

***Griswold contra Connecticut* — El impacto de la legalización de anticonceptivos y los desafíos que se deben enfrentar**

El 7 de junio de 1965, la Corte Suprema de los Estados Unidos, en el caso *Griswold contra Connecticut* (381 U.S. 479 (1965)), revocó una ley de Connecticut que prohibía el uso de métodos de anticonceptivos en el matrimonio. Este fallo histórico de la corte — que tuvo lugar cinco años después de la aparición de la píldora anticonceptiva en el mercado norteamericano y 49 años después de que Margaret Sanger abriera la primera clínica de anticonceptivos en los Estados Unidos — proporcionó la primer garantía constitucional de protección del derecho de anticonceptivos y preparó el camino para la aceptación casi unánime de la anticoncepción que existe actualmente en el país.

El hecho de que la corte reconociera el derecho de cada individuo a decidir por sí mismo si desea tener un hijo y cuándo hacerlo en el caso *Griswold* sentó el precedente para decisiones futuras respecto a los derechos reproductivos. En el caso *Eisenstadt contra Baird* (405 U.S. 438 (1972)), la corte extendió esta protección constitucional a las parejas no casadas y en el caso *Roe contra Wade* (410 U.S. 113 (1973)), reconoció el derecho de las mujeres de optar por el aborto; en *Carey contra Population Services International* (431 U.S. 678 (1977)), la corte legalizó no solamente la venta de anticonceptivos sin receta por parte de otras personas además de los farmacéuticos habilitados, sino también la venta o distribución de anticonceptivos a menores de dieciséis años y la publicidad de anticonceptivos; y en *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania contra Casey* (505 U.S. 833 (1992)), la corte reafirmó el derecho de la mujer de elegir. El caso *Griswold*

además fue citado en la argumentación de la corte para aceptar el derecho a la privacidad en el caso *Lawrence contra Texas* (539 U.S. 558 (2003)), que invalidó las leyes de sodomía.

Si bien continúan los desafíos en la lucha por alcanzar el acceso universal a los anticonceptivos, el fallo de la corte en el caso *Griswold* en 1965 garantizó la protección constitucional al esfuerzo realizado por el personal y los voluntarios de Planned Parenthood® y al de otros partidarios de la libertad reproductiva por mejorar la calidad de vida en los Estados Unidos.

En los 47 años transcurridos en los Estados Unidos desde que se reconoció el derecho de las parejas casadas a practicar anticonceptivos, han habido cambios sociales profundos y beneficiosos, en gran parte gracias a la relativamente nueva libertad de las mujeres a controlar su fertilidad.

La salud materno-infantil ha mejorado radicalmente, la tasa de mortalidad infantil se ha reducido drásticamente y las mujeres cada vez más pueden materializar sus aspiraciones educativas, sociales, políticas y profesionales.

La posibilidad de planificar y espaciar los embarazos ha contribuido a mejorar la salud de las madres, los bebés y las familias.

- En 1965, había un promedio de 31.6 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos con vida (NCHS, 1967). En

2007, la tasa había disminuido en un 60% a 12.7 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos con vida (Xu et al., 2010).

- En 1965, morían 24.7 niños menores de un año por cada 1,000 nacimientos con vida (NCHS, 1967). En 2009, esta cifra se había reducido a 6.42 muertes infantiles por cada 1,000 nacimientos con vida (Kochanek et al., 2011).

Desde 1965, ha habido una gran reducción en los nacimientos no planificados, es decir, los nacimientos resultantes de embarazos no deseados ni en el momento de la concepción ni más adelante. Esta reducción es particularmente positiva dado que los nacimientos no planificados están relacionados con las demoras en el acceso a los cuidados prenatales y con el maltrato y el descuido de los niños (Committee on Unintended Pregnancy, 1995; Piccinino, 1994).

- Entre 1961 y 1965, el 20% de los partos de las mujeres casadas eran no planificados en los Estados Unidos (Mosher, 1988). Hacia el 2002, sólo el nueve por ciento de estos partos eran no planificados (Chandra et al., 2005).

Los partos a destiempo — aquellos que ocurren antes de lo esperado por la madre — también han disminuido significativamente.

- Entre 1961 y 1965, el 45% de los partos de mujeres norteamericanas casadas se producían en un momento inoportuno (Mosher, 1988); para el año 2002, esta tasa se había reducido al 14.1% (Chandra et al., 2005).

Al permitir que las mujeres controlen su fertilidad, el acceso a métodos anticonceptivos amplía su capacidad de tomar decisiones vitales, incluyendo aquellas relativas a su educación y empleo.

Desde 1965, el número de mujeres norteamericanas empleadas se ha duplicado y los ingresos de las mujeres hoy en día tienen más peso en los ingresos familiares.

- En 1965, la fuerza de trabajo en los Estados Unidos contaba con 26.2 millones de mujeres; en el año 2008, esta cifra había aumentado a 71.6 millones (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2012).

- La tasa de participación de las mujeres casadas en la fuerza de trabajo casi se duplicó entre 1960 y 2008 — de 31.9 a 61% — (U.S. Census Bureau, 2011a).
- Para el año 2010, el 29.2% de las mujeres ganaban más que sus maridos en familias con ingresos dobles (U.S. Census Bureau, 2011b).
- Entre 1960 y 2010 el porcentaje de mujeres que habían completado cuatro o más años de estudios universitarios aumentó cinco veces — de 5.8% a 29.6% (Snyder and Dillow, 2011).
- En 1960, solamente 10% de los títulos de doctor eran otorgados a mujeres. En el año 2009, el 52% de los doctorados fueron otorgados a mujeres (Snyder and Dillow, 2011).

Los programas de anticoncepción financiados con fondos públicos han posibilitado que cada vez más mujeres de bajos ingresos puedan ejercer el derecho a controlar su fertilidad.

Los servicios de planificación familiar disponibles a través de Medicaid y en virtud del Título X de la Ley de Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos, ayudan a evitar 1.94 millones de embarazos no planificados todos los años. Sin estos servicios de planificación familiar, el número de embarazos no planificados y de abortos sería dos tercios más alto de lo que es en la actualidad (Gold et al., 2009).

La disminución de embarazos no planificados a partir de 1965 guarda relación en gran medida con la disponibilidad de métodos anticonceptivos más eficaces.

- Entre las mujeres casadas que usan métodos anticonceptivos, el porcentaje que confía en alguno de los métodos más eficaces — la píldora, el DIU, la esterilización de trompas y la vasectomía — aumentó del 38% en 1965 al 58% (según lo estimado) en 2009 (Mosher, 1988; Mosher et al., 2010).
- Más de un tercio de las mujeres con probabilidad de tener un embarazo no planificado utilizan métodos de esterilización voluntaria — 27.1% se ha hecho ligadura de trompas y 9.8% están protegidas por la

vasectomía de su pareja (Guttmacher Institute, 2010a).

- La anticoncepción oral es el método reversible más utilizado — elegido por 27% de las mujeres con probabilidad de tener un embarazo no planificado — y el método que le sigue es el condón, utilizado por 16.1% de las mujeres con probabilidad de tener un embarazo no planificado (Guttmacher Institute, 2010a).

Invertir en planificación familiar tiene sentido económicamente.

Un estudio calculó el costo de usar métodos anticonceptivos en comparación con el costo de tener un embarazo no planificado por no usar ningún método anticonceptivo y demostró que, en total, cada cinco años de uso de anticonceptivos una mujer le ahorra al sistema de cuidados de salud entre \$9,000 y \$14,000 (Trussell et al., 1995).

Los desafíos

Durante los últimos 47 años se ha puesto claramente de manifiesto que la posibilidad de tomar buenas decisiones respecto de la reproducción no depende exclusivamente de la legalización de los anticonceptivos— para poder tomar decisiones responsables, las mujeres y los hombres necesitan tener acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva.

A pesar de la reducción general de embarazos no planificados durante las últimas décadas, todavía hay aproximadamente tres millones de embarazos no planificados por año entre las mujeres norteamericanas — lo cual representa el 49% de la totalidad de embarazos anuales (Finer & Zolna, 2011).

El 43 por ciento de los embarazos no planificados que no terminan en aborto espontáneo o en nacimiento sin vida son interrumpidos mediante el aborto inducido (Finer & Zolna, 2011).

Los embarazos no planificados están relacionados con una serie de consecuencias graves para el sistema de salud, como demoras en el acceso a cuidados prenatales, más probabilidades de que la madre consuma alcohol y tabaco durante el embarazo, peso bajo al nacer y maltrato o descuido

de los niños (Committee on Unintended Pregnancy, 1995).

El costo es una de las principales barreras para tener acceso a la anticoncepción.

A pesar de que los anticonceptivos son esenciales para los cuidados de salud de la mujer, no todos los planes de seguro cubren toda la gama de opciones de anticonceptivos. Por otro lado, si bien a través de Título X y Medicaid se proveen fondos para facilitar a las mujeres pobres el acceso a métodos anticonceptivos, estos fondos no llegan a cubrir la demanda total.

- La financiación pública para la planificación familiar no se mantuvo constante a través de los años y se ha reducido en muchos estados. Aunque la financiación federal de la planificación familiar ascendió al 18 por ciento entre 1980 y 2006, cuando se tiene en cuenta la inflación, la financiación se redujo o se estancó en 18 estados y en el Distrito Federal entre 1994 y 2006 (Sonfield et al., 2008).
- No obstante, las medidas tomadas para eliminar las barreras económicas que impiden el acceso a la anticoncepción están dando buenos resultados, tanto a nivel estatal como federal. Desde enero de 2012, 28 estados ya tienen leyes sobre igualdad en el acceso a la anticoncepción, las cuales exigen a los planes de salud que cubran todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA (Guttmacher Institute, 2012a). En 1998, se le agregó un requisito de cobertura de anticonceptivos al Plan de Beneficios de Salud para Empleados Federales (PL 106-58). Esta cobertura sigue en vigencia hoy en día (NCSL, 2010). En agosto 1, 2011, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) anunció que la gama completa de métodos anticonceptivos aprobados por la FDA serían incluidos como uno de los ocho servicios preventivos de salud para las mujeres sin necesidad de copagos ni de costos compartidos, como parte integrante de la Ley de Cuidados de Salud Accesibles. El anuncio del HHS se produjo después que el Instituto de Medicina, un organismo médico independiente y sin afiliación política, se pronunciara categóricamente a favor de tal medida (HHS 2011).

El aumento en el uso de anticonceptivos ha contribuido a la disminución del índice de embarazos adolescentes en los Estados Unidos, aunque éste sigue siendo el más alto entre los países desarrollados.

Si bien el índice de embarazos adolescentes en los Estados Unidos ha ido en disminución, en 2006 aumentó por primera vez en una década y sigue siendo el más alto entre los países desarrollados. Cada año, aproximadamente 750,000 adolescentes norteamericanas quedan embarazadas (Guttmacher Institute, 2010b). La mayor parte de estos embarazos — el 82% — son no planificados (Finer & Zolna, 2011).

- Entre 1990 y 2005, el índice nacional de embarazos adolescentes disminuyó un 41%, de 116.9 a un índice record bajo de 69.5 embarazos por cada 1,000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad. En el año 2006, subió por primera vez en más de una década a 71.5 embarazos por cada 1000 mujeres entre los 15 y 19 años de edad, lo que representa un aumento del tres por ciento (Guttmacher Institute, 2010b) El 86% de la disminución que ocurrió hasta el 2005 se debió al mayor uso de métodos anticonceptivos entre los adolescentes sexualmente activos, y el otro 14% es atribuible al aumento de la abstinencia sexual (Santelli et al., 2007). Otro estudio anterior señala que otra causa de la reducción de embarazos en los adolescentes, es que cada vez más los adolescentes están sustituyendo otro tipo de juegos sexuales por el sexo vaginal (Weiss & Bullough, 2004).

Varios estudios han comprobado que los resultados de la maternidad durante la adolescencia en general son negativos tanto para la madre como para el niño.

- Las adolescentes embarazadas son más proclives a padecer enfermedades maternas, abortos espontáneos, nacimientos sin vida y muerte neonatal que las mujeres que postergan la maternidad (Luker, 1996).
- Las madres adolescentes tienen menos probabilidades de terminar la escuela secundaria y más probabilidades de vivir en la pobreza y depender de la asistencia social que las mujeres de su misma edad que demoran la maternidad (Hoffman, 2006).

- Los hijos de madres adolescentes a menudo nacen con bajo peso, tienen problemas de salud y desarrollo y muchas veces se ven obligados a vivir en la pobreza y a padecer maltratos o falta de cuidado (Hoffman & Maynard, 2008; Martin et al., 2009; National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy, n.d.).

Los embarazos de adolescentes representan una gran carga financiera para la sociedad. Se estima que esta carga asciende a \$10.9 mil millones anuales en pérdidas de ingresos fiscales, asistencia pública, cuidados de niños, cuidados sustitutos y participación del sistema de justicia penal (NCPTUP, 2011).

El acceso a anticonceptivos sigue siendo problemático.

Las mujeres y los hombres ya no necesitan abstenerse del sexo por temor a tener más niños que los que pueden mantener o por temor a poner en peligro la salud de la mujer por un embarazo de alto riesgo. En 1965, 35% de las mujeres casadas en Estados Unidos utilizaban un método seguro y efectivo de planificación familiar. Sólo una de cada 10 mujeres en los países en vías de desarrollo lo hacía. En la actualidad, 55% de las parejas en todo el mundo utilizan métodos modernos de anticonceptivos para mantener la salud y el bienestar de sus familias (PRB, 2011; Ryder & Westoff, 1971).

Pero el acceso a anticonceptivos no es universal. En todo el mundo, 215 millones de mujeres que quieren usar métodos anticonceptivos modernos no tienen acceso (Singh et al; 2009). Y si bien nueve de cada diez planes de seguro de empleadores en los Estados Unidos cubría el costo de anticonceptivos en el año 2004 (Sonfield et al., 2004), había 17.4 millones de mujeres en EE.UU. en 2008 que aún necesitaban servicios de planificación familiar que tengan financiación pública. Esa cifra representa un aumento del seis por ciento o sea un millón de mujeres desde el año 2000 (Guttmacher, 2010c).

La falta de recursos económicos no es el único obstáculo que encuentran las mujeres para tener acceso a métodos anticonceptivos modernos. Actualmente, cuarenta y seis estados tienen leyes que permiten negarse a prestar servicios de anticoncepción. La mayoría de estos estados tienen leyes que solamente permiten negarse a realizar abortos. Sin embargo, en 13 de dichos estados se

refieren tanto al aborto como a la anticoncepción. Diez de estos 13 estados permiten explícitamente que los proveedores de cuidados de salud se nieguen a proporcionar servicios de anticonceptivos, anticoncepción o planificación familiar. Seis estados tienen leyes o disposiciones que explícitamente permiten a los farmacéuticos negarse a vender productos anticonceptivos – cinco estados adicionales tienen cláusulas de negación redactadas de modo amplio que también pueden aplicarse a farmacéuticos (Guttmacher Institute, 2012b).

Planned Parenthood considera que los exámenes médicos de rutina de la mujer y las recetas médicas de anticonceptivos aprobados por la FDA que incluyen anticoncepción de emergencia, cuando se recetan, deben estar cubiertos por los planes de seguro de salud privados como cuidados preventivos sin costo compartido. La decisión del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de incluir anticonceptivos como un servicio de salud preventivo para las mujeres sin copagos ni costos compartidos y que forma parte de la Ley de Cuidados de Salud Accesibles, representa una victoria histórica para la salud de la mujer.. Básicamente, toda mujer debería tener acceso a cuidados preventivos, que incluyen anticonceptivos, aun en el caso de no contar con los recursos económicos para pagarlos.

Referencias citadas

- Carey v. Population Services International*, 431 U.S. 678 (1977).
- Chandra, A., et al. (2005). "Fertility, Family Planning, and Reproductive Health of U.S. Women: Data from the 2002 National Survey of Family Growth." *Vital and Health Statistics*, 23(25).
- Committee on Unintended Pregnancy. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. (1995). *The Best Intentions: Unintended Pregnancy and the Well-Being of Children and Families*. Washington, DC: National Academy Press.
- Eisenstadt v. Baird*, 405 U.S. 438 (1972).
- Finer, Lawrence B. & Mia R. Zolna. (2011). "Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006." *Contraception*, 84(5), 478-485.
- Gold, Rachel Benson, et al. (2009). *Next Steps for America's Family Planning Program: Leveraging the Potential of Medicaid and Title X in an Evolving Health Care System*. New York: Guttmacher Institute.
- Griswold v. Connecticut*, 381 U.S. 479 (1965).
- Guttmacher Institute. (2010a). *Facts on Contraceptive Use*. [Online]. http://www.guttmacher.org/pubs/fb_contr_use.pdf, accessed September 2, 2010.
- _____. (2010b). *U.S. Teenage Pregnancies, Births and Abortions: National and State Trends and Trends by Race and Ethnicity*. New York: Guttmacher Institute
- _____. (2010c). "More Women in Need of Publicly Funded Family Planning Services." News Release. [Online]. www.guttmacher.org/media/nr/2010/05/17/index.html (accessed May 25, 2010).
- _____. (2012a). *State Policy in Brief: Insurance Coverage of Contraceptives*. [Online]. http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_ICC.pdf, accessed January 13, 2012.
- _____. (2012b, accessed). *State Policies in Brief: Refusing to Provide Health Services*. [Online]. http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_RPHS.pdf, accessed January 13, 2012.
- Hoffman, Saul D. (2006). *By The Numbers: The Public Costs of Teen Childbearing*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. [Online]. http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/pubs/BTN_Full.pdf, accessed January 13, 2012 .
- Hoffman, Saul D., and Rebecca A. Maynard, eds. (2008). *Kids Having Kids: Economic Costs & Social Consequences of Teen Pregnancy*, 2nd edition. Washington, DC: The Urban Institute Press.
- HHS — U.S. Department of Health and Human Services. (2011, August 1). "Affordable Care Act Ensures Women Receive Preventive Services at No Additional Cost." Washington, DC: U.S. Department of Health & Human Services. [Online]. <http://www.hhs.gov/news/press/2011pres/08/20110801b.html>, accessed January 13, 2012.
- Kochanek, Kenneth D., et al. (2011, March 16). "Deaths: Preliminary data for 2009." *National Vital Statistics Reports*, 59 (4). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. [Online]. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr59/nvsr59_04.pdf, accessed January 10, 2012
- Lawrence v. Texas*, 539 U.S. 558 (2003).
- Luker, Kristin. (1996). *Dubious Conceptions: The Politics of Teenage Pregnancy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Martin, Joyce A., et al. (2009, January 7). "Births: Final Data for 2006." *National Vital Statistics Reports*, 57(7). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Mosher, William D. (1988). "Fertility and Family Planning in the United States: Insights from the National Survey of Family Growth." *Family Planning Perspectives*, 20(5), 207–17.
- _____. (2010). "Use of Contraception in the United States: 1982–2008." *Vital and Health Statistics*, 23 (29).
- NCPTUP — National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. (n.d.). *Fact Sheets: Why it Matters*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. [Online]. http://www.thenationalcampaign.org/why-it-matters/wim_teens.aspx, accessed January 13, 2012.
- _____. (2011). *Counting It Up: The Public Costs of Teen Childbearing: Key Data*. Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. [Online]. <http://www.thenationalcampaign.org/costs/pdf/counting-it-up/key-data.pdf>, accessed November 29, 2011.
- NCHS — National Center for Health Statistics. (1967). *Vital Statistics of the United States, 1965: Vol. II--Mortality, Part A*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office (GPO).
- NCSL — National Conference of State Legislatures. (2010). "Insurance Coverage for Contraception Laws. [Online]. <http://www.ncsl.org/default.aspx?tabid=14384> (accessed March 9, 2010).
- Piccinino, Linda J. (1994). "Unintended Pregnancy and Childbearing." *From Data to Action: CDC's Public Health Surveillance for Women, Infants, and Children*. Hyattsville,

- MD: CDC, 73–82.
Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey, 505 U.S. 833 (1992).
- PRB – Population Reference Bureau. (2011). *2011 World Population Data Sheet*. Washington, DC: Population Reference Bureau. [Online].
http://www.prb.org/pdf11/2011population-data-sheet_eng.pdf, accessed January 13, 2012.
- Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).
- Ryder, Norman B. & Charles F. Westoff. (1971). *Reproduction in the United States 1965*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Santelli, John S., et al. (2007). "Explaining Recent Declines in Adolescent Pregnancy in the United States: The Contribution of Abstinence and Improved Contraceptive Use." *American Journal of Public Health*, 97(1).
- Singh, S. et al. (2009). *Adding it up: the costs and benefits of investing in family planning and maternal and newborn health*. New York: United Nations Population Fund. [Online].
www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/adding_it_up_report.pdf (accessed May 12, 2010).
- Sonfield, Adam, et al. (2008). "Public Funding for Family Planning, Sterilization and Abortion Services, FY 1980–2006." Occasional Report, No. 38. New York, NY: Guttmacher Institute. [Online].
<http://www.guttmacher.org/pubs/2008/01/28/or38.pdf>, accessed January 13, 2012.
- Sonfield, Adam, et al. (2004). "U.S. Insurance Coverage of Contraceptives and the Impact of Contraceptive Coverage Mandates, 2002." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(2), 72–79. [Online].
www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3607204.pdf (accessed May 12, 2010).
- Snyder, Thomas D., and Sally A. Dillow. (2011). *Digest of Education Statistics 2010* (NCES 2011-015). Washington, DC: National Center for Education Statistics, Institute of Education Sciences, U.S. Department of Education. [Online].
<http://nces.ed.gov/programs/digest/d10/>, accessed January 12, 2012.
- Trussell, James, et al. (1995). "The Economic Value of Contraception: A Comparison of 15 Methods." *American Journal of Public Health*, 85(4), 494–503.
- _____. (2010). "Earned degrees conferred by Level and Sex: 1960 to 2007." [Online].
www.census.gov/compendia/statab/2010/tables/10s0288.pdf (accessed May 12, 2010).
- U.S. Bureau of Labor Statistics. (2012). "Data Retrieval: Labor Force Statistics (CPS)." [Online]. Washington, DC: U.S. Bureau of Labor Force Statistics, Department of Labor Statistics. <http://www.bls.gov/webapps/legacy/cpsatab1.htm>, accessed January 12, 2012.
- U.S. Census Bureau. (2008). *Statistical Abstract of the United States, 2000: The National Data Book*, 120th edition. Washington, DC: U.S. Census Bureau.
- _____. (2011a). *Statistical Abstract of the United States, 2012: The National Data Book*, 131st edition. Washington, DC: U.S. Census Bureau. [Online].
<http://www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/12s0230.pdf>, accessed January 12, 2012.
- _____. (2011b, accessed 2012, January 12). "Table F22. Married-Couple Families with Wives' Earnings Greater than Husbands' Earnings: 1981 to 2010." *Current Population Survey, Annual Social and Economic Supplement*. [Online].
http://www.census.gov/hhes/www/income/data/historical/families/2010/F22_2010.xls, accessed January 12, 2012.
- Weiss, David & Vern L. Bullough. (2004). "Adolescent American Sex." *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 16(2/3), 43–53.
- Xu, Jiaquan, et al. (2010). "Deaths: Final Data for 2007." *National Vital Statistics Reports*, 58 (19). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. [Online].
http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr58/nvsr58_19.pdf, accessed January 10, 2012.

Autor principal — Susanne Pichler
 Revisado por — Jennie Correia y Jon Knowles
 Traducción — Susana Petit y Judith Cohen

© 2012 Planned Parenthood® Federation of America, Inc. Todos los derechos reservados. Planned Parenthood®, PPFA®, y su logo de "las P superpuestas" son marcas de servicio registradas de PPFA.

Contacto con los medios – 202-973-4882