

Hacia el logro del objetivo de la Cumbre de Londres sobre Planificación Familiar mediante la adhesión a la Planificación Familiar voluntaria y basada en derechos: ¿Qué podemos aprender de las experiencias pasadas con la coerción?

La Cumbre de Londres sobre Planificación Familiar realizada en 2012 redirigió la atención en la planificación familiar al obtener el tan necesario apoyo para el objetivo de revitalizar y expandir los programas en 69 países de bajos y medianos ingresos “con el fin de posibilitar que 120 millones más mujeres...usen anticonceptivos para el año 2020”.¹ Aunque la respuesta a la iniciativa de la cumbre (a la que nos referiremos como “FP2020”) fue por lo general positiva, los defensores de la salud y los derechos sexuales y reproductivos expresaron su preocupación en cuanto a que enfocarse en una meta numérica significó un repliegue del consenso de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994, la cual promovió los derechos y repudió las metas específicas.²⁻⁵ Después de la Cumbre de Londres, algunos defensores de los derechos cuestionaron la forma en que podría lograrse la ambiciosa meta de la iniciativa, y al menos un comentarista se refirió al posible riesgo de coerción—sin las salvaguardas apropiadas, ¿estarían protegidos los derechos de las mujeres, que claramente son el centro de la iniciativa?²

El movimiento internacional de la planificación familiar se construyó sobre la base del derecho de las personas y parejas a decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, así como de obtener la información y los servicios para hacerlo, aunque el objetivo de varios de los programas iniciales de planificación familiar era reducir el crecimiento poblacional.⁶ La gran mayoría de los servicios y productos de planificación familiar se han provisto a través de los programas que se adhieren a los principios de la aceptación voluntaria, pero diversos casos y alegatos de coerción durante las últimas décadas han acompañado a la planificación familiar y han provocado fuertes reacciones.⁷⁻¹⁵ En realidad, el campo de la planificación familiar ha estado luchando contra el cuestionamiento de coerción por décadas.¹⁶

El propósito de este artículo es dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Qué constituye la coerción en la política y administración de programas de planificación familiar y cómo usamos las lecciones del pasado para evitar futuros casos de coerción? Nosotros sostenemos que definir la coerción y examinar las ocasiones en las que ha ocurrido (o que presuntamente ha ocurrido) en los programas de planificación familiar ayudará en el desarrollo de mecanismos de seguridad para reducir la incidencia de coerción, ayudará a proteger o eximir de culpa a programas que son falsamente acusados de coerción y ayudará a que los programas apoyados por la iniciativa de FP2020 provean

servicios de planificación familiar voluntaria que respeten, protejan y hagan efectivos los derechos humanos.

MÉTODOS

Este artículo se basa en una revisión de la bibliografía sobre casos de coerción supuestos y documentados en los programas de planificación familiar, complementados con la experiencia directa e investigaciones de los autores en programas de planificación familiar, así como en demografía, calidad de atención y derechos humanos, desde los años setenta. La bibliografía para este artículo se complementa con una revisión bibliográfica más amplia realizada por Rodríguez et al.¹⁷ sobre planificación familiar voluntaria y basada en derechos humanos. Mientras que la revisión bibliográfica de Rodríguez et al. se enfocó en los años 1995–2012, este artículo incluye bibliografía sobre programas de planificación familiar que datan de los años sesenta, debido a que numerosos casos y alegatos de prácticas coercitivas incluidos aquí ocurrieron en esa época.

¿Qué constituye la coerción?

Para dar sustento a este artículo, buscamos definiciones y descripciones existentes de coerción en planificación familiar.^{18,19} No hay una definición única compartida, aunque los casos de coerción están vinculados a violaciones de los derechos humanos y hay un consenso amplio en el sentido de que la coerción es moralmente incorrecta y que los programas de planificación familiar deberían evitarla.^{18,20-22} Para desarrollar una definición de coerción, encontramos instructiva la revisión de las tres amplias categorías de derechos reproductivos descritas por Erdman y Cook—el derecho a la autodeterminación reproductiva, los derechos a servicios, información y educación de salud sexual y reproductiva, y el derecho a la igualdad y la no discriminación.²³

Definir la coerción o las acciones coercitivas de manera demasiado amplia podría incriminar a todos los programas de planificación familiar, convirtiéndose en un término que abarque a todos los programas que, al estar inapropiamente implementados, descuiden o sean incapaces de alcanzar estándares de calidad de atención. Nosotros sostenemos que para que el término coerción sea útil para propósitos de incidencia política y rendición de cuentas, no deberían mezclarse con temas más amplios de calidad de atención o equidad, los cuales merecen igual, si no más, atención y que también están vinculados a las violaciones de los derechos humanos. Considerando estos factores,

Por Karen Hardee, Shannon Harris, Mariela Rodríguez, Jan Kumar, Lynn Bakamjian, Karen Newman y Win Brown

A la fecha de elaboración de este artículo, Karen Hardee era asociada sénior y Mariela Rodríguez era asociada de investigación, ambas en Futures Group, Washington, DC. Jan Kumar es asesor técnico sénior, EngenderHealth, Nueva York. Shannon Harris, Lynn Bakamjian y Karen Newman son consultoras independientes en Seattle, WA, EE.UU., Nueva York y Londres, respectivamente. Win Brown es oficial de programas sénior en la Fundación Bill y Melinda Gates, Seattle.

proponemos la siguiente definición: coerción, en el ámbito de la planificación familiar, consiste en acciones o factores que comprometen la autonomía individual, la capacidad o la libertad en relación con el uso de anticonceptivos o la decisión reproductiva a través del uso de fuerza, violencia, intimidación o manipulación.

Bajo esta definición, la coerción es una violación del derecho a la autodeterminación reproductiva, incluido el derecho a la integridad corporal (autonomía sobre el propio cuerpo). Es importante señalar que la coerción no es la única forma en la que el derecho a la autodeterminación reproductiva puede ser violado; negar los servicios a las personas también viola sus derechos. Para ilustrar acciones y factores que pueden encajar en esta definición, este artículo se enfoca en las políticas y gestión de programas que explícitamente impulsan prácticas que comprometen o tienen el potencial de comprometer la autonomía, la capacidad de actuar o la libertad cuando son implementadas.

Violaciones y alertas relacionados con la coerción

Hay una variedad de prácticas coercitivas que pueden derivarse de las políticas y de la gestión de programas. Hemos identificado cinco prácticas programáticas que son violaciones (la coerción está claramente ocurriendo o es muy probable que ocurra) o alertas (existe potencial para la coerción) en planificación familiar o políticas de población: la aplicación de políticas que limitan el número de nacimientos permitidos para personas o parejas; la aplicación de políticas obligatorias de uso de anticonceptivos y de procedimientos de planificación familiar llevados a cabo sin el conocimiento de la o del cliente, o en contra de su voluntad; el uso de presión social para inducir la adopción de la planificación familiar; el uso de la planificación familiar como meta o indicador de desempeño; y la provisión de incentivos o desincentivos financieros o de otro tipo.

Los dos primeros elementos son ciertamente coercitivos y por lo tanto se consideran violaciones a los derechos. Cuando son implementadas, las políticas que limitan el número de nacimientos permitidos a las personas claramente violan los derechos humanos, al igual que aplicar políticas obligatorias de uso de anticonceptivos.²⁴ Usar la presión social, usar la planificación familiar como indicador de desempeño y proporcionar incentivos o desincentivos tienen el potencial de crear presiones coercitivas en los programas de planificación familiar. Sin embargo, versiones más benignas de estas acciones (es decir, trabajar con líderes locales para cambiar las normas y aceptabilidad de la planificación familiar, establecer metas como parte de la gestión de programas, reembolsar a clientes por costos de viaje y sueldos perdidos para permitir un mayor acceso, etc.) son actividades programáticas que tienen el propósito de expandir el acceso a la planificación familiar y mejorar la gestión de los programas. Estas acciones bien intencionadas pueden llevarse a un extremo o ser malinterpretadas. Se consideran como alertas debido a que su uso debe ser monitoreado para garantizar que no deriven

en prácticas dañinas que comprometan la capacidad de los aceptantes de planificación familiar para tomar decisiones libres e informadas.

Este artículo se enfoca en acciones de políticas y de gestión de programas relacionadas con la implementación de programas de planificación familiar. El documento no cubre otros tipos de coerción, como la maternidad involuntaria o la esterilización forzada causada por el estigma y la discriminación, o las políticas a favor de la natalidad, aunque estos tipos de coerción son de importancia crítica desde la perspectiva de los derechos humanos.^{11,15,19,25} El artículo tampoco aborda el embarazo o parto involuntarios que pueden deberse a la falta de acceso, al desabastecimiento o a una limitada opción de métodos anticonceptivos, aunque estas condiciones afectan a millones de mujeres y son parte del enfoque principal de la iniciativa FP2020. Además, el artículo no aborda los servicios de aborto, cuya ausencia muchas personas sostienen que resulta en maternidad involuntaria.¹¹

RESULTADOS

Hemos organizado los hallazgos de nuestro estudio de acuerdo con los cinco elementos programáticos identificados anteriormente como violaciones o alertas, y hemos documentado ejemplos de casos en donde estas prácticas han sido usadas. Unos cuantos países con una larga historia de planificación familiar son analizados bajo más de un elemento. Como se puede ver en esos ejemplos, en los casos de presencia de una fuerte presión social, del uso de metas y de incentivos, hay debates acerca de si estas prácticas constituyen realmente coerción. Y, finalmente, ponemos de relieve soluciones en las que hay preocupación acerca del potencial de coerción en programas de planificación familiar implementados más recientemente.

Políticas para limitar los nacimientos

Aunque los países tienen razones legítimas para tomar en consideración y planificar su dinámica poblacional, las políticas que limitan la maternidad van en contra de los principios de la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos de 1968, la cual otorgó a personas y parejas el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos.⁶ Por su parte, los programas de planificación familiar tienen una larga historia en la promoción de una familia pequeña como norma; muchos carteles con temas de planificación familiar elogian las ventajas de una familia pequeña con respecto a la familia grande.

Sin embargo, las políticas que explícitamente limitan el número de hijos que las personas y parejas pueden tener, son coercitivas. La más conocida de estas políticas que limitan el número de hijos es la política de un solo hijo de China,¹³ la cual está finalmente mostrando signos de relajación después de más de 30 años.

Las preocupaciones relacionadas con la situación demográfica también condujeron a Vietnam en 1988 a una política de uno o dos hijos que estableció un espaciamien-

to de 3 a 5 años entre nacimientos, así como otras especificaciones como una edad mínima para la maternidad.²⁶ Conforme a los lineamientos de la CIPD de 1994, Vietnam cambió a un enfoque integral hacia la salud reproductiva y en 2003 el gobierno emitió una ordenanza de población que apoyó el derecho de las parejas a elegir libremente el número de hijos que deseen.^{27,28} Posteriormente, en respuesta a una “escalada poblacional” ocurrida a partir del cambio de política en 2003, el buró político del Partido Comunista Vietnamita emitió una resolución en decidido apoyo al límite de dos hijos para las familias vietnamitas,²⁷ pero hay pocas indicaciones de que las personas sean forzadas a cumplir con esta política. El programa de planificación familiar de Vietnam promueve los servicios voluntarios y de calidad.²⁹ Sin embargo, debido a la resolución de dos hijos, hay potencial para las prácticas coercitivas.

El ejemplo más reciente de imposición de una política de limitación del número de hijos ocurrió en 2013 en Birmania y puede ser la primera política moderna de limitación del número de hijos dirigida a un grupo religioso.³⁰ Informes recientes han revelado que Birmania está aplicando una política selectiva para limitar el número de hijos de musulmanes Rohingya en dos poblados.³⁰⁻³² Activistas de los derechos humanos han criticado severamente esta política gubernamental, al igual que lo han hecho las Naciones Unidas.³³

Ruanda y Nigeria han considerado la posibilidad de implementar políticas específicas para limitar el número de hijos y así frenar el crecimiento poblacional, pero ninguno de los dos países ha emprendido acciones formales debido a la generalizada oposición a tales medidas. En 2007, el gobierno de Ruanda anunció que estaba considerando una política de tres hijos por familia, pero la iniciativa de ley nunca fue llevada al parlamento y el presidente dijo posteriormente que la idea de una política de tres hijos era parte de una campaña de sensibilización en materia de planificación familiar.³⁴

A menos de un mes antes de la Cumbre de Londres sobre Planificación Familiar en 2012, el presidente de Nigeria, Goodluck Jonathan, provocó una controversia al sugerir que el país necesitaba implementar medidas de control de la natalidad y posiblemente un límite de tres hijos por familia, aunque esto parece haber sido meramente retórico y no se ha convertido en política.³⁵⁻³⁸

Uso obligatorio o involuntario de anticonceptivos

La imposición del uso de anticonceptivos, al igual que las políticas de limitación del número de hijos, es coercitiva. La voluntad política necesaria para implementar el uso obligatorio de anticonceptivos es poco común y está asociada con gobiernos autoritarios. Como parte de la aplicación de la política de un solo hijo, el programa de planificación familiar de China ha ordenado el uso de anticonceptivos, aunque el programa está ahora expandiendo el rango de métodos que las mujeres pueden usar en lugar del DIU después del primer parto y de la esterilización después del segundo parto.³⁹

Uno de los más tristemente célebres ejemplos de esta forma de coerción son las esterilizaciones forzadas que ocurrieron durante la Emergencia de 1975-1977 en la India, cuando las preocupaciones demográficas provocaron que el Ministro del Sindicato de Salud sugiriera a la Primera Ministra Indira Gandhi que “algunos elementos de coacción” servirían a los intereses de la nación.⁴⁰

A lo largo de 12 meses entre 1976 y 1977, se realizaron 8.3 millones de esterilizaciones (principalmente vasectomías), que fueron más que el número total de procedimientos realizados en los cinco años anteriores.⁴¹ Aunque se desconoce la proporción de estas esterilizaciones que ocurrieron bajo coerción, hay evidencia de que algunos hombres fueron forzados físicamente por oficiales de la policía para someterse a la esterilización.⁴² La vasectomía era anteriormente aceptable en la India para los hombres, pero su prevalencia ha permanecido mucho más baja después del período de Emergencia que en años anteriores. El programa de planificación familiar en la India ya no impone el uso obligatorio de la anticoncepción; sin embargo, pone un notable énfasis en la esterilización femenina, lo cual resulta en una mezcla sesgada de métodos anticonceptivos.⁴³

En 1995, el Presidente Peruano Alberto Fujimori tuvo un papel destacado como campeón defensor de la salud reproductiva y como líder en América Latina al vincular los derechos y la salud de las mujeres a una agenda más amplia de desarrollo social. Sin embargo, los programas de salud reproductiva en el país se volvieron controversiales cuando salieron a la luz casos de esterilización coercitiva dirigidos a las mujeres indígenas en el medio rural.^{14,44-46} Numerosos proveedores de servicios sanitarios se expresaron abiertamente, confirmando que estaban siendo obligados a cumplir con metas gubernamentales y que podían ser despedidos de sus empleos si no alcanzaban las metas.¹⁴ Entre 200,000 y 300,000 mujeres fueron esterilizadas como resultado de una campaña conducida durante la administración Fujimori.⁴⁷⁻⁴⁹ Se han reportado aproximadamente 2,000 casos de esterilización forzada al gobierno peruano y a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, casos que han sido confirmados como violaciones a los derechos humanos.⁵⁰

En los primeros días del implante anticonceptivo, muchos proveedores de servicios sanitarios no querían remover el implante antes de cinco años de uso, argumentando que los efectos secundarios disminuirían o podrían ser tratados, o que el implante era costoso y, por lo tanto, no debía retirarse anticipadamente.^{51,52} Negar la remoción anticipada del método, por cualquier razón, viola el derecho de las mujeres a tomar sus propias decisiones acerca del uso de anticonceptivos y constituye coerción en planificación familiar. Con la actual expansión de la disponibilidad de implantes y de su popularidad como método, es fundamental asegurar un acceso confiable a la remoción a manos de personal capacitado para la aceptabilidad del método y la confianza en el programa de planificación familiar.⁵³

Presión social para adoptar la planificación familiar

Cambiar las normas en los países en los que el concepto de planificación familiar es nuevo o en donde hay oposición para limitar la fecundidad es un reto. El cambio de actitudes y comportamientos para hacer que el uso de la planificación familiar sea segura y deseable socialmente toma tiempo y requiere de un continuo involucramiento de los miembros de la comunidad. Aunque los esfuerzos para afectar las tasas de fecundidad por medio de la educación y campañas informativas son comunes en el campo de la planificación familiar, el uso de tácticas de presión social que aplican una presión directa (ej., de líderes o personajes con autoridad) en las personas para que usen planificación familiar puede considerarse coercitivo. Este tipo de presión social puede tener el efecto de intimidar o manipular a las personas para que usen la planificación familiar y difiere del cambio social normativo dentro de las comunidades. En muchos países que tienen programas de planificación familiar voluntaria, el número deseado de hijos ha disminuido en la medida en que el perfil sanitario, educativo y económico de la población en general ha cambiado. En una reciente revisión de las causas probables del cambio de fecundidad en los países africanos,⁵⁴ Johnson et al., encontraron que a lo largo de un período de 10 a 14 años el número deseado de hijos disminuyó en 10 de los 13 países incluidos en el estudio.

En el inicio de la política de un solo hijo en China, después de su comienzo en 1979, era común la presión pública para cumplir con la política, seguida de sanciones legales y, en algunos casos, de la fuerza.^{55,56} Funcionarios del gobierno llevaban un registro de los ciclos menstruales de las mujeres y del uso de métodos de planificación familiar, sujetándolas a pruebas de embarazo con regularidad; con frecuencia, la información a menudo se difundía públicamente. Si una pareja incumplía la política, las recompensas para toda la unidad de trabajo eran retenidas.

El programa de planificación familiar de Indonesia ha sido publicitado como una historia de éxito; pero también ha sido acusado de usar prácticas severas (y por algunos, coercitivas).⁵⁷ El programa se implementó con una sustancial voluntad política que indicó al liderazgo local que la adopción de la planificación familiar era una prioridad nacional.⁸ En los años setenta, el programa utilizó un enfoque comunitario para promover la planificación familiar a través de la acción colectiva. Se esperaba que los líderes de la comunidad promovieran la planificación familiar y que la apoyaran con el cambio de las actitudes comunitarias con respecto al uso de métodos; por ejemplo, se consideraba poco favorable si la esposa del líder no era usuaria de planificación familiar. Se dice que cuando se estaba ampliando el programa de planificación familiar, las personas recibían visitas de motivadores comunitarios.⁵⁸ Si no adoptaban la planificación familiar inicialmente, el jefe del poblado u otros administradores llegaban a la casa y aplicaban presión en la pareja para que adoptara la planificación familiar.

Como en Indonesia, el liderazgo en Ruanda y Etiopía

ha demostrado un firme compromiso con el mejoramiento de la salud y la disminución de las tasas de fecundidad a través de servicios de planificación familiar.⁵⁹ En ambos países, un sólido liderazgo central y la movilización comunitaria se han combinado para implementar la planificación familiar. En Etiopía, como una manera de implementar el Programa de Desarrollo del Sector Salud del país, el “Ejército de Desarrollo de la Salud” ha alentado a la ciudadanía para que adopte una variedad de comportamientos de salud, entre ellos la planificación familiar.⁶⁰ Este grupo está compuesto por miembros de las comunidades que ejercen liderazgo político y ayudan a mejorar la comprensión y conocimientos de la comunidad sobre temas sanitarios. Aunque la coerción no ha sido reportada, algunas personas han planteado su preocupación acerca de la presión comunitaria tanto en Ruanda como en Etiopía.^{61,62}

Uso de la Planificación Familiar como meta e indicador de desempeño

El Programa de Acción de la CIPD fue proclamado como un éxito en parte porque cambió el enfoque de la salud alejándolo de las metas demográficas.²⁰ Las metas numéricas para usuarios o aceptantes de métodos específicos puso los objetivos demográficos o programáticos al frente de objetivos y preferencias individuales y ponen énfasis en la cantidad por encima de la calidad de los servicios provistos. La fijación de metas puede también motivar a gerentes, proveedores de servicios y trabajadores sanitarios en la comunidad a ejercer coerción en las personas para que acepten la planificación familiar o un método específico de anticoncepción.

La administración del programa de planificación en China ha sido responsabilidad de los gobiernos a nivel central y estatal, así como de los gerentes hasta los niveles locales inferiores. Los funcionarios provinciales y locales reciben cuotas de nacimientos para sus áreas, siendo sus logros evaluados en revisiones de desempeño y asociados a bonos y ascensos.⁶³ Al principio en los programas de planificación en la India (1966–1967), el gobierno implementó el programa operado por el Departamento de Salud “basado en incentivos, orientado a metas, delimitado en el tiempo y enfocado en la esterilización” o “modelo HITS” (por sus siglas en inglés). Unas ambiciosas metas demográficas se convirtieron en responsabilidad que los distritos debían alcanzar y condujeron a que los gerentes estuvieran bajo intensa presión para aumentar el uso de los anticonceptivos.¹² En los años setenta, el programa de Indonesia, dirigido por el Consejo Nacional de Planificación Familiar de Indonesia (BKKBN, por sus siglas en Bahasa Indonesia), se basó en un enfoque voluntario, con un sistema de metas instituidas para motivar a los trabajadores sanitarios a reclutar nuevos usuarios. El sistema de metas se desarrolló como un instrumento gerencial, pero fue criticado por algunos que lo consideraron autoritario y coercitivo.⁶⁴ En Java, el programa utilizó un sistema jerárquico en el cual los líderes provinciales, desde los jefes de poblado hasta los gobernadores, eran responsabilizados

del desempeño del programa de planificación familiar; el éxito de esos funcionarios al cumplir con las metas era una parte importante de sus evaluaciones.⁶⁴ Chauls exploró en detalle los alegatos de coerción en Indonesia y concluyó que, aunque era probable que hubiera ocurrido algún grado de coerción, fue muy poco común.⁵⁷ Él señaló que el BKKBN básicamente comprendió que la coerción sería “perjudicial para el logro de los objetivos del programa”.⁵⁷ El hecho de que, a fines de los años noventa, el país haya dejado de lado las metas para propósitos de administración, condujo a la pérdida de énfasis del monitoreo general que el BKKBN hacía de la implementación del programa local. En la actualidad, Hayes sostiene que la administración del programa ha sufrido debido a que el BKKBN no ha sido capaz de mantener un enfoque programático sin metas y no ha desarrollado nuevas formas de alcanzar el objetivo del acceso universal a los servicios de planificación familiar.⁶⁵

Ruanda utiliza contratos basados en el desempeño entre el presidente y los alcaldes de distrito—adaptación de un concepto tradicional llamado *Imihigo*—mediante el cual los líderes locales se responsabilizan del logro de ciertas metas de desarrollo en un año, incluida la planificación familiar.⁶⁶ Introducido en 2006, el indicador de desempeño de planificación familiar (el porcentaje de la población que usa anticonceptivos modernos y planificación familiar) frecuentemente se destaca como una prioridad para los gerentes de distrito.^{67,68}

El financiamiento basado en el desempeño para la atención a la salud, una tendencia relativamente nueva, tiene implicaciones para la planificación familiar. Dados los problemas que han surgido del uso de metas para aumentar el uso de anticonceptivos en algunos programas en el pasado, hay una preocupación comprensible en torno a la transferencia de dinero o bienes a cambio del logro de un objetivo de desempeño o por tomar una acción medida en estos términos en los programas de planificación familiar.⁶⁹ Sin embargo, si se implementan apropiadamente, con énfasis en la calidad de atención y en satisfacer las intenciones reproductivas de los clientes, este nuevo enfoque puede tener un lugar en el apoyo a un acceso expandido a la planificación familiar voluntaria y basada en derechos.^{70,71} Los programas pueden beneficiarse mediante la utilización de indicadores cuantitativos para medir el avance al mostrar a los gerentes que los servicios están siendo provistos de una manera efectiva o poco efectiva y quiénes han o no han recibido los servicios. Esta información puede ser de gran utilidad para una gestión efectiva y para procurar la equidad en el programa, pero el uso de tales indicadores es incipiente y su aplicación práctica debería monitorearse especialmente con respecto a la calidad de atención provista.

Uso de incentivos o desincentivos

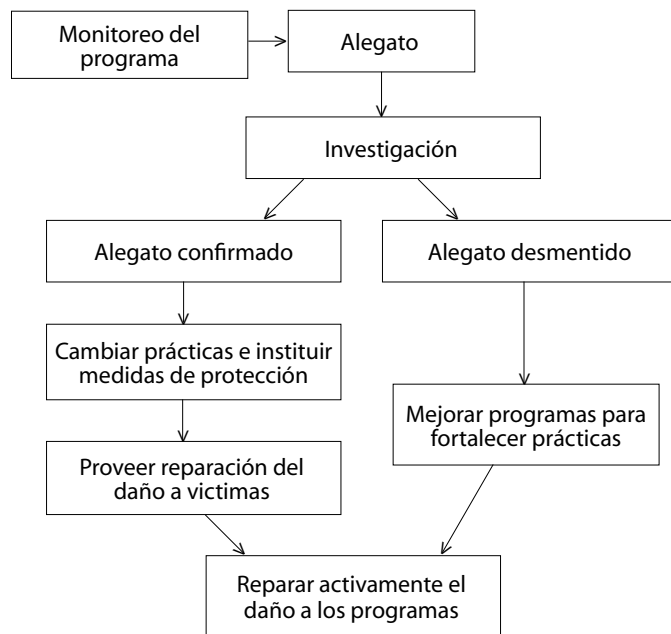
El uso de incentivos o desincentivos ha sido discutido por décadas en medio de preocupaciones en el sentido de que esta práctica podría ejercer una influencia indebida en

proveedores de servicios y clientes de planificación familiar.^{10,72,73} Con el correr de los años, algunos programas han introducido pagos por incentivos para proveedores de servicios y clientes a cambio de proporcionar o de aceptar anticoncepción o un método específico de anticoncepción.^{74,75} Mason explica que aunque los incentivos a pequeña escala pueden permitir mayores opciones para algunas personas al eliminar barreras al acceso, como son los costos de transporte o la pérdida de sueldos, los incentivos de mayor monto otorgados a personas son controversiales.⁹ La pregunta crítica es si el incentivo tiene el efecto de promover la equidad en la toma de decisiones sobre planificación familiar al nivelar las condiciones en términos de acceso, o tiene el efecto de distorsionar la elección de método si lo atractivo del incentivo se convierte en la principal motivación para aceptar la planificación familiar o un método específico.

En el pasado, varios países instituyeron esquemas de incentivos (ej., Camboya, Nepal, Filipinas y Sri Lanka). También, Bangladesh y la India proporcionan ejemplos de programas de planificación familiar en los cuales las personas son compensadas por la pérdida de sueldos y por gastos de transporte hacia las instituciones de salud que ofrecen esterilización. Los proveedores de servicios en algunos programas también reciben pagos por proporcionar ciertos métodos. Estas prácticas produjeron preocupaciones, en particular en Bangladesh, acerca de que las y los clientes estaban siendo coaccionados para usar la planificación familiar. Una revisión amplia del programa de planificación familiar de Bangladesh encontró que los pagos para las y los usuarios no influían en las decisiones de usar planificación familiar y, por lo tanto, no eran coercitivos.^{73,76} Sin embargo, los pagos por caso a proveedores y motivadores (o “agentes referentes” y “apoyadores”) se consideraron problemáticos y resultaron en un excesivo enfoque en la esterilización y la exclusión de otros métodos, así como en la difusión de información sesgada que minimizaba las desventajas y exageraba los beneficios de la esterilización, incluido el pago compensatorio.⁷³

El programa en la India ha hecho uso de incentivos para motivar a proveedores de servicios, reclutadores y usuarios. A partir de un experimento inicial basado en proporcionar pequeñas cantidades de dinero para reembolsar a quienes adoptaban el método por costos de viaje y pérdida de sueldos, en 1965 los incentivos se convirtieron en una parte oficial del programa nacional.¹² Tanto proveedores de servicios como motivadores recibían incentivos por cada adoptante que habían apoyado a través del proceso (principalmente para esterilización) y también se ofrecían incentivos a las y los adoptantes. Durante el período de Emergencia en la India, por aceptar la vasectomía los hombres recibían incentivos graduales con base en su edad y número de hijos.⁴² Recientemente, en India se comenzó a ofrecer DIU postparto y un pequeño pago a proveedores por cada inserción. Las clientas han desarrollado la expectativa de recibir incentivos de este programa.⁷⁷

FIGURA 1. Método para investigar alegatos de coerción



Examen de alegatos de coerción

Aunque es de importancia crítica identificar y abordar casos legítimos de coerción, es también importante actuar cuidadosamente al describir programas como coercitivos. Alegatos sin fundamento, con frecuencia formulados por razones ideológicas o políticas, afectan negativamente a personas y programas. Timor Oriental, actualmente, Timor Leste, es un buen ejemplo de esta situación. Durante el movimiento de independencia de Timor Oriental en los años ochenta, empezaron a circular rumores de que el 57% de las mujeres de ese país estaban usando anticonceptivos inyectables bajo coerción del gobierno de Indonesia.⁷⁸ De hecho, solamente el 7% de las mujeres en el país estaban usando anticonceptivos en esa época, de las cuales el 57% usaba los inyectables. Esto equivalía a una tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos de solamente 4% para los inyectables, una de las tasas más bajas en el Suroeste Asiático en ese momento. Investigaciones posteriores no encontraron evidencia de coerción, aunque la mezcla de métodos sesgada puede ser un indicador de problemas de calidad de atención, incluida la falta de otras opciones o sesgo del proveedor de servicios hacia el método inyectable. Sin embargo, el rumor de la coerción en Indonesia ha persistido por décadas.^{79,80} Como resultado, los donantes han sido renuentes a promover la planificación familiar en Timor Leste, con lo que se ha dejado al país sin un acceso suficiente a la anticoncepción. Esto demuestra el daño que se produce al continuar perpetuando alegatos falsos—se crea una situación en la que es más fácil para los donantes retirarse que dar los pasos necesarios para aumentar el acceso a los servicios de planificación familiar.

El caso de incentivos para la esterilización en Bangladesh es otro ejemplo de alegatos que mezclan argumentos ideológicos con alegatos de coerción. La compensación

por esterilización—consistente en un pago reducido y un sari limpio—comenzó en 1965 para ayudar a sufragar los costos y garantizar que la mujer tuviera una prenda de vestir limpia para regresar a su casa después de la cirugía. Para algunas mujeres, el pago no cubría todos los costos y para otras, había un sobrante, pero la cantidad era demasiado pequeña como para afectar su decisión de aceptar la esterilización y el sari provisto después de la operación no se consideró una prenda de vestir deseable.^{73,76} Sin embargo, en 1985, los alegatos de pagos coercitivos para las usuarias por esterilización lanzaron críticas contra el programa en Bangladesh—promovidos tanto por el movimiento de “nueva derecha” que quería que los Estados Unidos cortara toda ayuda para la planificación familiar que no fuera planificación familiar natural, y por un grupo de académicos y activistas que se oponían a la planificación familiar porque la consideraban como una imposición para la gente en los países en desarrollo.^{76,81,82} Políticos designados de la administración Reagan en los Estados Unidos argumentaron que las mujeres podrían “añadir una nueva sección a su casa” o “comprar un vestido de fiesta” con el pago de incentivos.⁷⁶ Al malinterpretar el problema real—que algunos motivadores estuvieran usando tácticas coercitivas para aumentar la aceptación de la planificación familiar—los pasos para evitar los abusos se dirigieron erróneamente. Después de extensas investigaciones, la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID) retiró el financiamiento para todos los incentivos debido a que encontró que los incentivos habían creado una importante vulnerabilidad en los programas. El gobierno de Bangladesh eligió no eliminar los incentivos debido a que determinó que las mejoras en el acceso tenían mayor peso que los infrecuentes casos de coerción.⁸³ Con la eliminación de pagos por incentivos, muchos de los esfuerzos de USAID para monitorear los programas de planificación familiar en Bangladesh también terminaron, con lo que se eliminó un elemento importante para el programa.⁷⁶

Estos ejemplos destacan la forma en la que el conflicto entre las partes interesadas que presentan varios reclamos acerca de la coerción en los programas puede actuar en detrimento de la ampliación del acceso a servicios de planificación familiar de alta calidad debido a que, para algunos donantes, es más sencillo retirar el financiamiento y evitar la controversia. Los gobiernos pueden tomar posiciones defensivas en relación con sus programas de planificación familiar, mismas que pueden obstaculizar iniciativas de mejora del programa. La mayor parte de la planificación familiar es voluntaria—por lo que reciclar alegatos infundados de coerción en un esfuerzo por desacreditar programas completos perjudica a millones de mujeres y hombres, incluida la gente joven, que necesitan y desean tener los medios para controlar su fecundidad.

DISCUSIÓN

El camino por recorrer

En algunos casos, la coerción es indignante y debe ser abordada rápidamente mediante la identificación de los

factores específicos que contribuyen a ella y con la reparación del daño para las víctimas. Estos factores podrían incluir la presión política, los intereses y prejuicios personales, la capacitación deficiente, o las consecuencias no planeadas de una nueva técnica de programación. Algunas veces, hay una delgada línea entre una calidad de atención deficiente y la coerción; por ejemplo, una mala consejería o habilidades clínicas deficientes pueden conducir a que las personas elijan opciones que no desean tomar. Sin embargo, es importante no condenar programas enteros cuando los problemas están localizados y deben tratarse al nivel apropiado—dentro de la comunidad, con el mejoramiento de la calidad, la capacitación y la supervisión, o al cambiar las políticas que promueven las prácticas coercitivas. Sin embargo, también es importante rechazar activamente los alegatos que no estén sustentados, para así preservar la reputación del programa y la confianza de la comunidad y evitar que se niegue a las mujeres la capacidad de planificar sus familias debido a malos entendidos o ideologías políticas. La debida diligencia al investigar la coerción puede conducir a respuestas más apropiadas al abordar el problema y puede aclarar si el problema es coerción o es de calidad de atención. La planificación familiar puede ser controversial y el posible riesgo de coerción ha sido utilizado para desacreditar los esfuerzos para expandir el acceso a la planificación familiar voluntaria.

Mientras que es posible que nunca se puedan evitar todos los casos de coerción, podemos establecer programas para evitarla, identificar rápidamente las instancias de abuso y responder a ellas apropiadamente. Definir la coerción en términos tanto de violaciones como de vulnerabilidades es un comienzo. Los principios de derechos humanos y los mecanismos de programación, monitoreo y rendición de cuentas que deben estar operando para evitar la coerción son claros. Existen muchas herramientas para establecer programas de planificación familiar que usen el enfoque de derechos humanos.^{20,84-88} Varios donantes han adoptado enfoques basados en derechos humanos en sus financiamientos y algunos gobiernos han reconocido los derechos humanos en sus constituciones y políticas nacionales.

Los mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas son de importancia crucial para asegurar que los derechos humanos sean respetados. Deben establecerse medidas de seguridad en las políticas y en los programas para evitar la coerción y otros abusos contra los derechos. Cualquier acto de coerción justifica atención especial; cuando hay una coerción generalizada en la implementación de políticas o programas, el remedio requiere la acción de donantes, gobiernos y sociedad civil para producir un cambio sistemático. Con un aumento en la conciencia acerca de las vulnerabilidades que enfrentan los programas, puede ser más sencillo monitorear la experiencia de los usuarios de planificación familiar. El monitoreo rutinario de los programas debería incluirse como parte de las actividades programáticas que se realizan con regularidad, pero los datos del monitoreo que son útiles deben también provenir de una variedad de lugares—incluidas agencias externas,

informes elaborados a propósito de los casos, organizaciones de la sociedad civil, personas o informes en la prensa. Se sugiere utilizar un algoritmo de investigación sencillo para mostrar un proceso completo de investigación, incluida la reparación del daño y hallazgos de los informes (Figura 1).

Los sistemas de rendición de cuentas sirven mejor a los programas y personas cuando son más bien constructivos y no contenciosos.⁸⁹ Cuando los donantes, organismos regulatorios internacionales y gobiernos se enfocan en el mejoramiento de los programas en lugar de enfocarse en procesos punitivos que imponen sanciones a los programas cuando se descubre alguna forma de coerción, ayudan a que los programas respeten, protejan y hagan efectivo el derecho de las personas a la planificación familiar. El uso que hace USAID de la Enmienda Tiarth para asegurar el uso voluntario es un ejemplo de un sistema de rendición de cuentas de un donante, aunque se ha señalado que las disposiciones de la enmienda son necesarias pero no suficientes para garantizar una decisión plena, libre e informada en los programas de planificación familiar.⁹⁰ FP2020 en su calidad de movimiento global también tiene un rol que desempeñar para garantizar la planificación familiar basada en derechos. Los grupos de trabajo que contribuyen a la implementación de FP2020 están poniendo énfasis en el desarrollo de herramientas e indicadores que puedan usarse para identificar problemas potenciales con la coerción, aunque todavía faltan recursos para financiar el uso de esas herramientas e indicadores en la recolección rutinaria de datos. Los medios de comunicación, incluidos los medios sociales, también pueden ayudar a una rápida difusión de la conciencia acerca de las violaciones de los derechos humanos y las prácticas coercitivas. En entornos como Birmania, la política de limitación del número de hijos para los musulmanes Rohingya atrajo la atención de algunos canales de medios como Al Jazeera y Reuters, y la situación está siendo minuciosamente monitoreada. Además, la difusión a través de los medios sociales permite que los casos de coerción puedan ser identificados y enfrentados más rápidamente y las respuestas movilizadas entre las partes interesadas a nivel global.

Los mecanismos legales, las comisiones nacionales de derechos humanos, y la vinculación con los organismos de los tratados de derechos humanos como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, pueden ser herramientas importantes para hacer frente a las violaciones de los derechos. Las comisiones regionales de derechos humanos también son importantes, como observó la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Kenia, que recibió una investigación de la Federación de Mujeres Abogadas de Kenia y el Centro para los Derechos Reproductivos en relación con los problemas sistémicos con los servicios de salud reproductiva en el país.⁹¹ Esta investigación tuvo como resultado recomendaciones para procurar una mayor disponibilidad y accesibilidad de información, suministros y servicios al incrementar la asig-

nación de fondos de los presupuestos gubernamentales para la planificación familiar y al hacer frente a las barreras socioculturales al acceso, incluida la dinámica de género.⁹²

Los grupos de la sociedad civil también juegan un rol significativo para terminar con las prácticas coercitivas de planificación familiar y las violaciones de los derechos humanos y para remediarlas. Por ejemplo, en Perú, las organizaciones legales, la Defensoría del Pueblo sobre la Protección de los Derechos de las Mujeres, los medios de comunicación y la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, estuvieron involucrados en la identificación, divulgación y proceso judicial de casos de esterilización forzada bajo el régimen Fujimori.^{14,93} En Guatemala, los esfuerzos para responsabilizar al gobierno de la implementación de políticas de salud reproductiva condujeron al gobierno y al Grupo Multisectorial de Monitoreo para crear el Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR)⁹⁴ OSAR no solamente sirve como mecanismo de monitoreo y rendición de cuentas en el país, sino que también ofrece la oportunidad para que los grupos de la sociedad civil, los grupos de mujeres e investigadores contribuyan al proceso de monitoreo.⁹⁵

Conclusión

A través de esta revisión de alegatos y casos confirmados de coerción, ha surgido una definición de coerción en planificación familiar. Algunas acciones son claramente coercitivas, mientras que otras constituyen acciones que tienen el potencial de ser coercitivas en la práctica. Esta revisión también ha puesto de relieve prácticas que alertan—prácticas que pueden conducir a coerción de manera no intencional. El límite entre el cambio de normas de la comunidad para mejorar la salud y el bienestar por una parte, y la presión indebida sobre las decisiones individuales, por la otra, puede ser difusa, por lo que debe tenerse cuidado cuando se evalúe si una práctica o programa es o no coercitivo. Aunque los sistemas gerenciales bien establecidos que asignan roles y responsabilidades claros para la planificación familiar pueden tener un efecto positivo en la eficiencia y efectividad en la implementación del programa, las prácticas gerenciales que incluyen metas de planificación como medidas de desempeño pueden ejercer presión en gerentes y proveedores de servicios para tratar de lograr números sin respetar y proteger los derechos de las personas a una toma de decisiones plena, libre e informada. Los hallazgos sobre incentivos muestran que los pagos a usuarios de planificación familiar pueden no ser intrínsecamente coercitivos. La única manera definitiva para determinar si los incentivos tienen un efecto coercitivo o no es a través del análisis de la experiencia personal del cliente—preguntar a los clientes si habrían tomado la misma decisión en ausencia del incentivo. Finalmente, los sistemas de monitoreo y de rendición de cuentas son esenciales para cualquier programa de planificación familiar y deben incluir indicadores que permitan identificar prácticas coercitivas así como la reparación de cualquier caso confirmado de coerción.

Es importante recordar que los países tienen preocupaciones legítimas acerca del impacto demográfico en los aspectos económicos, ambientales y en el bienestar social.²⁴ Los aspectos relacionados con el tamaño, el crecimiento, la estructura y la distribución de la población, justifican dedicarles atención y planificación. Sin embargo, las preocupaciones demográficas no se antepone a las libertades y derechos individuales y, por lo tanto, no pueden usarse como justificación para la coerción.^{96,97} Los países interesados en la dinámica demográfica pueden abordar los temas de población con programas de planificación familiar voluntaria sin recurrir a políticas que violen los derechos humanos.⁹⁸⁻¹⁰⁰ La motivación para invertir en planificación familiar puede provenir de diferentes direcciones; la clave es asegurar que se manifieste en mayores inversiones en programas de planificación familiar voluntaria que respeten y protejan los derechos humanos.

Ni siquiera un solo caso de coerción es aceptable desde la perspectiva de los derechos humanos y requiere una investigación rápida y exhaustiva, así como una respuesta rápida del programa. Evaluar el grado en el que las violaciones a los derechos son sistemáticas en un programa ayuda a identificar las acciones correctivas y medidas de seguridad apropiadas que son necesarias para poner fin a la coerción e implementar medidas de protección. Para avanzar, el uso del enfoque basado en los derechos humanos en la provisión de servicios de planificación familiar voluntaria puede unir a gobiernos, comunidades, sociedad civil y donantes en el trabajo hacia el objetivo común de prevenir la coerción, aumentar el acceso equitativo a la planificación familiar y asegurar que los programas de planificación familiar respeten, protejan y hagan efectivos los derechos humanos.

REFERENCIAS

1. Family Planning 2020, *Family Planning 2020*, 2014, <<http://www.familyplanning2020.org/>>, consultado el 9 de octubre de 2014.
2. Girard F, Will the London Family Planning Initiative measure up? *RH Reality Check*, 23 de julio de 2012, <<http://www.rhrealitycheck.org/article/2012/07/20/will-london-family-planning-initiative-measure-up>>, consultado el 9 de diciembre de 2012.
3. Khosla R, Looking for human rights at Family Planning Summit, *Livewire*, 11 de julio de 2012, <<http://livewire.amnesty.org/2012/07/11/looking-for-human-rights-at-family-planning-summit/>>, consultado el 9 de diciembre de 2012.
4. Krishnan S, Highs and lows at the London Family Planning Summit, *ASAP*, 12 de julio de 2012, <<http://asap-asia.org/blog/highs-and-lows-at-the-london-family-planning-summit/>>, consultado el 9 de diciembre de 2012.
5. Hodgson D y Watkins SC, Feminists and Neo-Malthusians: past and present alliances, *Population and Development Review*, 1997, 23(3):469-523.
6. Naciones Unidas, (NU), *Acta Final de la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos*, Nueva York: NU, 1968.
7. Bongaarts J y Sinding SW, A response to critics of family planning programs, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(1):39-44.
8. Warwick DP, *Bitter Pills: Population Policies and Their Implementation in Eight Developing Countries*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1982.
9. Mason KO, Do population programs violate women's human

rights? *Asia Pacific Issues*, 1994, No. 15, pp. 1–8.

10. Bongaarts J et al., *Family Planning in the 21st Century: Rationale and Design*, Nueva York: Population Council, 2012.

11. Barot S, Governmental coercion in reproductive decision making: see it both ways, *Guttmacher Policy Review*, 2012, 15(4):7–12.

12. Harkavy O y Roy K, Emergence of the Indian national family planning program, en: Robinson WC y Ross JA, eds., *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, Washington, DC: Banco Mundial, 2007, pp. 301–323.

13. Feng W, Cai Y y Gu B, Population, policy and politics: how will history judge China's one-child policy? *Population and Development Review*, 2013, 38(Supl.):115–129.

14. Coe AB, From anti-natalist to ultra-conservative: restricting reproductive choice in Peru, *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(24):56–69.

15. Centro de Derechos Reproductivos (CDR), *Dignidad Negada: Violaciones de los Derechos de las Mujeres VIH-Positivas en Establecimientos de Salud Chilenos*, Nueva York: CDR, 2010.

16. Berelson B, Beyond family planning, *Studies in Family Planning*, 1969, 1(38):1–16.

17. Rodríguez M et al., *Voluntary Family Planning Programs That Respect, Protect and Fulfill Human Rights: A Systematic Review of Evidence*, Washington, DC: Futures Group, 2013.

18. Wheeler M, ICPD and its aftermath: throwing out the baby? *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 1999, 77(9):778–779.

19. Open Society Foundations (OSF), *Against her will: forced and coerced sterilization of women worldwide*, *Hoja Informativa*, Nueva York: OSF, 2011.

20. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, Nueva York: UNFPA, 1995.

21. Centro de Derechos Reproductivos (CDR), *ICPD and Human Rights: 20 Years of Advancing Reproductive Rights Through UN Treaty Bodies and Legal Reform*, Nueva York: CDR, 2013.

22. Shalev C, Rights to sexual and reproductive health—the ICPD and the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, documento presentado en la Conferencia Internacional sobre Salud Reproductiva, Mumbai, 15–19 de marzo de 1998.

23. Erdman JN y Cook RJ, Sexual and reproductive health: reproductive rights, en: Heggenhougen HK, ed., *International Encyclopedia of Public Health*, Amsterdam: Elsevier, 2008, pp. 532–538.

24. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), *UNHCR Note on Refugee Claims Based on Coercive Family Planning Laws or Policies*, Ginebra: ACNUR, 2005, <<http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4301a9184.pdf>>, consultado el 27 de marzo de 2013.

25. Smith AD, Namibia court rules HIV-positive women sterilised without consent, *Guardian*, 30 de julio de 2012, <<http://www.guardian.co.uk/global-development/2012/jul/30/namibia-hiv-women-sterilised-without-consent>>, consultado el 30 de mayo de 2013.

26. Hoa HT et al., Child spacing and two child policy in practice in rural Vietnam: cross sectional survey, *BMJ*, 1996, 313(7065):1113–1116.

27. Giang LM y Huong NT, 'New bottle, but old wine': from family planning to HIV/AIDS in post-Doi Moi Vietnam, *Global Public Health*, 2008, 3(Supl. 2):76–91.

28. Hanh NTT, Reproductive paradoxes in Vietnam: masculinity, contraception and abortion in Vietnam, en: Inhorn MC et al., eds., *Reconceiving the Second Sex: Men, Masculinity and Reproduction*, Nueva York: Berghahn Books, 2009, pp. 160–178.

29. CDR, *Mujeres del Mundo: Leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas*, Nueva York: CDR, 2005.

30. Two child limit imposed on Myanmar's Rohingya, *Al Jazeera*,

25 de mayo de 2013, <<http://www.aljazeera.com/news/asia-pacific/2013/05/2013525133356670103.html>>, consultado el 5 de julio de 2013.

31. Szep J y Marshall ARC, Myanmar minister backs two-child policy for Rohingya minority, *Reuters*, 11 de junio de 2013, <<http://in.reuters.com/article/2013/06/11/us-myanmar-rohingya-idUSBRE95A04B20130611>>, consultado el 11 de junio de 2013.

32. Associated Press, Burmese Muslims given two-child limit, *Guardian*, 25 de mayo de 2013, <<http://www.guardian.co.uk/world/2013/may/25/burma-muslims-two-child-limit>>, consultado el 5 de julio de 2013.

33. Mullen J, Suu Kyi criticizes two-child limit on Muslims in western Myanmar, *CNN*, 28 de mayo de 2013, <<http://www.cnn.com/2013/05/28/world/asia/myanmar-rohingya-child-limit>>, consultado el 5 de julio de 2013.

34. Ndaruhuye DM, Broekhuis A y Hooimeijer P, Demand and unmet need for means of family limitation in Rwanda, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(3):122–130.

35. Nigerian President Goodluck Jonathan urges birth control, *BBC News*, 27 de junio de 2012, <<http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-18610751?print=true>>, consultado el 11 de junio de 2013.

36. Rosenthal E, Nigeria tested by rapid rise in population, *New York Times*, 14 de abril de 2012, <http://www.nytimes.com/2012/04/15/world/africa/in-nigeria-a-preview-of-an-overcrowded-planet.html?_r=2&pagewanted=all&_>, consultado el 11 de junio de 2013.

37. Look A, Nigerian president's call for birth control sparks debate, *Voice of America*, 28 de junio de 2012, <<http://www.voanews.com/content/nigeria-birth-control-debate/1275536.html>>, consultado el 11 de junio de 2013.

38. Nigeria: row over Jonathan's birth control plan, *Daily Trust*, 28 de junio de 2012, <<http://allafrica.com/stories/201206280051.html>>, consultado el 11 de junio de 2013.

39. Xie Z, Focusing on quality of care in the family planning programme, en: *Sharing Innovative Experiences: Experiences in Addressing Population and Reproductive Health Challenges*, Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011, Vol. 19, pp. 47–71.

40. Panandiker VAP y Umashankar PK, Fertility control and politics in India, *Population and Development Review*, 1994, 20(Supl.):89–104.

41. Srinivasan K, Population policies and programmes since independence: a saga of great expectations and poor performance, en: Nangia S, ed., *State of Natural and Human Resources of India*, Nueva Delhi: Concept Publishing, 2006, Vol. 2, pp. 266–292.

42. Brown CH, The forced sterilization program under the Indian Emergency: results in one settlement, *Human Organization*, 1984, 43(1):49–54.

43. Sullivan TM et al., Skewed contraceptive method mix: why it happens, why it matters, *Journal of Biosocial Science*, 2006, 38(4):501–521.

44. Peru accused of sterilizing women, *MSNBC*, 13 de enero de 1998, <www.msnbc.com/news/136297.asp>, consultado el 25 de septiembre de 2012.

45. Sims C, Using gifts as bait, Peru sterilizes poor women, *New York Times*, 15 de febrero de 1998, <<http://www.nytimes.com/1998/02/15/world/using-gifts-as-bait-peru-sterilizes-poor-women.html>>, consultado el 28 de septiembre de 2012.

46. Wilson E, *Reproductive Health Case Study: Peru (Draft)*, Washington, DC: POLICY Project/Futures Group International, 1998.

47. Miles de peruanas esterilizadas a la fuerza reviven el horror y piden justicia, 19 de febrero de 2012, <http://www.clarin.com/america_latina/Miles-peruanas-esterilizadas-reviven-justicia_0_649135171.html>, consultado el 28 de septiembre de 2012.

48. Cordero J, La fiscalía peruana reabre el caso de las esterilizaciones forzadas, *El País*, 2 de noviembre de 2011, http://internacional.elpais.com/internacional/2011/11/02/actualidad/1320220460_366724.html consultado el 28 de septiembre de 2012.

49. Miranda JJ y Yamin AE, Reproductive health without rights in Peru, *Lancet*, 2004, 363(9402):68–69.
50. Romo R, Peruvian authorities reopen investigation into forced sterilizations, *CNN*, 17 de noviembre de 2011, <http://articles.cnn.com/2011-11-17/americas/world_americas_peru-sterilizations_1_human-rights-peruvian-authorities-peruvian-officials?_s=PM:AMERICAS>, consultado el 28 de septiembre de 2012.
51. Balasubrahmanyam V, Fix it, forget it: Norplant and human rights, *Economic and Political Weekly*, 1993, 28(22):1088.
52. Tolley E y Nare C, Access to Norplant removal: an issue of informed choice, *African Journal of Reproductive Health*, 2001, 5(1):90–99.
53. Jacobstein R y Stanley H, Contraceptive implants: providing better choice to meet growing family planning demand, *Global Health Science and Practice*, 2013, 1(1):11–17.
54. Johnson K, Abderrahim N y Rutstein SO, Changes in the direct and indirect determinants of fertility in Sub-Saharan Africa, *DHS Analytical Studies*, Calverton, MD, EE.UU.: ICF Macro, 2011, No. 23.
55. Hardee K, The success of China's one-child policy: mass desire or government control? tesis de maestría no publicada, Ithaca, NY, EE.UU.: Cornell University, 1984.
56. Kaufman J, Erli Z y Zhenming X, Quality of care in China: from pilot project to national program, documento presentado en la reunión anual de la Population Association of America, Filadelfia, PA, EE.UU., 31 de marzo al 2 de abril, 2005, <<http://paa2005.princeton.edu/papers/50453>>, consultado el 10 de julio de 2013.
57. Chauls D, Is the Indonesian family planning program coercive? documento presentado en la reunión anual del National Council for International Health, Washington, DC, junio de 1994.
58. Warwick DP, The Indonesian family planning program: government influence and client choice, *Population and Development Review*, 1986, 12(3):453–490.
59. Wadhams N, Progress in Rwanda's drive to slow population growth, *Lancet*, 2010, 376(9735):81–82.
60. Abebe B, Ethiopia: Health Development Army—decisive factor for sector enhancement, *All Africa*, 17 de octubre de 2012, <<http://allafrica.com/stories/201210190200.html>>, consultado el 16 de julio de 2013.
61. Solo J, *Family Planning in Rwanda: How a Taboo Topic Became Priority Number One*, Chapel Hill, NC, EE.UU.: IntraHealth International, 2008.
62. Morrison JS y Brundage S, *Advancing Health in Ethiopia: With Fewer Resources, an Uncertain GHI Strategy and Vulnerabilities on the Ground*, Washington, DC: Center for Strategic and International Studies, 2012.
63. Burns JP y Zhou Z, Performance management in the government of the People's Republic of China: accountability and control in the implementation of public policy, *Revista de la OCDE sobre Presupuesto*, 2010, 10(2):1–28.
64. Lubis F, History and structure of the national family planning program, en: Niehof A y Lubis F, eds., *Two Is Enough: Family Planning in Indonesia Under the New Order 1968–1998*, Leiden, Países Bajos: KITLV Press, 2003, pp. 31–55.
65. Hayes AC, The status of family planning and reproductive health in Indonesia, documento presentado en la Consulta Regional UNFPA-ICOMP sobre Planificación Familiar en Asia y el Pacífico: Addressing the Challenges, Bangkok, 8–10 de diciembre de 2010, <<http://www.icomp.org.my/new/uploads/fpconsultation/Indonesia.pdf>>, consultado el 12 de agosto de 2013.
66. Say L et al., *Accelerating Universal Access to Reproductive Health*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/Rwanda_access_rh.pdf>, consultado el 7 de julio de 2013.
67. Gobierno de Ruanda, Local government leaders pen next year's Imihigo to address key government priorities, 27 de junio de 2013, <<http://www.gov.rw/Local-government-leaders-pen-next-year-s-Imihigo-to-address-key-government-priorities>>, consultado el 1 de agosto 2013.
68. Basinga P et al., Paying primary health care centers for performance in Rwanda, *Policy Research Working Paper*, Washington, DC: Banco Mundial, 2010, No. 5190, <http://siteresources.worldbank.org/EXTDEVDIALOGUE/Images/537296/1238422761932/5968067-1269375819845/Rwanda_P4P.pdf>, consultado el 9 de agosto de 2013.
69. Eichler R, Can “pay for performance” increase utilization by the poor and improve the quality of health services? documento presentado en la primera reunión del Grupo de Trabajo sobre Iniciativas Basadas en el Desempeño, Washington, DC, el 7 de febrero de 2006.
70. Eichler R et al., *Performance-Based Incentives: Ensuring Voluntarism in Family Planning Initiatives*, Bethesda, MD, EE.UU.: Health Systems 20/20 project y Abt Associates, 2010.
71. Chowdhury S et al., Economics and ethics of results-based financing for family planning: evidence and policy implications, *Health, Nutrition and Population Discussion Paper*, Washington, DC: Banco Mundial, 2013, No. 84663.
72. Berelson B, Population policy: notas personales, *Population Studies*, 1971, 25(2):173–182.
73. Cleland J y Mauldin WP, The promotion of family planning by financial payments: the case of Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(1):1–18.
74. National Academy of Sciences (NAS), *In Search of Population Policy: Views from the Developing World*, Washington, DC: NAS, 1974.
75. Palmore JA y Yap MT, Incentives, disincentives and family planning, en: *Population Policies and Programmes: Current Status and Future Directions*, Asian Population Studies Series, Nueva York: NU, 1987, No. 84, pp. 113–123.
76. Pillsbury B, The politics of family planning: sterilization and human rights in Bangladesh, en: Handwerker WP, ed., *Births and Power: Social Change and the Politics of Reproduction*, Boulder, CO, EE.UU.: Westview Press, 1990, pp. 165–196.
77. Banerjee S, Barrack-room surgery in Bihar's backwaters, *The Hindu*, 23 de enero de 2012, <<http://www.thehindu.com/todays-paper/tp-opinion/barrackroom-surgery-in-bihars-backwaters/article2824008.ece>>, consultado el 21 de agosto 2013.
78. Hull TH, The political framework for family planning in Indonesia: three decades of development, en: Niehof A y Lubis F, eds., *Two Is Enough: Family Planning in Indonesia Under the New Order 1968–1998*, Leiden, Países Bajos: KITLV Press, 2003, pp. 57–81.
79. Agencia Japonesa para la Cooperación Internacional (JICA), *Country Gender Profile: Timor-Leste*, Informe Final, Tokio: JICA, 2011.
80. Hardee K, Karen Hardee blog at London Summit on Family Planning, 11 de julio de 2012, Washington, DC: Health Policy Project, 2012, <<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=FPSummit2012>>, consultado el 6 de julio de 2013.
81. O'Reilly WM, *The Deadly Neo-Colonialism: Report on Population Control in Bangladesh*, Washington, DC: Human Life International, 1985.
82. Hartmann B y Standing H, *Food, Sars and Sterilization: Population Control in Bangladesh*, Londres: Bangladesh International Action Group, 1985.
83. Newton G, USAID (retirado), Washington, DC, comunicación personal, 8 de septiembre de 2013.
84. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), *Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos IPPF*, Londres: IPPF, 1996.
85. Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID), *Sexual and Reproductive Health and Rights: A Position Paper*, Londres: DFID, 2004.
86. Kumar J et al., *Voluntary Family Planning Programs That Respect, Protect and Fulfill Human Rights: A Systematic Review of Tools*, Washington, DC: Futures Group y EngenderHealth, 2013.

87. Hardee K et al., *Voluntary Family Planning Programs That Respect, Protect and Fulfill Human Rights: A Conceptual Framework*, Washington, DC: Futures Group, 2013.
88. OMS, *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción: Orientación y recomendaciones*, Ginebra: OMS, 2014.
89. Cabal L, Why and when to consider human rights, documento presentado en la conferencia Women Deliver, Kuala Lumpur, Malaysia, 28-30 de mayo de 2013.
90. EngenderHealth, *Choices in Family Planning: Informed and Voluntary Decision Making*, Nueva York: EngenderHealth, 2003.
91. Cottingham J, Germain A y Hunt P, Use of human rights to meet the unmet need for family planning, *Lancet*, 2012, 380(9837):172-180.
92. Kenya National Commission on Human Rights (KNCHR), *Realising Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya: A Myth or Reality?* Nairobi, Kenia: KNCHR, 2012, <http://www.knchr.org/Portals/0/Reports/Reproductive_health_report.pdf>, consultado el 14 de agosto de 2013.
93. CDR, *Maria Mamerita Mestanza Chávez v. Perú (Comisión Interamericana de Derechos Humanos)*, 10 de diciembre de 2008, <<http://reproductiverights.org/en/case/mar%C3%ADa-mamerita-mestanza-ch%C3%A1vez-v-peru-inter-american-commission-on-human-rights>>, consultado el 24 de septiembre de 2012.
94. Merino L, Keeping watch: accountability for FP/RH laws in Guatemala, presentación en la Reunión de Final de Proyecto de la Iniciativa de Políticas en Salud de USAID, Orden de Trabajo 1, Washington, DC, 20 de septiembre de 2010.
95. Observatorio en Salud Reproductiva Guatemala, Todos y todas tienen derecho a tomar parte del gobierno de su país, <<http://www.osarguatemala.org/node/126>>, consultado el 30 de julio de 2013.
96. Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Nueva York: NU, 1966.
97. Naciones Unidas, *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Politicos*, Nueva York: NU, 1966.
98. Bloom DE, Canning D y Sevilla J, *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*, Santa Mónica, CA, EE.UU.: RAND, 2003.
99. Gribble J y Bremner J, *The Challenge of Attaining the Demographic Dividend*, Washington, DC: Population Reference Bureau, 2012.
100. Sathar Z, Royan R y Bongaarts J, *Capturing the Demographic Dividend in Pakistan*, Islamabad, Pakistán: Population Council, 2013.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Monica Kerrigan, Clea Finkle, Eliya Zulu y Ubaidur Rob por sus comentarios a versiones anteriores del artículo; y a Kay Willson, por conducir la investigación bibliográfica para el artículo. Este artículo se basa en trabajo de investigación financiado por la Fundación Bill y Melinda Gates. Los hallazgos y conclusiones allí contenidos son de los autores y no reflejan necesariamente la posición o políticas de la Fundación Bill y Melinda Gates.

Contacto de la autora: khardee@popcouncil.org