



# Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos



FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA)  
EQUIPO DE APOYO TÉCNICO PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Este documento ha sido elaborado por staff del Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe/EAT-UNFPA por Margareth Arilha [coord.] (Asesora en Políticas de Salud Reproductiva, Género y Derechos), Silvia Franco (Asesora en Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva con énfasis en Adolescentes) y Nieves Andindo. Como asistentes de investigación Adriana Rosales y Karla Berdichevsky. Expresamos nuestro reconocimiento a la División Geográfica de América Latina y el Caribe, a las oficinas de país y a la División de Apoyo Técnico por los comentarios y sugerencias recibidas.

**Edición:** Irene Gojman, Enrique Saforcada

**Traducción, revisión y versión en inglés:** Joss Heywood

**Diseño:** Moni Kaminsky

**Foto de tapa:** Henry Mil

Este documento debe ser citado como UNFPA, Equipo de Apoyo Técnico de América Latina y el Caribe, México DF ISBN # 0-89714-762-6.

Año 2005



United Nations Population Fund  
220 East 42nd Street  
New York, NY 10017

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)  
Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe

# Índice

---

Introducción.....	5
<b>1. Pobreza, salud y derechos humanos.....</b>	<b>7</b>
1.1. Los conceptos de pobreza y sus implicaciones políticas.....	7
1.2. La situación de pobreza en Latinoamérica y el Caribe.....	9
1.3. La pobreza y la salud sexual y reproductiva.....	10
1.4. Derecho a la salud y derechos reproductivos como derechos humanos.....	10
<b>2. Desigualdades sociales, políticas de salud y derechos.....</b>	<b>13</b>
2.1. Desigualdades socioeconómicas.....	14
2.2. Desigualdades de género.....	14
2.3. Desigualdades de raza/etnia.....	16
2.4. Desigualdades generacionales.....	18
<b>3. Elementos para reflexionar en torno a la mortalidad materna: evidencias y mediciones en la salud sexual y reproductiva.....</b>	<b>20</b>
3.1. Búsqueda de evidencias y cuantificación de la salud sexual y reproductiva.....	20
3.2. La mortalidad materna como indicador de las vicisitudes de la Salud Sexual y Reproductiva de mujeres que eligieron ser madres.....	23
<b>4. Adolescencia, pobreza y desigualdades sociales.....</b>	<b>26</b>
4.1. Diversidad y desigualdad.....	26
4.1.1. Desigualdades de acceso a la educación formal.....	26
4.1.2. Desigualdades de acceso a participación social.....	29
4.1.3. Desigualdades de género.....	29
4.2. Adolescencia, identidad y sexualidad.....	31
4.3. Derechos reproductivos de los adolescentes y jóvenes.....	32
4.4. Desigualdades en salud sexual y reproductiva.....	32
4.5. La salud sexual y reproductiva en el contexto de desarrollo.....	36
<b>5. Reflexiones finales.....</b>	<b>38</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>39</b>
<b>Otras referencias consultadas.....</b>	<b>42</b>



# Introducción

---

Este documento tiene por finalidad exponer argumentos de racionalidad epidemiológica y de derechos humanos que demuestran que las políticas públicas de salud construidas a partir de enfoques analíticos que consideran las desigualdades sociales generadas por jerarquías construidas a partir de categorías tales como género, raza/etnia y edad, pueden operar como estrategias de reducción de la pobreza e inclusión social.

El compromiso de los países con la reducción de la pobreza, basado en el marco de los derechos humanos, significa un gran reto para el Sistema de Naciones Unidas, y especialmente para UNFPA que se encuentra comprometida con aspectos tan vinculados al desarrollo y los derechos humanos de la población, como es la salud sexual y reproductiva. La Comisión de Derechos Humanos, en un documento preparado para la promoción del diálogo “Human Rights and Poverty: Towards a Rights-Based Approach” (1), afirma que la pobreza es el fenómeno social que con mayor fuerza atenta contra el ejercicio de los derechos humanos. La pobreza impide el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales, afecta los derechos civiles y políticos, como el derecho a la participación política, a la seguridad de las personas y el acceso a la justicia. Es también, junto con las guerras, uno de los principales factores determinante de los niveles de salud-enfermedad, mortalidad y sufrimiento de mujeres y hombres en todos los países del mundo. Los diversos estudios epidemiológicos han demostrado que los niveles de salud de las personas están directamente relacionados con su situación socioeconómica. La pobreza es por lo tanto una condición social de implicaciones éticas y un asunto de justicia social, por lo tanto, las estrategias orientadas a su reducción o eliminación debieran vincularse estrechamente con los marcos sociales imperantes en el campo de los derechos humanos.

El compromiso de los países y del Sistema de Naciones Unidas en las Metas del Milenio reforzó los acuerdos y metas explicitados previamente en el texto del Programa de Acción de las Conferencias, de Cairo, Beijing y sus revisiones a los 5 y 10 años. La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD - El Cairo) ya había definido en 1994 las áreas de acción prioritarias para lograr, antes de 2015, reducir la pobreza alcanzando metas tales como incrementar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; disminuir la tasa de mortalidad materna de 1990 a la mitad antes de 2000, y volverla a reducir a la mitad en 2015; bajar a menos de 35 por mil nacidos vivos la tasa de mortalidad de los menores de cinco años, así como aumentar la esperanza de vida al nacer a 75 años o más antes de 2015 (2). Sin embargo, a partir de los compromisos asumidos en la Cumbre del Milenio (2000), el conjunto del Sistema de Naciones Unidas estableció acuerdos para apoyar a los países en el logro de la

erradicación de la pobreza extrema y el hambre; la enseñanza primaria universal; la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres; la reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años; el mejoramiento de la salud materna; la lucha contra el VIH/SIDA, paludismo y tuberculosis; la sostenibilidad del medio ambiente, fomentando una alianza mundial para el desarrollo.

Existe consenso en que para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) es necesario anclar las estrategias en la agenda de CIPD y sustentarla en algunos de los principios de los derechos humanos. Ello implica, en el campo de la salud, promover la salud sexual, eliminar el aborto inseguro, disminuir la mortalidad materna, mejorar los cuidados prenatales y posparto, intensificar la atención perinatal y del recién nacido, combatir las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), incluyendo el VIH, las infecciones del tracto reproductivo, el cáncer cervical y otras enfermedades ginecológicas y, además, proporcionar servicios de calidad en planificación familiar e infertilidad (3). Además, la centralidad de la igualdad de género y del empoderamiento de las mujeres para el logro de todas las metas ha sido indicada como estrategia central en este proceso.

Fueron las organizaciones encargadas de apoyar el desarrollo de los sistemas de salud, como por ejemplo el Banco Mundial y el BID, los que pusieron a la pobreza en el foco de las discusiones, pero a través de una definición restringida sólo a condiciones económicas y, en muchos casos, a una perspectiva rígida. En el último periodo recrudesció el debate sobre pobreza y salud a partir de nuevos interrogantes teóricos basados en el crecimiento paulatino de los costos de la salud. El primero es de orden económico: ¿Conviene invertir en salud? Si bien nadie negaría que la pobreza es un claro determinante de enfermedad y muerte, se requieren evidencias que permitan demostrar que las estrategias de salud podrían contribuir a la reducción de la pobreza. Si es indispensable reducir la pobreza para conseguir logros en salud, ¿pueden las estrategias de mejoramiento de la salud reducir la pobreza de los diversos grupos en desventaja?

Para continuar este debate es central que exista una discusión inicial sobre cuáles son las concepciones de pobreza que se pretenden tomar en consideración. En la actualidad existen diversas aproximaciones al tema de la pobreza. Algunas se basan en la teoría económica marginalista que pone énfasis en cuestiones de bienestar económico, otras en aspectos de justicia social, o bien, en el principio de maximización que implica brindar el más alto beneficio al mayor número de personas posible. Esa diversidad de concepciones implica la necesidad de un mayor debate y desarrollo conceptual, a los cuales el presente trabajo pretende contribuir.

Este documento está organizado en cuatro capítulos. En el primer capítulo se efectúa una revisión y discusión de algunas de las definiciones de la pobreza que aparecen en la literatura contemporánea. La discusión pone énfasis en los enfoques de Amartya Sen (4, 5, 6) y de la participación social. Ambos resultan relevantes para comprender cómo distintas prácticas sexuales y decisiones reproductivas pueden jugar un papel decisivo en la vida de mujeres y hombres adultos y jóvenes, creando opciones y capacidades para su desarrollo humano. En ese sentido, la participación social y el aumento de ciertas capacidades serían determinantes centrales de los procesos de atenuación o reducción de la pobreza.

El segundo capítulo analiza las condiciones diferentes de acceso a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según los siguientes determinantes sociales: género, etnia/raza y edad. Se presentan ejemplos que permiten identificar las diferencias entre algunos

indicadores de salud sexual y reproductiva y desigualdad social.

El tercer capítulo discute las limitaciones de los indicadores de medición de carga de enfermedad para cuantificar la salud sexual y reproductiva. Explora, además, algunos casos en los que se relacionan posibles evidencias que sustentan el argumento de que la inversión en salud sexual y reproductiva, como estrategia de reducción de la mortalidad materna, puede coadyuvar en la reducción de la pobreza.

El cuarto capítulo está dedicado a las y los adolescentes y jóvenes, quienes representan una de las poblaciones más afectadas por la pobreza, y hacia quienes deben dirigirse de manera prioritaria las políticas de salud sexual y reproductiva. Identifica desigualdades sociales y procesos de exclusión educativa, social y política. A la vez que muestra la vinculación entre salud sexual y reproductiva, identidad, y derechos reproductivos.

# 1 Pobreza, salud y derechos humanos

El debate que economistas y científicos sociales llevan adelante sobre las estrategias de reducción de la pobreza se inicia, en general, con el enfoque con que esta es conceptualizada. Acorde a lo planteado por Laderchi et al. (7), cada enfoque contiene elementos arbitrarios y subjetivos, determinando a su vez las estrategias políticas para su reducción. Esta autora define cuatro enfoques de la pobreza: a) el enfoque monetario, cuyas políticas de resolución están centradas en el incremento de entradas monetarias, sea por crecimiento económico o por distribución; b) el enfoque de capacidades, que se orienta a subrayar la provisión de bienes públicos y la satisfacción de necesidades; c) el enfoque de exclusión social, que pone énfasis en la eliminación de factores de exclusión como, por ejemplo, las políticas de redistribución y anti-discriminación; d) el enfoque de participación, que remarca la necesidad del empoderamiento de la población empobrecida.

## 1.1. LOS CONCEPTOS DE POBREZA Y SUS IMPLICACIONES POLÍTICAS

Los dos modelos más utilizados actualmente para enfocar los temas de pobreza son el monetario/utilitarista y el de capacidades. El monetario/utilitarista se orienta a la búsqueda de bienestar y el enfoque de capacidades a la construcción de justicia social. Ambos enfoques parten de una perspectiva centrada en el individuo ya que los conceptos que utilizan, tanto sea privación de utilidad en una, o fallas de capacidades en otra, son características que se refieren a la persona y no a los grupos sociales. El enfoque de pobreza centrado en los ingresos como indicador limita la concepción de pobreza a un desempeño económico satisfactorio. Sin embargo, una disminución en la pobreza monetaria, no necesariamente se traduce en una mayor satisfacción de las necesidades humanas básicas, como tampoco un nivel suficiente de desarrollo humano garantiza la eliminación de la pobreza monetaria (8).

El utilitarismo se basa en el principio de maximización de la utilidad, es decir, brindar el máximo beneficio al mayor número de personas. La crítica al mismo señala que, acorde a este enfoque, algunas decisiones pueden resultar arbitrarias; por ejemplo, cuando los intereses de unos pocos son considerados menos importantes que los de la mayoría (8).

En la perspectiva de las capacidades (4, 5, 6) se plantea que los ingresos monetarios no pueden ser la única medida de bienestar dado que la pobreza se define por las deficiencias existentes en materia de salud, educación y otras áreas relacionadas con la calidad de vida. La crítica que Sen hace a los otros enfoques, es que en ellos el acento se pone en los resultados y no en los medios que se utilizan para lograr la

satisfacción de las necesidades, argumentando que el grado de satisfacción varía en función de las características personales, de las mercancías y del ambiente social (8).

Hakkert (8), basado en conceptos de Amartya Sen, enumera algunos elementos que deberían ser tomados como capacidades humanas básicas como, por ejemplo, lograr una vida de duración normal (de acuerdo con la esperanza de vida en la región donde se habita); acceder a la salud corporal (tener buena salud, alimentación adecuada y abrigo); ausencia de riesgos previsibles de daño a la integridad física; tener uso de razón, pensamiento e imaginación; poder desarrollar las emociones (tener apego a otros seres humanos, lugares, ambientes y animales); poder gozar de los beneficios de la afiliación, es decir, interactuar socialmente bajo la protección de instituciones o congregaciones; poder vivir una existencia libre de la discriminación por sexo, raza, etnia, religión u origen nacional, es decir, participar en la construcción de la identidad colectiva, así como en la personal; desarrollar capacidad lúdica y destrezas para disfrutar de actividades recreativas; tener la posibilidad de actuar mediante la participación en las decisiones políticas; tener derecho a la propiedad; poseer derecho a la búsqueda de empleo en condiciones de igualdad con otros; etcétera. Por supuesto que esta larga lista podría ser aumentada o disminuida en función de la reflexión sobre cuáles son aquellas capacidades que resultan relevantes para los individuos en particular y, en general, para los grupos sociales. Es decir, las capacidades humanas consideradas básicas no pueden generalizarse, puesto que las condiciones sociales, económicas, políticas y personales son particulares de cada contexto cultural e individual, aunque algunos de estos elementos siempre deberían considerarse (8).

Sin duda, una aproximación interesante de los conceptos de Sen al tema de la justicia social es el desarrollado en torno a la libertad, comprendiéndola como la capacidad de cada persona para guiar su propia vida en función de lo que le resulte altamente valorado. Con ello se reconoce que las capacidades son influenciadas por las características de cada individuo, es decir, que importan no sólo los recursos materiales que se poseen sino también los recursos personales. En esto, el enfoque de capacidades se vincula con el modelo de participación, ya que para que las personas actúen es necesario el desarrollo de sus capacidades y hay que tener en cuenta que ciertas variables como el sexo, la clase social en que se nace, las oportunidades de educación y empleo, la pertenencia a un grupo social o etnia y la edad pueden generar desigualdades que van a dificultar, en diferentes grados, la realización de sus aspiraciones.

Sen distingue entre capacidades (capabilities) y funcionamientos o realizaciones (functionings), y ello resulta útil pues en la práctica es complicado medir directamente las capacidades; en su lugar se pueden medir fácilmente los medios para la satisfacción de las necesidades, los cuales se expresan más claramente en los funcionamientos o realizaciones. “Realizaciones se refiere a las diversas condiciones de vida, las diversas dimensiones entre el ser y el hacer, que pueden o no ser alcanzadas, mientras que capacidades se refiere a nuestra habilidad para alcanzar dichas condiciones de vida. Una realización es un logro, mientras que una capacidad es la habilidad para lograr”. (Sen, citado por 9). La pobreza es, en el enfoque de Sen, la privación de las capacidades básicas que permitirían al ser humano su desarrollo; más allá del ingreso monetario. La diferencia entre una aproximación monetarista y una de capacidades está en que mientras la primera sólo subraya el bajo monto de los ingresos personales o familiares, la segunda enfatiza la privación de capacidades, sin menoscabo del componente económico, puesto que considera que el impacto del ingreso en las capacidades es contingente y condicional, en cambio el uso de los ingresos se halla sujeto a la capacidad que cada persona tiene para distribuir los recursos en una forma óptima, es decir, para convertir los ingresos en funcionamientos (4).

La pobreza entendida como privación de capacidades se diferencia de la pobreza vinculada a los bajos ingresos porque, al menos en teoría, si se tiene acceso a la educación o a la salud se tendrán mayores capacidades para resolver el problema de los bajos ingresos. Un individuo con altos ingresos y que goza de mala salud no será pobre en términos económicos, pero sí en función de la capacidad para gozar una vida sana, plena y con mayor calidad (8). Es exactamente en este sentido que se puede pensar que el desarrollo de las capacidades en el campo de la sexualidad y de la reproducción dependen, entre otros factores, de las condiciones de salud sexual y reproductiva que son promovidas en la población, especialmente en la población femenina, dado que el cuerpo de la mujer está totalmente involucrado cuando se trata del ejercicio de sus decisiones con relación a la sexualidad y la reproducción.

Entre los sistemas filosóficos que sustentan estos modelos se encuentran el utilitarismo de Bentham, que apuntala una parte de la llamada teoría económica marginalista en relación con el bienestar y, por otra parte, la teoría de justicia social imparcial de Rawls (10, 11) que se basa en lo contractual, es decir, supone que los principios de elección social y por lo tanto aquellos de justicia, son objeto de un acuerdo original. Así, un sistema social justo define de antemano el ámbito en el cual las mujeres y los hombres tienen que desarrollar sus objetivos, al mismo tiempo que proporciona un marco de oportunidades y derechos a partir de los cuales cada persona puede lograr determinados fines equitativamente. Otro concepto de la teoría de Rawls es el de bienes sociales primarios, o sea, aquellas cosas que cualquier persona racional desearía poseer; como son los derechos, las

oportunidades, las libertades, el acceso a ingresos y riqueza, o bien, aquellas bases sociales que pudiesen aportar al desarrollo humano integral o alguno de sus componentes.

El enfoque de participación tiene, a diferencia de los modelos monetario/utilitarista y de capacidades, la ventaja de incluir en su evaluación a las personas involucradas. El Banco Mundial ha publicado un documento en este sentido titulado “Voices of the poor. Can anyone hear us?” (12) el cual incluye testimonios de mujeres y hombres de unos veinte países representativos de las diferentes regiones del mundo en desarrollo. Los principales hallazgos se refieren a la percepción de la pobreza como un fenómeno multidimensional, que se relaciona ante todo con la carencia de lo necesario para alcanzar el bienestar, es decir, para adquirir principalmente alimentos, vivienda y tierra. Para los entrevistados, la pobreza implica aspectos psicológicos que los lleva a percibir la falta de poder en la toma de decisiones, una carencia de autonomía y, de manera sobresaliente, la falta de recursos económicos para seguir manteniendo la reproducción cultural de ciertas prácticas que persisten en sus comunidades. Además, la pobreza se percibe como un estigma que provoca humillación, resta poder y origina incapacidad para defenderse de la explotación de que se puede ser objeto. En países como India y Pakistán las personas se sienten indefensas si poseen deudas monetarias porque sienten que son menos autónomas (12). En el mismo documento, tanto mujeres como hombres consideran que la pobreza determina en gran medida la falta de acceso a los servicios de salud y que muchas vidas que podrían ser salvadas se pierden ante la imposibilidad de acudir a una clínica u hospital, principalmente por falta de caminos y de dinero para pagar un transporte que los conduzca al centro de salud. La carencia de servicios básicos, como es el agua potable, propicia enfermedades que podrían evitarse. Perciben la pobreza en términos de la ausencia de infraestructura básica como son caminos, transporte, agua, y centros hospitalarios enfatizando su mayor vulnerabilidad en los ámbitos de la salud, la educación y la cultura, en comparación con aquellos que no son pobres (12). Desde este punto de vista, los pobres resaltan que la recepción de servicios básicos puede ayudar a reducir la pobreza.

Las vivencias en torno a la pobreza varían con relación al género, la raza/etnia, la edad, y/o el nivel socio-económico. En Ghana, por ejemplo, los hombres relacionan la pobreza con la carencia de bienes materiales, mientras que las mujeres la vinculan con la falta de alimentos. Esta percepción está presente también entre los guatemaltecos y guatemaltecas. Para los mayores, la posibilidad de salir de la pobreza se encuentra en las habilidades que poseen para llevar a cabo las tareas agrícolas, en tanto que para los jóvenes se halla en las capacidades adquiridas que llevan a generar ingresos en otras actividades, como la posibilidad de emigrar y obtener recursos económicos en otro lado. Muchos de los hombres y mujeres pobres de este estudio ponen el acento en el logro de una independencia económica que les posibilite poder acceder a los bienes y servicios, sobre todo, a los alimentos (obra citada).



De acuerdo con la perspectiva del Banco Mundial, hacer frente a la pobreza implica promover el desarrollo tanto del capital social (esto es redes sociales, construcción comunitaria, etc.) como del capital humano (es decir, salud, educación, trabajo). Quienes consideran que debe promoverse el capital humano consideran que la “inversión” en educación y salud puede a futuro ser redituable a partir del incremento del trabajo (desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo). Indudablemente que estos logros potenciales, o la magnitud de los mismos, dependerá de las condiciones particulares de cada persona, como así también del contexto histórico, político y cultural de cada país. Desde este enfoque, bastaría con “invertir” tiempo y dinero suficiente en la educación para lograr un buen empleo y tener una vida digna. Esta idea basada sólo en modelos de “inversión” podría enriquecerse si se incorpora la perspectiva de Amartya Sen (4, 5, 6), según la cual el objetivo del desarrollo es dotar a las mujeres y hombres de las capacidades necesarias para tener realizaciones que les reporten satisfacción. El UNFPA adopta también la definición del economista para dar cuenta de que la pobreza podría resolverse potenciando las capacidades humanas. Y una de ellas, quizá la más importante es la propia vida, la cual tendría que ser larga y de buena calidad.

Sin embargo, tener derecho a vivir la vida con bienestar no garantiza que todas las mujeres y los hombres gocen de igualdad de oportunidades. El enfoque participativo considera que la mayor vulnerabilidad de mujeres y hombres se asocia con sus condiciones de vida y con su acceso al respecto de sus derechos humanos. Este enfoque aparece claramente expresado en el Informe del Banco Mundial “Desarrollo Mundial 2000/2001: Lucha contra la pobreza” donde se solicita a la población pobre que caracterice sus condiciones de vida. En esas caracterizaciones se pone de manifiesto que la dimensión más dura de la pobreza para la población involucrada en ella es la impotencia social y política, ya que pocas veces están representados en los círculos de poder. Entre las propuestas de solución se postula la incorporación de los pobres en la toma de decisiones políticas y el incremento de su acceso a las oportunidades, la seguridad y el empoderamiento, junto a lo cual se recomienda la participación de diversos sectores públicos y privados –los Estados, sociedad civil, empresas, asambleas representativas, donantes–, así como de los grupos vulnerables, en acciones tendientes a lograr la reducción de la desigualdad y la pobreza (13).

La disminución de la pobreza generalmente se traduce en una mejora en las condiciones de vida de las mujeres y los hombres, dado que esta disminución implica lograr la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano (alimentación, salud y abrigo), el aumento de las opciones de educación y trabajo para las mujeres y los hombres y, finalmente, los logros tendrían que ser sostenibles (4, 9). Al ser prioritaria la salud sexual y reproductiva las políticas públicas deberán orientarse hacia los más vulnerables entre los pobres: las mujeres, las y los adolescentes y jóvenes, y los grupos étnico/raciales en desventaja. Una vez ubicadas las

necesidades, a partir de las definiciones de las propias personas en torno a los derechos humanos, se pueden proponer las mejoras, propiciando el desarrollo de las capacidades humanas y la participación de los individuos en el ámbito comunitario y social, creando estrategias que los llevarían a salir de la pobreza.

Los enfoques de pobreza centrados en capacidades y participación resultan relevantes para conceptualizar la pobreza en su vinculación con la salud sexual y reproductiva. Para UNFPA, incorporar esas perspectivas significa poner el acento en el logro de auto-realizaciones humanas y de poder de toma de decisiones teniendo en cuenta el rol de actores políticos y ciudadanos que deben detentar las personas en las sociedades en que viven.

## 1.2. LA SITUACIÓN DE POBREZA EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

El descenso de los niveles de pobreza en Latinoamérica y el Caribe (LAC) se estancó durante los últimos cinco años - evidenciando tasas, tanto de pobreza como pobreza extrema, que se han mantenido prácticamente constantes desde 1997-, mientras que el número absoluto de personas pobres aumentó –alcanzando 220 millones (43,4%), de los cuales 95 millones (18,8%) viven en pobreza extrema (14)– y entre un 62,2 % (15) y un 81% (9) de la población total de la región vive con menos de dos dólares diarios. La región de LAC se caracteriza por tener la más fuerte disparidad de renta entre pobres y ricos en el mundo, siendo Brasil el país de mayor desigualdad.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y el Instituto de Investigación Económica Aplicada elaboraron el informe titulado “Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina y el Caribe” (16) en donde a partir de la aplicación de una metodología innovadora evaluaron, para el año 2015, los avances en el cumplimiento de la reducción de la proporción de la población que vive con menos de un dólar diario (*línea internacional de pobreza*). El informe intenta responder la pregunta si en el año 2015 cada uno de los 18 países seleccionados de LAC habrá logrado disminuir a la mitad la tasa de pobreza extrema que se registraba en 1999. La metodología considera dos escenarios: uno, de carácter histórico que pretende extrapolar al futuro el crecimiento y la dinámica de la desigualdad en los años noventa; el otro, es un escenario alternativo que simula los cambios que acercarían más a cada país a un “ideal regional”, que sería un país más equitativo y más rico que cualquier país de LAC en el momento actual, que en el informe se denomina “Maxilandia” (16 pág. 12). Las conclusiones provenientes del primer escenario, esto es la simulación basada en la evolución histórica, indican que si los países lograran mantener su crecimiento económico y niveles de desigualdad de los años '90 sólo siete países alcanzarían la meta de reducción de la pobreza para el 2015: Argentina –medida antes de la crisis del 2001–, Chile, Colombia, Honduras, Panamá, República Dominicana y Uruguay. Bajo las mismas condiciones, sólo seis

países lograrían disminuir la pobreza extrema de manera muy lenta: Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua. En cambio, en los cinco países restantes (Bolivia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela) los niveles de pobreza se elevarían, ya sea debido a un aumento en la desigualdad o bien a una baja en el ingreso per cápita, o por ambas causas en forma conjunta.

En el segundo escenario propuesto se verificó qué, en lo que hace a la línea internacional de pobreza, si se mantiene una tasa anual media de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) per cápita del 3% o menos, con una baja acumulativa de la desigualdad (coeficiente Gini) inferior al 4%, 16 países alcanzarían la meta (exceptuados Bolivia y El Salvador). En cuanto a la reducción de la pobreza extrema sólo dos países, Bolivia y Nicaragua, necesitarían una tasa anual promedio de crecimiento del PIB per cápita superior a 2% y una reducción de la desigualdad de más de 5%. En ese sentido, la conclusión más importante del estudio es que los altos niveles de desigualdad son un obstáculo para el logro de un crecimiento económico dinámico (16) y la reducción de la pobreza, lo cual debería recibir importante atención por parte de quienes toman las decisiones nacionales.

### 1.3. LA POBREZA Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva en la región de LAC se encuentra fuertemente influenciada por las desigualdades sociales a las que está sujeta su población. Las marcadas diferencias socioeconómicas potencian las inequidades de género, raza/etnia y edad, no logrando ser compensadas por los sistemas de salud y otros programas sociales cuya finalidad es atenuar las desventajas sociales. El concepto de salud sexual y reproductiva acordado en CIPD-1994 obliga a examinar el conjunto de las condiciones de salud existentes en distintas poblaciones, así como a revisar el estado en que se encuentran los servicios que se ofrecen a los más pobres en aspectos tales como oferta, infraestructura y personal calificado, entre otros (17).

Durante la década de los '90 el gasto social en la región de América Latina y el Caribe creció, en comparación con los '80, pero con gran heterogeneidad entre los países de la región. Esta inversión no ha sido suficiente para resolver las graves desigualdades que se observan en materia de salud (18). Cerca de 16% del incremento de los gastos sociales correspondieron al sector salud y 51% a la ampliación del gasto en seguridad social, especialmente pensiones y jubilaciones. En términos generales, la limitada inversión en salud pública ha sido un factor determinante del deterioro del sector (19). En 1999 la región de LAC gastaba mucho menos en salud que la Unión Europea: 7,3% y 9,3% del PIB, respectivamente. La diferencia se observa también en cuanto a los gastos públicos en salud efectuados por los gobiernos centrales y locales (43% y 74%). Desde esta perspectiva se hace evidente la importancia de identificar de qué manera los cambios en salud en general y, específicamente, en salud sexual y reproductiva pueden

ayudar a reducir la pobreza y a disminuir las desigualdades sociales en países de LAC teniendo como enfoque central la perspectiva de género y las dimensiones de raza/etnia y generación.

Los vínculos conceptuales entre la salud reproductiva y la pobreza son históricos y se remontan al período en que la disminución de la tasa de fecundidad era esencialmente considerada como la única o la más eficaz estrategia de reducción de la pobreza. Desde la CIPD-1994 esa perspectiva fue reinterpretada desde el marco de los derechos humanos. Así, se comenzaron a valorar la igualdad, la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres en salud sexual y reproductiva, así como la prevención de ITS-VIH/SIDA y los derechos reproductivos, como temas que deberían transformarse en políticas y programas de los Estados constituyéndose en una preocupación para las comunidades y los individuos. Por lo tanto, a partir de la CIPD las opciones reproductivas son consideradas más allá de la perspectiva demográfica y médica incorporándose como una cuestión que involucra procesos socioculturales y por tanto valores, actitudes, comportamientos y creencias instaladas en las distintas sociedades; se percibe, además, como un derecho de mujeres y hombres a gozar de una vida sexual plena y sin circunstancias desfavorables (20).

Actualmente ya es conocido que ni los neomalthusianos ni sus críticos poseían aproximaciones correctas en relación con las estrategias específicas planteadas para la reducción de la pobreza (21, 22), y que ni la planificación familiar ni los modelos actuales de reducción de desigualdades socioeconómicas serán suficientes para reducirla. Para impactar en dicho objetivo se requiere una combinación entre un menor índice de crecimiento de la población y un cierto grado de desarrollo económico, con la reducción de las desigualdades socioeconómicas asociadas a las inequidades de género, raza/etnia y generacionales. Para esto se requiere *construir evidencias y/o defender valores* que muestren que una mejora en la salud sexual y reproductiva –entendida como un conjunto de acciones básicas para la promoción y la defensa de los derechos reproductivos como derechos humanos– se traducirá en una reducción de la pobreza. A través de estos procesos se lograrán encaminar procesos hacia la construcción de la autonomía individual y colectiva, y generar una conciencia ciudadana en torno al ejercicio del derecho a la salud de todos y todas.

### 1.4. DERECHO A LA SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS COMO DERECHOS HUMANOS

La Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha subrayado la necesidad de hacer una revisión de las estrategias implementadas para abatir la pobreza mediante una óptica del derecho a la salud (23). Desde una aproximación basada en los derechos humanos, la salud debe operar sin distinción de sexo, raza, condición socioeconómica, edad, idioma o religión, y cada ser humano debe ser

reconocido como una persona con titularidad de derechos. Compete a los Estados vigilar el cumplimiento del derecho a la salud basado en los derechos humanos y objetar aquellas prácticas discriminatorias hacia las mujeres, las y los adolescentes, los grupos étnicos y raciales, los y las homosexuales, las personas viviendo con VIH (24, 25). En este sentido, el Estado tiene tres obligaciones:

- *Respetar* los derechos, es decir abstenerse de intervenir y hacer valer lo que cada individuo/grupo desea.
- *Proteger* los derechos promulgando leyes y códigos para prevenir su violación.
- *Hacer cumplir* los derechos mediante procedimientos institucionales que favorezcan la titularidad de los mismos.

Los derechos humanos deben promoverse en distintos ámbitos, particularmente en el de la salud sexual y reproductiva (26). Los derechos reproductivos se encuadran en la llamada tercera generación de los derechos (27) e incluyen dos dimensiones, una individual y otra social. La primera apunta al derecho de mujeres y hombres a la libertad en la elección de la pareja, a la privacidad, la intimidad, la autonomía y el libre ejercicio de la misma con fines reproductivos o no. La segunda se refiere al derecho que posee toda persona de gozar de los beneficios de las políticas públicas de salud, es decir, a recibir información, educación sexual, servicios de calidad, acceso al progreso científico y tecnológico, a medicamentos e insumos, a programas que promuevan la erradicación de la violencia de género, y en general a todas aquellas acciones que propicien la salud sexual y reproductiva de las poblaciones (24).

A partir de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial 1965, la Conferencia de los Derechos Humanos de Viena 1993, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo - Cairo 1994, la Conferencia de la Mujer - Beijing 1995, la Convención sobre los Derechos del Niño 1989 y otras Convenciones y Pactos se reconocieron los derechos de las mujeres, las y los jóvenes, las niñas y los niños, las comunidades étnicas y raciales minoritarias, y otros grupos vulnerables para gozar de una vida digna y libre de discriminación, violencia y coerción, incluyendo el ámbito de la sexualidad y la reproducción; los derechos reproductivos se afirmaron como derechos humanos para todas las personas.

Los derechos reproductivos, en una aproximación basada en los derechos humanos, implican *los principios de universalidad, indivisibilidad, diversidad y el principio democrático* (28); son valores tanto éticos como jurídicos. Son *universales* porque el simple hecho de ser humano confiere

titularidad a una persona: todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Son *indivisibles* pues se encuentran adheridos a todos los demás derechos humanos (políticos, económicos, civiles, sociales, etc.) y son inherentes a la dignidad humana. Se encuadran en el marco de la *diversidad*, a partir de la libertad de los individuos de decidir sobre su vida sexual y reproductiva, independientemente de su credo religioso, su sexo, edad, orientación sexual, adscripción étnica/racial, discapacidad física, etcétera. Por último, *son democráticos* pues se vinculan con el ejercicio de los derechos ciudadanos y con el derecho a la igualdad. Además, toda persona tiene derecho a no ser discriminada, a participar en las decisiones del país en el que vive y a ser incluida en las políticas de Estado. El ejercicio de los Derechos Reproductivos desde una perspectiva de los derechos humanos demanda una acción emancipatoria en el ámbito político y jurídico, y exige también que se tenga un abordaje que sea culturalmente sensible. De acuerdo con el documento síntesis del debate<sup>1</sup> (Campana por la Convención Interamericana sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, 2004) en torno a la propuesta de la “Convención Interamericana sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos”, se explicita la necesidad de que se reconozca la diversidad cultural, con resignificación de los códigos normativos según las propias normas de los hombres y mujeres integrantes de las sociedades. Lo que se demanda es que sea una norma con pretensiones universales pero también con posibilidad de dialogar con contextos particulares.

UNFPA, como parte del Sistema de Naciones Unidas, juzga central en su mandato el enfoque de derechos humanos, considerándolo también desde una perspectiva que sea culturalmente sensitiva. Eso significa que, a pesar de responder a premisas universalistas, el marco de los derechos humanos debe partir de las necesidades de la población, ubicar la naturaleza y extensión del problema de salud de las mujeres, los adolescentes y jóvenes de ambos sexos, y las comunidades étnicas y raciales introduciéndose en sus marcos y normas culturales y, desde ese lugar, producir cambios promoviendo su empoderamiento y su participación social en sus contextos específicos.

Para lograr niveles altos de salud física y mental, así como de salud sexual y reproductiva, no es suficiente proveer servicios de salud, se requieren más acciones para revertir las inequidades estructurales, legales y culturales, así como estudiar las barreras –de todo tipo– que impiden a las personas gozar del derecho a la salud. Se debe efectuar un análisis para identificar las causas estructurales, mediatas e inmediatas, que impiden el ejercicio de los derechos humanos; consecuentemente, realizar acciones para desarrollar la capacidad de ejercerlos.

1. Durante el año de 2004 se realizó un debate virtual sobre el Manifiesto a la Convención Interamericana sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, con el objetivo de recoger las opiniones de las organizaciones, redes y personas interesadas. El debate estuvo centrado en torno a los siguientes ejes: a) Fundamentación, concepto y enfoque de derechos; b) Los derechos sexuales y los derechos reproductivos; c) Responsabilidad del Estado y el nuevo contrato social; y d) Los temas de sexualidad y reproducción.

Cottingham (29) indica cómo operar en una perspectiva basada en los derechos humanos: significa atender a un conjunto de normas internacionalmente reconocidas y aplicables igualmente a todas las personas, en el mundo entero. Las leyes internacionales de derechos humanos son un conjunto de estándares legales que los países firmantes acuerdan seguir y cumplir. En ese sentido los países tienen obligación de desarrollar acciones para respetar, proteger y atender plenamente esos derechos. Cottingham (29) señala cómo en el caso de la salud todos los países del mundo firmaron por lo menos un tratado internacional que establece derechos relacionados a la salud, lo que garantiza la posibilidad de llevar adelante acciones equitativas en ese terreno, o sea, de mantener principios éticos a través de los cuales se busque distribuir justicia social. Los derechos humanos ayudan a entender cómo las leyes, las normas sociales, las tradiciones y las prácticas institucionales afectan a las personas, positiva o negativamente, en el ejercicio de sus derechos y en los principios inherentes a ellos (26). Uno de los principios que se han subrayado es la *inalienabilidad* de los derechos humanos, lo que confiere a todo individuo derechos naturales que deben ser reconocidos, respetados y

garantizados obligatoriamente. Esta posesión o *titularidad* de los derechos implica poder gozar de seguridad, educación, privacidad, tratamiento digno en cualquier circunstancia, no discriminación, igualdad en el acceso a los servicios de salud y a tener una buena salud basada en la equidad. La titularidad de los derechos, aunque es defendida en los foros de las distintas Conferencias y Convenciones promovidas por la ONU, es influenciada por las inequidades de género, raza/etnia o generacionales.

La salud sexual y reproductiva, tanto como el conjunto de condiciones de salud que incluyen (que no se limitan a la prestación de servicios ni a la idea de carencia de enfermedad y que entrañan, sobre todo, la capacidad de disfrutar de una vida sexual plena y sin circunstancias desfavorables), pueden operar como plataforma para el empoderamiento del ejercicio de la ciudadanía. La implementación de políticas capaces de lograr mayor equidad de género, de raza/etnia y generacional, que a su vez promuevan el respeto de la titularidad de derechos con miras a la defensa de la salud sexual y reproductiva como un derecho humano universal, pueden actuar como dimensiones que colaboren en la reducción de la pobreza en LAC.

## 2 Desigualdades sociales, políticas de salud y derechos

Operar dentro del marco de los derechos humanos en el campo de la salud, de la salud sexual y de la salud reproductiva implica identificar y reconocer las desigualdades en los niveles de salud presentes en las poblaciones e identificar cuáles son sus causales. Promover cambios partiendo del principio de equidad en salud e impulsando el reconocimiento por parte de los Estados de esas mismas desigualdades implica producir, por ejemplo, un análisis de cómo las jerarquías de género, raza/etnia y edad son determinantes socio-culturales de la salud que poseen relevancia. Estos determinantes son ejes estructurales de la organización de las sociedades contemporáneas, que se potencian mutuamente y explican las desigualdades de acceso a la salud y, por lo tanto, también las inequidades en cuanto a los derechos humanos en ese campo, incluida la salud sexual y reproductiva.

En el centro del debate sobre el papel de los Estados y el compromiso de Naciones Unidas en la lucha por la reducción y/o alivio de la pobreza se encuentran los conceptos de equidad social y de inclusión. Aunque hasta ahora el único consenso que se puede observar con relación al concepto de equidad es que hay un componente de justicia en su definición; el tema de equidad en salud va de la mano de la discusión sobre principios éticos. Esto implica incorporar, como componente de la defensa de los derechos humanos, la preocupación por reducir la inequidad de oportunidades en salud debidas a la pertenencia de las personas a grupos sociales poco privilegiados (pobres, minorías étnicas o religiosas, mujeres, residentes rurales, adolescentes y jóvenes, homosexuales y adultos mayores) (32), debiendo tenerse en cuenta a su vez que estas desventajas sociales actúan sinérgicamente.

Muchas veces, para actuar usando el principio de equidad se utiliza frecuentemente un enfoque de justicia social basado en los niveles mínimos que debieran existir en salud. Las políticas de salud diseñadas a partir de esta perspectiva tienden a garantizar a la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia en salud, propiciando que las demás demandas sean resueltas en el mercado. Estas políticas son las adoptadas por el Banco Mundial, para quien lo fundamental es financiar con fondos públicos los paquetes mínimos de prestaciones más eficientes en términos costo-efectividad, dando libertad al individuo para que se costee de forma privada el resto de las prestaciones, entre las cuales se incluiría la atención curativa (13).

Esta política de financiamiento individual resulta *inequitativa* para aquellos que no pueden pagar los costos de los servicios de salud, como se empieza a evidenciar en estudios específicos que muestran su repercusión en el ámbito

de la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos. Además, los sectores públicos presentan graves problemas en relación con la eficiencia, cobertura y calidad de la atención (19), manteniendo una desigualdad en el acceso a los servicios, que se hace evidente cuando se comparan localidades, regiones o grupos sociales diferentes.

Las reformas sectoriales en el campo de las políticas de salud dentro del contexto de las estrategias de desarrollo, según Nanda (33), son una manera de atender la salud y la pobreza desde el punto de vista de la “oferta” (adaptando las respuestas del sistema de salud a las necesidades de los pobres o vulnerables). En la agenda de la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos se amplía así el concepto de “servicios” al atender tanto a la “oferta” como a la “demanda” en el esquema de salud-pobreza (se mejora la atención mientras se enfatizan el empoderamiento y el bienestar de los individuos, especialmente de las mujeres). De esta forma, los sistemas nacionales de salud acceden a ser promotores de la equidad y en los procesos de reforma en la región.

Fueron los primeros estudios epidemiológicos sobre la morbi-mortalidad de las enfermedades transmisibles los que demostraron la mayor vulnerabilidad de los pobres frente a la enfermedad y la muerte. La comprobación de que las condiciones de vida de las mujeres y hombres son un determinante de los niveles de salud, fue el origen de la salud pública como ciencia de lo colectivo a principios del siglo pasado, de manera tal que el accionar de los trabajadores de la salud se asoció a lo social desde sus inicios. Así, los sistemas sanitarios de los diferentes países se organizaron a partir de la perspectiva de la salud como una instancia colectiva, justificada en la formulación de “igual tratamiento para iguales necesidades”.

Pero, más recientemente, se ha reivindicado el derecho a la diferencia o la diversidad, enfatizando que si de hecho todos nacemos iguales, las necesidades de las sociedades, los grupos y las personas son distintas, pues se relacionan con contextos socioculturales, políticos y económicos. “Es necesario tratar a los desiguales, es decir, a los diferentes de modo desigual [pues] sería injusto tratar en modo igual a los desiguales”. (34). Subrayando el criterio de equidad, es importante mencionar que si bien se requiere incrementar el acceso a la salud para la población en su conjunto (en beneficio de la igualdad), hay que encarar las condiciones específicas (en provecho de la diferencia).

Cierta información contenida en los denominados *atlas de inequidades* en salud ha logrado poner en relieve algunas de las diferencias en el acceso a la salud y el bienestar entre regiones y ciudades dentro de los países, entre poblaciones con diverso nivel socioeconómico, entre varones y mujeres, y,

últimamente, entre las generaciones. Sin embargo, la información que proporcionan es limitada ya que se basa en modelos de administración de la salud centrados en promover acceso a los servicios de salud. Los datos que presentan no consideran en su real proporción el peso de las intervenciones contextuales como las políticas públicas y aquellas relacionadas con las decisiones para el auto-cuidado o la influencia del contexto de vida de las personas en su salud.

Si consideramos el tema de la equidad en el financiamiento de los sistemas de salud, se puede hablar de una equidad horizontal (tratamiento igual para iguales, es decir, los que poseen recursos iguales realizan gastos iguales, independientemente de su sexo, lugar de residencia, estado civil etcétera) y de una vertical (tratamiento desigual para desiguales, o sea aquellos que tienen capacidades desiguales y por tanto gastan en forma desigual en su salud), lo que podría justificar algunos programas verticales que siguen en funcionamiento en la región en el campo de la salud sexual y reproductiva.

Se muestran a continuación algunas desigualdades de condición socioeconómica, género, raza/etnia, generación y por el doble estigma que representa ejercer una orientación sexual diversa y vivir con VIH/SIDA, en relación con ciertos indicadores de salud sexual y reproductiva en la población de LAC.

## 2.1. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS

Se sabe que a nivel mundial los grupos sociales en desventaja económica tienen un riesgo mayor de padecer ciertos tipos de cáncer. Entre aquellos que más fuertemente se asocian a un estado socioeconómico bajo se destaca el cáncer de cuello de útero, además del de pulmón y el de estómago (35).

Las inmigrantes México-americanas y puertorriqueñas que viven en EUA tienen una incidencia de este cáncer de cerviz hasta tres veces mayor que las blancas no hispanas (36). En LAC, la mayoría de las mujeres que mueren por cáncer cervicouterino son de nivel socioeconómico bajo y tienen un limitado acceso a la atención ginecológica de calidad y a la educación para la prevención de las enfermedades (37).

En números globales, las estadísticas de mortalidad por cáncer cervicouterino para la región tienen una tendencia ascendente para la mayoría de los países (37). Durante el año 2000 se estima que murieron más de 30 mil mujeres y se diagnosticaron casi 80 mil nuevos casos (35). Las tasas de incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino varían significativamente entre las regiones, conforme se observa en el cuadro (A). La de de mortalidad por cáncer cervicouterino es alta en: Barbados 29, Paraguay 24, Nicaragua 23 (se consignan los valores por cada cien mil mujeres); y es baja en: Islas Caimán 3, Antigua y Barbuda 4, Belice 7 (38). En un estudio sobre la situación en México, se encontró que el riesgo de muerte por cáncer cervicouterino es tres veces más elevado en las zonas rurales que en las urbanas y que las mujeres que viven en regiones donde el desarrollo socio-económico es menor tienen los riesgos de mortalidad más altos (39).

**Cuadro (A) Cáncer Cervicouterino - Tasas de incidencia y de mortalidad (por 100000 personas) y estandarizadas por edad para diferentes regiones del mundo en el 2000**

Región	Tasa de incidencia	Tasa de mortalidad
Africa Oriental	44,3	24,2
Africa Central	25,1	14,2
Africa Septentrional	16,8	9,1
Africa Austral	30,3	16,5
Africa Occidental	20,3	10,9
El Caribe	35,8	16,8
América Central	40,3	17,0
Sudamérica	30,9	12,0
América del Norte	7,9	3,2
Asia Oriental	6,4	3,2
Sudeste Asiático	18,3	9,7
Asia Meridional	26,5	15,0
Asia Occidental	4,8	2,5
Europa del Este	16,8	6,2
Europa Septentrional	9,8	4,0
Europa Meridional	10,2	3,3
Europa Occidental	10,4	3,7
Australia	7,7	2,7
Melanesia	43,8	23,8
Micronesia	12,3	6,2
Polinesia	29,0	15,2

Fuente: *ISIS (2002) citando a Globocan 2000. International Agency for Research on Cancer. Reproducido por OPS 2001. A brief snapshot of the situation: Cervical cancer in Latin America and the Caribbean, 2001. Disponible en: [www.paho.org/English/HCP/HCN/CCBriefSnapshot.htm](http://www.paho.org/English/HCP/HCN/CCBriefSnapshot.htm)*

Las muertes por cáncer cervicouterino se relacionan con factores que determinan la pobreza como la baja escolaridad, el desempleo, la falta de acceso a servicios de salud de calidad y a la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento oportuno, como así también la residencia en áreas rurales. Las mujeres con mayor riesgo de padecer de cáncer cervicouterino son aquellas con menores oportunidades de acceder a un diagnóstico y tratamiento oportuno, es decir, quienes no tienen recursos para enfrentar su situación adversa, por lo que para revertir su tendencia se requiere invertir en salud sexual y reproductiva, de tal manera que se creen mejores condiciones de salud, lo que a su vez operaría como una estrategia de reducción de pobreza.

## 2.2. DESIGUALDADES DE GÉNERO

Como indica Gómez (40), la categoría género es central en el ámbito micro-psicológico de formación de la subjetividad, de las relaciones interpersonales y en el nivel macrosocial de asignación y distribución de recursos y poderes en sociedades

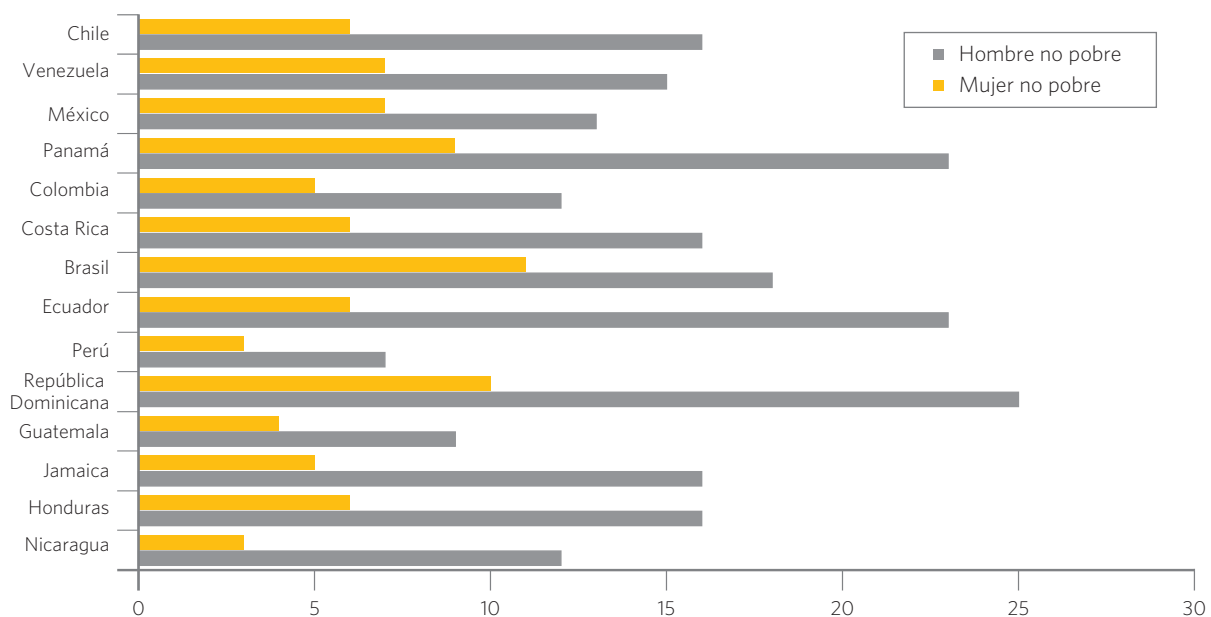
que son jerárquicas. Esa jerarquización impacta también en el nivel de salud de las personas dado que las necesidades, inclusive las de salud, son influenciadas por las relaciones desiguales de poder que existen entre los hombres y las mujeres (o entre los ámbitos sociales masculinos y femeninos). Por lo tanto, se requiere una comprensión adecuada sobre las formas en que esas diferencias de poder impactan sobre los recursos, los perfiles epidemiológicos y los procesos de “consumo” y “producción” de la salud (40).

La categoría género permite explorar y comprender cómo se construyen los espacios simbólicos diferenciados para varones y mujeres. En el campo de la salud, el género influencia en la situación de salud de las mujeres de muchas maneras, por ejemplo: exposición y vulnerabilidad; naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud; maneras en que los síntomas son percibidos; acceso a los servicios de salud; posibilidades de seguir los tratamientos indicados; consecuencias sociales y de salud a largo plazo (41). Además, son las mujeres quienes tradicionalmente se han ocupado del cuidado y atención de la salud en sus familias y comunidades, muchas veces dejando de lado sus propias necesidades. Es en ese sentido, por ejemplo, que la mortalidad materna puede acaecer o incrementarse por aspectos negativos asociados al género. Otra importante pauta de la evidente influencia de las jerarquías de género sobre los niveles de salud de las poblaciones es el de la prevención del VIH/SIDA, dado que las prácticas sexuales de hombres y mujeres de todas las edades y razas/etnias está altamente determinada por el poder de género. Por otro lado, los varones

son excluidos –y a la vez se excluyen a sí mismos– del ámbito de la salud sexual y reproductiva, y una razón para ello son las ideas y creencias culturales que afirman una imagen corporal de fuerza y menos vulnerabilidad. Eso puede traer como consecuencia que a pesar de padecer dolencias y/o enfermedades los varones se muestren, en términos generales, menos propensos a acudir a los servicios de salud o a cuidar de su salud y de la de otros. Asimismo, persisten los prejuicios de género que impiden a muchos varones acudir a revisiones periódicas para prevenir enfermedades como el cáncer de próstata en la madurez o de testículo en la adolescencia. Es más, valores, comportamientos y actitudes masculinos se han constituido en un factor de vulnerabilidad importante, siendo considerada la masculinidad un importante factor de riesgo a la salud exponiendo a los hombres a problemas de salud evitables (42).

Incorporar la discusión de género en la salud sexual y reproductiva conlleva a hablar sobre autonomía y empoderamiento y, por lo tanto, de las decisiones y elecciones que toman mujeres y hombres en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción. Pero también conlleva a hablar de la correlación de género con otros determinantes sociales como la clase social/pobreza, por ejemplo. Puede apreciarse el efecto que tiene la pobreza sobre la mortalidad general en mujeres y hombres al observar los datos de un estudio realizado por la OMS en ciertos países de LAC. Para el grupo de personas no pobres la probabilidad de muerte es mayor en los varones que en las mujeres; en varios países puede observarse que el riesgo en los varones más que duplica al de las mujeres (Cuadro B).

**Cuadro (B)** Probabilidad de muerte (por 100) para hombres y mujeres no pobres, de 15 a 59 años, en países seleccionados de LAC

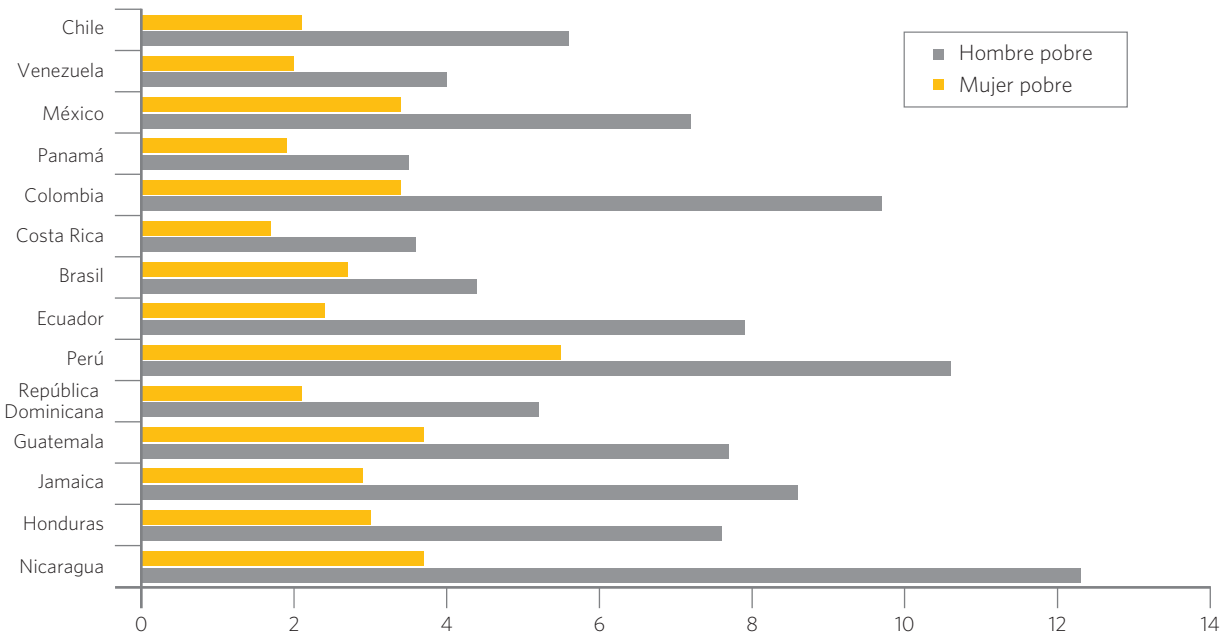


Fuente: WHO The World Health Report 1999.

Si por el contrario, se toma en cuenta la población en condiciones de pobreza, la probabilidad de muerte por sexo se invierte y, en siete de los catorce países seleccionados la

probabilidad de muerte femenina duplica el riesgo de los varones (Cuadro C).

**Cuadro (C) Probabilidad de muerte (por 100) de varones y mujeres pobres de 15 a 59 años, en países seleccionados de LAC**



Fuente: WHO The World Health Report 1999.

La relación entre el sexo y la pobreza se ve reflejada también en la violencia hacia las mujeres y las niñas. Algunos de sus efectos se traducen en embarazos no deseados, aborto inseguro, infecciones de transmisión sexual (VIH/SIDA), que al combinarse con la falta de acceso a servicios de consejería y salud contribuyen a las altas tasas de mortalidad entre las mujeres pobres en esta etapa de su vida (37).

El impacto de la violencia sobre los indicadores de salud sexual y reproductiva para LAC se puede ilustrar con diversos ejemplos citados en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (43), entre los que se destaca el caso de México donde hasta un 18% de las mujeres que denuncian una violación se han embarazado como consecuencia. El mismo informe señala que hasta un 15% de las mujeres que alguna vez han tenido pareja fueron maltratadas física o sexualmente durante el embarazo, generalmente por la pareja misma, hallazgo basado en diversos estudios realizados en Canadá, Chile, Egipto y Nicaragua. Este dato coincide con otros reportes para algunos países de LAC que sugieren que el maltrato físico dentro de la pareja es bastante común, llegando a registrarse hasta en un 30% de los casos (44).

### 2.3. DESIGUALDADES DE RAZA/ETNIA

Otra dimensión a considerar es la de raza/etnia. Esa dimensión se constituye en un imperativo central para el tema de la salud, y la salud sexual y reproductiva en la región. En particular, en asociación con otros determinantes sociales de la salud, como el de género, esta dimensión tiene elementos para analizar y actuar sobre los derechos de las poblaciones indígenas y afro-descendientes. En efecto, esos son los grupos étnicos más afectados en su calidad de vida. Las causas de esta situación se hallan en las raíces históricas de cada país, e involucran aspectos culturales, sociales y económicos de extrema relevancia en la determinación de los niveles de salud de las personas. En un estudio reciente del Banco Mundial (45) se señala que las diferencias en participación, poder e influencia dependen en buena medida de las desigualdades económicas entre las personas y grupos sociales; la justicia y la equidad se consolidan en la medida en que se tienen mayores oportunidades y capacidades. Dicho universo resulta muy acotado para las comunidades indígenas y afro-descendientes que habitan en LAC. En esta región las personas de ascendencia indígena son aproximadamente 50 millones, en tanto que los afrodescendientes son entre 150 y 200 millones. Ambos representan un 25% de la población total



de la región. Viven en LAC otros grupos humanos minoritarios como son inmigrantes hindúes y asiáticos, especialmente en el Caribe, que también deberían ser tenidos en cuenta. La población indígena en LAC es de las más pobres del área. Tanto en México como en Perú, el 80% de los indígenas se encuentra por debajo del umbral de pobreza, medido por la Línea de Pobreza del Banco Mundial (menos de dos dólares diarios per cápita). Situaciones similares se viven en Bolivia, Guatemala y Paraguay, además de Brasil con su población afrodescendiente (46).

La discriminación racial y étnica fomenta las desigualdades en salud entre los individuos y grupos, y dificulta el acceso a los servicios. En Brasil, por ejemplo, ya se conoce la gran desventaja de mujeres y hombres afrodescendientes en comparación con la población blanca que vive en el país (47). Los indígenas en LAC habitan generalmente en zonas rurales en las cuales no se ha generado un desarrollo equitativo en materia de infraestructura en el área de salud. Cuando estas poblaciones pueden disponer de los servicios en sus propias comunidades éstos resultan de menor calidad o no se otorgan consultas y hospitalizaciones de segundo o tercer nivel de complejidad (48). Por otro lado, una concepción amplia de la salud sexual y reproductiva que sea visible en las políticas y programas gubernamentales, y que incorpore los temas de empoderamiento y derechos, difícilmente alcanza a las poblaciones afrodescendientes e indígenas y, cuando lo hace, no se ajusta a los contextos culturales específicos.

Aunque es difícil desagregar los datos en materia de salud por raza/etnia, algunas cifras permiten apreciar las inequidades entre regiones. En Guatemala se ha encontrado una asociación directa entre la esperanza de vida al nacer y la distribución de la población por grupo étnico. Existe una diferencia de 10 años entre aquellas personas que nacen en Totonicapán (96% de población indígena) y quienes nacen en

la capital (45). Las cifras de mortalidad materna son otro indicador que ilustra claramente las diferencias entre grupos étnico/raciales. En Alta Verapaz, donde vive gran porcentaje de la población indígena del país, la mortalidad materna es de 250 muertes maternas por cada 1000 nacidos vivos, cifra cinco veces mayor a la media nacional para 1998 (48). El riesgo de parto de feto muerto es 50% mayor entre las mujeres indígenas que entre las mujeres no-indígenas (49) y se estima que 74% de las indígenas no acuden a control prenatal con un médico (o rara vez lo hacen), al centro de salud o con las parteras, mientras que el 67% de las mujeres no-indígenas tienen controles de ese tipo (48).

Un trabajo reciente sobre la salud de la población indígena de México demostró que entre las poblaciones con mayor densidad indígena la tasa de mortalidad materna es 4,6 veces más alta que en los municipios con mayor población mestiza (50). Por otra parte, en Paraná, Brasil, el riesgo de mortalidad materna es cinco veces mayor para las mujeres de ascendencia asiática y 7,4 veces mayor para las de raza negra, al compararse con las mujeres blancas (Martins, citado por 51).

Las causas de las altas tasas de mortalidad materna en indígenas de la región son variadas. Un documento recientemente publicado sobre la salud y el bienestar de los grupos indígenas (52) describe cómo en muchas de estas comunidades los servicios y los cuidados de emergencia cuentan con recursos limitados, incluida la atención obstétrica. Algunas personas tienen que viajar largas distancias para ser atendidas y, en general, poseen escasa información sobre su derecho a recibir atención médica gratuita.

A continuación se presenta el testimonio, reseñado por Bristow (52), de una partera tradicional perteneciente al grupo étnico *k'iche' xesalac*, del Municipio de Santa Lucía la Reforma, Departamento de Totonicapán, Guatemala, que ilustra aspectos culturales y de género que pueden incidir en la mortalidad materna:

*"Tuve un caso de una mujer embarazada en Gualtux que había estado dos días dando a luz. El bebé estaba posicionado al revés. La familia ya había sido aconsejada por la Partera Tradicional (PT) y por los empleados del Centro de Salud, pero en mi opinión el problema de aquella familia era el machismo. El caso es que el marido no quería que su mujer acudiese al hospital porque no quería que el cuerpo (los genitales) de su mujer estuviese expuesto a los médicos.*

*Me llamaron tarde, y llegué a la vez que la PT. Lo primero que hice fue echarle la bronca a la PT, porque sabía que había recibido educación, pero la PT me dijo que la culpa no era suya, ya que ya había alertado a la mujer. Ya le había dicho a la familia que tenían que ir hospital, pero tanto el marido como el padre de la mujer estaban opuestos.*

*Cuando llegué, la mujer gritó: "¡Ayúdame, que me voy a morir!" Su madre también lloraba, y gritaba: "¡Mi hija se muere! ¡Y todo por culpa de su marido y de su padre, que no nos dejan llevarla al hospital!"*

*Intenté calmarles a todos, diciéndole a la mujer que no se iba a morir, y que la llevaríamos al hospital de inmediato. Mientras, yo estaba evaluando su situación, y tuvo el meconio y la mano del bebé salió. Empecé a limpiarla, y mientras, le dije al marido que fuese a buscar una camioneta para poder llevarla al hospital, y a cuatro hombres que podrían llevar a la mujer en brazos. Les pedí a los familiares que me trajesen ropa para la mujer y buscamos una sábana en la cual llevarla. Nos la llevamos al hospital. Tanto la mujer como el bebé sobrevivieron, pero tuvieron que permanecer en el hospital durante mucho tiempo, bajo tratamiento."*

En algunos países de la región de LAC el lugar de residencia de una mujer próxima a parir repercute en la atención que recibirá a la hora del parto, lo que condicionará, sin duda, la probabilidad de morir o no durante el mismo. La cobertura y calidad deficiente de los servicios de salud sexual y reproductiva, la baja prioridad en la asignación de recursos para áreas marginadas y la inequitativa accesibilidad a esos servicios de muchas mujeres pertenecientes a grupos desfavorecidos geográficamente, que por lo regular son aquellas etnias que habitan en el medio rural, son causas de las altas tasas de mortalidad en el parto.

Desde hace algunas décadas persisten altos índices de mortalidad materna, muertes que ocurren muchas veces en regiones en donde la atención calificada en el parto es inferior al 50% de los casos como, por ejemplo, en Guatemala, Perú y Bolivia (53), en donde una buena proporción de la población habita en el medio rural. Las mujeres que viven en el campo tienden a tener menos partos atendidos por personal calificado que las mujeres urbanas, tal como se ve en el conjunto de países del cuadro siguiente. Los contrastes pueden ser marcados en algunos casos como Haití, donde la atención calificada en las zonas urbanas es aproximadamente 4 veces mayor que en las zonas rurales.

**Cuadro (D) Porcentaje de partos atendidos por personal calificado según el área de residencia de la madre para algunos países de la región de LAC (ORC Macro, Encuestas de Demografía y salud (1996/2001))**

País	Residencia	
	Urbana	Rural
Bolivia (1998)	77	31
Brasil (1996)	92	73
Colombia (2000)	94	70
Republica Dominicana (1999)	98	97
Guatemala (1998-99)	66	25
Haiti (2000)	52	11
Nicaragua (2001)	89	46
Peru (2000)	69	20

Fuente: *Genero, salud y desarrollo en las Americas 2003, OPS.*

## 2.4. DESIGUALDADES GENERACIONALES

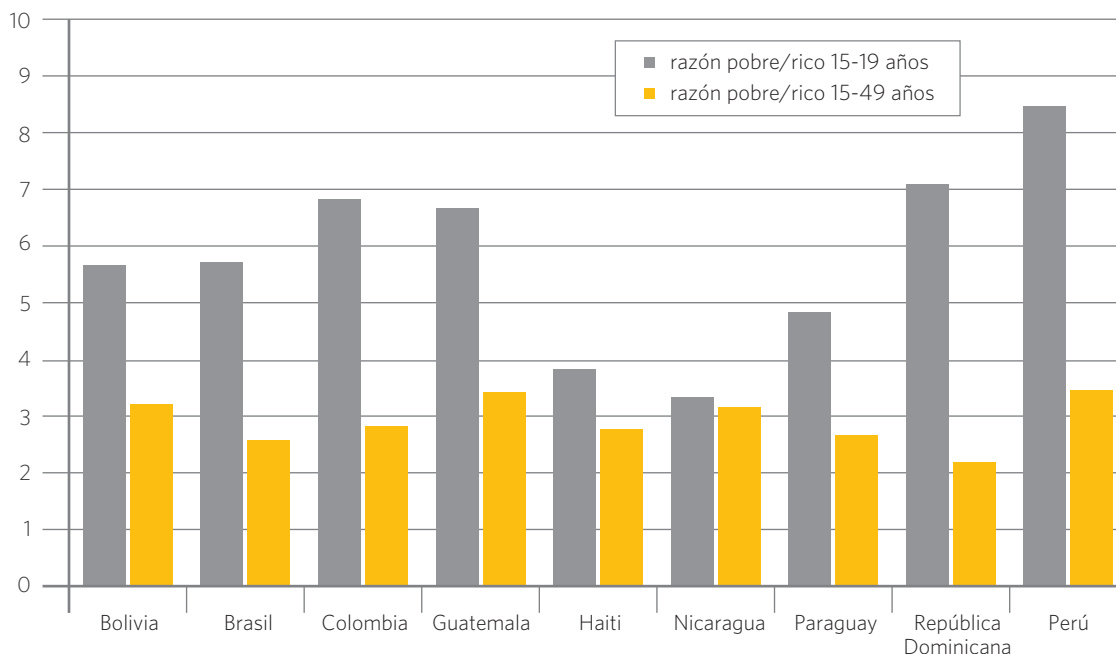
Otra dimensión que se considera relevante analizar en cuanto a jerarquía social es la generacional, subrayando la tensión entre las necesidades y los derechos de distintos grupos etáreos como son las adolescentes y los adultos mayores que, en el campo de la salud sexual y reproductiva, son desplazados por los grupos de las mujeres adultas en edad fértil.

El rango etáreo de la adolescencia, tanto femenina como masculina, es afectado además por las desigualdades socio-económicas y las diferencias de poder respecto al mundo adulto. Muchos derechos que han sido reconocidos para otros grupos de edad se ponen en discusión cuando se trata de adolescentes. Los sistemas de salud en la región han tenido limitaciones para presentar propuestas dirigidas a adolescentes, especialmente con la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva. Los procesos de reforma del sector salud no están incluyendo a las mujeres y los varones adolescentes como población a ser contemplada. Los adolescentes y las adolescentes gozan mayoritariamente de buena salud, por lo que pensar en una red de servicios para ellos implica una transformación estructural de la oferta de cuidados de salud, una transformación en el modelo prestacional desde lo curativo hacia lo promocional y lo preventivo primario; sobre todo, implica pensarlos y pensarlas como sujetos de derechos humanos, con autonomía sobre las decisiones con relación a su salud.

Las diferencias por edad potencian los efectos que tiene el nivel socioeconómico sobre los indicadores de salud sexual y reproductiva. El Cuadro E incluye una selección de países latinoamericanos donde se compara la razón de fecundidad para el quintil más pobre y el quintil más rico en mujeres adolescentes (15-19 años) y en el total de mujeres en edad fértil (15-49 años). En ella se demuestra cómo el conocido efecto potenciador de la pobreza sobre las tasas de fecundidad se magnifica para el grupo de mujeres adolescentes. Dada la importancia del tema de las inequidades a las que están sujetas las mujeres adolescentes y jóvenes, en el capítulo 4 de este documento se amplía el tratamiento del mismo.

Las desigualdades en salud sexual y reproductiva también se evidencian entre las mujeres mayores. En primer lugar, se menosprecia la existencia de una vida sexual activa. Las mujeres mayores están excluidas como sujetos de las políticas

**Cuadro (E) Tasas de fecundidad por 1000 mujeres: Razón del 20% más pobre y el 20% más rico en ingresos, según grupo de edad, para algunos países de LAC**



Fuente: Banco Mundial, 2000.

de salud sexual y reproductiva en virtud de que finalizaron su etapa reproductiva, si bien, se considera la menopausia y el climaterio como eventos que deben ser atendidos desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva. En México, por ejemplo, existen estrategias y líneas de acción en programas nacionales como el de Salud Reproductiva para atender a las mujeres mayores; sin embargo, muy raras veces se materializan en acciones concretas (54). En LAC, la prueba del *papanicolau* es más practicada en las mujeres menores de 30 años de edad ya que se realiza, sobre todo, a través de los programas de planificación familiar, con lo que la inmensa mayoría de las mujeres propensas a padecer un cáncer cervicouterino (de los 26 a los 60 años de edad) queda fuera del acceso a un diagnóstico temprano (55).

También en otros aspectos se hacen evidentes las desigualdades generacionales y su sinergia al asociarse con el género. Por ejemplo, si bien las mujeres viven más años, su calidad de vida en la vejez es frecuentemente peor que la de los varones; en los varones mayores, problemas de salud sexual y reproductiva como el cáncer de próstata no se detectan a tiempo porque no existe una cultura de prevención.

Las condiciones actuales en materia de salud en LAC obstaculizan la promoción de un concepto de “envejecimiento activo” que permita a las personas adultas mayores empoderarse y exigir el cumplimiento de su derecho a la salud y la salud sexual (56).

# 3 Elementos para reflexionar en torno a la mortalidad materna: evidencias y mediciones en salud sexual y reproductiva

Desde una perspectiva de los derechos humanos se requiere que las instituciones de salud atiendan a los más pobres, otorgando servicios de calidad y contribuyendo a modificar las condiciones que crean, exacerbando y perpetúan la pobreza y la marginación (32), lo cual no se puede realizar sin diagnósticos más precisos de los determinantes de la situación.

Realizar diagnósticos de las inequidades en salud sexual y reproductiva para LAC con la finalidad de producir evidencias, presenta dificultades debido a que los indicadores nacionales son muy diversos y frecuentemente los datos estadísticos regionales y locales contemplan variables distintas. Sin embargo, *aún en ausencia de evidencia concluyente sobre indicadores positivos de costo/beneficio, atender las necesidades de la pobreza desde la perspectiva de la equidad en salud implica un compromiso ético* (32). En este documento se desea enfatizar que hay que ubicar en el centro del debate sobre pobreza y salud los derechos reproductivos de todos los ciudadanos y ciudadanas, propiciando al mismo tiempo investigaciones que generen evidencias tendientes a corroborar la hipótesis de que es posible atenuar la pobreza mediante inversión en salud sexual y reproductiva.

Como se mencionó anteriormente, los métodos para medir la pobreza están relacionados con la definición que se acepte de este fenómeno. Para medir la pobreza desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva habría que crear instrumentos para conocer cómo opera e impacta en la pobreza la insuficiencia de bienes, recursos y servicios de salud. Estos instrumentos aún no están contruidos, pero para efectuar estos desarrollos se deberán considerar, muy especialmente, las opiniones de los usuarios y las usuarias de los servicios, si es que se desea que las propuestas sean inclusivas y que tomen en cuenta las voces de los pobres. En la actualidad ninguno de los métodos para medir la pobreza [Línea de Pobreza (LP), Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), Canasta Normativa de Satisfactores Esenciales (CNSE), Canasta Normativa Alimentaria (CNA)] consideran las dimensiones de la salud en general ni las de la salud sexual y reproductiva en especial.

## 3.1. BÚSQUEDA DE EVIDENCIAS Y CUANTIFICACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A partir de los años sesenta, ante la observación de que la modificación de los patrones de salud era sensible a las medidas preventivas y curativas, las estadísticas de morbilidad cobraron importancia como indicadores de salud. En ese momento se detectó la necesidad de diseñar medidas que complementaran a los indicadores de mortalidad con información sobre morbilidad (y otros estados de salud que no resultan en muerte) dentro de un índice numérico único. Estos instrumentos son lo que hoy se conoce como medidas que resumen la salud poblacional (MRSP) y cuyos usos pueden agruparse en dos categorías (61):

- Descripción (comparación de la salud de diferentes poblaciones, describe los cambios de salud de una población a lo largo del tiempo o la distribución de salud dentro de una misma población).
- Priorización de problemas y asignación de recursos (cuantificación de las contribuciones relativas de las diferentes enfermedades, accidentes y factores de riesgo a la salud poblacional total).

Dentro del marco de la salud sexual y reproductiva, este documento toma como ejemplo de MRSP a los DALYs.<sup>2</sup> Dicha medida ha sido ampliamente utilizada y analizada a partir de la publicación del Informe Mundial de Desarrollo del Banco Mundial de 1993 que trata de la Carga Global de Enfermedad (GGE)<sup>3</sup> y cuya capacidad de medir la salud sexual y reproductiva ha sido particularmente explorada.

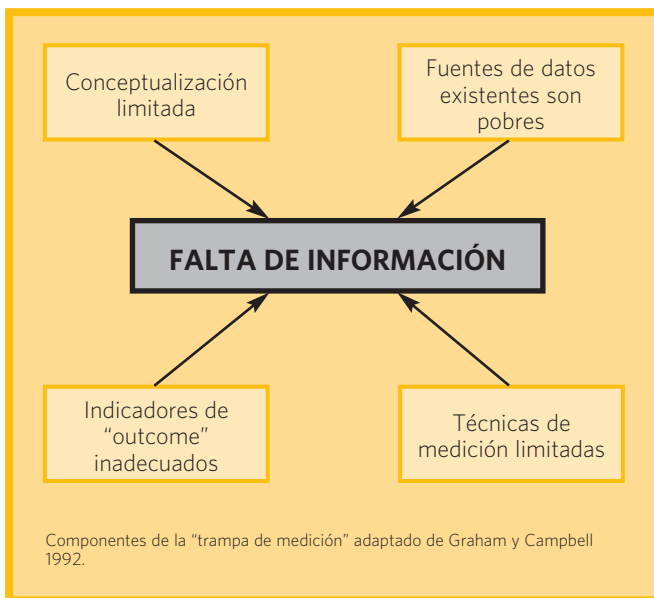
A pesar de que los DALYs son de las pocas herramientas existentes capaces de permitir la cuantificación de la salud sexual y reproductiva en el contexto de salud mundial, su utilidad resulta controversial ya que muestran serias deficiencias, particularmente en el caso de la medición de salud sexual y reproductiva en las mujeres. Los resultados de dos consultas informales de la OMS (62, 63) concluyen que existe una subestimación en el peso que se le atribuye a la

2. Años de vida ajustados por discapacidad por sus siglas en inglés (*Disability Adjusted Life Years*).

3. La CGE es la suma de DALYs perdidos por todas las causas en todas las edades para todas las regiones del mundo (Informe Mundial de Desarrollo, Banco Mundial 1993).

salud sexual y reproductiva dentro de la CGE. Desde esta perspectiva, las críticas al uso de los DALYs para cuantificar la salud sexual y reproductiva se centran en dos temas: sus debilidades conceptuales y sus deficiencias técnicas.

Las primeras de estas críticas se refieren específicamente a la falta de sensibilidad de los DALYs para englobar la definición moderna de lo que se entiende como salud sexual y reproductiva. Incluso antes de la publicación del Informe Mundial de Desarrollo 1993, Graham y Cambell (64) ya habían detectado debilidades conceptuales en el campo de la medición de la salud sexual y reproductiva, y describieron –al analizar el tema particular de la salud materna– lo que denominaron una “trampa de medición”. Para dichos autores, la baja prioridad que se otorgaba a la salud de la mujer, aunada a la limitada cantidad de información disponible para describirla, creaba un círculo vicioso donde ambas situaciones se reforzaban negativamente. En ese contexto, describen un frágil marco conceptual (ver figura más adelante) en el que se considera a la salud materna reducida a un estado de negatividad caracterizado por manifestaciones físicas (enfocadas al embarazo, el parto y puerperio), olvidando los componentes de las manifestaciones sociales y mentales de la salud. Por otra parte, al proponer el uso universalizado de una definición de la salud sexual y reproductiva en términos de salud y bienestar, que sustituya aquella centrada en la evasión de la muerte y la enfermedad, se ha magnificado el vacío en la utilidad de las MRSP y se ha creado un mayor reto para su medición (63).



Por otra parte, las deficiencias técnicas dentro del propio diseño del estudio de la CGE y de la construcción de los DALYs

sesgan la evaluación del peso de la salud sexual y reproductiva. Dichas fallas se refieren a las particularidades de cada uno de los componentes del indicador. Dado que este documento no pretende repetir los análisis que otros han publicado (61, 63, 62, 65, 66), a continuación se presentan sólo algunos ejemplos de las limitaciones ya descritas.

En primera instancia, los instrumentos de medición se refieren solamente a las intervenciones de los servicios de salud asociadas a la reducción de enfermedades. La mayor parte de las consultas que realizan las mujeres en los servicios de salud se deben a acciones preventivas tales como control del embarazo, prevención de cáncer gineco-mamario, etcétera, las cuales no están contempladas dentro de la cuantificación de los DALYs. Además, la CGE mide la reducción al estado de salud ideal que es atribuible a una sola enfermedad y subestima las vinculaciones y conexiones entre las diversas enfermedades.

En el mismo sentido, las enfermedades que se sumaron para cuantificar la CGE atribuible a salud sexual y reproductiva fueron obtenidas de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9),<sup>4</sup> que omitió de la lista a múltiples condiciones clasificables como salud sexual y reproductiva si se usa una definición amplia de la misma. Por ejemplo, la ICD-9 no incluyó condiciones como las enfermedades obstétricas indirectas (malaria, anemia, diabetes o hipertensión) ni morbilidad ginecológica como trastornos menstruales, tumores benignos y morbilidad por infecciones vaginales diversas; tampoco tomó en cuenta la morbilidad psicológica, como la depresión postparto o a la comorbilidad por VIH. En el caso de los varones, la disfunción eréctil o el cáncer de próstata son entidades que fueron excluidas del listado. Además, dado que los DALYs perdidos se contabilizan a partir de un ser vivo, no se contemplaron las pérdidas en condiciones de óbito.<sup>5</sup>

Considerando la construcción de los DALYs, existen sesgos en cuanto a las fuentes de información utilizadas en el registro de las muertes atribuidas a salud sexual y reproductiva para países en desarrollo, cuyas estadísticas de mortalidad suelen ser mal definidas; las muertes en menores de cinco años fueron registradas como muertes por enfermedades transmisibles mientras que, en mayores de esa edad, las muertes se registraron como enfermedades no transmisibles. Se cree que con este manejo de los registros de la información muchas muertes por SIDA y otras ITS fueron mal clasificadas y su carga dejó de cuantificarse dentro del rubro de salud sexual y reproductiva.

El componente de años de vida vividos con discapacidad está compuesto por la multiplicación de dos factores: a) la duración de la discapacidad y b) la gravedad de la discapacidad. Para el primero de éstos (periodo transcurrido hasta la remisión de la enfermedad o la muerte), los DALYs no

4. ICD-9: Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD por sus siglas en inglés, y 9 por novena versión) que, en este caso, ha sido utilizada para codificar y clasificar datos de mortalidad a partir de certificados de defunción.

5. Se entiende por óbito al parto de un feto muerto.

permiten distinguir entre estados de discapacidad temporal y discapacidad permanente. Por ejemplo, se dio el mismo peso a una infección vaginal por herpes que por una candidiasis, sin distinguir entre la duración permanente e incapacitante de la primera y la fácil remisión de la segunda. Para el segundo componente, se les otorgó un valor de discapacidad a las enfermedades consideradas dentro del estudio de la CGE. Dichos valores fueron asignados por un limitado grupo de 12 expertos en salud, quienes evaluaron solamente 22 enfermedades (de la lista completa de más de 400 enfermedades clasificadas en la ICD-9), y extrapolaron dichos valores al resto de la lista. Con esa metodología, no se tomó en cuenta el valor que la gente común daría a las condiciones de salud que ellos mismos padecen, omitiendo el contexto social, cultural o económico que podría influenciar dichas valoraciones. Por otra parte, no se dieron ponderaciones por sexo para reflejar las diferencias en cuanto a carga de enfermedad según la discapacidad diferenciada que pueden crear ciertas condiciones. Por ejemplo, la infertilidad en algunos contextos sociales tiene un peso distinto si se presenta en hombres o en mujeres (63).

De acuerdo con un Informe del Banco Mundial (67), la carga de enfermedad de salud sexual y reproductiva es del 22% para las mujeres mientras que para los varones es del 3%, diferencias que podrían estar vinculadas con cuestiones relativas a sus prácticas de sexualidad y otros aspectos socioculturales. La salud materna es la carga dominante en la enfermedad por salud sexual y reproductiva de mujeres y en LAC representa 11,3% de la carga total de enfermedad. La carga de enfermedad de la salud sexual y reproductiva no se limita a los efectos sobre la mujer misma, sino que tiene a su vez efectos intergeneracionales: las causas perinatales son el 10% del total de DALYs perdidos asociados a enfermedad reproductiva.

El documento *Health Dimensions of Sex and Reproduction* (68), donde se utilizan los DALYs para cuantificar la carga global atribuida a la salud-enfermedad reproductiva, menciona que ésta se encuentra entre el 5 al 15% en el ámbito mundial y que las principales entidades que contribuyen a esta carga son:

- Muerte y discapacidad por embarazo y parto
- ITS, incluyendo VIH/SIDA
- Cáncer del tracto genital.

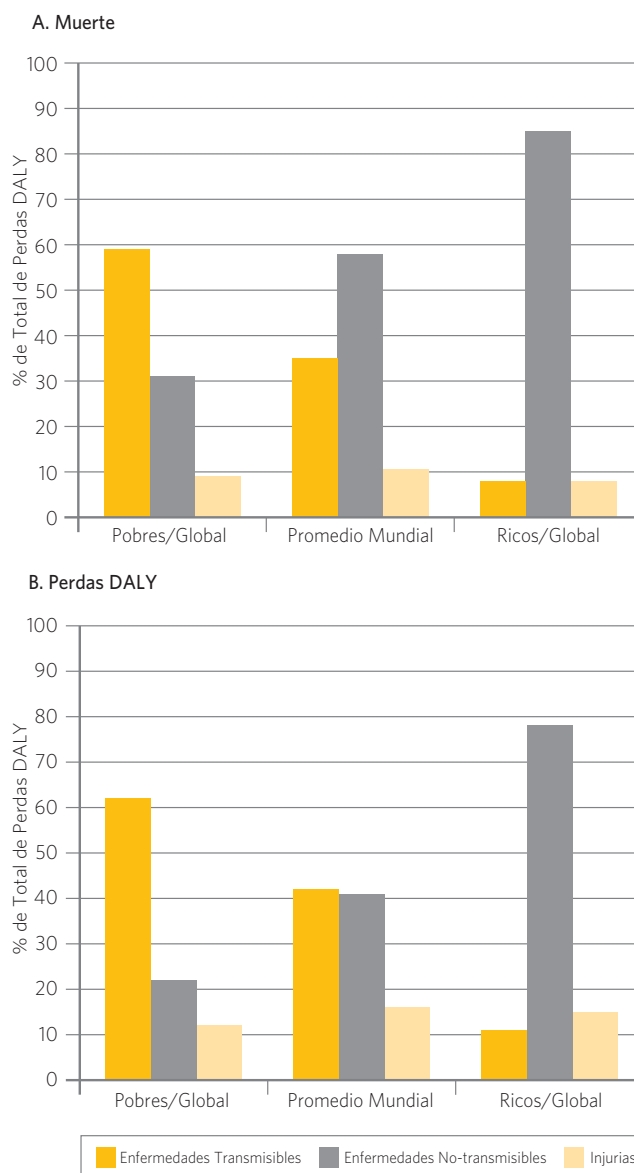
El documento menciona que, en las mujeres en edad reproductiva, el 12% de las muertes y el 15% de los DALYs perdidos son resultado del sexo no seguro. La mayoría de las consecuencias del sexo no seguro recaen sobre las mujeres, quienes sufren de enfermedad pélvica inflamatoria, cáncer cervicouterino, infertilidad y complicaciones de abortos inseguros. En hombres, la carga de la enfermedad por sexo no seguro es también alta debido a las altas proporciones de casos de SIDA que se registran.

Los DALYs han sido usados como metodología para diversos tipos de análisis. En un estudio de CGE por niveles de

pobreza (69) se puede inferir que la mortalidad por una deficiente salud sexual y reproductiva (donde se cuantifica mortalidad materna y mortalidad por ITS dentro de enfermedades transmisibles) tiene un mayor peso dentro de las causas de muerte en los pobres a nivel mundial (Cuadro F, figura A). Esta observación se acentúa cuando se tabula la pérdida de DALYs por las mismas causas (Cuadro F, figura B) y se puede ver cómo el peso de la mortalidad por condiciones de salud sexual y reproductiva es proporcionalmente mayor para el grupo de los pobres que cuando se consideran solamente las tasas de mortalidad crudas.

## Cuadro (F) Peso de las Enfermedades entre pobres, en la esfera global

Figura 1 Causas de Muerte y Discapacidad, 1990



Fuente: Gwatkin y Guillot, 1999.

A pesar de las múltiples limitaciones descritas en la interpretación y el uso de los DALYs para cuantificar la salud sexual y reproductiva, es innegable el hecho que existe una utilidad en estas medidas. Si se mantienen las variables utilizadas como constantes, pueden constituirse en indicadores que describan las tendencias de salud a lo largo del tiempo, y pueden servir para realizar estimaciones a futuro. Las proyecciones para 10 años sugieren que la salud-enfermedad reproductiva será la mayor causa de muerte y discapacidad global (70). Se sabe que las deficiencias en salud sexual y reproductiva causarán un millón de muertes (2% de todas las muertes de adultos) y casi 50 millones de DALYs (3,5% del total perdidos).

Sin embargo, resulta indispensable mejorar la calidad de los indicadores de salud sexual y reproductiva. Braverman y Gruskin (32) afirman que mejorar el monitoreo rutinario de los indicadores en el sector salud podría maximizar su impacto sobre pobreza, equidad y derechos humanos. Para atender los principios de equidad y derechos humanos, se requiere desagregar sistemáticamente por grupos socioeconómicos, sexo y raza/etnia los datos de salud que se obtienen para que reflejen la situación de pobreza y de desventaja social. Por otra parte, los datos cuantitativos deben estar complementados (también de manera rutinaria) por información cualitativa sobre la situación de los pobres y grupos desfavorecidos para describir sus necesidades no atendidas, sus percepciones en la calidad del servicio y los obstáculos para recibir los mismos.

Existe evidencia bibliométrica (19) de que a pesar de que el cúmulo de la investigación sobre inequidad en salud en LAC ha aumentado en los últimos 30 años, se sigue omitiendo la implementación de la perspectiva de género (que no es lo mismo que desagregar los datos por sexo). También se requiere agrupar datos de salud de acuerdo con las dimensiones de raza/etnia, pues resultan indispensables para comprender los determinantes de las diferencias observadas en los indicadores de salud sexual y reproductiva. Lo que se debe buscar siempre es la sinergia que presentan esas variables en la creación de desigualdades.

### 3.2. LA MORTALIDAD MATERNA COMO INDICADOR DE LAS VICISITUDES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES QUE ELIGIERON SER MADRES

Históricamente las estadísticas de mortalidad han sido la base de la cuantificación de la salud poblacional, y la mortalidad materna es la medida que más se ha utilizado para cuantificar la salud sexual y reproductiva. A pesar de que hablar de mortalidad es calificar un extremo de la "salud", la mortalidad materna puede considerarse un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, así como de su

acceso a servicios de salud y calidad de la atención que reciben (71, 72). La siguiente tabla ilustra cómo las muertes maternas a nivel mundial se encuentran concentradas, casi al cien por ciento, en las regiones en vías de desarrollo.

**Cuadro (G) Estimaciones de Mortalidad Materna por Regiones del Mundo para 2000**

Región	Tasa de mortalidad materna (muertes maternas por 100,000 nacidos vivos)	Número de muertes maternas	Riesgo de muerte materna durante la vida (uno en: )
TOTAL MUNDIAL	400	529.000	74
<b>Regiones Desarrolladas</b>	20	2.500	2.800
Europa	24	1.700	2.400
<b>Regiones no Desarrolladas</b>	440	527.000	61
<b>Africa</b>	830	251.000	20
Africa del Norte	130	4.600	210
Africa sub-Sahariana	920	247.000	16
<b>Asia</b>	330	253.000	94
Asia Oriental	55	11.000	840
Asia sur-central	520	207.000	46
Sudeste de Asia	210	25.000	140
Asia Occidental	190	9.800	120
<b>América Latina y el Caribe</b>	190	22.000	160
<b>Oceanía</b>	240	530	83

Fuente: AbouZahr y Wardlaw (s.f.)

La tasa de mortalidad materna (la posibilidad de morir una vez que la mujer se embaraza) es un indicador que expresa las muertes maternas<sup>6</sup> por la cantidad de nacidos vivos y cuantifica exclusivamente el riesgo por cada evento obstétrico aislado. Es decir, no permite distinguir la magnitud del efecto por la contingencia repetida (múltiples embarazos) a la que están expuestas las mujeres en países con alta fecundidad. De esta manera, si se cuantifica la probabilidad de morir al embarazarse junto con la probabilidad de morir como resultado del cúmulo de embarazos durante la vida reproductiva de una mujer, se evidencia la verdadera magnitud de las diferencias entre las cifras de mortalidad

6. Se entiende por muerte materna a la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a la terminación del mismo, sin importar la duración o el sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o traumatismos, (ICD-10).

materna en países industrializados y países en desarrollo (cuadros J y K). Esta forma de evaluar la contingencia de muerte es una medida más justa y objetiva de los riesgos extremos a los que están sometidas las mujeres durante sus vidas reproductivas (72). Existen grandes disparidades entre las cifras de mortalidad materna en los diferentes países que componen la región de LAC donde, en promedio, una mujer cada 160 puede morir durante su vida reproductiva. Aunque existen marcadas diferencias; por ejemplo, en Chile el riesgo es de una mujer en 490, mientras que en Bolivia es de una mujer en 26 (ver cuadro H).

**Cuadro (H) Mortalidad materna para diferentes regiones del mundo y algunos países de América Latina y el Caribe**

	Mortalidad materna (por 100 000 nacidos vivos)	Riesgo de muerte materna durante la vida reproductiva (una en X mujeres)
<b>Europa*</b>	<b>24</b>	<b>2400</b>
<b>Africa*</b>	<b>830</b>	<b>20</b>
<b>Asia*</b>	<b>330</b>	<b>94</b>
<b>LAC*</b>	<b>190</b>	<b>160</b>
**Argentina	50	290
Bolivia	650	26
Brasil	220	130
Colombia	100	300
Chile	44	490
Ecuador	150	150
El Salvador	300	65
México	110	220
Nicaragua	160	100
Paraguay	160	120
Perú	280	85
Rep. Dominicana	110	230
<b>Oceania*</b>	<b>240</b>	<b>83</b>

Fuentes: \* Maternal mortality in 2000, OMS, \*\* Langer 2001.

Un documento publicado por la OPS (73) ilustra las marcadas diferencias en las estimaciones de las tasas de mortalidad materna dentro de cada país de LAC. Por ejemplo, en Honduras, para el año de 1990, la mortalidad materna en el departamento de Gracias a Dios (878 por 100.000 nacidos vivos) fue casi 8 veces mayor que en el departamento de Islas de la Bahía (116 por 100.000 nacidos vivos). De la misma manera, en Alta Verapaz, Guatemala, la tasa de mortalidad

materna de 214 por 100.000 nacidos vivos es marcadamente distinta a la de El Progreso, estimada en 53 por 100.000 nacidos vivos. En México, de cada 21 mujeres que mueren diariamente por complicaciones de parto en el Estado de Veracruz, 14 son indígenas (74), indicando el grado de vulnerabilidad de ciertos grupos y las diferencias regionales.

Es importante notar que las cifras oficiales de mortalidad materna para muchos países son, en diferentes grados, un subregistro de los números reales (75). Para países con registros vitales adecuados, la precisión en la cuantificación de la mortalidad materna es dependiente del porcentaje de atención hospitalaria de partos (a mayor atención, mayor precisión). Sin embargo, en estos países, los registros pueden ser inferiores a los reales al considerar que, en ocasiones, no se conoce el estado de gravidez y se omite incluir en las causas de muerte al embarazo, o cuando existe una causa de muerte primaria (como hemorragia o embolismo pulmonar) y no se contabiliza el embarazo como causa secundaria de la muerte. En algunas sociedades existen subregistros por causas religiosas o culturales (por ejemplo, cuando la muerte por aborto puede avergonzar a la familia que sobrevive a la mujer). Por otra parte, en aquellos países donde los sistemas de recolección de datos de causas de muerte son imprecisos, los de mortalidad materna se construyen con base en estimaciones que se obtienen a través de diseños experimentales (encuestas de hogares, autopsia verbal, muestreos de historias clínicas de atención prenatal, etcétera). Cabe hacer hincapié en que la subestimación de las cifras de mortalidad materna es marcada en los grupos de mujeres más vulnerables (por etnia, pobreza, discapacidad, etc.). En el caso de LAC, se estima que el subregistro de muertes maternas podría llegar a ser de un 60% (76).

De manera global, puede hablarse de un “estancamiento” en la disminución de las cifras de mortalidad materna para LAC. Según un documento que describe las tendencias de la reducción de la mortalidad materna a lo largo de la historia (77), la información sobre América Latina permite analizar el tema sólo a partir de la segunda mitad del siglo XX. A partir de esas fechas, las reducciones más significativas se obtuvieron en países como Cuba y Costa Rica, que contaban con servicios de salud bien organizados y accesibles. Mora y Yunes (73) atribuyen el estancamiento de las cifras a la persistencia de inequidades sociales en el acceso a servicios de salud de calidad, así como a la legislación que limita el acceso al aborto seguro. Incluso, en el caso de Haití, la tasa de mortalidad materna no solamente es la más alta de la región, sino que ha sufrido un aumento de 457 a 523 por 100.000 nacidos vivos entre 1996 y el año 2000 (78).

La mortalidad materna es un fenómeno íntimamente ligado a los derechos de las mujeres y a la pobreza. En la región de LAC, las causas de la mortalidad materna reflejan “una falta de voluntad política para enfrentar los factores que la provocan de parte de quienes toman las decisiones (o no las toman) en los países de la región” (79). Además, a pesar de que la mortalidad materna afecta a todos los estratos sociales, su mayor concentración entre las mujeres de grupos



socioeconómicos bajos la inserta como un problema enraizado en la pobreza (79).

El porcentaje de la mortalidad materna atribuida al aborto varía en cada país; por ejemplo, en México se tiene registrado un 8%, mientras que en Argentina es de 37%, y en Trinidad y Tobago alcanza al 50% (80). El aborto inducido es “seguramente aquella causa de muerte materna que padece del subregistro más importante... [y] entre 4 y 11 mil mujeres morirían anualmente en la región por esta causa.” (79). Se estima que el 40% de las mujeres en LAC que se someten a un aborto experimentan complicaciones de salud (81). El aborto inseguro, aquel que se tiene en condiciones insalubres (ver cuadro I), incrementa las cifras de mortalidad materna, y también hay una importante subestimación estadística en este rubro. La OPS ha identificado que las muertes maternas por aborto no siempre se clasifican como tales; no se cuenta con datos ciertos en torno a la infertilidad provocada por aquellos abortos mal practicados, ni del binomio violencia/aborto, aunque se sabe que los golpes propinados a una mujer pueden inducirlo y que, a la inversa, el practicarse un aborto puede desencadenar actos de violencia contra la mujer (81).

### Cuadro (I) Magnitud del aborto inducido por cada región del mundo en desarrollo y el conjunto de países desarrollados

Región del mundo	África	América Latina y el Caribe	Asia	Todos los países desarrollados juntos
<b>Tasa de aborto inseguro por cada 1000 mujeres en edad reproductiva</b>	27	30	11	3
<b>Razón de aborto inseguro por cada 100 nacidos vivos</b>	16	36	13	7

Fuente: WHO. *Unsafe abortion. Global and regional estimates of incidence of and mortality due to unsafe abortion, with a listing of available country data.* Geneva, 1998. En Espinoza y Lopez-Carrillo 2003.

El acceso a un aborto seguro es posible en Puerto Rico, Guyana y Cuba; en tanto que en Chile, El Salvador y Honduras está prohibido. En el resto de los países de LAC se acepta en determinadas circunstancias como la violación, el peligro para la salud y la probabilidad de muerte de la mujer, las malformaciones del feto, por causas accidentales o imprudenciales, debido a inseminación no consentida o por razones económicas (por ejemplo, en Yucatán, México).

Las estadísticas de mortalidad materna y de aborto están íntimamente ligadas a situaciones de violencia, no obstante, tienen serias limitaciones al respecto que deben ser

consideradas en su interpretación. “La violencia es una causa significativa de mortalidad materna a la que se le ha dado poca importancia” (Heise citado por 71). Aunque la evidencia indica la relevancia de dicha problemática la *Clasificación Internacional de Enfermedades* excluye las muertes accidentales de la definición de mortalidad materna. Por ejemplo, en un estudio descriptivo para evaluar la violencia durante el embarazo como causa de muerte en mujeres de Bangladesh (82) se encontró que las mujeres embarazadas (o aquellas con parto reciente), cuyas edades se encontraban entre 15 y 19 años, tenían tres veces más probabilidades de morir por traumatismos que mujeres de la misma edad que no estuvieran embarazadas o hubieran tenido un hijo recientemente. Las mujeres, dentro de aquel grupo de edad, presentaban posibilidades de muerte por traumatismos significativamente mayor que las mujeres embarazadas de edades mayores.

Como se ha visto, las *evidencias* permiten subrayar las desigualdades que persisten en el campo de la salud sexual y reproductiva. En la actualidad se acepta cada vez más que la mortalidad materna es el nuevo indicador de desarrollo para este milenio, sustituyendo a otros, como el Producto Interno Bruto (PIB) (83); pues, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, éste representa el indicador de salud más sensible ante las diferencias socioeconómicas (37, 84) y, por tanto, relevante para expresar las inequidades y la pobreza.

Con estas reflexiones y estos ejemplos se desea destacar que para ampliar las *capacidades* de las personas e incidir en la reducción de la pobreza se requiere dar prioridad a los más vulnerables, especialmente a las mujeres, resolver sus necesidades básicas en las áreas de la sexualidad y la reproducción, garantizando sus derechos, y asegurar la sostenibilidad de las acciones de mejoramiento de las situaciones y de los logros alcanzados en el ámbito de las políticas públicas.

# 4 Adolescencia, pobreza y desigualdades sociales

En ese apartado profundizamos los análisis de cómo las desigualdades sociales son producidas a través de diferentes determinaciones que se potencian entre sí, tomando en consideración la situación de la adolescencia. En Latinoamérica y el Caribe habitan más de 100 millones de adolescentes<sup>7</sup> (25) y aproximadamente la mitad en condiciones de pobreza.

Los niños y las niñas, como así también los adolescentes y las adolescentes, pueden ser considerados los más pobres entre los pobres, ya que tienen las mayores cifras de pobreza de todos los grupos de edad. En base a cálculos de Encuestas de Demografía y Salud sólo de Nicaragua, Guatemala, Costa Rica, Bolivia y Chile se estima que el 45% de los y las adolescentes viven en condiciones de pobreza. En el año 2000, casi la cuarta parte de las jóvenes y los jóvenes, es decir unos 238 millones, sobrevivían con menos de un dólar diario y 462 millones subsistió con menos de dos dólares. México y Brasil son los países de Latinoamérica que concentran el mayor número de adolescentes y la mayor proporción de adolescentes viviendo en la extrema pobreza (25).

Hasta un 80% de la población joven de la región se concentra en las urbes latinoamericanas, principalmente en los cinturones de pobreza. Esto genera condiciones para una carencia de capacidades, –sobre todo aquellas que competen al ámbito educativo (desarrollo neurocognitivo, desarrollo de destrezas para la vida, etc.), con lo cual se reducen las posibilidades de inserción en el mercado laboral (14).

Gran proporción de adolescentes latinoamericanos vive con un solo progenitor, generalmente sólo con su madre. De acuerdo con los hallazgos de un estudio realizado en nueve países del Caribe angloparlante, solo el 48% de los adolescentes vivía con ambos padres (85) (OMS/OPS, 2000) y 17% vive solo o con otros adolescentes. Esto implica que una gran proporción de adolescentes se encuentra en una situación social desventajosa para su desarrollo.

Debido a condiciones socio-económicas y políticas, una buena proporción de los jóvenes pobres se ven obligados a migrar en busca de mejores condiciones de empleo. En México, Nicaragua y El Salvador los jóvenes de ambos sexos son uno de los grupos con más presencia en las corrientes migratorias hacia los Estados Unidos; más de una tercera parte de la migración neta a ese país, lo que en números absolutos asciende a 142 mil personas al año (86). La migración hacia otros países, o bien, del medio rural al urbano, aumenta la vulnerabilidad y dificulta el acceso a los servicios de salud.

A su vez, muchos adolescentes y jóvenes migrantes, mujeres y varones, viven situaciones en donde se compromete su salud sexual y reproductiva, quedando expuestos y expuestas a violencia sexual y/o a ITS-VIH/SIDA (25).

## 4.1. DIVERSIDAD Y DESIGUALDAD

Los adolescentes de ambos sexos son un grupo de gran heterogeneidad, profundas desigualdades y con espacios diversos de toma de decisiones. Algunos pocos adolescentes pertenecen a niveles socio-económicos altos o medios, pero la gran mayoría sobrevive en la pobreza. Esta población se conforma de adolescentes de ambos sexos, con distintas orientaciones sexuales, unidos o casados, solteros o separados; habitan en las ciudades tanto sea en los espacios centrales como en las periferias o en ambientes rurales, en áreas escasas o densamente pobladas, pertenecen a comunidades étnicas diversas, muchos estudian, otros sólo trabajan y un gran grupo no estudia ni trabaja. No obstante, entre todos los adolescentes, mujeres y varones, existe un común denominador que es la llamada *desigualdad por generación*, es decir, aquella falta de poder de que son objeto por la edad en la que se encuentran, situación que fortalece su exclusión social.

### 4.1.1. DESIGUALDADES DE ACCESO A LA EDUCACIÓN FORMAL

En la región persisten fuertes desigualdades en el acceso escolar, especialmente marcadas para quienes son más pobres. La exclusión educativa, además de ser determinante de desventaja en la adolescencia, tiene implicaciones directas en su salud sexual y reproductiva. Se ha descrito que el logro educacional es una variable predictiva para resultados de salud sexual y reproductiva como son el embarazo, la fecundidad y el uso del condón (Magnani y Behrman, citados por 87). Está demostrado que las competencias para tomar decisiones informadas en la prevención de VIH/SIDA aparece sustancialmente basado en la alfabetización y los niveles de educación alcanzada. La educación formal fortalece los aprendizajes de las competencias requeridas para comprender el VIH/SIDA y dar sentido a los mensajes de prevención. Por lo tanto, aumentar el acceso y la retención escolar son en sí mismos una importante estrategia de promoción de la salud sexual y reproductiva (Badcock-Walters, N. and Görgens 2004 citada por (88)).

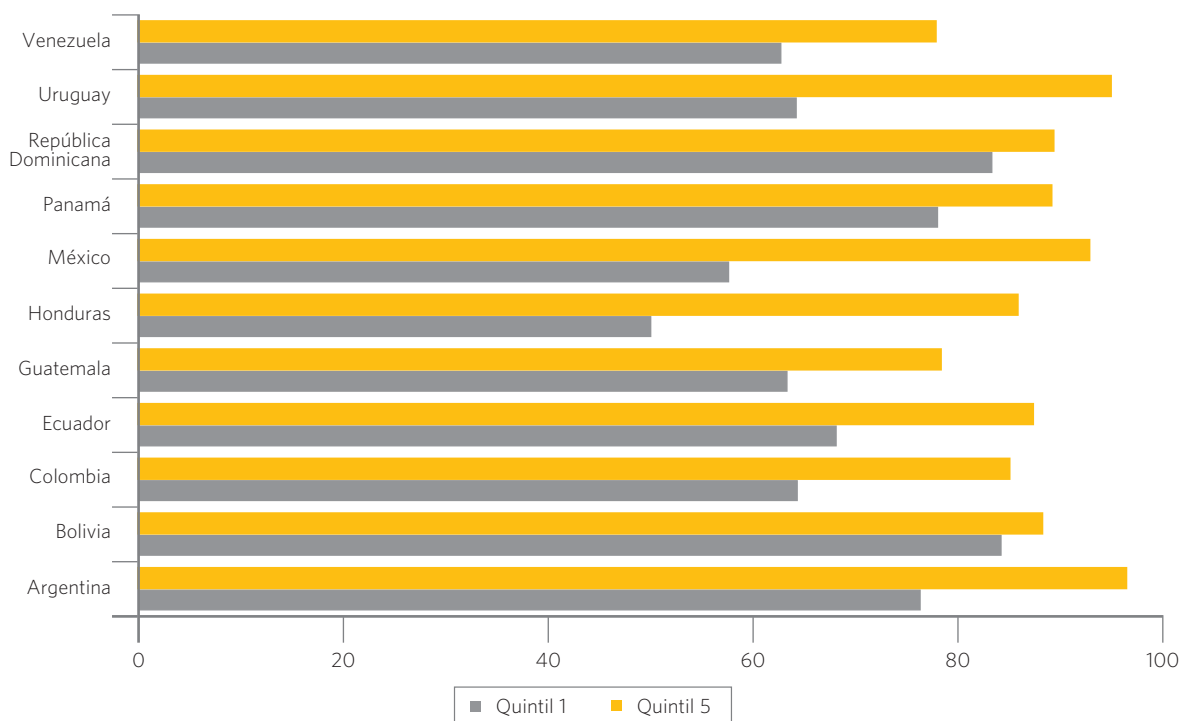
7. Se considera adolescente al grupo de edad entre 10 y 19 años; jóvenes, al grupo que abarca de los 15 a 24 años; y personas jóvenes aquellas entre 10 y 24 años de edad.

Desde el año 1980 y 1996 los indicadores globales en educación han mejorado, ya que en cuanto a la cobertura de educación básica supera el 100% de lo proyectado para ambos sexos y en secundaria llega al 60%. A pesar de los notables avances alcanzados, el derecho a la educación es todavía de cumplimiento dispar. En la región, las diferencias socio-económica, de género, de raza/etnia y de lugar de residencia continúan influenciando las oportunidades que tienen los y las adolescentes para acceder a la educación. Por ejemplo, una característica para la región, a diferencia de lo que se observa en otros lugares del mundo, es que los varones están en desventaja para obtener niveles de educación secundaria al

compararlos con las mujeres. Los índices de acceso a la educación secundaria en Latinoamérica y el Caribe resultan un 30% superior para las mujeres (89).

La participación en los programas de educación secundaria y superior en la región sigue estando dominada por aquellos grupos de ingresos superiores (90). El siguiente gráfico (Cuadro J) ilustra la relación entre los ingresos por hogar y la asistencia a la escuela de los adolescentes mujeres y varones en el medio urbano de algunos países de la región, donde se evidencia siempre la desventaja de las adolescentes y los adolescentes más pobres.

**Cuadro (J)** Asistencia escolar (%) del quintil más pobre y el más rico por ingreso per cápita del hogar, para adolescentes entre 13 y 19 años de edad de áreas urbanas de países seleccionados de LAC, 2004

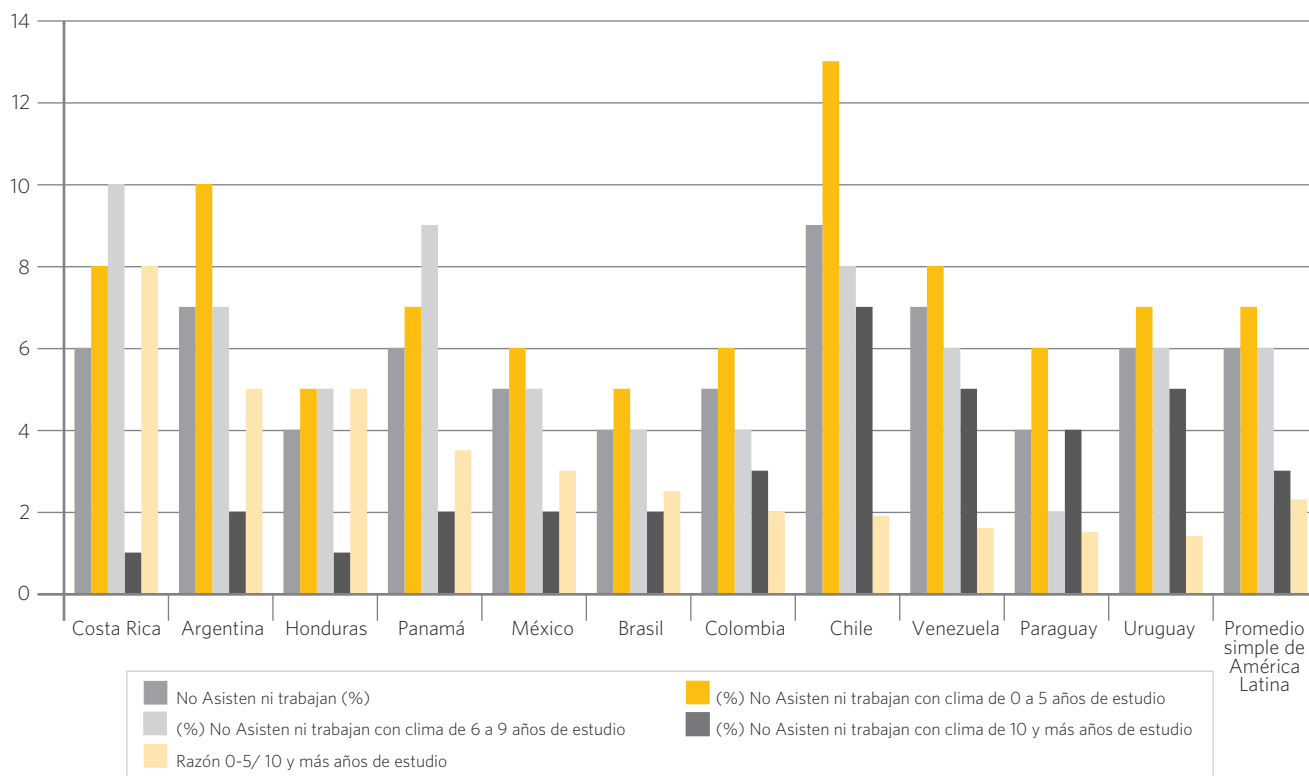
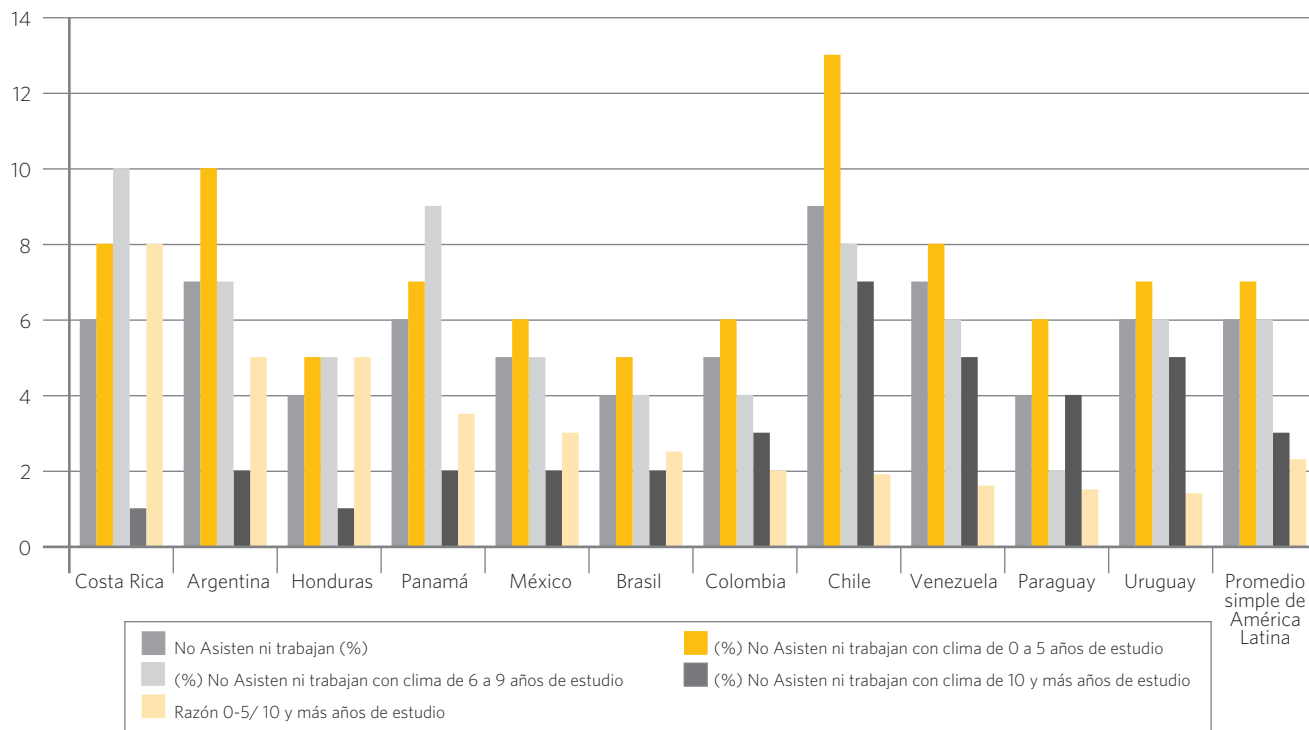


Fuente: BADEINSO: Base de Estadísticas e Indicadores Sociales Unidad de Estadísticas Sociales, División de Estadística y Proyecciones Económicas, CEPAL.

La cantidad de años de estudio se asocia con el clima educativo familiar, que genera ventajas para aquellos adolescentes de ambos sexos provenientes de familias con alto clima educativo. Al examinar los porcentajes de jóvenes de 15 a 19 años de la región que ni estudian ni trabajan, se aprecia en todos los países una mayor proporción en los

hogares con menor clima educativo, en especial entre los varones. Es el caso, por ejemplo, de Chile y Argentina, donde la proporción de jóvenes varones excluidos socialmente, que no estudian ni trabajan, es de 8 a 1,4 veces superior en los hogares con bajo clima educativo; entre las mujeres es de 8 a 0,3 (Cuadros K y L).

**Cuadros (K y L) Porcentaje de varones y mujeres entre 15-19 años de edad que no estudian ni trabajan, según clima educacional del hogar, Zonas urbanas de países seleccionados de LAC, 1994**



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. En Panorama Social de América Latina, 1997.

Los determinantes sociales de la permanencia en la escuela son multifactoriales, pero entre las razones por las que los adolescentes de ambos sexos son excluidos y excluidos de la escuela se encuentra su necesidad de obtener recursos económicos por medio del trabajo. Los sistemas educativos en la región no contemplan esta situación y, por lo general, no se adaptan a sus condiciones de vida, por lo que se continúan reproduciendo la desigualdad socioeconómica, la exclusión social, la inequidad y la pobreza. Según estimaciones del UNICEF (90), los niños y adolescentes de ambos sexos que trabajan tienen un promedio de dos años menos de educación que los que no trabajan. Este déficit en años de escolaridad se refleja a largo plazo, pues en promedio se recibe un 20% menos de renta mensual a lo largo de la vida laboral (90). Por otra parte, el acceso a las oportunidades de trabajo es cada vez más dependiente no sólo del nivel educativo alcanzado, sino también de la calidad educativa recibida (91), hecho que se ve reflejado en los crecientes niveles de desempleo juvenil, que duplica al desempleo general en casi todos los países de Latinoamérica y el Caribe (14).

Por otra parte, los pobres de zonas rurales están en mayor desventaja debido a su aislamiento geográfico y a que la organización del trabajo agrícola continúa privilegiando la producción familiar de autoconsumo. Esto genera la necesidad de que las adolescentes y los adolescentes trabajen en el campo y, ante un sistema educativo que no permite combinar la educación con el empleo, lo primero que se abandona es la escuela. Los datos muestran que el 71% de los adolescentes, varones y mujeres, que trabajan en las zonas rurales de la región han abandonado el sistema educativo (14). Las diferencias de escolaridad entre el medio rural y el urbano son marcadas desde los niveles básicos de educación; se estima que el 40% de los niños y las niñas de las zonas rurales de Latinoamérica no terminan la enseñanza primaria (o lo hacen con dos años de retraso), en comparación con un 17% en las zonas urbanas (92). Las cifras para la población de 15 a 24 años muestran que, con excepción de Chile y Panamá, el acceso a la educación para las mujeres y los varones de las ciudades es hasta tres veces mayor que en las zonas rurales (89).

Para las poblaciones indígenas, la inequidad educacional también es evidente. El siguiente cuadro (M) muestra, en datos de Brasil, cómo las tasas de analfabetismo se concentran en ciertos grupos étnico/raciales.

**Cuadro (M) Tasa de analfabetismo en jóvenes brasileños por sexo y raza, 2001**

	Varones			Mujeres		
	Total	Blanco	Afrodescendientes	Total	Blanco	Afrodescendientes
<b>10-14 años</b>	5,3	2,4	8,1	3,1	1,5	4,5
<b>15-24 años</b>	5,3	2,7	7,9	3,1	1,5	4,8

Fuente: IBGE/PNAD en Sant'Anna 2003

Por otra parte, a nivel institucional existen problemáticas que, a pesar de estar identificadas, no se han logrado resolver del todo (como la falta de programas de enseñanza bilingüe). Los sistemas educativos con frecuencia no respetan la heterogeneidad de los jóvenes y los jóvenes en cuanto a sus diferencias étnicas/raciales, socioeconómicas, de género, ni mucho menos las diferencias personales. La educación formal tiende a homogeneizar a las mujeres y varones adolescentes, les impiden ciertas expresiones de su individualidad, de su grupo, de su etnia, o bien, refuerzan estereotipos de género, lo que resulta inadecuado para propiciar el ejercicio de los derechos y el ejercicio de la ciudadanía plena.

#### 4.1.2. DESIGUALDADES DE ACCESO A PARTICIPACIÓN SOCIAL

La exclusión social de que son objeto muchas de las adolescentes y los adolescentes pobres va más allá de los ámbitos educativo y laboral; los espacios de participación y ejercicio de la ciudadanía son también reducidos, especialmente para las adolescentes mujeres; pero no sólo ellas sino también los varones de este rango de edad no se sienten representados ni por los sistemas ni por los actores políticos. En el campo de los derechos perciben una gran discriminación en el acceso al empleo así como exclusiones en los contextos urbanos, tales como vivienda adecuada, espacios deportivos y recreativos, etcétera. Algunos datos extraídos de las Encuestas de Juventud de México, Chile y Colombia (98) muestran que los espacios de participación que eligen las mujeres y varones jóvenes son diferentes a los que el mundo de los adultos esperarían.

Por otra parte, se observa que las adolescentes y los adolescentes menosprecian a las organizaciones políticas y no así a los organismos de derechos humanos y que participan más en asociaciones deportivas y religiosas que en aquellas de tipo político (100). Algunos y algunas jóvenes de escasos recursos económicos se incorporan a grupos de "grafiteros", "skatos", "darketos", entre otros, dependiendo de sus inclinaciones y de su contexto sociocultural. Estos grupos, en los que generalmente participan mayoritariamente varones, poseen una estructura informal que, sin embargo, tiende a generar identidades colectivas.

Otras organizaciones a las que se asocian los jóvenes pobres son las que luchan por los derechos de los indígenas (por ejemplo, zapatistas en México). (93). En este tipo de agrupaciones, hombres y mujeres jóvenes tienen la oportunidad de desarrollar la capacidad de ejercer la ciudadanía y de luchar por el reconocimiento de sus derechos humanos mediante la afirmación de los procesos de conformación de la identidad.

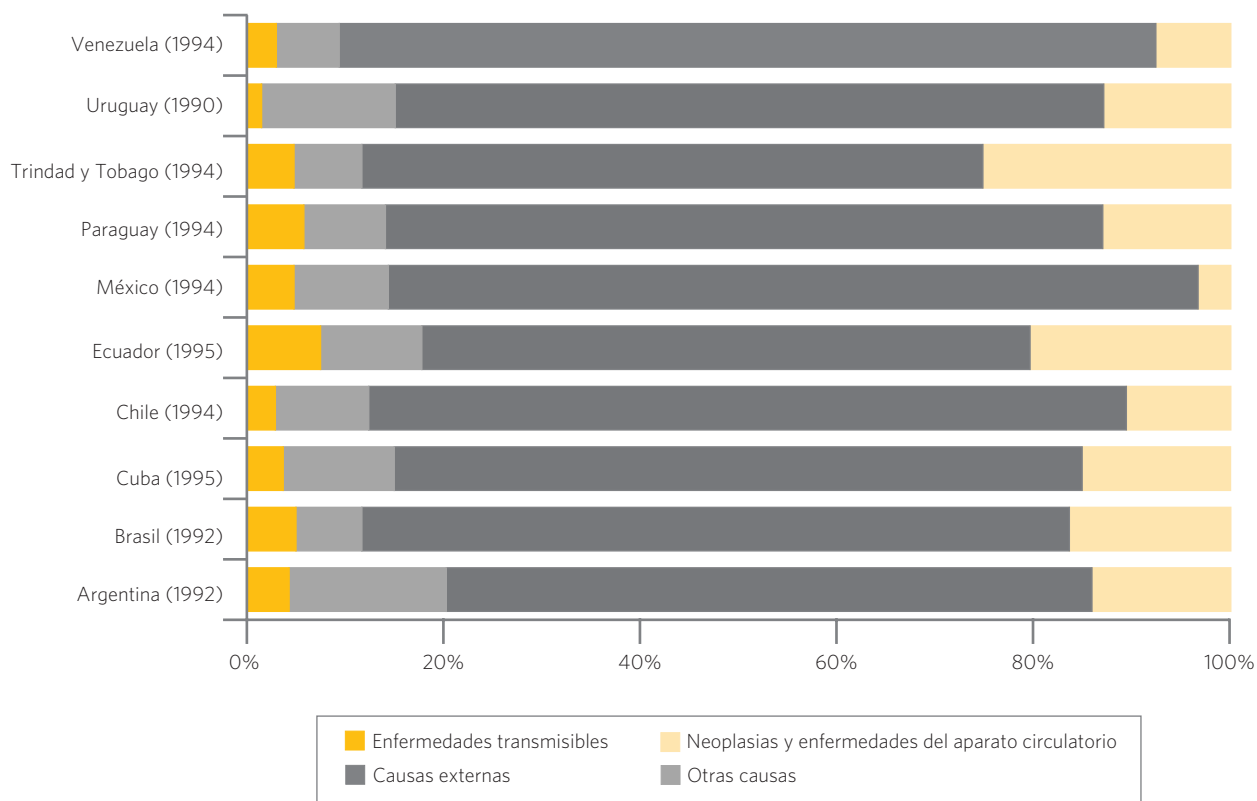
#### 4.1.3. DESIGUALDADES DE GÉNERO

Las menores posibilidades de participación, representación y poder de las adolescentes mujeres es un hecho constatado, tanto en los niveles gubernamentales de juventud como en las organizaciones de la sociedad civil. Con frecuencia, la propuesta cultural para las adolescentes asienta

en la construcción de su identidad centrada en la maternidad, donde la fecundidad es un prerrequisito de acceso a una situación de adulta y a sus derechos: acceso a la red de salud y reconocimiento social; pero también sus obligaciones: pensar en el cuidado del otro y ya no sólo pensar en sí misma (94). Situaciones como la violencia de género y las parejas o matrimonios con gran diferencia de edad entre varones de más edad y mujeres adolescentes hacen reflexionar sobre de qué manera la sociedad convalida la falta de poder de las mujeres desde edades tempranas.

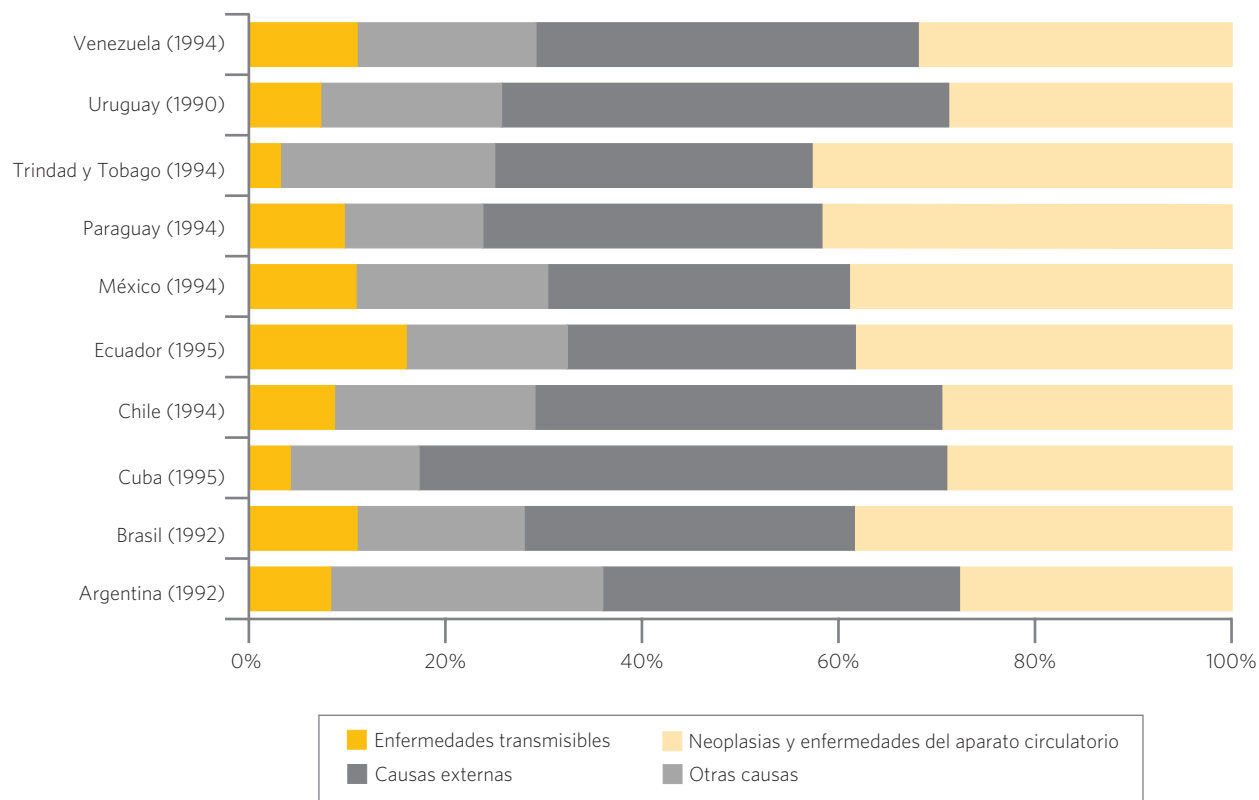
Son estas desigualdades de género (Cuadros N y O) las que explican las diferencias de riesgo y causas de muerte entre varones y mujeres adolescentes. Entre los varones, la posibilidad de muerte está fuertemente asociada con estereotipos de masculinidad que los llevan a exponerse a riesgos para demostrar valor (las muertes por causas externas –accidentes y violencias– son hasta cuatro veces más frecuentes entre varones). Entre las adolescentes mujeres, los riesgos más altos de morir se hallan relacionados con la vida reproductiva.

**Cuadro (N) Mortalidad general por causas (%) en hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad para la década de los 90's**



Fuente: Cálculos basados en datos de OPS, 1995 y CELADE, 1997 citados en CEPAL 2003b.

**Cuadro (O) Mortalidad general por causas (%) en mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad para la década de los 90's**



Fuente: Cálculos basados en datos de OPS, 1995 y CELADE 1997, citados en CEPAL 2003 (15).

#### 4.2. ADOLESCENCIA, IDENTIDAD Y SEXUALIDAD

El concepto de adolescencia, como etapa de la vida con características específicas y derechos propios, por ser relativamente reciente, es objeto de debates. Hay una corriente de pensamiento que define la adolescencia por ausencia: no es la niñez ni la adultez, sino el tránsito conflictivo y ambiguo entre la una y la otra, a cuyo final se espera la resolución de la dependencia emocional y económica de la familia de origen. Incluso, el término *adolescencia* ha sido materia de discusiones y cuestionamientos sobre si se trata de una etapa propia de las culturas occidentales, y cuál sería su duración y especificidad en estas culturas.

Otro grupo de científicos sociales define a la adolescencia como etapa de “moratoria social para el desarrollo”, a la cual tienen derecho todas las personas independientemente de su sexo, condición social y adscripción racial/étnica –aunque en diferentes culturas posea una función distinta y cada experiencia tenga diferente significación en función de la cultura a la que pertenece (94, 95).

En culturas occidentales se han señalado algunas dimensiones comunes al período de la adolescencia, a pesar de

su gran diversidad. Ha sido caracterizada por factores psicológicos, socio-culturales y biológicos específicos. Entre los aspectos comunes se encuentra un proceso constante y continuo de construcción y reconstrucción de la identidad personal, el sentido de pertenencia a grupos de pares, la exploración de significados de sí mismo o sí misma, la proyección de futuros posibles y por la exploración del mundo externo al medio familiar, y la construcción como sujeto moral con posiciones personales en torno a valores e ideales. En esta perspectiva, se la concibe como una etapa de desarrollo de potencialidades, de capacidad creativa y de aprendizaje con la que se pretende trascender la perspectiva “adultocéntrica” y paternalista que la concibe como una “edad de riesgo”.

El proceso de construcción de la identidad se encuentra atravesado por el desarrollo de la sexualidad, la cual está normada socialmente y diferenciada para mujeres y hombres. La masculinidad y la femineidad son el resultado de una producción histórica basada en un proceso de simbolización producido culturalmente. En algunas culturas existen rituales de “paso”, como son las demostraciones de virilidad (por

ejemplo, tener la primera relación sexual con una trabajadora sexual) o de feminidad (por ejemplo, ser capaz de ser madre para afirmar la identidad femenina). La fecundidad es una condición valorada por la cultura y muchos adolescentes de ambos sexos buscan tener hijos como una forma de ascender en la escala social. En los varones se genera una lucha constante por demostrar a los demás y a sí mismo que no se es vulnerable como una mujer, sino que se es intrépido, llegando a prácticas osadas que, muchas veces, comprometen el bienestar personal y su vida.

El proceso de estructuración de la identidad de género es complejo puesto que en él intervienen factores psíquicos y sociales por los cuales el sujeto se construye a sí mismo, pero no como un acto deliberado, libre y consciente, sino a través de un poder inscrito en el cuerpo, con esquemas de percepción e inclinaciones que inducen a formas de ser específicas. La identidad de género, su reconocimiento y su ejercicio no son un efecto de la llamada “toma de conciencia”, pues resultan de “la inscripción de las estructuras sociales en los cuerpos” (96 pág. 57).

#### 4.3. DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES DE AMBOS SEXOS

Durante la pasada década y a partir de CIPD y de sus revisiones a los 5 y 10 años, se ratificó el compromiso de los Estados de reconocer y respetar los derechos de los adolescentes mujeres y varones a recibir información, educación y servicios en salud sexual y reproductiva, y emprender acciones dirigidas a reducir los embarazos no planeados y a prevenir las ITS y VIH (97). Pero sólo recientemente las personas jóvenes comenzaron a ser consideradas una prioridad en las políticas y programas de salud, comprendiendo el valor político que el desarrollo de varones y mujeres adolescentes tienen en el desarrollo social, político y económico de los países.

No obstante, el campo de los derechos reproductivos continúa siendo limitado en su reconocimiento y garantía. La Convención de los Derechos del Niño, que ratificó a las y los adolescentes como sujetos de derechos y la obligatoriedad del Estado, padres y tutores de garantizar la protección de los mismos, incluyó a la salud sexual y reproductiva dentro de los derechos a la salud, pero dejó un vacío respecto al reconocimiento explícito de los derechos reproductivos en el campo que se extiende más allá del derecho a la salud, incluyendo el de la identidad. Este vacío conceptual ha favorecido el dilema ético sobre *quién debe decidir sobre los derechos reproductivos de las personas en la etapa de la adolescencia*.

De acuerdo con lo que ya afirmamos anteriormente, los derechos reproductivos se construyen en contextos culturales diversos donde las percepciones, tradiciones, normas sociales

y religiosas influyen de manera determinante en su ejercicio. Todavía se considera, en distintos lugares de la región, que las expresiones sexuales de los adolescentes deben ser vigiladas por sus padres, con lo que se propicia que muchos adultos no reconozcan *la titularidad de derechos a los adolescentes de ambos sexos*. Particularmente en el campo de los servicios de salud, los efectores asumen posturas adultocéntricas que ponen en riesgo el ejercicio de la autonomía de la persona adolescente, de ambos sexos, para la toma de decisiones sobre su sexualidad y reproducción.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, todos los adolescentes mujeres y varones tienen derecho a recibir educación sobre sexualidad humana, tienen derecho a la intimidad y a ser atendidos con calidad y calidez por los servicios de salud en el marco de la no discriminación por razones generacionales ni de género. La percepción de la titularidad de los derechos humanos y, especialmente, de los derechos reproductivos es un factor central de la construcción de identidad de los ciudadanos y ciudadanas inmersos en una democracia participativa. Sin embargo, en algunos países hay barreras legales o administrativas para proveer de métodos anticonceptivos a las adolescentes, o bien, prevalecen los prejuicios que sitúan a los jóvenes como menores y, por tanto, como seres incapaces de tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva (53).

Las innumerables violaciones a los derechos humanos de las personas adolescentes en los espacios de la sexualidad y la reproducción debieran ser analizadas a partir de las desigualdades producidas por las jerarquías generacionales, socio-económicas, de género y de raza/etnia, entre otras. Las mujeres jóvenes pobres son las menos respetadas en su derecho a decidir cuándo, cómo y con quién desean tener relaciones sexuales y, entre ellas, el embarazo no planeado en la adolescencia, el aborto inseguro o la violencia sexual son más frecuentes que entre las jóvenes de otro nivel socio-económico.

La implementación de políticas públicas a partir del incremento de la significación social que la cultura otorga a los adolescentes –mujeres y varones–, como titulares de derechos humanos, continúa siendo un camino a recorrer.

#### 4.4. DESIGUALDADES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La construcción de la identidad es una de las principales “tareas” durante la adolescencia y en ella la sexualidad ocupa un lugar central. La salud sexual ha sido definida como la experiencia de un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad e involucra la identidad sexual,<sup>8</sup> la identidad de género, el erotismo y el vínculo afectivo que se establece con los demás. La identidad se vincula con la percepción de la mismidad en un medio socio-cultural determinado, la identificación con

8. Indudablemente los distintos marcos teóricos que integran la psicología (Cognitivismo, psicoanálisis, humanismo, etc.) dan distintas explicaciones de la conformación de la identidad sexual y de género.



sexos y el distanciamiento con el otro, lo que va determinando tanto la identidad sexual como la identidad de género.

El término de salud sexual y reproductiva incluye "...la capacidad de disfrutar de actividades sexuales y reproductivas reguladas a partir de una ética personal y social. [Así como] la ausencia de factores psicológicos como elementos afectivos (temor, vergüenza, culpabilidad) o cognitivos (creencias infundadas, mitos, prejuicios) que inhiban el bienestar sexual o perturben las relaciones sexuales y la ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan u obstaculicen la actividad sexual y reproductiva" (99).

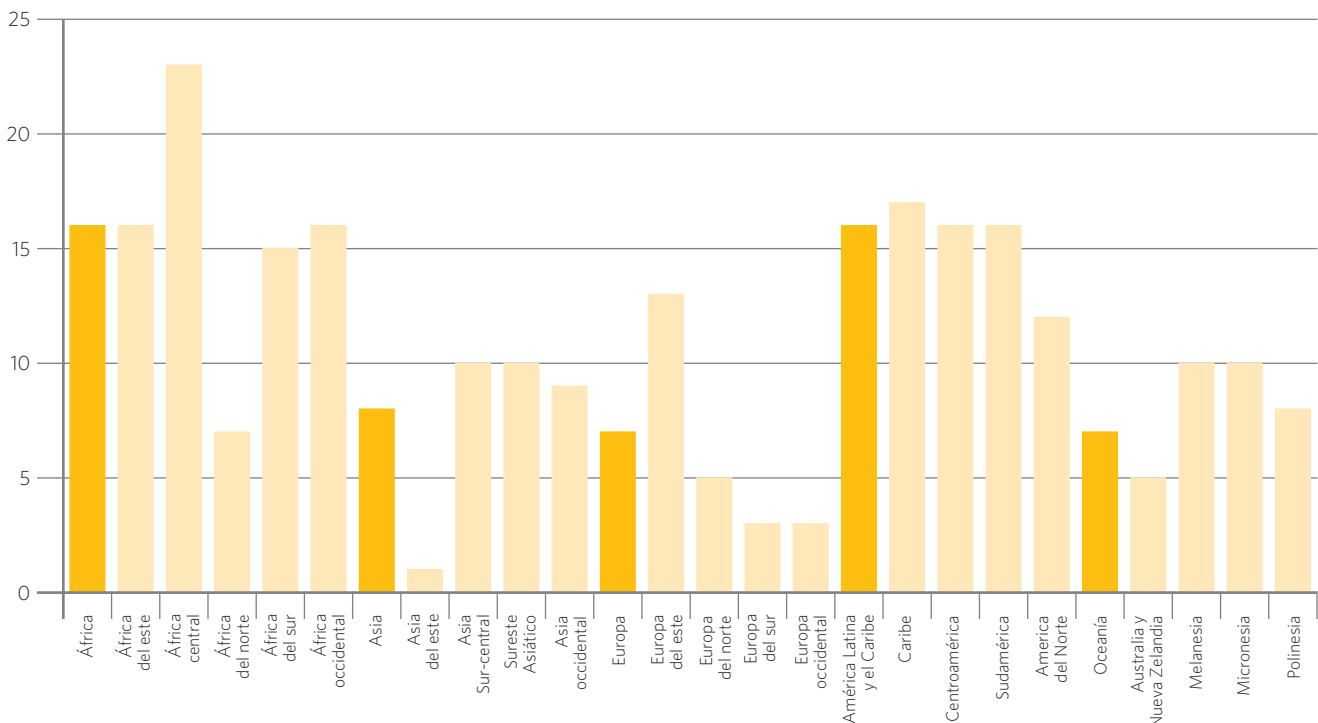
La sexualidad involucra ideas, prácticas, sentimientos, emociones, fantasías, erotismo y la interacción afectiva con otras personas y el reconocimiento social. El ejercicio de una sexualidad plena, basada en el bienestar, forma parte de una visión integral del desarrollo humano. Si bien a partir de la epidemia del VIH/SIDA se incrementó la información y difusión de temas de sexualidad entre los adolescentes mujeres y hombres, ha predominado en general un enfoque basado en los riesgos que genera la sexualidad. Esta visión del peligro de las prácticas sexuales, que infunde temores entre las adolescentes y los adolescentes, limita el desarrollo de su identidad.

Los datos que se muestran a continuación sólo representan una aproximación a la condición de las desigualdades de jóvenes de la región en el campo de la salud

sexual y reproductiva, ya que con frecuencia la información no se encuentra diferenciada según condiciones de vida (18). En la región, el promedio de edad para la primera relación sexual es para los varones de 16,9 años, mientras que la primera unión de pareja ocurre a los 24,5 años. El porcentaje de varones sexualmente activos que utilizan el condón se asocia con la escolaridad. Por ejemplo, en Brasil el 31% de los jóvenes que alcanzaron el nivel secundario lo utilizan, en contraste con un 18% de aquellos cuya escolaridad es menor. En República Dominicana el porcentaje es de 51% y 19% respectivamente, mientras que en Nicaragua es 11% y 7%, y en Perú de 25% y 4% (101).

Junto con la de África, la región de LAC tiene, las mayores tasas de fecundidad adolescente del mundo, siendo constante dentro de las diferentes sub-regiones del Caribe y América Latina (Cuadro P). De acuerdo a un estudio de Singh (102), más del 50% de los menores de 17 años han tenido ya relaciones sexuales (103). En un análisis que incluyó a once países latinoamericanos se encontró que, para diez de ellos, alrededor de un tercio de las mujeres entre 20 y 24 años habían tenido su primer hijo antes de los 20 años. Esta cifra asciende al 50% de las mujeres del mismo rango de edad en países como Guatemala (104), así como en Honduras y Ecuador (38). Se sabe que las mujeres que tienen un primer hijo en la adolescencia tendrán de dos a tres hijos más que las mujeres que tienen su

**Cuadro (P) Porcentaje de nacimientos totales en mujeres menores de 20 años para diferentes regiones y subregiones del mundo, 2002**

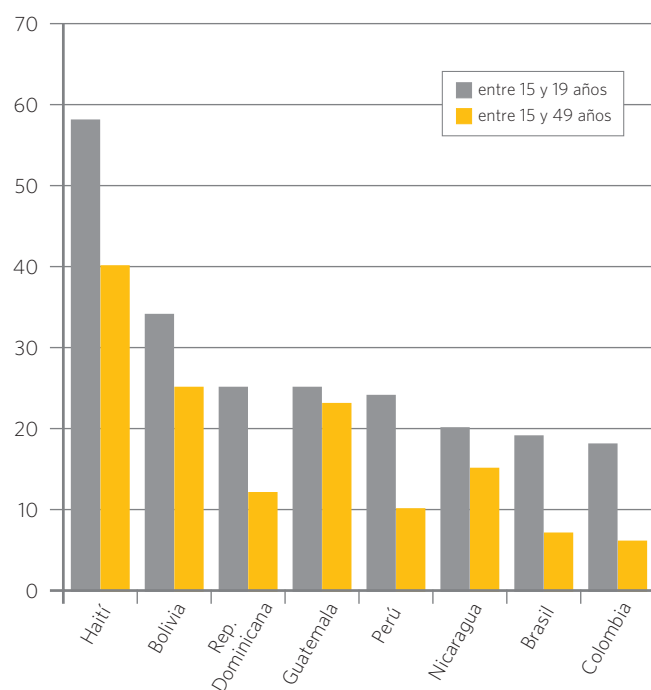


primer embarazo a partir de los 20 años (105). El fenómeno se acentúa en las zonas rurales, donde las tasas de fecundidad para adolescentes son las más altas de la región (106).

Se calcula que la mitad de los embarazos en adolescentes de la región de LAC no son planeados (81). Esta situación tendrá un impacto en su desarrollo a futuro, obligándolos a asumir tempranamente responsabilidades adultas, como el cuidado de los hijos y la necesidad de obtener un empleo, entre otros. La vulnerabilidad social a la que están expuestas las mujeres embarazadas se ve reflejada en las estimaciones de aborto; según Singh (102), el 20% de las hospitalizaciones por esta causa en América Latina corresponden a jóvenes.

Las desigualdades generacionales originadas en la falta de reconocimiento de los derechos de los adolescentes, de ambos sexos, se hacen evidentes en algunos indicadores de la salud sexual y reproductiva. La necesidad insatisfecha de anticoncepción demuestra la desventaja de las adolescentes respecto de las mujeres adultas, aún considerando sólo las que se encuentran unidas. Las mujeres de la región, de entre 15 y 49 años, tienen una necesidad insatisfecha de acceso a la anticoncepción de entre un 5% a un 40%, mientras que en las adolescentes, aún tomando en cuenta sólo las unidas, esa necesidad es significativamente mayor (Cuadro Q).

**Cuadro (Q) Porcentaje de mujeres en unión con necesidad insatisfecha de planificación familiar por edad. Algunos países de la Región de las Américas, 1996/2001**



Fuente: Género, Salud y Desarrollo en las Américas, 2003, con datos de ORC, Macro, Encuestas Demográficas y de Salud (1996/2001).

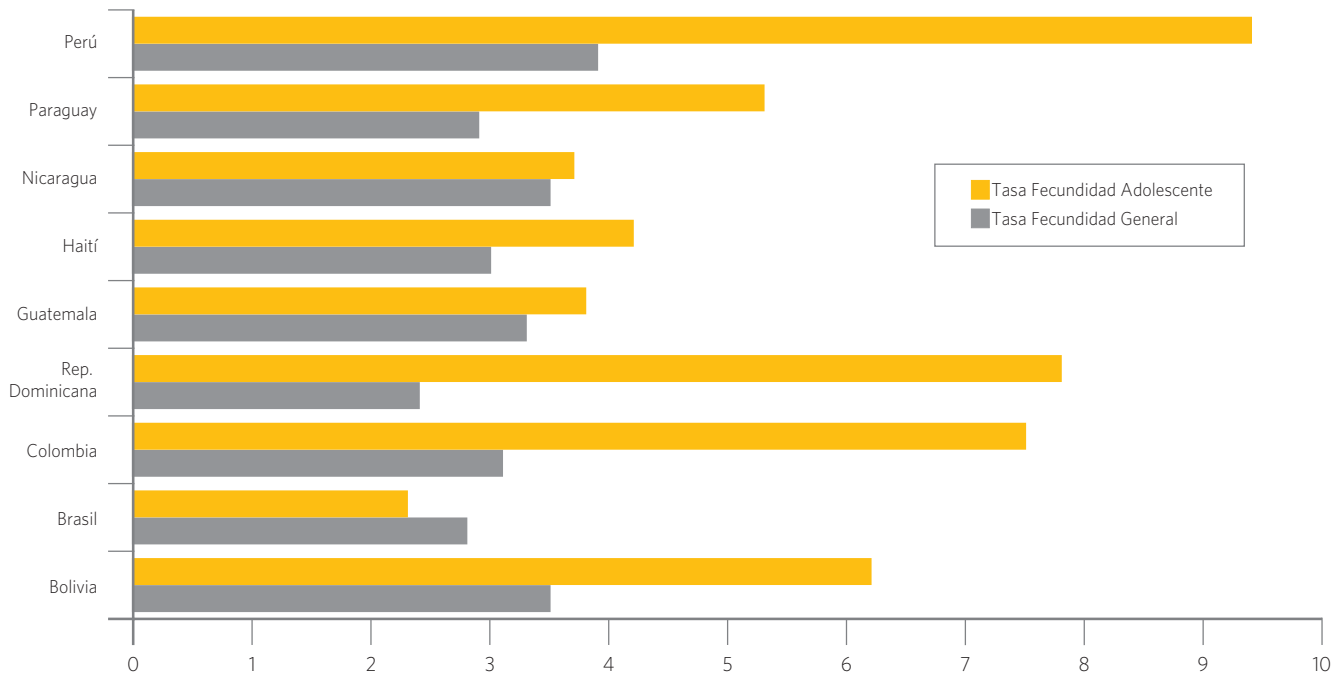
Otro indicador muestra como cómo estas desigualdades se potencian cuando son atravesadas por la condición socio-económica. La razón entre el primer y quinto quintil de ingreso en las tasas de fecundidad muestra las desventajas de las adolescentes pobres respecto a las adultas pobres. De acuerdo a datos de DHS el 20% más pobre de mujeres adultas tiene 3,2 veces más fecundidad que el 20% más rico. Esta cifra se duplica para las adolescentes, en que el quintil más pobre tiene 5,6 veces más fecundidad que el 20% más rico. Las diferencias más importantes en cuanto a fecundidad de adolescentes del primer y quinto quintil de ingresos se encuentran en Perú, República Dominicana y Colombia (Cuadro R).

En LAC, la tasa global de fecundidad deseada, o sea, aquella que incluye exclusivamente los nacimientos que fueron planeados, es generalmente menor que la fecundidad observada, ya que las mujeres tienen más hijos que los que realmente quisieran. Esta situación vulnera los derechos reproductivos acordados en El Cairo, ya que indica la falta de acceso a información y a anticoncepción; pero además expresa la falta de poder de las mujeres para hacer valer sus derechos, en las decisiones con la pareja, en materia de sexualidad y reproducción. La fecundidad no planeada por las adolescentes subraya el fenómeno de la maternidad impuesta y constituye, además, uno de los indicadores de las inequidades de género. Se ha documentado que existen diferencias en el número de hijos deseados por los hombres y por las mujeres, siendo mayor la necesidad de hijos entre los varones de escasos recursos, lo que probablemente tiene relación con el valor que desde la identidad masculina se le confiere a la procreación.

La dimensión generacional afecta de manera distinta a adolescentes mujeres y hombres. Por ejemplo, entre aquellos que viven en una relación de pareja de acuerdo con ciertos mandatos sociales –que varían de una sociedad a otra–, el varón suele ser mayor que la mujer, lo que puede favorecer relaciones de desigualdad de poder.

La violencia, como factor de vulnerabilidad sexual y reproductiva, posee vínculos con la identidad de género en la medida en que ciertos estereotipos sociales tienden a sostener la construcción de la identidad masculina en base al carácter fuerte y rudo de los varones, contrapuesto a la sumisión en las mujeres. Estos estereotipos favorecen las relaciones violentas y tienen un efecto marcado en las adolescentes de la región. Por ejemplo, en Jamaica, un estudio mostró que el 40% de un grupo de niñas de 11 a 15 años expresó que la razón por la cual había mantenido su primera relación sexual había sido “la fuerza” (90). Para la región del Caribe, en general, una tercera parte de los adolescentes de ambos sexos tienen una vida sexual activa y, de esta tercera parte, la mitad de las mujeres ha señalado que su primera relación sexual fue forzada (107). Diversas encuestas citadas por Guzman (106) demuestran la magnitud del problema de la violencia sexual, indicando que en países como Nicaragua, Barbados y Jamaica puede llegar al 30% de las mujeres menores de 18 años. Los embarazos, como resultado del abuso sexual, tienen efectos

**Cuadro (R)** Razón de 20% más pobre y 20% más rico en tasas de fecundidad general y tasas de fecundidad adolescente



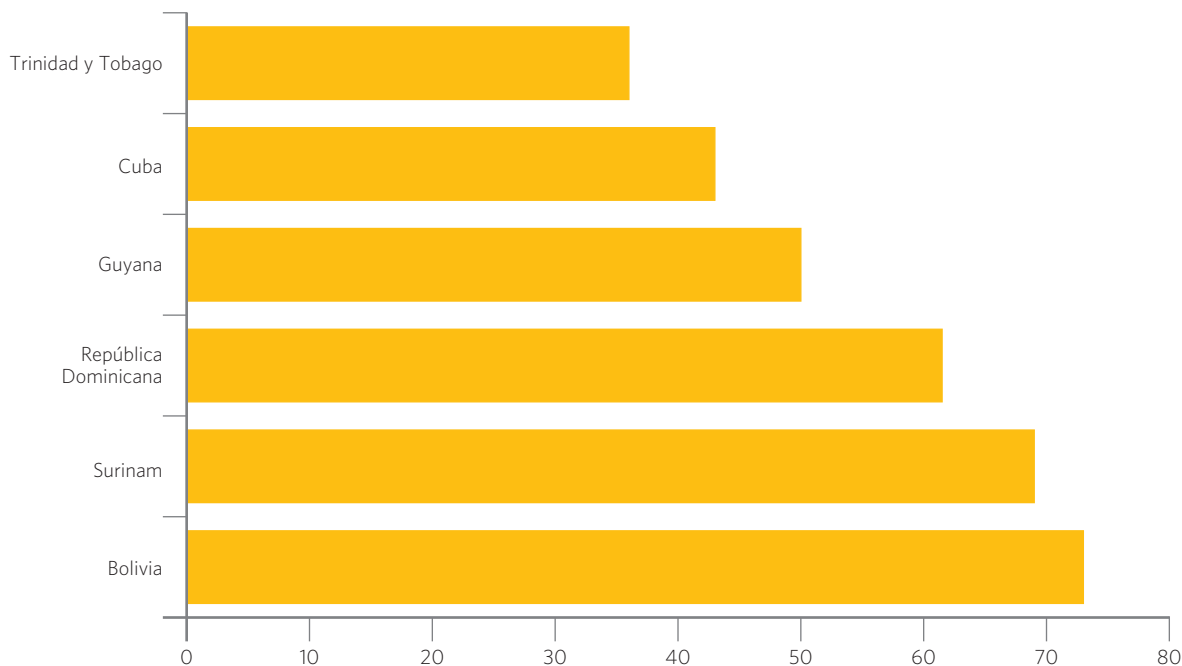
Fuente: OPS, 2003.

más allá del embarazo mismo y se manifiestan a largo plazo en daños para la salud física y mental de la mujer agredida (Heise, citado por 108).

Considerando la epidemia de VIH/SIDA, las adolescentes se encuentran entre los grupos de alta vulnerabilidad (14). Hasta diciembre de 2001 había un total de 1.820.000 personas viviendo con VIH en LAC (60) y la prevalencia en mujeres y hombres jóvenes a finales del mismo año se estimaba en 240.000 y 320.000 casos, respectivamente. En el Caribe (la segunda región del mundo más afectada por la epidemia) el 2,3% de los mayores de 15 años han contraído el virus y la mayoría de los nuevos casos de VIH ocurren en mujeres entre los 15 y 24 años de edad (109). En Trinidad y Tobago las mujeres llegan a ser hasta cinco veces más vulnerables a la infección que los hombres y en Jamaica las jóvenes

embarazadas tienen una tasa de incidencia de casi el doble que la existente en mujeres de mayor edad (90). El crecimiento de la epidemia en jóvenes puede atribuirse a diversos motivos; entre ellos, a la falta de oportunidades para el desarrollo que se expresan en exclusiones en salud, educación y empleo. El diseño e implementación de políticas públicas para jóvenes constituye una preocupación que los gobiernos están encarando con el apoyo de organismos internacionales (25). Para algunos países de LAC, el desconocimiento entre los jóvenes en materia del VIH/SIDA (Cuadro S) es aún evidente. Se estima que entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes entre 15 y 19 años de Guatemala, Perú, Haití y Brasil desconocen que una persona con VIH puede no mostrar síntomas de SIDA hasta después de un tiempo (110).

**Cuadro (S)** Mujeres entre 15 y 19 años que tienen por lo menos un concepto erróneo sobre VIH/SIDA o que nunca han escuchado sobre la enfermedad, países selectos de LAC



Fuente: UNICEF/MICS, DHS, 1999-2001, en UNICEF, ONUSIDA, OMS, 2002.

A pesar que en LAC la epidemia continúa siendo de baja endemicidad –concentrada en hombres teniendo sexo con hombres; usuarios, de ambos sexos, de drogas intravenosas; trabajadores sexuales de ambos sexos; prisioneros y prisioneras; y personas con infecciones de transmisión sexual– es entre las adolescentes –sobre todo pobres–, los niños, niñas y jóvenes de la calle, y los migrantes varones y mujeres en quienes se presenta la mayor vulnerabilidad al VIH/SIDA (111). Las mujeres jóvenes embarazadas, viviendo con VIH, son doblemente discriminadas; en primer lugar, por el estigma que representa ser portadora, pero también por su condición de embarazo. En diferentes partes del mundo se han documentado casos de abortos forzados debido a la condición de seropositividad (112).

#### 4.5. LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL CONTEXTO DEL DESARROLLO

A partir de las revisiones a cinco y diez años posteriores a la CIPD - El Cairo 1994, las adolescentes pasaron a ser una de las prioridades estratégicas de UNFPA para el logro de su misión en el campo del desarrollo de la población. A tal fin se organizó un Grupo de Trabajo de adolescentes entre la División de Apoyo Técnico y los Equipos de Apoyo Técnico de diferentes regiones, se designaron Puntos Focales en cada

Oficina de País y el Programa Regional de LAC 2004-2007 estableció seis resultados específicos a lograr en el área de adolescentes y jóvenes.

Un estudio realizado por The Alan Guttmacher Institute (AGI) (101), que compara las tasas de embarazo no planeado entre adolescentes de distintos países de Europa y los Estados Unidos encontró que, aún considerando el relativo decrecimiento de las tasas de embarazo no planeado en la adolescencia en los Estados Unidos, los países europeos muestran mejores resultados. Estas cifras aparecen fuertemente asociadas a las políticas del área de juventud europeas que aseguran mejores oportunidades de desarrollo y menores niveles de desigualdad.

No es posible separar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes mujeres y varones de sus condiciones de vida, la cultura local y las oportunidades de desarrollo que se les brinda. Las intervenciones implementadas para el logro de mejores niveles de derechos y salud sexual y reproductiva de adolescentes tienen que facilitar la transformación de los entornos de vida –entre los que se encuentra las condiciones de pobreza y exclusión social– donde los adolescentes de ambos sexos hacen sus elecciones en materia de sexualidad y reproducción.

En una encuesta global llevada adelante por el Banco Mundial en mayo de 2003 con respecto a las barreras para la construcción de futuros positivos posibles, la pobreza resultó

ser la principal preocupación de los jóvenes de ambos sexos, seguido por la falta de empleo y la educación de baja calidad. Los compromisos asumidos por los Estados para la reducción de la pobreza, como Objetivos de Desarrollo del Milenio, ocho de cuyos indicadores se refieren al grupo de 15 a 24 años, también resaltan la asociación entre el desarrollo social y las oportunidades de desarrollo de los y las jóvenes. Los adolescentes de ambos sexos demandan la adquisición de competencias que potencien su desarrollo humano. Si bien la inversión en educación es largamente la que posee la mejor relación de costo-eficacia, los modelos educativos debieran potenciar la capacidad de los jóvenes y las jóvenes con relación a la transformación de sus entornos de vida, fortaleciendo su capacidad crítica.

Para ello se requieren políticas públicas que reconozcan a los varones y mujeres adolescentes como titulares de derechos en una democracia participativa. Las intervenciones en salud sexual y reproductiva que construyan sujetos de derechos, esto es que faciliten el empoderamiento de las personas adolescentes con respecto a sus derechos ciudadanos, hacen

posible el desarrollo y pueden por lo tanto convertirse en estrategias de reducción de la pobreza.

A la desigualdad de poder de las personas en esta etapa de la vida, con respecto a las mujeres y varones adultos, se agrega su falta de recursos económicos, lo que profundiza la desigualdad generacional. Muchos y muchas adolescentes trabajan para su propia familia –en el medio rural, doméstico o de servicios– o se encuentran desocupados. La tasa de desocupación de las mujeres y varones jóvenes supera en 2,5 puntos a la de las personas adultas. Este es un punto donde el enfoque de pobreza de Amartya Sen se integra al campo de los derechos humanos. Si pobreza es la falta de libertad para ejercer capacidades, las intervenciones que permitan el logro de capacidades puede ser una eficaz intervención para la reducción de la pobreza. La educación, pero también el mundo del empleo, son los espacios privilegiados para el desarrollo de estas competencias y empoderamiento. Intervenciones relativas a empoderamiento sobre derechos ciudadanos, debieran asociarse a estrategias de generación de recursos a través del empleo y/o del auto-empleo.

# 5 Reflexiones finales

---

Ese trabajo ha procurado indicar de qué manera se puede mirar las conexiones entre pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos, buscando ir más allá del enfoque monetarista subyacente a algunas propuestas de reducción de la pobreza y mostrando cómo, para operar con equidad en el campo de los derechos humanos, es necesario considerar el derecho humano a la salud de todas las personas. Además, se ha indicado cómo el conocer las realidades de salud y desarrollo de las poblaciones (incluyendo para ello el análisis de las jerarquías de género, raza/etnia, generacionales y sus combinaciones) permite definir estrategias para promover el desarrollo de las poblaciones en el mundo. Actuar en el campo de la salud sexual y reproductiva implica conocer y operar a nivel macroeconómico y acompañar el diseño e implementación de las políticas sociales, especialmente las de salud y educación. La salud sexual y reproductiva recibe el impacto de las decisiones que son tomadas en el ámbito de los sistemas de salud y, obviamente, el acceso a la salud es co-generado centralmente por los determinantes sociales de género, raza/etnia, edad y posición socio-económica.

La actuación de UNFPA debe estar dirigida tanto al apoyo y a la conformación de los sistemas nacionales de salud, incluido el diseño de sus políticas, cuanto al trabajo de fomentar la participación social e incrementar las capacidades que lleven a las personas a afirmar su identidad, especialmente entre las mujeres y varones jóvenes, contribuyendo a desarrollar el sentido y acción ciudadana resultante de los procesos de empoderamiento. Como ha podido verse a lo largo de este texto, hay situaciones de inequidad en salud sexual y reproductiva que afectan a las mujeres y los hombres o, específicamente, a las mujeres y varones adolescentes y jóvenes. Fomentar en las personas capacidades que los lleven a afirmar su identidad puede contribuir a desarrollar el empoderamiento. Aunado a ello, la inversión en salud sexual y reproductiva puede ayudar a la reducción de la pobreza mediante una aproximación basada en los derechos humanos y la promoción de los derechos

reproductivos de las personas, en especial de las mujeres adolescentes y jóvenes. Las estrategias de acción deben estar diseñadas a partir de diagnósticos que sean eficaces para visualizar las perspectivas socio-culturales de cada sociedad y de cada comunidad, y que también sean eficaces para la promoción, respecto y defensa de los derechos humanos. Por lo tanto, en el ámbito de UNFPA, un conjunto mínimo de consideraciones fundamentales deberían tener en cuenta que:

1. El diseño e implementación de políticas y programas gubernamentales puede directa e indirectamente impactar positivamente en la marginación, la vulnerabilidad, la discriminación y el estigma presentes en las sociedades contemporáneas, incluyendo la población de adolescentes y jóvenes. En ese sentido, la configuración de los sistemas nacionales de salud y las políticas sociales en general deben responder efectivamente a la eliminación de las desigualdades sociales y a la promoción de los derechos humanos.
2. El monitoreo de las inequidades sociales en salud, considerando los determinantes sociales de las mismas - como pobreza, género, raza/etnia y edad- pueden facilitar la identificación y monitoreo de la presencia de acciones centradas en el marco de los derechos humanos.
3. La asignación de recursos y de gastos en salud, especialmente en salud sexual y reproductiva, analizada de acuerdo a los determinantes sociales de la salud y usando información cualitativa y cuantitativa, puede ser un valioso instrumento y posibilitar acciones conjuntas en UNFPA, tanto interagenciales como intergubernamentales y en diálogo con la sociedad civil.
4. El logro de la reducción de la pobreza es un fenómeno multicausal y por lo tanto se deben elaborar estrategias de solución también multideterminadas, a través de mecanismos específicamente diseñados para esa finalidad que deberán también incluir la presencia activa de la sociedad civil en los procesos de diálogo y concertación con el Estado.

# Referencias

- (1) ONU, Comisión on Human Rights 56<sup>th</sup> Session "Human Rights and Poverty: Toward a rights-based approach". Geneva, 2000, 12 abril.
- (2) ONU, "Informe del Comité Especial Plenario del 21th periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Adición: Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo". Génova; 1999, 1 de julio.
- (3) IPPF. "El Consejo Ejecutivo de la OMS se reúne en Ginebra para finalizar documentos estratégicos". *Novedades en Salud Sexual y Reproductiva*; 2004. Disponible en: [www.ippfwhr.org/global/news/novedades/article\\_s.asp?NewsID=135](http://www.ippfwhr.org/global/news/novedades/article_s.asp?NewsID=135).
- (4) Sen A. "Poverty as capability Deprivation". *Development as Freedom*, Britain; 1999. p.p. 87-110.
- (5) Schutt-Aine J, Maddaleno M. ¿Qué impacto puede tener la ética?. Para presentación en la Reunión Internacional sobre "Ética y Desarrollo" del Banco Interamericano de Desarrollo en colaboración con el Gobierno de Noruega; 1982.
- (6) Schutt-Aine J, Maddaleno M. "Capacidad y bienestar". *Enlace Latinoamericano para Economistas (ELPE)*; (s.f.). Disponible en: <http://www.geocities.com/WallStreet/Floor/9680/amartya3.htm>.
- (7) Laderchi CR, Saith R, Stewart F. Does it matter that we don't agree on the definition of poverty? A comparison of four approaches. Queen Elizabeth House, University of Oxford, Oxford; 2003.
- (8) Hakkert R. "Conceptualización de la pobreza para fines del trabajo del UNFPA en Población y Desarrollo. Género y Salud Reproductiva". UNFPA EAT, México, (mimeo); 2003.
- (9) Boltvinik, J. "Pobreza y necesidades básicas". Proyecto Regional para la superación de la pobreza, PNUD, Venezuela; junio 1990.
- (10) Rawls J. "La justicia como imparcialidad". En: *Teoría de la justicia*, FCE, México; 1995; p.p. 17-61
- (11) Rawls J. *La justicia como equidad. Una reformulación*. Edición a cargo de Erin Kelly, Paidós, Estado y Sociedad 97, Barcelona; 2002.
- (12) Narayan et. al. "The definitions of poverty". En: *Voices of the poor. Can anyone hear us?*, Publicado por el Banco Mundial, Oxford Press, New York; 2000. Disponible en: [www.worldbank.org/poverty/voices/reports/canany/ch2.pdf](http://www.worldbank.org/poverty/voices/reports/canany/ch2.pdf).
- (13) Banco Mundial "Empowerment and Poverty Reduction: A Sourcebook". PREM, Washington; mayo 2002.
- (14) CEPAL. *Juventud, Pobreza y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. XII Conferencia de Primeras Damas, Esposas y Representantes de los Jefes de Estado y Gobierno de las Américas, del 15 al 17 de octubre de 2003, Santo Domingo, República Dominicana. LC/MEX/L.575.
- (15) CEPAL. *Panorama social de América Latina 2002-2003*. 2003.
- (16) CEPAL, IPEA, PNUD. "Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina y el Caribe". Santiago de Chile; febrero 2003
- (17) Lozano R. *Adaptándose al cambio: reformas del sector salud, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Ponencia, Oaxaca; agosto 2003.
- (18) CEPAL. *Juventud, Población y Desarrollo en América Latina y el Caribe*. XXVIII período de sesiones, México DF; 3-7 de abril 2000. LC/L.1339
- (19) Almeida-Filho et al. *Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995)*. *Abstract, Am., J., Pub Health*, num., 93-12; 2003.
- (20) Barzelatto J. "Desde el control de la natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: La evolución de un concepto a nivel internacional". En: *Elisabete Dória Bilac y Maria Isabel Baltar Rocha Saude Reprodutiva na América Latina e no Caribe*. Temas e problemas. PROLAP, ABEB, NEPO/UNICAMP, num., 34, Sao Paulo; 1998; p.p., 39-50.
- (21) Merrick T. *Population and Poverty: New Views on an Old Controversy*. *International Family Planning Perspectives*, Volume 28, Number 1, March 2002.
- (22) Merrick T. *Short-Coming Reproductive Health*. *Reproductive Health Matters*. Elsevier Science Ltd.; 2002; 10 (20): 135/137.
- (23) Hunt P. *Economic, Social and Cultural Rights. The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable standard of Physical and Mental Health*. *Commission on Human Rights; Sixtieth Session*; 2004 Febrero; 16 E/CN.4 /49.
- (24) Ventura M, coordinador. *Dereitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos dirietos humanos*, Río de Janeiro; Octubre 2003.
- (25) UNFPA. *Informe Estado de la Población Mundial 2003*. Valorizar a 1000 millones de adolescentes. *Inversiones en su salud y sus derechos*. 2003.
- (26) UNFPA. "Policy Note on Implementing a Human Rights-Based Approach to Programming in UNFPA". January 2003.
- (27) Vieira W, Arilha M. "Sexualidade, Género e Direitos Sexuais e Reprodutivos". Em: *Elza Berquó (organizadora) Sexo e Vida. Panorama da Saude Reprodutiva no Brasil*. Editorial UNICAMP, NEPO y Ford. Brasil; 2003.
- (28) *Advocaci. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la Perspectiva de los Derechos Humanos. Síntesis para Gestores, Legisladores y Operadores del Derecho*. Brasil; Octubre 2003.
- (29) Cottingham J. *Health sector Reforms and reproductive health: achieving equity*. Comments presented during the Technical Consultation on Health Sector Reform and reproductive Health: developing the evidence base. Organizado por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Ginebra; 30 Noviembre - 2 Diciembre 2004.
- (30) Petchesky R. "Transnationalizing Women's Health Movements". En: *Global Prescriptions. Gendering, Health and Human Rights*. Zed Books, United Nations Research Institute for Social Development, New York; 2003; p.p. 1-30.
- (31) Correa S, Petchesky R. "Reproductive and Sexual Rights: A feminist perspective". En: *G. Sen, A. Germain e I. E. Chen (eds.) Population Policies Reconsidered*. Harvard University Press, Cambridge, M.A; 1994.
- (32) Braverman P, Gruskin S. "Poverty, equity, human rights and health", *Bull WHO*, num. 81-7; 2003; p.p., 539-545.
- (33) Nanda, P. *Rhetoric and reality of health reforms: Implications for reproductive health and rights*. (s.f). Disponible en: [www.genderhealth.org/pubs/healthreforms.pdf](http://www.genderhealth.org/pubs/healthreforms.pdf).
- (34) Bobbio N. "Iguales y diferentes". En: *Elogio de la templanza y otros escritos morales*. *Temas de Hoy, Ensayos*, España; 1997; p.p. 191-200.
- (35) OPS. *A Brief Snapshot of the Situation: Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean*. Division of Disease Prevention and Control. Program on Non-Communicable Diseases, Fact Sheet; 2001. Disponible en: [www.paho.org/English/HCP/HCN/CCBriefSnapshot.htm](http://www.paho.org/English/HCP/HCN/CCBriefSnapshot.htm).

- (36) Intercultural Cancer Council (ICC). "Datos estadísticos de cáncer en los hispanos y latinos". <http://icnetwork.org/cancerfacts/cfs4s.htm>; 2004.
- (37) Langer A, Nigenda G. Salud Sexual y Reproductiva y Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Desafíos y Oportunidades. BID, Population Council; 2000. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/Langer.pdf>.
- (38) OPS. Género, salud y desarrollo en las Américas. 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/Gender Brochure.pdf>.
- (39) Palacio-Mejía et al. Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Pública de México*, 45, (supl 3); 2003; S315-25.
- (40) Gómez E. Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina y el Caribe. Octava Conferencia Regional sobre la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe. Lima; 2000.
- (41) WHO. Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health. Edited by Sundari Ravindran, Department of Reproductive Health and Research Family and Community Health; 2001.
- (42) Keijzer B. "Hasta donde el cuerpo aguante. Los hombres y la salud". Coloquio Internacional sobre Masculinidades. Universidad Autónoma de Puebla; Puebla, México; 23 Junio de 2004.
- (43) OPS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Publicación Científica y Técnica No.588; Washington; 2003.
- (44) Buvinic M, Morrison AR, Shifter M. "La violencia en las Américas. Marco de acción". En: Andrew Morrison y María Loreto Biehl (eds.) El costo del silencio. Violencia doméstica en las Américas. BID; Washington.; 1999.
- (45) De Ferranti D et al. Desigualdad en América Latina y el Caribe: ¿Ruptura con la historia? Banco Mundial, Región América Latina y el Caribe; 2003.
- (46) OPS / OMS. "Grupo étnico y salud". 132ª Sesión del Comité Ejecutivo; Washington, D.C., 23-27 de junio de 2003.
- (47) Rede Feminista de Saúde. Dossie Assimetrias Raciais. Sao Paulo, Setembro de 2003.
- (48) Torres C. La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10 (3); 2001; pp 188-201.
- (49) OPS. Equidad en salud: desde la perspectiva de la etnicidad. Programa de Políticas Públicas y Salud, División de Salud y Desarrollo Humano; Washington DC; 2001; Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/Hdp/Hdd/etnicidad.pdf>.
- (50) Torres JL et al. "La salud de la población indígena en México". *Caleidoscopio de la Salud*, FUNSALUD, México; 2003. Disponible en: [www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/librocaledio.htm](http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/librocaledio.htm).
- (51) Oliveira F. Saúde da População Negra. Brasil, Ano 2001, OPS, Brasília; 2002.
- (52) Bristow F, editor. "Utz' Wach'il: health and well being among indigenous peoples". Health Unlimited, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2003. Disponible en: <http://www.healthunlimited.org/aboutus/HU%20IP%20study%202003%20colour.pdf>.
- (53) ISIS Internacional, "Agenda Salud", Publicación trimestral del Programa Mujeres y Salud, Santiago de Chile, num.. 10; abril-junio 1998.
- (54) Rosales AL. Discursos médicos y creencias sobre la sexualidad en el climaterio: Mujeres en Cancún, Quintana Roo. En: Torres M. (coord.) Nuevas maternidades y derechos reproductivos. El Colegio de México, México; en prensa.
- (55) Islas V. Cáncer Cervicouterino. El cáncer que no debe matar. Agenda Salud, ISIS Internacional; Enero-Marzo 2002. Disponible en [www.isis.cl/temas/salud/agenda25.pdf](http://www.isis.cl/temas/salud/agenda25.pdf)
- (56) Arilha M, Hakkert R. Salud Sexual y Reproductiva de la Mujer Adulta Mayor: un campo por explorar y evidenciar. Documento preparado para ser presentado en la Reunión de Expertos en Envejecimiento y Salud; Panamá; 7 al 9 de abril 2003.
- (57) Ventura M. A epidemia de VIH/AIDS no Brasil e os direitos humanos. *Boletim ABIA*, Número 50; Octubre/Noviembre 2003; p10-11.
- (58) García-Abreu A, Nogueira I, Cowgill K. HIV/AIDS in Latin America. The Challenges Ahead, HNP Discussion Paper, The World Bank. Washington, DC; Marzo 2002.
- (59) Sgombich-Mancilla MX et al. Evaluación Sociocomportamental de la Iniciativa de ONUSIDA / CONASIDA de Acceso a Fármacos. Informe Final de Resultados, Equipo NOUS, Chile; 2002.
- (60) Cáceres CF, Pecheny M, Terto V, editores. SIDA y sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Red de Investigación en sexualidades y VIH/SIDA en América Latina, ONUSIDA, Perú; 2002.
- (61) Van der Maas PJ. How summary measures of population health are affecting health agendas. *Bulletin of the WHO*, 81 (5); 2001; p 314.
- (62) OMS. *Dalys and Reproductive Health: Report of an Informal Consultation*. WHO/RHT/98.28; 1998. Disponible en: [http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHT\\_98\\_28/RHT\\_98\\_28\\_table\\_of\\_contents\\_en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHT_98_28/RHT_98_28_table_of_contents_en.html).
- (63) AbouZahr C, Vaughan JP. Assessing the burden of sexual and reproductive ill-health: questions regarding the use of disability-adjusted life years. *Bulletin of the WHO*, 78 (5); 2000; p 655-66.
- (64) Graham WJ, Campbell OMR. Maternal health and the measurement trap. *Social Science and Medicine*, 35 (8); 1992; p. 967-77.
- (65) Hanson K. La medición del estado de la salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud. OPS / Harvard Center for Population and Development Studies, Publicación Ocasional, núm. 5; Boston; 2000.
- (66) Allotey PA, Reidpath D. Objectivity in priority setting tools in Reproductive Health: Context and the DALY. *Reproductive Health, context and the DALY*. *Reproductive Health Matters*, num.. 10-20; 2002; p.p. 38-46.
- (67) Banco Mundial. Informe Mundial de Desarrollo. 1993
- (68) Murray CJL, López AD. Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders and congenital anomalies. WHO, Geneva; 1998.
- (69) Gwatkin DR, Guillot M. "The Burden of Disease among the Global Poor. Current situation, future trends and implications for strategy". *Global Forum for Health Research: promoting research to improve the health of poor people*, WB, Washington D.C.; November 1999.
- (70) Gwatkin DR. Who would gain most from efforts to reach the Millenium Development of Goals for health?. *Health, Nutrition and Population*, The World Bank, Washington D.C.; 2002.
- (71) Cook RJ, Wilson OAF. Advancing Safe Motherhood through Human Rights. OMS, Department of Reproductive Health and Research; 2001. Disponible en: [www.who.int/reproductive-health/publications/RHR\\_01\\_5\\_advancing\\_safe\\_motherhood](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_5_advancing_safe_motherhood).
- (72) AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF UNFPA. (s. f.). Disponible en: [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_mortality\\_2000.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_mortality_2000.pdf).
- (73) Mora G, Yunes J. "Mortalidad Materna: Una tragedia ignorada". OPS, Género, mujer y salud en las Américas; 1993.



- (74) Moreno G. "De indígenas dos tercios de las muertes maternas en Veracruz". Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC), Cimacnoticias.com.; junio2003. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03jun/03060203.html>.
- (75) Bergsj P. "What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity?". En: De Brouwere V. y Van Lerberghe W. editores. Safe Motherhood Strategies: A review of the evidence. Studies in Health Services Organization and Policy, num. 17; 2001.
- (76) OMS. Maternal Mortality Rates and Ratios, WHO, Division of Family Health, Geneva; 1991.
- (77) Van Lerberghe W. and De Brouwere V. "Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality". En: De Brouwere V y Van Lerberghe W. editors. Safe Motherhood Strategies: A review of the evidence. Studies in Health Services Organisation and Policy; 17; 2001.
- (78) Moya Medina J. Perfil de mortalidad en Haití. Año 2000. OPS, Washington; 2000. Disponible en: [www.paho.org/spanish/dd/ped/MortalidadHaiti2000.ppt](http://www.paho.org/spanish/dd/ped/MortalidadHaiti2000.ppt).
- (79) Ortíz M. De qué mueren las mujeres? Agenda Salud. ISIS Internacional, Número 28; Octubre-diciembre 2002.
- (80) Espinoza H, López-Carrillo L. "Aborto inseguro en América Latina y el Caribe: definición del problema y su prevención". Gaceta Médica de México, Órgano oficial de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C., Suplemento 1, vol.. 139; julio-agosto2003.
- (81) Levine R, Glassman A, Schneidman M. The Health of Women in Latin America and the Caribbean. The World Bank, Washington (DC); September 2001.
- (82) Ronsmans C, Khat M. Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh. *Lancet*;1999; (354): 1448.
- (83) Curry B. Maternal mortality and mother's deaths as development indicators (carta). *Br Med J* 2000; 321 (7264):835
- (84) GTZ. Ending violence against women and girls. Reduction and prevention of gender-based violence as a contribution to the protection of human rights and to development. 2002. Disponible en: [http://www.gtz.de/women\\_law/Publikationen/GewaltgegFrauen\\_engl\\_inet.pdf](http://www.gtz.de/women_law/Publikationen/GewaltgegFrauen_engl_inet.pdf).
- (85) OMS/OPS - A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean. OMS/OPS, USA; 2000.
- (86) Zúñiga E. Intervención de la Lic. Elena Zúñiga, Secretaria General del Consejo Nacional de Población, en la presentación del Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2003. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), México, octubre 2003. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/principal.html>.
- REVISAR ACA, VINO ASI
- (88) UNESCO - Education for All Global Monitoring Report. Paris, France 2005.
- (87) Schutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas. OPS, Unidad de Desarrollo de Adolescentes y Programa de VIH/SIDA; Febrero2003.
- (89) UNESCO. Informe Regional de Monitoreo de la EPT. Educación para Todos en América Latina: Un objetivo a nuestro alcance. Oficina Regional de Educación para América Latina y el Caribe; Versión preliminar, Santiago; septiembre. 2003.
- (90) UNICEF. Adolescencia, una etapa fundamental. NY; febrero 2002. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/pubsgen/adolescence/adolescence-sp.pdf>.
- (91) CEPAL. Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Organización Iberoamericana de Juventud. Chile; Noviembre 2000.
- (92) UNESCO. Informe regional: América Latina y el Caribe. Instituto de Estadística de la UNESCO; 2001. Disponible en: [www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/ed/2001/Amerique\\_latine\\_esp.pdf](http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/pdf/ed/2001/Amerique_latine_esp.pdf)
- (93) CEPAL. Juventud e Inclusión Social en Iberoamérica. (s.f.). Disponible en: [www.oij.org/jovenes\\_e\\_inclusion\\_social.pdf](http://www.oij.org/jovenes_e_inclusion_social.pdf).
- (94) Franco S, Klass R, Pittman P. Dimensión socio-emocional de la atención en salud reproductiva y sexual de adolescentes. El caso de sectores urbano marginales de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. OPS; Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 1997 Noviembre.
- (95) Krauskopf D. Participación social y desarrollo en la adolescencia. UNFPA, Costa Rica; (s.f.).
- (96) Burdieu, P. "Una imagen aumentada". En: Burdieu P. La dominación masculina. Anagrama, Barcelona; 2000; p.p. 17-72.
- (97) IPPF. "Lento progreso en la Comisión sobre Población y Desarrollo de la ONU". Novedades en Salud Sexual y Reproductiva; Marzo 2004. Disponible en: [www.ippfwhr.org/global/news/novedades/article\\_s.asp?NewsID=182](http://www.ippfwhr.org/global/news/novedades/article_s.asp?NewsID=182).
- (98) CEPAL. La Juventud en Iberoamérica - Tendencias y Urgencias. Santiago de Chile, 2004.
- (99) Alvarado C, Garita C, Solano G. "Aspectos Conceptuales". En: Adolescentes pobres. Vida, carencias y esperanzas en salud sexual y reproductiva. Caja Costarricense de Seguro Social / Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA); Costa Rica; 2003.
- (100) UNFPA. Enfoque de Derechos Humanos en Políticas de Adolescentes y Juventud en América Latina y Caribe: limitaciones, oportunidades y desafíos. 2005
- (101) The Alan Guttmacher Institute. In Their Own Right. Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide. Washington (DC); 2003.
- (102) Singh S. Adolescent childbearing in developing countries: a global review. *Studies in Family Planning*. 1998; 29: 117-36.
- (103) The Alan Guttmacher Institute. Sexual and Reproductive Health: Women and Men. Facts in Brief; 2002. Disponible en: [http://www.agi-usa.org/pubs/fb\\_10-02.pdf](http://www.agi-usa.org/pubs/fb_10-02.pdf).
- (104) BID. "Prevalence, costs and consequences of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean", Technical note 9, Women in Development Unit. Sustainable Development Department; (s.f.). Disponible en: [www.iadb.org/sds/doc/ReproductiveHealth-TechnicalNotes9.pdf](http://www.iadb.org/sds/doc/ReproductiveHealth-TechnicalNotes9.pdf).
- (105) Koontz SL, Conly SR. Youth at risk: Meeting the sexual health needs of adolescents. Washington (DC), Population Action International, en Advocates for Youth The Impact of Early Pregnancy and Childbearing on Adolescent Mothers and Their Children in Latin America and the Caribbean; 1994. Disponible en: [www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fsimpact.htm](http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fsimpact.htm).
- (106) Guzmán JM, et. al. Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe. México; 2001.
- (107) Advocates for youth. The Sexual and Reproductive Health of Young People in Latin America and the Caribbean, 2002. Disponible en: [www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssexualhealth.pdf](http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fssexualhealth.pdf).
- (108) Burt, M (1998), "¿Por qué debemos invertir en el adolescente?", Documento preparado para la conferencia Salud Integral de los Adolescentes y Jóvenes de América Latina y el Caribe, 9-12 de junio de 1996, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fundación Kellogg, Washington.
- (109) UNICEF, ONUSIDA, OMS (2002) Young people and HIV/AIDS. Opportunity in Crisis. Disponible en: [http://www.unicef.org/publications/pub\\_youngpeople\\_hiv aids\\_en.pdf](http://www.unicef.org/publications/pub_youngpeople_hiv aids_en.pdf) Acceso: 3-02-04
- (110) UNICEF (2000) The Progress of Nations. NY Disponible en: <http://www.unicef.org/pon00/pon2000.pdf> Acceso: 25-02-04.

- (111) ONU (2001), Asamblea Especial de la ONU sobre VIH/SIDA, Nueva York, junio.
- (112) Berer, M (s.f.) La mujer y el VIH/SIDA. Un compendio internacional de recursos. Información, acción y recursos relacionados con la mujer y el VIH/SIDA, la salud reproductiva y las relaciones sexuales. Londres.

## Otras referencias consultadas

---

- Campana por los Derechos Sexuales y Reproductivos. Síntese Debate Virtual. [www.convencion.org.uy](http://www.convencion.org.uy) SACAR
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986. En Organización Panamericana de la Salud *Promoción de la salud: una antología*, Washington DC, OPS, 1996. Publicación Científica N° 557.
- Correa, S. (2001) "Salud reproductiva, género y sexualidad: Legitimación y nuevas interrogantes", en Claudio Stern y Juan Guillermo Figueroa (coords.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México, p.p. 127-153.
- Correa, S y Ávila, MB (2003) "Direitos Sexuais e Reprodutivos. Pauta Global e Percursos Brasileiros" en Elza Berquó (organizadora) *Sexo e Vida. Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. Editorial UNICAMP, NEPO y Ford. Brasil
- IPPF (2004c), "Victoria histórica para los derechos sexuales y reproductivos. Conferencia de la CEPAL" en *Novedades en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*, 26/03/2004, [www.ippfwhr.org/global/news/novedades/article\\_s.asp?NewsID=172](http://www.ippfwhr.org/global/news/novedades/article_s.asp?NewsID=172), accesado 21/04/2004.
- La Jornada (2003), "La pobreza", Sección Sociedad y Justicia, México, D.F., 12 de mayo.
- Lamas M. "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría 'género'". En: Lamas M, compiladora. *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. UNAM / Porrúa, México; 1997; p.p. 327-365.
- Rodríguez, J (2003) "La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición", documento presentado en el seminario *La Fecundidad en América Latina y el Caribe: ¿Transición o Revolución?*, Santiago de Chile, Sede de la CEPAL, 9-11 de junio.
- Rutter (1987) "Psychological resilience and protective mechanisms" en *American Journal of Orthopsychiatry*, num, 57, p.p. 316-331.
- UNFPA, (1998) "Ensuring Reproductive Rights and Implementing Sexual and Reproductive Health Programmes, Including Women's Empowerment, Male Involvement and Human Rights", Technical and Policy Division, Expert Round Table Meeting, Kampala, Uganda, 22-25 de junio.



United Nations Population Fund  
220 East 42nd Street  
New York, NY 10017

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)  
Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe