaciones a las que tradicionalmente les resulta difícil llegar (Rifkin, 2003). Si bien la atención en el nivel de la prestación de servicios es esencial, no es suficiente para garantizar que los clientes tengan la opción de métodos que satisfagan sus necesidades y tengan acceso a los métodos que deseen. Tampoco llega a los clientes potenciales en las comunidades en las que las barreras socioculturales para el uso de la planificación familiar o para la toma de decisiones autónoma no permiten que las mujeres ejerzan su derecho a la información y a los servicios sobre anticonceptivos.

A nivel comunitario, el marco considera esas acciones o factores que empoderan a las comunidades para que (1) participen en el desarrollo y la implementación de las políticas y programas diseñados para prestarles servicios; (2) hagan que los legisladores y los prestadores de servicios rindan cuentas; (3) adapten normas y costumbres y (4) mejoren el conocimiento de la comunidad en materia de derechos humanos y planificación familiar para facilitar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos de los miembros de la comunidad a la información y los servicios de planificación familiar voluntaria de alta calidad.

*Garantizar la participación/el compromiso equitativo en el desarrollo, la implementación y la supervisión de políticas y del programa*

**A. Involucrar a grupos diversos en los procesos de desarrollo e implementación de programas participativos (D2/D3)**

- Fomentar y apoyar la participación de la sociedad civil, incluidos los grupos de mujeres y de derechos humanos a nivel nacional y comunitario; poblaciones pobres, vulnerables y marginadas, jóvenes y otras poblaciones clave, líderes comunitarios y religiosos, en el diseño, la implementación y la supervisión de políticas y programas de servicios
- Garantizar un enfoque representativo mediante la identificación de grupos menos representados y el abordaje de los factores que impiden su participación en el proceso de desarrollo del programa

**B. Desarrollar/fortalecer la capacidad de la comunidad en la supervisión y la rendición de cuentas y garantizar sólidos medios para la reparación de las violaciones de los derechos (D2/D3)**

- Aumentar la alfabetización de la comunidad en materia de recursos humanos, supervisión y rendición de cuentas

- Establecer un proceso activo de participación entre la comunidad y el sistemas de salud mediante negociaciones para mejorar los resultados y garantizar que se respeten, protejan y cumplan con los derechos
  - Instruir a la comunidad sobre los mecanismos para garantizar una atención de alta calidad y la toma de decisiones voluntaria e informada
  - Garantizar mejores resultados de salud mediante la supervisión del desempeño de los prestadores, la calidad de los servicios e instalaciones, y la disponibilidad de productos básicos y servicios
- C. Empoderar y movilizar a la comunidad para abogar por el financiamiento de la salud reproductiva y por un mejor contexto nacional y un entorno propicio para el acceso y el uso de la planificación familiar (Todos los D)**
- Desarrollar/fortalecer la capacidad de las comunidades para abogar por una atención médica disponible, accesible, aceptable y de alta calidad
  - Promover la participación comunitaria y de la sociedad civil en la movilización y en la toma de decisiones sobre el financiamiento local y los presupuestos para servicios de salud
  - Impulsar la defensa para hacer frente a las barreras sociales que impiden el acceso, incluidas las barreras a la educación sobre salud reproductiva
  - Aumentar la conciencia y el apoyo global para los derechos reproductivos, la igualdad de género, y la información y acceso para los jóvenes
  - Crear conciencia y apoyo a los derechos reproductivos de los grupos vulnerables
- D. Transformar las normas de género y los desequilibrios de poder y reducir las barreras a nivel comunitario, familiar y de pareja que afecten el logro de los derechos reproductivos (D3)**
- Abordar factores comunitarios y otros factores ambientales que crean barreras para el uso de la planificación familiar mediante el cambio de normas, actitudes y conductas relevantes y la promoción de la autodeterminación en el uso de la planificación familiar a nivel comunitario
  - Involucrar a los guardianes de la comunidad—líderes/personas tradicionales, religiosas o culturales—en el apoyo a la planificación familiar
  - Involucrar a los hombres constructivamente en la planificación familiar y en la salud sexual y reproductiva
- E. Apoyar la transición saludable de la adolescencia a la adultez (Todos los D)**
- Trabajar con líderes comunitarios, padres y adultos que desempeñan un papel preponderante en la vida de los jóvenes para que apoyen la salud y los derechos reproductivos de los jóvenes y accedan a los servicios de planificación familiar de alta calidad.
  - Preparar a las niñas y niños para la vida adulta, enseñándoles higiene, autoestima, derechos, habilidades para la vida, etc.
  - Proporcionar a los jóvenes educación apropiada para su edad sobre salud reproductiva y derechos

### ***Nivel individual***

Tomarse en serio “el derecho de los individuos y de las parejas a decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo”, la persona es el centro de un enfoque voluntario basado en los derechos humanos en lo que respecta a la planificación familiar. Con la certeza de que las personas pueden enfrentar importantes desafíos para ejercer sus derechos reproductivos, el nivel individual del marco considera aquellas acciones y factores—incluidas las normas familiares, educativas, religiosas, de género y

sociales—que influyen sobre la capacidad de los individuos de una comunidad determinada para ejercer sus derechos reproductivos, incluso el derecho a la información y a los servicios de planificación familiar voluntaria.

*Permitir que los individuos ejerzan sus derechos reproductivos*

- A. Aumentar el acceso a la información sobre los derechos reproductivos y las alternativas anticonceptivas (Todos los D)**
  - Apoyar a los grupos de autoayuda y a otras redes y vehículos para difundir información y prestar apoyo para el cambio de actitudes y conductas
  - Aumentar el conocimiento de los individuos con respecto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y el tratamiento respetuoso y de alta calidad dentro de las instalaciones de salud sobre la base de la igualdad y la no discriminación
  - Instruir sobre el cambio de las necesidades anticonceptivas de las mujeres a medida que avanzan en su ciclo de vida reproductiva
  - Eliminar las brechas de conocimiento y corregir los mitos sobre la planificación familiar
  
- B. Empoderar, a través de la educación y la capacitación sobre salud reproductiva, autoestima, derechos, habilidades para la vida y la comunicación interpersonal (D1/D2)**
  - Mejorar las habilidades de comunicación y negociación entre las parejas
  - Promover actitudes y conductas de género equitativas
  - Mejorar los conocimientos sobre salud y las habilidades de comunicación
  - Impulsar el apoyo de los familiares y de otras personas influyentes para el uso de la planificación familiar
  
- C. Impulsar la demanda de servicios e insumos de alta calidad mediante la información, educación y comunicación/cambio de conductas (IEC/BCC, por sus siglas en inglés) y empoderar a los individuos para que exijan que sus derechos sean respetados, protegidos y cumplidos (D2)**
  - Informar a las personas vulnerables sobre los programas diseñados para asistirlos, tales como los sistemas de cupones o de prestación de servicios basados en la comunidad
  - Involucrar a los hombres como parejas en la toma de decisiones en materia de reproducción, sin comprometer la autonomía de las mujeres para tomar decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva

## Productos

Las actividades en el marco resaltan un enfoque basado en los derechos para la programación de la planificación familiar voluntaria. El uso de un modelo de marco lógico facilita la vinculación de las actividades propuestas con los correspondientes productos y resultados basados en los derechos. También se presta para obtener una visión sistémica de los programas de planificación familiar. Meadows (1999) incluye los “objetivos del sistema” como uno de los principales puntos de influencia para el cambio transformacional de los sistemas complejos. Este marco para la planificación familiar voluntaria basada en los derechos pone en marcha acciones que ayudarán a lograr los objetivos tanto de planificación familiar como de derechos humanos, que no necesariamente deben oponerse. Si bien los resultados finales de la planificación familiar que se evaluarán en FP2020 aún deben identificarse, los productos de este marco dan lugar a consecuencias que van más allá de las medidas tradicionales, tales como la tasa de prevalencia de los anticonceptivos, para medir los factores que indican la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad de la planificación familiar y que acentúan la rendición de cuentas en materia de calidad y equidad en la programación.

El uso de un marco de derechos humanos resalta la obligación de los responsables de promover programas familiares disponibles, accesibles, aceptables y de alta calidad (DAAC). La disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y alta calidad en planificación familiar deberían ser productos a nivel de políticas y servicios. Si bien estas obligaciones recaen sobre los gobiernos, el marco indica su importancia para los gestores y prestadores de servicios para garantizar que sus servicios respeten y protejan los derechos. La Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (UNCESCR, 2000) define el término:

- **Disponibilidad** se refiere a instalaciones sanitarias y de salud pública en funcionamiento, bienes y servicios de salud, así como a programas disponibles en cantidad suficiente en el país.
- **Accesibilidad** tiene cuatro componentes: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y la accesibilidad a la información.
- **Aceptabilidad** implica que todos los centros de salud, bienes y servicios de salud deben respetar la ética médica y ser culturalmente adecuados (es decir, deben respetar la cultura de las personas, de las minorías, de los pueblos y de las comunidades, ser sensibles a los requisitos de género y del ciclo de la vida, y estar diseñados de manera que respeten la confidencialidad y mejoren el estado de salud de las personas afectadas).
- **Calidad** resalta que los centros, servicios y productos básicos de salud también deben ser científica y médicamente apropiados y de buena calidad. Para ello es necesario, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos científicamente aprobados y vigentes y equipos hospitalarios, agua potable y segura, y condiciones sanitarias adecuadas.

La DAAC fue creada para aclarar el contenido y el significado del derecho al máximo nivel de salud física y mental posible. Los productos de la actividad relacionados con el aumento de la DAAC en el contexto de la planificación familiar pueden ser más específicos cuando el marco se utiliza para el desarrollo del programa y de las políticas; en el marco sólo se proporcionan unos pocos productos a modo de ejemplo.

La calidad técnica descrita en la Observación General puede ser apoyada aún más por un historial de décadas en la planificación familiar, resaltando la atención de alta calidad (Bruce, 1990). El concepto de calidad de la atención refuerza los derechos a la autodeterminación, a la información y a la educación, lo que resalta la importancia de la elección informada y la calidad de la interacción interpersonal entre clientes y prestadores. En el contexto de la planificación familiar, el énfasis histórico y continuo en materia de calidad de la atención constituye el elemento C de DAAC; por lo tanto, los elementos de la calidad de la atención para la planificación familiar están incluidos en la sección de productos del marco para demostrar su aporte único a los productos e indicadores relacionados. Los componentes de la calidad de atención de la planificación familiar incluyen

- Las mujeres toman decisiones plenas, libres e informadas sobre el uso de la planificación familiar
- Las mujeres tienen acceso a una selección de métodos
- La información proporcionada a los clientes es precisa, imparcial e integral
- Los prestadores poseen la competencia técnica de proporcionar o derivar a los clientes a una variedad de métodos
- La capacitación del prestador refleja el compromiso con el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos y los supervisores refuerzan la capacitación recompensando el desempeño de los prestadores de servicios que respeten, protejan y cumplan con los derechos.
- Los prestadores tienen tiempo suficiente y capacidades de comunicación para las interacciones de alta calidad entre el cliente y el prestador

- Los mecanismos de seguimiento y de continuidad están vigentes para apoyar el uso continuo de anticonceptivos y el cambio de método anticonceptivo
- Existe una constelación adecuada de servicios disponibles para apoyar la facilidad del acceso y la salud reproductiva en general

La calidad de la atención refuerza y amplía conceptos tales como disponibilidad y calidad, pero no destaca la equidad en la medida en que se requiere un enfoque de derechos humanos para la planificación familiar. Al incluir tanto DAAC como la calidad de la atención, los productos del marco se describen de tal manera que ambas cuestiones de equidad y calidad se reflejan en forma adecuada.

La DAAC y la calidad de la atención proporcionan una base integral para los productos relacionados con la oferta y los aspectos del contexto nacional para los programas de planificación familiar y el entorno propicio para que las personas ejerzan sus derechos reproductivos. Se esperan productos adicionales de las actividades a nivel comunitario e individual. Los productos prioritarios que se adaptan a las necesidades, las inquietudes y el contexto de la necesidad de la comunidad a ser determinado a nivel local. En general, un programa que incorpora actividades a nivel comunitario e individual promoverá un entorno propicio más sólido para la planificación familiar, abordando las barreras a nivel comunitario para la planificación familiar y estimulando la demanda de servicios de alta calidad. Los productos que describen la participación de la comunidad en el desarrollo y el acceso a programas, la promoción de mecanismos para rendir cuentas, la participación en la defensa y la satisfacción de las necesidades de los adolescentes y la difusión de información pueden ser especificados a nivel local.

En última instancia, el resultado deseado es que se respeten, protejan y cumplan los derechos a la (1) autodeterminación en materia de reproducción (derecho a la integridad física y a la seguridad de las personas y el derecho de las parejas y de las personas a decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo); (2) servicios, información y educación de salud sexual y reproductiva (incluido el derecho al más elevado estándar de salud posible) y (3) derechos a la igualdad y a la no discriminación (derecho a tomar decisiones relacionadas con la reproducción sin discriminación, coacción ni violencia). Estos derechos se respetan, protegen y cumplen a través del trabajo a nivel político, de servicios, comunitario e individual.

Determinar lo que se debe medir para evaluar el impacto de las actividades del marco es fundamental para identificar los programas de planificación familiar exitosos. Las medidas y los indicadores deben medir el avance hacia el logro de la meta de llegar a 120 millones de usuarios nuevos pero también debe reconocer y reforzar las obligaciones del programa de respetar, proteger y cumplir con los derechos en toda la programación de la planificación familiar evaluando explícitamente en qué medida lo logran. La vinculación de las actividades voluntarias basadas en los derechos con los resultados, productos e impactos mensurables aumenta la responsabilidad de los programas de lograr resultados de una manera transformacional.

## Resultados e impactos

Los programas de planificación familiar contribuyen a una serie de resultados positivos, tanto para las personas como para las sociedades. Con el tiempo, estos resultados se han utilizado como tres fundamentos para la inversión en planificación familiar: el empoderamiento individual, la mejora de la salud y el bienestar de las madres y de los niños, y la capacidad de un país para planificar y gestionar el desarrollo. Estos fundamentos también han sido descritos como fundamentos de los derechos humanos, de la salud y los datos demográficos (Seltzer, 2002).

Este marco conceptual describe una visión del éxito de los programas de planificación familiar voluntaria basada en los derechos humanos que abarcan tanto los derechos humanos como los resultados de la salud.



Previo a la Cumbre de Londres de 2012, el fundamento de la salud fue resaltado por primera vez y el fundamento de los derechos humanos fue incluido posteriormente. Sin embargo, cuando las mujeres eligen y usan los servicios de planificación familiar que respetan y protegen los derechos, se producen beneficios adicionales relacionados con la mejora general de la salud y la capacidad de alcanzar objetivos de desarrollo sostenidos y más amplios a nivel nacional. Los resultados posiblemente también proporcionen beneficios para que los países planifiquen y gestionen el desarrollo. Los resultados ilustrativos en el marco incluyen, por ejemplo, mayor confianza en los programas de planificación familiar, el logro del acceso universal a la planificación familiar, una mayor equidad en la prestación y el uso de los servicios, la disponibilidad sostenible de una amplia gama de métodos anticonceptivos y una mayor satisfacción de la demanda de planificación familiar. Entre los impactos ilustrativos se incluye una reducción de los embarazos no deseados, la disminución de la mortalidad materno-infantil, la disminución de los abortos poco seguros y una menor fecundidad de las adolescentes. Además, los impactos incluyen un aumento en la acción de las mujeres para lograr sus objetivos en materia de reproducción a lo largo de su ciclo de vida y un aumento del bienestar de las personas, las familias, las comunidades y los países.

## VI. RESUMEN Y RECOMENDACIONES

---

### Resumen

El compromiso de la voluntad política y el financiamiento en la Cumbre de Planificación Familiar de Londres 2012, además de la actual revisión de la CIPD +20 y los ODM a partir de 2015, ofrecen una oportunidad extraordinaria, así como un gran desafío. El logro del objetivo de llegar a millones de hombres y mujeres de todo el mundo con los servicios de planificación familiar voluntaria que respeten y protejan los derechos humanos demandará esfuerzos acordados y coordinados entre los diversos grupos de interés durante la próxima década y posteriormente. También habrá que aplicar una nueva perspectiva programática que cuente con el apoyo, tanto de las comunidades de salud pública como de derechos humanos. En este trabajo ofrece, a través de un nuevo marco conceptual, pruebas y herramientas de apoyo, un camino hacia el cumplimiento tanto de la meta de servicios de FP2020 como de los compromisos de los gobiernos en cuanto a la prestación de programas de planificación familiar que sean coherentes y cumplan con los derechos humanos.

Los países de todo el mundo son signatarios de los tratados y de las convenciones de derechos humanos que tengan la fuerza vinculante del derecho internacional y que defiendan los derechos reproductivos. Abogamos para que la programación transformacional con los valores y normas de derechos humanos como fundamento sea fundamental en los esfuerzos para alcanzar las metas de FP2020. Nosotros sostenemos que los derechos humanos y los resultados de la salud pública con complementarios, no contradictorios, y que la combinación de los enfoques da lugar a un contexto sólido y propicio para la planificación familiar y para los derechos de las mujeres y de las niñas. El marco ofrece un común denominador para los profesionales de la salud pública y los activistas de derechos humanos para que trabajen juntos a fin de ampliar el acceso a la planificación familiar a través de servicios que, al mismo tiempo, respeten, protejan y cumplan con los derechos humanos en la forma en la que están diseñados, implementados y evaluados.

Si bien algunos programas han aplicado tácticas coactivas para alcanzar los objetivos demográficos, la comunidad de la salud reproductiva y de planificación familiar global siempre ha adoptado como principio fundamental el derecho de las personas y de las parejas a decidir libre y responsablemente cuántos hijos tener y cuándo y la información y los medios para ello. Asimismo, los programas de planificación familiar se han concentrado en la calidad de la atención desde la publicación de los innovadores Fundamentos de la Calidad de la Atención en 1990. Estos dos principios fundamentales, relacionados con otros principios de derechos humanos pertinentes relacionados con los derechos reproductivos, proporcionan una base sólida para que la programación de FP2020 siga avanzando.

El marco presentado en este trabajo combina los elementos de la planificación familiar de alta calidad y los derechos humanos en un constructo unificado que responde a la pregunta, “¿Cómo podemos garantizar que los programas de salud pública orientados a aumentar el acceso y el uso de la planificación familiar voluntaria respeten, protejan y cumplan con los derechos humanos en la forma en la que están diseñados, implementados y evaluados?”. Este marco define lo que es un programa de este tipo, teniendo en cuenta el contexto general en el que operan los programas, así como los elementos programáticos esenciales a nivel de la política, el servicio, la comunidad y a nivel individual. El marco conceptual se presenta como un modelo lógico que vincula actividades con los productos, los resultados y el impacto. Por lo tanto, el marco conceptual se puede utilizar en todas las etapas del ciclo del programa, incluida la evaluación, el diseño, la implementación y la supervisión y evaluación.

## Recomendaciones

Las condiciones actuales ofrecen la posibilidad de transformar los programas de planificación familiar y llegar a los más vulnerables y necesitados de estos servicios que cambian la vida. Solicitamos firmemente a los gobiernos y a los donantes que (1) adopten y apoyen la programación de la planificación familiar voluntaria basada en los derechos con el apoyo y la participación de la sociedad civil y que (2) mantengan programas responsables que respeten, protejan y cumplan con los derechos humanos. Este enfoque ofrece la posibilidad de eliminar la brecha entre la retórica y la realidad de los derechos reproductivos, ampliando el acceso equitativo y el uso de servicios de planificación familiar de alta calidad que permitan que hombres y mujeres ejerzan sus derechos y logren sus objetivos relacionados con la reproducción. El marco conceptual presentado en este trabajo se basa en la experiencia en la programación de planificación familiar y en la promoción de los derechos humanos y ha sido revisado por una gran variedad de partes interesadas en todo el mundo. Se recomiendan las siguientes acciones para avanzar más hacia la protección y la seguridad de los programas de planificación familiar que respetan, protegen y cumplen con los derechos humanos:

- **Fomentar mayor dialogo** a nivel global y del país para facilitar las discusiones sobre los temas críticos de ampliar el acceso a la planificación familiar, especialmente a los grupos de poblaciones marginados, y respetar, proteger y cumplir con los derechos humanos.
- **Utilizar este marco conceptual como guía para la programación del país y la asistencia de donantes según FP2020.**
  - Difundir el marco conceptual tanto a nivel del país como global, incluyendo *proporcionar acceso al marco y a pruebas y herramientas asociadas en una plataforma virtual*, para facilitar su uso.
  - Apoyar la revisión adicional del marco conceptual por parte de las partes interesadas a nivel nacional/subnacional y mundial para continuar la discusión sobre su uso para guiar la programación y su adaptación a los contextos nacionales.
- **Documentar y evaluar más exhaustivamente enfoques basados en derechos** para cubrir nuestra falta de conocimientos sobre la programación basada en los derechos humanos y para evaluar los resultados, tanto de los derechos humanos como de la salud pública.
- **Desarrollar una guía y herramientas para aplicar el marco** en la programación para facilitar su uso a nivel nacional y a través del apoyo de los donantes.
- **Actualizar y ampliar las revisiones complementarias de pruebas y herramientas** para garantizar la inclusión de todo el material pertinente de modo que los programas tengan acceso a la información de la programación más relevante y actualizada.
- **Identificar un conjunto completo de indicadores** para apoyar el marco, incluyendo los diferentes niveles en los que funcionan los programas de planificación familiar. Hacer que los grupos de trabajo de FP2020 pertinentes identifiquen un conjunto global de indicadores estructurales, de proceso y resultados que monitoreen y evalúen un enfoque de planificación familiar basado en los derechos.
- **Fomentar la innovación en los enfoques de salud pública basados en derechos e inversiones adicionales en intervenciones** que estén explícitamente basadas en los derechos. Centrarse especialmente en intervenciones adicionales para fortalecer el empoderamiento individual, la participación comunitaria y el desarrollo de capacidades.

## ANEXO 1. TRATADOS, DECLARACIONES Y CONVENCIONES QUE ESTABLECEN DERECHOS REPRODUCTIVOS

---

Los tratados de derechos humanos son importantes; a diferencia de los documentos de consenso que surgen de las conferencias internacionales, tales como la CIPD, tienen la categoría de ley internacional y los países que los firman y ratifican tienen la obligación jurídica vinculante de adaptar su legislación nacional en virtud de ellos. Los documentos finales de conferencias agregan contenido y significado a estos derechos humanos pero no son vinculantes para los gobiernos.<sup>10</sup> Los organismos encargados de supervisar la aplicación de los tratados garantizan que los estados sean responsables de cumplir sus obligaciones de respetar, proteger y cumplir con los derechos establecidos en los tratados. (OHCHR, sin fecha/a). Los tratados relevantes en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, incluidos los relacionados con la planificación familiar, se detallan en el Cuadro 1.

La CIPD tuvo lugar en 1994; es una de las varias conferencias importantes de la ONU sobre el desarrollo internacional que aplicó los principios de los derechos humanos en su área de especialización, muy poco tiempo después de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena de 1993, que afirmó que los derechos de las mujeres son derechos humanos y se exigió con éxito la creación de un nuevo mecanismo, la Relatora Especial sobre Violencia contra las Mujeres —y que se llevó a cabo el año anterior a la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995. Como proponen Cook et al. (2003: 148), estas conferencias, especialmente las de El Cairo y de Beijing, “dieron lugar al reconocimiento de que la protección de la salud sexual y reproductiva es una cuestión de justicia social y que su implementación puede abordarse a través de la aplicación mejorada de los derechos humanos contenidos en las constituciones nacionales y tratados regionales e internacionales de derechos humanos vigentes”.

---

<sup>10</sup> Para obtener una lista completa de los tratados, convenciones y acuerdos relevantes relacionados con la salud y los derechos reproductivos, véase UNFPA, 2012.

## Cuadro 1. Tratados, declaraciones y convenciones con particular relevancia para los derechos y la salud reproductiva, Incluyendo la planificación familiar

### Tratados (tienen la fuerza legal del derecho internacional)

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
- Pacto Internacional en Derechos Civiles y Políticos (1966)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Forma de Discriminación Racial (1969)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Forma de Discriminación Contra la Mujer(1979)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989)

### Documentos de las Conferencias (agregan contenido y significado a los derechos humanos)

- Conferencia de Derechos Humanos en Teherán(1968)
- Plan de Acción Mundial sobre Población (1974, 1984)
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994)
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995)
- Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1993)

### Declaraciones (no son jurídicamente vinculante, pero tienen una “fuerza moral innegable y ofrecen a los Estados una orientación práctica sobre su conducta)” [UNHCRH, sin fecha])

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
- Declaración del Milenio (2000) y Objetivos de Desarrollo del Milenio (2001) relacionados, que incluyeron el Objetivo 5b (acceso universal a la salud reproductiva) en 2007

Para obtener una lista más completa de los tratados, convenciones y acuerdos relevantes relacionados con los derechos y la salud reproductiva, véase UNFPA, 2012: 4–5. Para obtener una explicación sobre la fuerza jurídica de estos instrumentos, también consulte OHCHR, n.d./b y n.d./c

## Forjando el consenso de El Cairo

La conexión entre los derechos humanos, la salud reproductiva y la planificación familiar, que se integró en la década del 90 y garantizó que el *Programa de Acción* de la CIPD estuviera basado en una visión integral de la salud sexual y reproductiva que defendiera los derechos humanos, fue fuertemente reñida. La CIPD surgió de acuerdos entre las coaliciones para avanzar con un programa común que promoviera los derechos humanos y repudiara los objetivos (Hodgson and Watkins, 1997). El programa de El Cairo se forjó entre las diversas circunscripciones (Singh, 2009), incluyendo “feministas, profesionales de la salud pública, economistas del desarrollo, demógrafos, ambientalistas, comunidades religiosas, donantes y gobiernos”, Riechenbach and Roseman (2009: 4). Los defensores de la salud y los derechos de la mujer<sup>11</sup> desempeñaron un papel fundamental en el proceso de preparación de la conferencia de la CIPD. Estos grupos influyeron en la elaboración del discurso sobre población, planificación familiar, salud reproductiva y derechos de la mujer (Petchesky and Judd, 1998; CEDPA, 1995; Hodgson and Watkins, 1997; Ashford, 2001; Eager, 2004; IWHC, sin fecha).

Conscientes de que el derecho de la mujer para decidir si quedar embarazada o no y cuándo hacerlo era fundamental para la capacidad de la mujer para controlar otros aspectos de su vida, los activistas de la salud y los derechos de la mujer estaban muy motivados para asegurarse de que cualquier programa de acción que surgiera de la conferencia de El Cairo, también marcaría el rechazo de enfoques anteriores sobre el programa de planificación familiar que incluían el uso de objetivos, incentivos,<sup>12</sup> y falta de incentivos, algunos de los cuales eran claramente coactivos. Los ejemplos comunes fueron la imposición

---

<sup>11</sup> Este grupo incluyó una serie de posiciones que debían abordarse en El Cairo y acordarse en el Programa de Acción (véase Hodgson y Watkins, 1997).

<sup>12</sup> Nótese que el término “incentivo” se utiliza en sentido amplio ya que los “incentivos” pueden estar destinados a estimular o inducir una conducta deseada, que es una manera sutil de coacción. Algunos pagos destinados a eliminar barreras de acceso, incluyendo el reembolso por pérdida de salarios o de gastos de viaje, por lo general, también se los conoce como incentivos. No todos los pagos son incentivos ni coactivos. El elemento clave es discernir en qué medida la existencia o la promoción de la medida ha comprometido el grado en el que la decisión de utilizar un método de planificación familiar fue verdaderamente libre.

de la esterilización forzada en algunos estados durante el Período de Emergencia a mediados de la década del 70 en India (Harkavy and Roy, 2007; Connolly, 2006) y la política de un solo hijo adoptada en China en 1979, que incluía la cantidad de hijos exigida por ley, el uso de métodos anticonceptivos y el aborto obligatorio para cumplir con la cantidad máxima de nacimientos (Winkler, 2002; Kaufman, 2003; Gu et al., 2007).

La medida en la que los programas coactivos representaron excepciones en lugar de la norma para los programas de planificación familiar implementados en la década del 70 y del 80 ha sido objeto de acalorados debates (Warwick, 1982; Pillsbury, 1990; Finkle and McIntosh, 1994; Chauls, 1994; Hartmann, 1995; Bongaarts and Sinding, 2009; Connelly, 2008; Hardee et al., en prensa). Aunque Barot (2012:7) dice que “la historia está llena de ejemplos,” Bongaarts and Sinding (2009: 39) afirman que la coacción se utilizó “sólo en casos excepcionales, y en especial, en China y en India durante un breve período”. Los antecedentes del movimiento de planificación familiar incluye fundamentos tanto de la salud como demográficos (Shiffman and Quissell, 2012).

Sin embargo, desde una perspectiva de los derechos humanos, una violación de los derechos humanos es importante y muchas también lo son; el punto era buscar una manera para que el *Programa de Acción de la CIPD* caracterizara los programas de tal manera que garantizar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos individuales estuviera estructurado en la forma en que los programas son diseñados, implementados, supervisados y evaluados. La CIPD también exigió una programación integrada (Sen, 2010) y un enfoque más allá del sector de la salud en materia de derechos y empoderamiento de la mujer.

Los defensores de la salud de la mujer y otros reaccionaban contra los programas impulsados por objetivos demográficos para reducir el crecimiento de la población, en los que las mujeres eran “objetos” en lugar de “sujetos” de los programas (Dixon-Mueller, 1993; Jacobson, 2001; Eager, 2004). Estos programas fueron implementados en un momento de gran preocupación por el crecimiento de la población durante la década del 60 y del 70, que fue cristalizada en “La bomba demográfica”, un libro que tuvo una gran influencia, escrito por Paul Ehrlich in 1968, que advertía la inanición en masa de seres humanos en la década del 70 y del 80 y abogaba por medidas inmediatas para reducir el crecimiento de la población. Sin embargo, los defensores de la salud de la mujer sostenían que este tipo de programación asociaba la planificación familiar con la imposición de restricciones, en lugar de aumentar la acción de la mujer con respecto a su capacidad de tomar sus propias decisiones sobre si tener hijos y cuándo. Ellos argumentaban que un enfoque exclusivo en la planificación familiar —si eso significaba ignorar otras cuestiones que eran claramente importantes para las clientas y los clientes (por ejemplo, la presencia de cierto tipo de pérdida que pudiera indicar una infección de transmisión sexual o ignorar un hematoma que pudiera indicar violencia de género) — no era en pos del mejor beneficio de la mujer. El Cairo “se alejó de la política demográfica de regulación de la fecundidad y fue hacia la noción de la salud reproductiva basada en el ejercicio de los derechos reproductivos y en el empoderamiento de la mujer” (Riechenbach and Roseman, 2009: 4).

## El Consenso de El Cairo + 20

A medida que se acerca el vigésimo aniversario de El Cairo, es importante evaluar las percepciones del “Consenso de El Cairo”, cómo se implementó el *Programa de Acción* y las controversias que aún subsisten. Como se indicó anteriormente, los defensores de la salud de la mujer argumentaron con éxito para lograr una visión integral de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la que la planificación familiar tuvo un lugar entre una serie de otras intervenciones relacionadas con estos temas, entre ellos, la educación sexual, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual; la atención prenatal, posnatal y en el parto; entre otras intervenciones, que incluyen aquellas más allá del sector de la salud que promovió el empoderamiento de la mujer. Aún así, como señaló Yinger et al. (2008:1) “la definición de la CIPD es tan amplia que puede ser interpretada de diversas maneras altamente politizadas”. El aborto es uno de los temas polémicos. El aborto es legal en algunos países y en otros no lo es, y algunos donantes apoyan la defensa y la programación de la prestación de servicios mientras que otros no, y esto ha sido uno de los temas más polémicos.

Reichenbach and Roseman (2009: 7) indican que “cuando se lo comprende desde el punto de vista conceptual, la CIPD ha tenido un éxito duradero. Pero, cuando se lo ve desde el punto de vista operativo, se observan varios desafíos graves”. Algunos señalaron que el enfoque ampliado sobre derechos y salud reproductiva era difícil de traducir a la programación (Gillespie, 2004). La puesta en marcha de la CIPD también ha sido difícil debido a que su amplio alcance trasciende cualquier organismo de un gobierno, organización no gubernamental o departamento de una organización donante. Además, después de la CIPD no se disponía inmediatamente de una orientación sobre la programación desde una perspectiva basada en los derechos, a diferencia de un enfoque sobre la calidad de la atención, que ya estaba en marcha.

Después de la CIPD, los países trabajaron para implementar la visión integral de los derechos y la salud sexual y reproductiva que se articularon en el *Programa de Acción* de la CIPD, 1994, (Ashford and Makinson, 1999; Pachauri, 1999; Hardee et al., 1999; Foreman and Ghosh, 2000; Haberland and Measham, 2002) y, con los años, las organizaciones han desarrollado muchas herramientas, planes de capacitación y directrices. Sin embargo, durante este tiempo, la inversión mundial en salud reproductiva cayó (Dennis, 2012; PAI, 2011; Osotimehin, 2012). Desafortunadamente, los fondos de los donantes no desembocaron en tales programas durante las décadas posteriores a El Cairo; esto se debió, en parte, a las reclamaciones que compiten por la financiación de los programas de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA y, en parte, debido a las iniciativas orientadas a hacer que la transición durante el embarazo y el parto sea más segura, que tendía a no incluir intervenciones de salud reproductiva más amplias, concentrándose, en cambio, en los temas importantes de la atención prenatal, la atención calificada durante el parto, y la atención obstétrica de emergencia.

Por otra parte, el contexto político cambió drásticamente después de la CIPD. Los cambios políticos en los Estados Unidos durante la era del Presidente George W. Bush, en la que se reavivó la Política de la Ciudad de México en un formato conocido como la “*Global Gag Rule*”<sup>13</sup>, y se adoptaron otras normas y

---

<sup>13</sup> En los Estados Unidos, la Enmienda Helms, vigente desde 1973, ha garantizado que no se gastará ni un sólo dólar proveniente de los contribuyentes estadounidenses en “actividades relacionadas con el aborto”; una categoría que no se limita a llevar a cabo abortos y puede incluir, por ejemplo, una mayor concientización del impacto del aborto poco seguro en la salud pública. En 1984, la administración Reagan estableció la “política de la Ciudad de México” que estipulaba que el financiamiento de los EE. UU. sólo estaba disponible para las organizaciones que no invirtieran ninguna parte de sus propios recursos en este tipo de financiamiento. Esta política fue revocada durante la administración de Clinton, reinstalada durante la administración de GW Bush y revocada nuevamente durante la administración de Obama (véase <http://populationaction.org/data-and-maps/global-gag-rule-timeline/>).

regulaciones restrictivas, restringiendo aún más el financiamiento para la planificación familiar y la salud reproductiva (Sinding, 2005). Debido a que en las últimas décadas los Estados Unidos fue el principal donante de asistencia técnica y de programas para la planificación familiar, la reducción del financiamiento por parte de los EE. UU. contribuyó a disminuir la atención en la salud reproductiva. La administración de Obama ha revocado algunas de las políticas restrictivas anteriores y se ha incrementado el financiamiento por parte del gobierno de los EE. UU.

Asimismo, la salud y los derechos sexuales reproductivos siguieron siendo un tema polémico después de El Cairo; tal es así, que el objetivo del acceso universal a la salud reproductiva no estaba incluido en la lista original de los ODM (Crosette, 2005). Después del esfuerzo común, el Objetivo 5b—acceso universal a la salud reproductiva, incluidos el uso de anticonceptivos y el cumplimiento con las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar—fue agregada en 2007 bajo el Objetivo 5 de la ODM sobre salud materna (ENRECA Health, 2012).

### ***Salud Reproductiva versus Planificación Familiar***

Algunas personas creen que el énfasis en la salud sexual y reproductiva fue en detrimento de los programas de planificación familiar. Si bien algunas personas dudaron de la importancia de abordar la salud reproductiva, los derechos reproductivos y el empoderamiento de la mujer, para algunos, el énfasis de la CIPD sobre el concepto integral pero relativamente complejo de la salud y los derechos sexuales reproductivos dio lugar a la disminución de la visibilidad y de la importancia de la planificación familiar (Gillespie, 2004; Cleland et al., 2006; Bongaarts and Sinding, 2009; Yinger et al., 2008; Shiffman and Quissell, 2012) y algunos lo atribuyen a la reducción del financiamiento para la planificación familiar en este cambio de prioridad, que originó transiciones de fecundidad estancadas (Bongaarts, 2006) en vista de una necesidad insatisfecha en forma continua (Singh et al., 2012).

Jacobson (2001; 62) responde que “este grupo... a menudo rechaza la petición de servicios integrales e integrados como burdamente poco realistas, argumentando que un enfoque de salud pública “no puede hacer todo” y exige la elección de acciones estratégicas y rentables en beneficio de aumentar la salud general”. Más recientemente, Reichenbach and Roseman (2009: 15) señalaron que, “Algunos políticos notables que previamente aceptaban la CIPD y a la salud reproductiva han solicitado el regreso a los viejos tiempos en materia de planificación familiar cuando el éxito implicaba garantizar que las parejas tuvieran satisfechas sus necesidades de anticoncepción” y que algunos añoraran “reducir la prestación de servicios de salud reproductiva a la prestación de planificación familiar” (p. 11). Suzanne Ehlers, presidente de Population Action International, hizo una petición ante la Cumbre de Planificación Familiar realizada en Londres para poner fin a estos ataques improductivos, diciendo:

“la antigua defensa divide los riesgos que se interpretan aquí: la Cumbre promete una gran cantidad de nuevos fondos para la planificación familiar, pero se concentra menos en el cronograma general de salud y derechos sexuales y reproductivos. ¿Pero es todo o nada? La planificación familiar contribuye al bienestar de la mujer y ayuda cumplir la promesa de sostenibilidad en todo el planeta y de crecimiento económico. No está mal” (Ehlers, 2012).

La resolución de esta controversia será difícil; para los defensores de la visión integral sobre salud y derechos sexuales y reproductivos aprobados en El Cairo, es evidente que la planificación familiar es un elemento sumamente importante de esa visión, mientras que algunos defensores de la planificación familiar creen que la visión ampliada ha dado lugar a una pérdida de enfoque. Seguramente existirá una tensión saludable entre aquellos que tienen una perspectiva de la salud pública y aquellos con una perspectiva de derechos humanos. Los defensores de ambos ven bien el resurgimiento del interés en la planificación familiar, con el antiguo grupo instando un énfasis en el voluntarismo dentro de la



programación con la que los defensores de la planificación familiar están de acuerdo, el desafío es hacer que eso quede explícito en la forma en la que los programas están diseñados, implementados y evaluados.

## REFERENCIAS

---

- Advance Family Planning (AFP). (n.d.). *Advance Family Planning*. <http://www.advancefamilyplanning.org/toolkits/advancefp/about-4>. Accessed December 27, 2013.
- Ashford, L.S. (2001). New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights. *Population Bulletin* 56(1). Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Ashford, L.S., and Makinson, C. (1999). *Reproductive Health in Policy and Practice. Case Studies from Brazil, India, Morocco and Uganda*. Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Barot, S. (2012). Governmental Coercion in Reproductive Decision Making: See It Both Ways. *Guttmacher Policy Review* 15(4): 6.
- Bertrand, J.T., Hardee, K., Magnani R.J., and Angle, M.A. (1995). Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *International Family Planning Perspectives* 1(2): 64–9, 74.
- Bill & Melinda Gates Foundation and UK Department for International Development (DFID). (2012). *Landmark Summit Puts Women at Heart of Global Health Agenda*. Press Release. <http://www.londonfamilyplanningssummit.co.uk/1530%20FINAL%20press%20release.pdf>. Accessed October 3, 2012.
- Boender, C., Santana, D., Santillán, D., Hardee, K., Green, ME., and Schuler, S. (2004). *The So What Report. A Look at Whether Integrating a Gender Focus Into Programs Makes a Difference to Outcomes*. Washington, DC: Interagency Gender Working Group. [http://www.prb.org/igwg\\_media/thesowhatreport.pdf](http://www.prb.org/igwg_media/thesowhatreport.pdf). Accessed on February 17, 2013.
- Bongaarts, J. (2006). The Causes of Stalling Fertility Transitions. *Studies in Family Planning* 37(1): 1–16.
- Bongaarts, J., and Sinding, S. (2009). “A Response to Critics of Family Planning.” *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 35(1): 39–44.
- Bruce, J. (1990). The Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning* 21: 61–91.
- Buse, K., Lalji, N., Mayhew, S.H., Imran, M., and Hawkes, S.J. (2010). Political Feasibility of Scaling-up Five Evidence-informed HIV Intervention in Pakistan: A Policy Analysis. *Sexually Transmitted Infections* 85(Suppl II): ii37–ii42.
- CEDPA. (1995). *Cairo, Beijing and Beyond. A Handbook on Advocacy for Women Leaders*. Washington, DC: CEDPA.
- Chauls, D. (1994). Is the Indonesian Family Planning Program Coercive? Paper presented at the National Council for International Health, Washington, DC, June.
- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., and Innis, J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*. 368(9549): 1810–1827.
- Cook, R.J., Dickens, B.M. and Fathalla, M.F. (2003). *Reproductive Health and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Oxford: Oxford University Press.

- Connelly, M. (2006). Population control in India: prologue to the emergency period. *Population and Development Review* 32(4): 629–667.
- Connelly, M. (2008). *Fatal Misconceptions*. Boston: Harvard University Press.
- Cottingham, J., Germain, A., and Hunt, P. (2012). Use of human rights to meet the unmet need for family planning. *The Lancet* 380(9837): 172–180.
- Cottingham, J., Kismodi, E., Hilber, A. M., Lincetto, O., Stahlhofer, M., and Gruskin, S. (2010). Using human rights for sexual and reproductive health: improving legal and regulatory frameworks. *Bulletin of the World Health Organization* 88(7): 551–555.
- Crossette, B. (2005). Reproductive Health and the Millennium Development Goals: The Missing Link. *Studies in Family Planning* 36(1): 71–79.
- Dennis, S. (2012). More Funding Needed for International Reproductive Health. *Policy and Issue Brief*. Washington, DC: Population Action International.
- Department for International Development (DFID). (2004). *Sexual and Reproductive Health and Rights. A Position Paper*. London: DFID.
- Department for International Development (DFID). (2005). *How to Reduce Maternal Deaths: Rights and Responsibilities*. London: DFID, Policy Division.
- Department for International Development (DFID). (2010). *Choices for women - planned pregnancies, safe births and healthy newborns: The Framework for Results for Improving Reproductive, Maternal and Newborn Health in the Developing World*. London: DFID.
- Department for International Development (DFID). (n.d.). *Reproductive, Maternal and Child Health*. <http://www.dfid.gov.uk/rmnh>. Accessed January 10, 2013.
- Dixon-Mueller, R. (1993). *Population Policy and Women's Rights*. Boulder, CO: Praeger.
- Donaldson, PJ. (1990). *Nature Against Us. The United States and the World Population Crisis, 1965–1980*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Eager, PW. (2004). *Global Population Policy: From Population Control to Reproductive Rights*. Wilmington, DE: University of Delaware Press.
- Ehlers, S. (2012). *Perspective on the London Family Planning Summit: Seeing the Forrest and Trees*. Blog Post, RH Reality Check. <http://www.rhrealitycheck.org/article/2012/07/10/forest-and-trees>. Accessed December 29, 2012.
- EngenderHealth. (2003). *COPE Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services*. Revised Edition. New York: EngenderHealth.
- EngenderHealth. (2011). *SEED™ Assessment Guide for Family Planning Programming*. New York: EngenderHealth.

EngenderHealth/RESPOND Project. (2013). *A Fine Balance: Contraceptive Choice in the 21<sup>st</sup> Century*. Report from a USAID-funded RESPOND Project consultation held in Bellagio, Italy, September, 2012. New York: EngenderHealth, RESPOND Project.

ENRECA Health. (2012). Sexual Reproductive Health and Rights. In Defense of Life. A Background Document. Danish Research Network for International Health.  
[http://www.enrecahealth.dk/rhwg/upcoming\\_boks/Background\\_Doc\\_SRHR\\_2012.pdf/](http://www.enrecahealth.dk/rhwg/upcoming_boks/Background_Doc_SRHR_2012.pdf/). Accessed December 29, 2012.

Erdman, J. N., and Cook, R. J. (2008). *Reproductive Rights*. *International Encyclopedia of Public Health*. Editor-in-Chief: Kris. Oxford, Academic Press: 532–538.

Finkle, J., and McIntosh, C.A. (1994). *The New Politics of Population. Conflicts and Consensus in Family Planning*. *Population and Development Review* 20(suppl).

Ford Foundation. (n.d.). *Sexuality and Reproductive Health and Rights*  
<http://www.fordfoundation.org/issues/sexuality-and-reproductive-health-and-rights>. Accessed January 10, 2013.

Foreit, K., Barden-O’Fallon, J., Dietrich, J., Seck, C., and Sharma, S. (2011). Achieving Equity in Planning: Getting Beyond the Rhetoric. Presentation in Session 1.2.11 at the International Family Planning Conference: Dakar.

Foreman, S., and Ghosh, R. (2000). *Promoting Reproductive Health: Investing in Health for Development*. Boulder, CO: Lynne Reinner Publishers.

Gay, J., Croce-Galis, M., and Hardee, K. (2012). *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2nd edition. Washington DC: Futures Group, Health Policy Project.  
[www.whatworksforwomen.org](http://www.whatworksforwomen.org).

Gillespie, D.G. (2004). Whatever Happened to Family Planning And, for That Matter, Reproductive Health. *International Family Planning Perspectives* 30(1): 34–38.

Girard, F. (2012). *Will the London Family Planning Initiative Measure Up?* Blog post. RH Reality Check. July 23. <http://www.rhrealitycheck.org/article/2012/07/20/will-london-family-planning-initiative-measure-up>. Accessed December 9, 2012.

Gruskin, S., and Loff, B. (2002). Do human rights have a role in public health work. *The Lancet* 360(9348): 1880.

Gruskin, S., Mills, E.J., and Tarantola, D. (2007). “History, principles, and practice of health and human rights.” *The Lancet* 370(9585): 449–455.

Gu, BC., Feng, W., Guo, ZG, and Zhang E. (2007). China’s local and national fertility policies at the end of the twentieth century. *Population and Development Review* 339(1): 129–147.

Gwatkin, D., Rutstein, S., Johnson, K., Suliman, E., Wagstaff, A., and Amouzou, A. (2007). *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An Overview*. Country Reports on HNP and Poverty. Washington, D.C., World Bank.

Haberland, N., and Measham, D. Eds. (2002). *Responding to Cairo. Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. New York: Population Council.

Hardee, K., Agarwal, K., Luke, N., Wilson, E., Pendzich, M., Farrell, M., and Cross, H. (1999). Reproductive health policies and programs in eight countries: progress since Cairo. *International Family Planning Perspectives*, 25(Suppl): S2–9.

Hardee, K. (2005). *The Intersection of Gender, Access, and Quality of Care in Reproductive Services: Examples from Kenya, India, and Guatemala*. Washington, DC: Interagency Gender Working Group. [http://www.prb.org/igwg\\_media/IntersectionOfGender.pdf](http://www.prb.org/igwg_media/IntersectionOfGender.pdf). Accessed February 17, 2013.

Hardee, K., Rodriguez, M., and Harris, S. Forthcoming. “Achieving the London FP Summit Goal through Adhering to Voluntary, Rights-based Family Planning: What Can We Learn from Past Experiences with Coercion?”

Harkavy, O., and Roy, K. (2007). “Emergence of the India National Family Planning Program.” In Robinson, W. and J. Ross. Eds. 2007. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, DC: World Bank.

Hodgson, Dennis, and Watkins, Susan Cotts. (1997). Feminists and Neo-Malthusians: Past and Present Alliances. *Population and Development Review* 23(3): 469–523.

HRBA Portal. (n.d.). The Human Rights Based Approach to Development Cooperation: Towards a Common Understanding Among UN Agencies. <http://hrbaportal.org/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies>. Accessed March 27, 2013.

Huezo, C., and S. Diaz. (1993). Quality of Care in Family Planning: Clients’ Rights and Providers’ Needs. *Advances in Contraception* 9(2): 129–139.

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the François-Xavier Bagnoud Centre for Health and Human Rights. (1999). “Public Health—Human Rights Dialogue.” Chapter 5 in Mann, J., S. Gruskin, MA. Grodin and GJ. Annas, Eds. 1999. *Health and Human Rights*, New York: Routledge.

International Planned Parenthood Federation (IPPF). (1996). *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. London: IPPF.

International Women’s Health Coalition (IWHC). (n.d.). *The Women's Coalition for ICPD*. [http://www.iwhc.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=3366&Itemid=548](http://www.iwhc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=3366&Itemid=548).

Jacobson, J. (2001). Transforming Family Planning Programs: Towards a Framework for Advancing the Reproductive Rights Agenda. In PATH. 2001. *Reproductive Health, Gender and Human Rights: A Dialogue*. Washington, DC: PATH, pp. 53–65.

Jacobson, J. L. (2000). Transforming family planning programmes: towards a framework for advancing the reproductive rights agenda. *Reprod Health Matters* 8(15): 21–32.

Jain, A.K. (1989). Fertility Reduction and the Quality of Family Planning Services. *Studies in Family Planning* 20(1): 1–16.

- Jain, A.K, RamoRao, S., Kim, J., and Costello, M. (2012). Evaluation of an intervention to improve quality of care in family planning programme in the Philippines. *Journal of Biosocial Science*. 44: 27–41.
- Katz, K., Hardee, K., and Villinski, M. (1993). *Quality of Care in Family Planning. A Catalog of Assessment and Improvement Tools*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.
- Kaufman, J. (2003). The Myths and Realities of China’s Population Program. *Harvard Asia Quarterly*. Winter.
- Khosla, R. (2012). *Looking for Human Rights at the Family Planning Summit*. Blog post. *Livewire*. July 11. <http://livewire.amnesty.org/2012/07/11/looking-for-human-rights-at-family-planning-summit/>. Accessed December 9, 2012.
- Kingdon, J.W. (1984). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston, MA: Longman.
- Kols, A.J., and Sherman, J.E. (1998). Family planning programs: improving quality. *Population Reports*. Series J, No. 47. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program. November.
- Krishnan, S. (2012). *Highs and Lows at The London Family Planning Summit*. Blog post on ASAP. July 12. <http://asap-asia.org/blog/highs-and-lows-at-the-london-family-planning-summit/>. Accessed December 9, 2012.
- Kumar, J., Bakamjian, L., and Connor, H. (2013). *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights: A Systematic Review of Tools*. Washington, DC: Futures Group and EngenderHealth.
- London Summit on Family Planning. (2012). *London Summit on Family Planning, July 11, 2012*. June 14 version. <http://www.londonfamilyplanningsummit.co.uk/>. Accessed July 17, 2013.
- Lynam, P., McNeil Rabinovitz, L., and Shobowale, M. (1993). Using self-assessment to improve the quality of family planning clinic services. *Studies in Family Planning* 24(4): 252–260.
- Mann, J., Gruskin, S., Grodin, M.A., and Annas, G.J. (1999). *Health and Human Rights*. New York: Routledge.
- Meadows, Donella H. (1999). *Leverage Points: Places to Intervene in a System*. The Sustainability Institute. Vermont
- MEASURE Evaluation. (2001). *Quick Investigation of Quality (QIQ). A User’s Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning*. MEASURE Evaluation Manual Series, No. 2. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation and the Monitoring and Evaluation Subcommittee of the Maximizing Access and Quality (MAQ) Initiative.
- Miller, R, Fisher, A, Miller, K. Ndhlovu, L, Maggwa, BN, Askew I, Sonogo, D., and Tapsoba, P. (1997). *The Situation Analysis Approach to Assessing Family Planning and Reproductive Health Services: A Handbook*. New York: Population Council.
- Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2006). *Frequently Asked Questions on a Human Rights-based Approach to Development Cooperation*. New York and Geneva: OHCHR.

Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (n.d./a). Enhancing the human rights treaty body system. Harmonized guidelines on reporting to the treaty bodies. <http://www2.ohchr.org/english/bodies/treaty/CCD.htm>. Accessed December 29, 2012.

Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (n.d./b). *International Law*. <http://www2.ohchr.org/english/law/>. Accessed February 17, 2013.

Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (n.d./c). *Human Rights Bodies*. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>. Accessed January 6, 2013.

Ortayli, N., and Malarcher, S. (2010). Equity analysis: identifying who benefits from family planning programs. *Studies in Family Planning* 41(2): 101–108.

Osoimehin, B. (2012). Family Planning Saves Lives Yet Investments Falter. *The Lancet*. Published online July 10, 2012. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60906-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60906-4).

Pachauri, S. Ed. (1999). *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*. New Delhi: Population Council.

PATH. (2001). *Reproductive Health, Gender and Human Rights: A Dialogue*. Washington, DC: PATH.

PATH. (2012). *Enhancing Equity and Sustainability of Public-Sector Family Planning*. Seattle: PATH. [http://www.path.org/publications/files/RH\\_enh\\_equity\\_sustain\\_fp\\_fs.pdf](http://www.path.org/publications/files/RH_enh_equity_sustain_fp_fs.pdf). Accessed February 17, 2013.

Petchesky, R., and Judd, K. (1998). *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures*. New York: Zed Books.

Pillsbury, B. (1990). The Politics of Family Planning: Sterilization and Human Rights in Bangladesh. In Handwerker, WP. Ed. 1990. *Births and Power. Social Change and the Politics of Reproduction*. Boulder, CO: Westview Press, pp. 165–196.

Population Action International (PAI). (2011). *Trends in US Population Assistance*. <http://populationaction.org/articles/trends-in-us-population-assistance/>.

Pulerwitz, J., Barker, G., Segundo, M., and Nascimento, M. (2006). Promoting More Gender-equitable Norms and Behaviors Among Young Men as an HIV/AIDS Prevention Strategy. Washington, DC: Horizons Program, Population Council.

Rama Rao, S., and R. Mohanam. (2003). The quality of family planning programs: concepts, measurements, interventions, and effects. *Studies in family planning* 34(4): 227–248.

Ravenholt, R. T. (1968). The A.I.D. population and family planning program—goals, scope, and progress. *Demography* 5(2): 561–573.

Reichenbach, L., and Roseman, M.J. (2009). *Reproductive Health and Human Rights: The Way Forward*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Richey, C., and Salem, M. (2008). Elements of Success in Family Planning Programming. Population Reports. I. Project. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Series J, No. 57.

- Rifkin, S. (2003). A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. *Journal of Health Population and Nutrition* 21(3): 168–180.
- Rottach, E., Schuler, S.R., and Hardee, K. (2009). *Gender Perspectives Improve Reproductive Health Outcomes: New Evidence*. Washington, DC: Interagency Gender Working Group.
- Robinson, W., and Ross, J. Eds. (2007). *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, DC: World Bank.
- Rodriguez, M., Harris, S., Willson, K., and Hardee, K. (2013). *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights: A Systematic Review of Evidence*. Washington, DC: Futures Group.
- Ross, J., and Hardee, K. (2012). Access to Contraceptive Methods and Prevalence of Use. *Journal of Biosocial Science*. Published online. doi:10.1017/S0021932012000715.
- Ross, J., and Stover, J. (2010). *Developing a Family Planning Goal for 2015 that Supports MDG-5b*. Washington, DC: USAID | Health Policy Initiative, Task Order 1, Futures Group.
- Saunders, M., Sethi, H., Jayachandran, A.A., and Sharma, S. (2010). *A Policy Response to Increase Access to Family Planning Services for the Poor in Jharkhand, India*. Washington, DC: Futures Group, USAID | Health Policy Initiative, Task Order 1.
- SEATS. (2000). *Mainstreaming Quality Improvement in Family Planning and Reproductive Health Services Delivery. Context & Case Studies*. Arlington, VA: John Snow, Inc. SEATS II Project.
- Seltzer, J., and Gomez, F. (1998). *Family Planning and Population Programs in Colombia 1965 to 1997, Population Technical Assistance Project [POPTECH]*. [2], xxii, 93, [40] p.: 40p.
- Seltzer, JR. (2002). The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries. *Population Matters*. Santa Monica, CA: RAND.
- Sen, G. (2010). Integrating family planning with sexual and reproductive health and rights: the past as prologue? *Studies in Family Planning* 41(2): 143–146.
- Shelton, J. (2001). “Women’s Reproductive Health: The Public Health Perspective.” In PATH. 2001. *Reproductive Health, Gender and Human Rights: A Dialogue*. Washington, DC: PATH.
- Shiffman, J., and Quissell, K. (2012). Family planning: a political issue. *The Lancet* 380(9837): 181–185.
- Simmons, R., Brown, J., and Diaz, M. (2002). Facilitating large-scale transitions to quality of care: an idea whose time has come. *Studies in Family Planning* 33(1): 61–75.
- Sinding, S. (2005). Why is funding for population activities declining? *Asia-Pacific Population Journal* 20(2): 3–9.
- Sinding, S. (2007). “Overview and Perspective.” Chapter 1 in Robinson, W. and J. Ross, Eds. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Washington, DC: World Bank.



Singh, S., Darroch, J., Ashford, L., and Vlassoff, M. (2012). *Adding it Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher and UNFPA.

Singh, J.S. (2009). *Creating a New Consensus on Population: The Politics of Reproductive Health, Reproductive Rights and Women's Empowerment*. London: Earthscan.

United Nations (UN). (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. New York: United Nations.

United Nations (UN). (1968). *Final Act of the International Conference on Human Rights*. Teheran. 22 April—13 May 1968. New York: United Nations.

United Nations (UN). (1974). *World Population Conference. World Population Plan of Action*. 1974. Bucharest. New York: United Nations.

United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (UNCESCR). (2000). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Article 12, General Comment No. 14*. 2000. "The Right to the highest attainable standard of health."  
[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En). Accessed March 23, 2013.

United Nations Population Fund (UNFPA). (1994). *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York: UNFPA.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2008). *Sexual and Reproductive Health Framework a Reality for All*. New York: UNFPA.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2010). *A Human Rights-based Approach to Programming/Practical Implementation Manual and Training Materials*. New York: UNFPA and Boston: Harvard School of Public Health.  
[http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/hrba/hrba\\_manual\\_in%20full.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/hrba/hrba_manual_in%20full.pdf). Accessed December 29, 2012.

United Nations Population Fund (UNFPA). (2012). *By Choice, Not by Chance. State of World Population 2012*. New York: UNFPA.

UNHCR. (n.d.). *UNHCR Note on Refugee Claims Based on Coercive Family Planning Laws or Policies*. Geneva: UNHCR. <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4301a9184.pdf>. Accessed on March 27, 2013.

United States Agency for International Development (USAID). (n.d./a). *Repositioning Family Planning*. [http://transition.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/techareas/repositioning/index.html](http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/repositioning/index.html). Accessed December 27, 2012.

United States Agency for International Development (USAID). (n.d./b). *USAID's Family Planning Guiding Principles and U.S. Legislative and Policy Requirements*. [http://transition.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/voluntarism.html](http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/voluntarism.html). Accessed November 12, 2012.

United States Agency for International Development (USAID). (1982). *USAID Policy Paper on Population Assistance*. Washington, DC, USAID.

- United States Agency for International Development (USAID) | Health Policy Initiative. (2009). *Achieving EQUITY for the Poor in Kenya: Understanding the Level of Inequalities and Barriers to Family Planning Services*. Washington, DC: Futures Group.  
[http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1247\\_1\\_Achieving\\_Equity\\_for\\_Poor\\_in\\_Kenya\\_brief\\_FINAL\\_acc.pdf](http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1247_1_Achieving_Equity_for_Poor_in_Kenya_brief_FINAL_acc.pdf). Accessed February 17, 2013.
- United States Congress. (1968). *Foreign Assistance Act of 1967, Title X*, Jan. 2, 1968. Washington, DC: US Congress.
- Verma, R., Pulerwitz, J., Mahendra, V., Khandkar, S., Singh, A., Das, S., Mehra, S., Nura, A., and Barker, G. (2008). *Promoting Gender Equality as a Strategy to Reduce HIV Risk and Gender-based Violence Among Young Men in India*. Horizons Final Report. Washington, DC: Population Council.
- Wallerstein, N. (1993). Empowerment and health: the theory and practice of community change. *Community Dev Journal* 28: 218–27.
- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, SF., Brugha, R., and Gilson, L. (2008). Doing Health Policy Analysis: Methodological and Conceptual Reflections and Challenges. *Health Policy and Planning* 23(5): 308–317.
- Warwick, D. (1982). *Bitter Pills. Population Policies and Their Implementation in Eight Developing Countries*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Winkler, EA. (2002). Chinese reproductive policy at the turn of the millennium: dynamic stability. *Population and Development Review* 28(3): 379–418.
- Whaley, F. (2013). Catholics Mobilize to Defeat Philippine Politicians Who Backed Reproductive Law. [http://www.nytimes.com/2013/01/30/world/asia/catholics-mobilize-after-setback-over-reproductive-law.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2013/01/30/world/asia/catholics-mobilize-after-setback-over-reproductive-law.html?_r=0). Accessed February 1, 2013.
- World Health Organization (WHO). (1994). *Contraceptive Introduction Reconsidered: A Review and Conceptual Framework*. Geneva: WHO, UNDP/UNFPA/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. WHO/HRP/ITT/94.1.
- World Health Organization (WHO/RHR). (2001). *Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health*. Geneva: WHO. WHO/RHR/01.29
- World Health Organization (WHO). (n.d.). *Social Determinants of Health*. [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/). Accessed December 29, 2012.
- World Health Organization (WHO/RHR). (n.d.). *Sexual and Reproductive Health*. [http://www.who.int/reproductivehealth/about\\_us/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/en/). Accessed January 10, 2013
- Yamin, A. E. (2004). Promising but elusive engagements: combining human rights and public health to promote women’s well-being. *Health and Human Rights* 8(1): 62–92.
- Yinger, N., Bradford, C., Sines, E., and Mbacke, C. (2008). An Essay on Adding Rights to the Measurement of Reproductive Health. Presented at a special meeting at the Population Association of America, New Orleans, April.
- Zackus, D., and Lysack, C. (1998). Revisiting community participation. *Health Policy Planning* 13(1):1–1.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

---

**Rendición de cuentas:**<sup>14</sup> un rasgo distintivo, complejo y central de los derechos humanos. La rendición de cuentas cubre los niveles nacionales e internacionales y abarca tres procesos interconectados—upervisar, revisar y actuar—destinados al aprendizaje y a la mejora continua. Vincula la rendición de cuentas por recursos con los resultados (es decir, los productos, resultados e impactos que produce).

**Coacción:**<sup>15</sup> contiene elementos de influencia indebida y coacción y se produce cuando un individuo se ve obligado a realizar un acto contrario a su voluntad. Puede ser directa (por ejemplo, fuerza física) o indirecta (por ejemplo, una persona está sometida legalmente a otra). En cuanto a la planificación familiar, por lo general, se considera que la coacción significa que las personas están obligadas a usar métodos anticonceptivos o a hacerse un aborto (a pesar de que de acuerdo con el *Programa de Acción* de la CPID de 1994, el aborto no se considera un método anticonceptivo). Una visión más amplia de coacción sugiere que los individuos que no tienen acceso a métodos anticonceptivos seguros y eficaces pueden considerarse coaccionados para tener más hijos que los que quisieran, violando así sus derechos humanos a tener la cantidad de hijos que quieran y cuando quieran y a la información y a los medios para lograrlo.

**Elección de anticonceptivos:**<sup>16</sup> el derecho fundamental y la capacidad de los individuos de elegir y acceder al método anticonceptivo que cumpla con sus necesidades y preferencias.

**Grupos desfavorecidos/vulnerables/marginados:**<sup>17</sup> estos términos se aplican a grupos de personas que, debido a factores que suelen considerarse fuera de su control, no tienen las mismas oportunidades que otros grupos más afortunados de la sociedad. Entre los ejemplos se incluyen personas desempleadas, refugiados y otros que están excluidos socialmente.

**Discriminación:**<sup>18</sup> “cualquier distinción, exclusión o restricción sobre la base del sexo, que tenga el efecto o el objetivo de menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad de los hombres y las mujeres, de los derechos humanos y de las libertades fundamentales en el campo político, económico, social, cultural, civil y en cualquier otro”.

**Igualdad:**<sup>19</sup> “todos tienen derecho a todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción de ningún tipo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política u otra opinión, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.

---

<sup>14</sup> Comisión de Información y Rendición de Cuentas, Estrategia Global. (2011). Informe final.

<sup>15</sup> <http://legal-dictionary.thefreedictionary.com/coercion>, consultado el 6 de abril de 2013;

<http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4301a9184.pdf>, consultado el 6 de abril de 2013 y EngenderHealth/RESPOND Project. 2013. *Un sutil balance: Elección de anticonceptivos en el siglo 21*. Informe de una consulta de RESPOND Project financiada por la USAID realizada en Bellagio, Italia, en septiembre de 2012. Nueva York EngenderHealth, RESPOND Project.

<sup>16</sup> EngenderHealth/RESPOND Project. (2013). *Un sutil balance: Elección de anticonceptivos en el siglo 21*. Informe de una consulta de RESPOND Project financiada por la USAID realizada en Bellagio, Italia, en septiembre de 2012. Nueva York EngenderHealth, RESPOND Project.

<sup>17</sup> OMS. Evaluación del impacto en la salud, Glosario de términos. Se encuentra en

<http://www.who.int/hia/about/glos/en/index.html>.

<sup>18</sup> Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Sociales y Económicos, División para el Adelanto de la Mujer. (sin fecha). Convención sobre la *Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres*, [Consultado el 23 de marzo de 2013, en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/>](#).

<sup>19</sup> Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. [Consultado el 23 de marzo de 2013, en <http://www.un.org/en/documents/udhr/>](#).

**Equidad (en la salud):**<sup>20</sup> la ausencia de diferencias sistemáticas en la salud (o en los principales determinantes sociales de la salud) entre grupos con diferentes niveles de ventaja/desventaja social subyacente, es decir, riqueza, poder o prestigio.

**Cliente de planificación familiar:** un individuo que libremente busca servicios o asesoramiento en planificación familiar pero no necesariamente se convierte en un usuario de un método de planificación familiar.

**Usuario de planificación familiar:** un individuo que libremente decide obtener y utilizar un método de planificación familiar.

**Programa de planificación familiar:**<sup>21</sup> es una entidad (podría ser un gobierno, pública/privada o una ONG) que provee productos básicos o servicios de anticoncepción y de salud reproductiva para clientes. Es un componente de la prestación de servicios de salud.

**Igualdad de género:**<sup>22</sup> el estado o la condición que brinda a hombres y mujeres los mismos derechos humanos, bienes socialmente valorados, oportunidades y recursos.

**Sistema de salud:**<sup>23</sup> consiste en todas las organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restituir o mantener la salud. La OMS identifica “seis fundamentos esenciales” que juntos forman un sistema de salud:

- *Servicios de salud.* “Los buenos servicios de salud son aquellos que prestan intervenciones de salud eficaces, seguras, personales y no personales de alta calidad para los que las necesitan, cuando y donde sea necesario, con el mínimo desperdicio de recursos”.
- *Personal de la salud.* “Un personal de la salud que se desempeña correctamente es aquel que trabaja de manera sensible, justa y eficaz para lograr los mejores resultados sanitarios posibles, teniendo en cuenta los recursos disponibles y las circunstancias (es decir, que exista una cantidad y una combinación suficiente de personal, distribuidos equitativamente; que sean competentes, sensibles y productivos”.
- *Sistema de información de salud.* “Un sistema de información de salud que funcione bien es aquel que asegura la elaboración, análisis, difusión y uso de información fiable y oportuna sobre determinantes de la salud, el rendimiento de los sistemas de salud, y el estado de salud”.
- *Productos médicos, vacunas y tecnologías.* “Un sistema de salud que funciona bien garantiza el acceso equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y tecnologías de la calidad, seguridad, eficacia y costo-efectividad asegurados y su uso científicamente válido y rentable”.
- *Financiamiento de la salud.* “Un buen sistema de financiamiento de la salud recauda fondos suficientes para la salud, de manera de asegurarse que las personas puedan usar los servicios necesarios y estén protegidas de la catástrofe financiera o el empobrecimiento asociado con tener que pagar por dichos servicios”.

---

<sup>20</sup> Braveman, P., and S. Gruskin. (2002). “Definir la equidad en la salud”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4).

<sup>21</sup> Versión preliminar del documento del Grupo de Indicadores de la OMS (sin publicar).

<sup>22</sup> Buró de Referencia Poblacional. “Glosario de términos”, Se encuentra en <http://www.prb.org/Educators/Resources/Glossary.aspx>.

<sup>23</sup> OMS. (2007). Marco de acción de la OMS Asunto de todos: Fortalecer los sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios. Geneva: OMS. Página 3.

- *Liderazgo, gobernabilidad, administración.* Esto “implica asegurar que existan marcos políticos estratégicos y que se combinen con la construcción de una coalición de supervisión eficaz, la prestación de las regulaciones y los incentivos adecuados, la atención al diseño del sistema y la rendición de cuentas”.

**Planificación familiar basada en los derechos humanos:** Véase el Marco para los Programas de Planificación Familiar Voluntaria que Respetan, Protegen y Cumplen con los Derechos

**Elección informada:**<sup>24</sup> es el proceso y el resultado de una decisión voluntaria, con fundamentos sólidos de una persona (sin coacción ni barreras) basada en la información, la comprensión y las opciones.

**Política:**<sup>25</sup> la política de salud se refiere a las decisiones, planes y acciones que se llevan a cabo para lograr objetivos sanitarios específicos dentro de una sociedad. La política también es un proceso dinámico de identificación de problemas, formulación de políticas, implementación de políticas y supervisión y evaluación de políticas en la que participan muchas partes interesadas.

**Participación:**<sup>26</sup> es el derecho de las personas y de los grupos a participar en los procesos de tomas de decisiones que pueden afectar su desarrollo, considerada como un componente integral de cualquier política, programa o estrategia desarrollados.

**Derechos reproductivos:**<sup>27</sup> “la composición de derechos humanos que protegen contra la causas de la mala salud y promueven el bienestar sexual y reproductivo”. Los tres componentes de los derechos reproductivos incluyen

1. Autodeterminación reproductiva
2. Acceso a servicios, productos básicos, información y capacitación sobre salud sexual y reproductiva
3. Igualdad y no discriminación

**Enfoque basado en los derechos:**<sup>28</sup> tiene como objetivo apoyar los resultados de mejor manera y más sostenible mediante el análisis y tratamiento de las desigualdades, prácticas discriminatorias (de derecho y de facto) y las relaciones de poder injustas.

**Derecho a la salud:**<sup>29</sup> la capacidad de disfrutar de una serie de instalaciones, bienes, servicios y condiciones necesarias para lograr el máximo nivel de salud posible. Entre los elementos esenciales del derecho a la salud se incluyen

---

<sup>24</sup> EngenderHealth/RESPOND Project. (2013). *A Fine Balance: Contraceptive Choice in the 21<sup>st</sup> Century*. Informe de una consulta de RESPOND Project financiada por la USAID realizada en Bellagio, Italia, en septiembre de 2012. Nueva York EngenderHealth, RESPOND Project.

<sup>25</sup> OMS. (n.d.). Política sanitaria. [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/). Se consultó el 16 de abril de 2013; and Hardee, K., L. Irani, MacInnis, R., and Hamilton, M. (2012). *Linking Health Policy with Health Systems and Health Outcomes: A Conceptual Framework*. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project. Washington, DC: Futures Group, Proyecto de Políticas de Salud.

<sup>26</sup> Gruskin, S., Bogecho, D., and Ferguson, L. (2010). “Enfoques basados en derechos de políticas y programas de salud: articulaciones, ambigüedades y evaluación. *J Public Health Policy* 31(2): 129–45.

<sup>27</sup> Erdman, J. N., and Cook, R. J. (2008). ‘Rights-based approaches’ to health policies and programs: articulations, ambiguities, and assessment. Redactor: Kris. Oxford, Academic Press: 532–538. Página 532.

<sup>28</sup> “Un enfoque de salud basado en los derechos humanos”. Se encuentra en: [http://www.who.int/hhr/news/hrba\\_to\\_health2.pdf](http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf).

- *Disponibilidad.* Las instalaciones sanitarias y de salud pública en funcionamiento, bienes y servicios de salud, así como los programas deben estar disponibles en cantidad suficiente en el estado parte.
- *Accesibilidad.* Las instalaciones sanitarias, bienes y servicios deben ser accesibles para todos sin discriminación dentro de la jurisdicción del estado parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones que se superponen: la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y la accesibilidad a la información (viabilidad).
- *Aceptabilidad.* Todos los centros de salud, bienes y servicios de salud deben respetar la ética médica y ser culturalmente adecuados (es decir, deben respetar la cultura de las personas, de las minorías, de los pueblos y de las comunidades, ser sensibles a los requisitos de género y del ciclo de la vida, y estar diseñados de manera que respeten la confidencialidad y mejoren el estado de salud de las personas afectadas).
- *Calidad.* Así como deben ser aceptables desde el punto de vista cultural, las instalaciones de salud, los bienes y los servicios también deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad. Para ello es necesario, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados y vigentes, agua potable y segura, y condiciones sanitarias adecuadas.

#### Obligaciones del estado (obligaciones de derechos humanos):<sup>30</sup>

- *Respetar.* No interferir directa o indirectamente con el goce de derechos a la salud (por ejemplo, evitar limitar el acceso a servicios sanitarios o el mercadeo de medicamentos inseguros).
- *Proteger.* Evitar que terceros interfieran con el derecho a la salud (es decir, garantizar que las compañías privadas brinden condiciones seguras desde el punto de vista del medioambiente para sus empleados y las comunidades circundantes).
- *Cumplir.* Adoptar las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y otras adecuadas para cumplir plenamente con el derecho a la salud.

**Estigma:**<sup>31</sup> es ser devaluado por individuos o comunidades sobre la base real o supuesta del estado de salud, la clase socioeconómica, el estado civil, el sexo, una discapacidad, la edad, la casta, el origen étnico o la orientación sexual.

---

<sup>29</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (DESC). (2000). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Artículo 12, Comentario General No. 14. 2000. “The Right to the highest attainable standard of health”. [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En). Consultado el 23 de marzo de 2013.

<sup>30</sup> OMS. Departamento de Ética, Equidad, Comercio y Derechos Humanos (ETH, por sus siglas en inglés), Información, Evidencia e Investigación (IER, por sus siglas en inglés) y Sección de Derechos Humanos y Cuestiones Sociales y Económicas & Sección de Objetivos de Desarrollo del Milenio. (sin fecha).

“Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos”. Consultado el 23 de marzo de 2013, en [http://www.who.int/hhr/news/hrba\\_to\\_health2.pdf](http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf).

<sup>31</sup> Gruskin, S., and Ferguson, L. (2009). “Using indicators to determine the contribution of human rights to public health efforts”. *Bull World Health Organ* 87(9): 714–9.

*Voluntarismo en la planificación familiar:*<sup>32</sup>

- Las personas tienen la oportunidad de elegir en forma voluntaria si desean utilizar la planificación familiar o un método específico de planificación familiar.
- Las personas tienen acceso a la información sobre una amplia variedad de opciones de planificación familiar, incluyendo los beneficios y los riesgos para la salud de determinados métodos.
- A los clientes se les ofrece una amplia gama de métodos y servicios, ya sea en forma directa o por derivación.
- El consentimiento informado y voluntario de los clientes que optan por la esterilización se verifica mediante un documento de consentimiento por escrito firmado por el cliente.

---

<sup>32</sup> USAID. (2009). “Lineamientos de Planificación Familiar de USAID y Requisitos de Políticas y Leyes de EE.UU. Voluntarismo y elecciones informadas.” Se encuentra en [http://transition.usaid.gov/our\\_work/global\\_health/pop/voluntarism.html](http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/voluntarism.html).





Futures Group

One Thomas Circle, Suite 200  
Washington, DC 20005

202.775.9680

[www.futuresgroup.com](http://www.futuresgroup.com)