

Empoderamiento de mujeres adolescentes

Un proceso clave para lograr los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**



Empoderamiento de mujeres adolescentes

Un proceso clave para lograr los **Objetivos de Desarrollo del Milenio**



Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Washington, D.C: OPS, © 2010.

ISBN 978 92 7 53 279 75

Titulo : EMPODERAMIENTO DE MUJERES ADOLESCENTES: UN PROCESO CLAVE PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO

1. SALUD DEL ADOLESCENTE
2. DESARROLLO DEL ADOLESCENTE
3. EMPODERAMIENTO DE MUJERES ADOLESCENTES
4. AUTONOMÍA PERSONAL
5. IDENTIDAD DE GÉNERO
6. ROLES DE GÉNERO
7. EVALUACIÓN
NLM WS 462

Esta publicación fue producida por el Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Se realizó a través del apoyo prestado según lo establecido en Subvención No. 163136 de la “Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo” (ASDI), Subvención No. 230120 del “Organismo de Cooperación Internacional Español” (AECI) y Subvención No. 251035 de la “Agencia Noruega para la Cooperación del Desarrollo (NORAD). Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor(s) y no necesariamente reflejan los puntos de vista de ASDI, NORAD, ni AECI.

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio web del Área de Salud Familiar y Comunitaria y puede accederse a través de www.paho.org. Para cualquier pregunta o averiguaciones con respecto a este documento, sírvase contactar a maddalem@paho.org.

Colaboradores:

Primera y segunda versión:
Schutt-Aine, Jessie
Maddaleno, Matilde
Nunes Sorenson, Ewa
De la Rosa, Liliana

Tercera revisión:
Corona, Esther
Paredes Drouet, Carla M.
Arango, María Clara



Agradecimientos:

Los autores quisieran agradecer el apoyo, la revisión y la participación de: Marijke Velzeboer, Alejandro Morlachetti y Chessa Lutter.

Empoderamiento de mujeres adolescentes: un proceso clave para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio/ Organización Pan Americana de la Salud, 2009

Apoyo técnico y financiero:

Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)
Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD)
Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)

Diseño y diagramación: ULTRAdesigns

CONTENIDO

Abreviaturas y siglas	5
Prefacio	7
Resumen ejecutivo	9
1. Introducción	17
2. Siete argumentos para el empoderamiento de las adolescentes.	19
3. Conceptos fundamentales en equidad de género y empoderamiento	23
3.1 Qué es equidad de género	23
3.1.1. Sexo y género	23
3.1.2 Igualdad, equidad, inequidad y empoderamiento	23
3.1.3 Equidad en salud	24
3.1.4 Inequidad de género en la salud	24
3.2 Empoderamiento y Desempoderamiento	25
3.2.1 El empoderamiento como libertad y autonomía	25
3.2.2 Elementos del empoderamiento aplicados a mujeres adolescentes.	25
3.2.3 Niveles en los que ocurre el empoderamiento	27
3.2.4 Factores favorables al empoderamiento de las mujeres adolescentes.	27
3.2.5 Etapas de desarrollo de las MA, empoderamiento y desempoderamiento. ...	31
3.2.6 Violencia basada en género y desempoderamiento	33
3.3 Desafíos para alcanzar a los grupos de MA más vulnerables	34
3.3.1 Marginalidad y exclusión social de las MA	34
3.3.2 MA pertenecientes a minorías sexuales.	35
3.3.3 Mujeres adolescentes con ITS/VIH/sida y con mas alto riesgo de contraer VIH/sida	35
3.3.4. Mujeres adolescentes sujetas a explotación sexual comercial	36
4. Monitoreo y evaluación de los procesos de empoderamiento de las MA	39
4.1 Conceptos	39
4.2 Por qué evaluar los programas de empoderamiento de las MA?	39
4.3 Variables para la medición del empoderamiento de mujeres adolescentes.	40

5. El empoderamiento de las mujeres adolescentes como un derecho básico.	45
5.1. La Convención de los Derechos del Niño (CDN)	45
5.2. La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)	46
5.3. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”	47
5.4. La Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (CIDJ).	47
6. Empoderamiento, equidad de género y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.	49
6.1. ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	49
6.2. ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal.	51
6.3. ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer	54
6.4. ODM 4: Reducir la mortalidad en la niñez.	56
6.5. ODM 5: Mejorar la salud materna.	58
6.6. ODM 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades	60
6.7. ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	62
6.8. ODM 8: Establecer una alianza mundial para el desarrollo	65
7. Recomendaciones en empoderamiento de MA y casos de buenas prácticas.	71
ODM 1: Erradicar la pobreza y el hambre	71
ODM 2: Acceso universal a la educación primaria	73
ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer	75
ODM 4: Reducir la mortalidad infantil.	77
ODM 5: Mejorar la salud materna	79
ODM 6: Combatir el VIH/sida	81
ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.	83
ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	84
8. Conclusiones y lecciones aprendidas	87
Obras consultadas	89
Anexos.	97
Referencias.	103

ABREVIATURAS & SIGLAS

AIEPI	Atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia
ALC	América Latina y el Caribe
ARV	Antiretrovirales
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CIDJ	Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
COSUDE	Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación
DSR	Derechos sexuales y reproductivos
ECC	Países del Caribe Este (por sus siglas en inglés)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (por sus siglas en inglés)
GHEKIO	Grupo Haitiano de Estudio del Sarcoma de Karposi y las Infecciones Oportunistas
IFPRI	The International Food Policy Research Institute
IPPF/WHR	International Planned Parenthood Federation /Western Hemisphere Region
IEAS	Iniciativa Escuelas Amigas y Saludables
IEC	Información, educación y comunicación
IMAN	Integración del manejo del adolescente y sus necesidades
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IWHC	International Women's Health Coalition
MA	Mujeres adolescentes
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio

OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONG	Organizaciones no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIEMA	Programa Interagencial de Empoderamiento de las Mujeres Adolescentes
PMA	Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas
PNUD/UNDP	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PC	Population Council
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SSR	Salud sexual y reproductiva
TIC	Tecnologías de la información y las comunicaciones
UNAIDS	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNPOP	División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de Asuntos Económicos y Sociales de Naciones Unidas
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

PREFACIO

La atención otorgada, en los últimos años al tema del empoderamiento de las mujeres adolescentes (MA) en América Latina y El Caribe (LAC) se ha modificado significativamente, cobrando interés y generando intervenciones de cooperación en el ámbito internacional, nacional y local. Estas iniciativas responden principalmente a los esfuerzos por avanzar hacia la equidad de género, fundamentados en las obligaciones de los países a garantizar que las MA gocen el grado máximo de los derechos humanos que les corresponden y más recientemente a la limitada pero relevante evidencia que muestra que las inversiones en las MA tienen el potencial de romper con el círculo intergeneracional de la pobreza.⁽¹⁾

Sin embargo, las mujeres adolescentes¹ de LAC continúan desempoderadas y en una situación de vulnerabilidad.⁽²⁾ Esta situación tiene un impacto directo en su salud y bienestar, especialmente en su salud sexual y reproductiva, pero pocas veces se considera para formular e implementar políticas gubernamentales. La dispersión y falta de desagregación de datos por edad y sexo invisibilizan el problema y dificultan más aun la obtención de un panorama

completo. También limitan la posibilidad de que esta situación pueda ser monitoreada y tomada en consideración a la hora de tomar decisiones y ejecutar intervenciones que atiendan a sus necesidades.²

El presente documento, propone argumentos contundentes y recomendaciones prácticas para posicionar a las MA en el centro de las políticas de desarrollo humano. El documento se enmarca en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Estrategia y Plan de Acción regional para mejorar la salud de los adolescentes y los jóvenes 2010–2018, (CD48. R5),⁽³⁾ de la Organización Pan Americana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). Su aplicación tendrá un rol clave en el proceso de promover y asegurar que los sistemas de salud de los gobiernos empoderen a las mujeres adolescentes y jóvenes. Este marco de trabajo llama a integrar y articular los esfuerzos de empoderamiento con otras instituciones internacionales y sectores del gobierno, con las organizaciones no gubernamentales y con las propias adolescentes y jóvenes. Asimismo, presta especial atención a las adolescentes más vulnerables³ y está dirigido

¹ La OPS y OMS definen el término “adolescencia” como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años; y “juventud” como el periodo entre los 15 y 24 años. Por lo tanto el termino mujeres adolescentes, se refiere a aquellas mujeres entre los 10-19 años. Se ha hecho esta distinción dado que existe un consenso de que las intervenciones eficaces no pueden dirigirse a adolescentes y jóvenes como un grupo homogéneo. Con esta misma perspectiva, la adolescencia se puede dividir en pre-adolescencia, adolescencia inicial, adolescencia media y adolescencia tardía.

² La elaboración de este documento, en muchas ocasiones, tropezó con esta dificultad.

³ Ver sección 3.4

a responder a las disparidades predominantes en el estado de salud entre los países de la Región y dentro de ellos.

La OPS/OMS invita y apoya a los líderes visionarios, responsables de las políticas sociales y a los tomadores de decisiones relacionadas

con la salud y el desarrollo integral de las MA, a revisar las experiencias e implementar las recomendaciones que en este documento se proponen para avanzar hacia el empoderamiento de las MA, el cumplimiento de los ODM y por consiguiente el mejoramiento de la calidad de vida de la población de la Región.

Mirta Roses Periago

Directora, OPS/OMS

Agosto, 2009

RESUMEN EJECUTIVO

El empoderamiento de las mujeres adolescentes (MA)⁴ es indispensable para que los países de la Región puedan lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).⁵ Estos esfuerzos deben realizarse desde diversos frentes y procurar una acción concertada que tenga efectos duraderos y contundentes sobre la salud y el bienestar de este grupo de población tan diverso y a la vez tan semejante en lo que a vulnerabilidad se refiere.

Las MA de América Latina y el Caribe (LAC) se encuentran desempoderadas y en una situación de vulnerabilidad social.⁽⁴⁾ Esta situación tiene un impacto directo en su salud y bienestar, especialmente en su salud sexual y reproductiva, pero pocas veces este aspecto se considera para formular e implementar políticas gubernamentales.

La Organización Panamericana de la Salud ha preparado el documento “Empoderamiento de mujeres adolescentes: un proceso clave para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio” enmarcándolo en la Estrategia y

Plan de Acción de salud de adolescentes y los jóvenes 2010–2018, (CD48.R5).(5) Este documento no solo ofrece la justificación de por qué es importante invertir en las MA y su empoderamiento sino que, en el marco de los ODM también ofrecen un grupo de recomendaciones y de ejemplos de cómo estas pueden ponerse en práctica.

El documento retoma el concepto de empoderamiento⁶ mediante dos ejes de reflexión: la reproducción social de la inequidad de género y los factores desempoderantes incluidos en los procesos individuales de crecimiento y desarrollo de las MA, al igual que los correlatos sociales de tales procesos. Sin embargo, pretende ir más allá al apoyar a los responsables de las políticas sociales y a los tomadores de decisiones relacionadas con la salud y el desarrollo integral de las MA para que incorporen o refuercen las acciones que conduzcan al empoderamiento de ellas.

¿Por qué el empoderamiento de las MA es fundamental para el desarrollo humano? El

⁴ La OPS y OMS definen el término “adolescencia” como el periodo comprendido entre los 10 y 19 años; y “juventud” como el periodo entre los 15 y 24 años. Por lo tanto el termino término mujeres adolescentes, se refiere a aquellas mujeres entre los 10-19 años. Se ha hecho esta distinción dado que existe un consenso de que las intervenciones eficaces no pueden dirigirse a adolescentes y jóvenes como un grupo homogéneo. Con esta misma perspectiva, la adolescencia se puede dividir en pre-adolescencia, adolescencia inicial, adolescencia media y adolescencia tardía.

⁵ La Declaración del Milenio, firmada por mas de 150 líderes mundiales, identifica la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres como una condición para reducir la pobreza y mejorar la salud y el bienestar de las personas. United Nations General Assembly Resolution 2 session 55 United Nations Millenium Declaration on 8 September 2000.

⁶ La Estrategia y Plan de Acción puede accederse a través de: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=770&Itemid=733&lang=es y http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1640&Itemid=1425&lang=es

presente documento responde con los siguientes argumentos a la que puede ser la pregunta más importante sobre el tema:

1. El empoderamiento de las MA es una cuestión de justicia social y de reconocimiento de sus derechos. Las MA son sujetos y titulares de derecho. Es la obligación de los estados reconocer y garantizar que ellas, como todos los seres humanos, puedan gozar y ejercer plenamente de sus derechos. La discriminación cultural, étnica, racial, social, educativa, económica, de género y por edad que enfrentan las MA representa una violación directa a sus derechos, afecta su bienestar y salud, restringe el desarrollo de su potencial humano y obstruye su participación social. Aun reconociendo que muchas MA se encuentran en estas situaciones de vulnerabilidad, el abordaje para lograr su empoderamiento y mejorar su salud debe hacerse necesariamente desde la perspectiva del ser humano y no de la víctima. Las acciones encaminadas al empoderamiento de las MA cuentan con un marco normativo sustentado en tratados internacionales de derechos humanos de carácter jurídicamente vinculante para los países firmantes y en compromisos políticos (ej. Convención sobre los derechos del Niño (CDN), Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y Plataformas de Acción de Cairo y Beijing +5 y +10, Convención de Belém do Pará, Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (CIDJ), etc.), que establecen pautas específicas para cumplir estos tratados signados por los Estados Partes. Así estos gobiernos se comprometen a respetar, proteger, y asegurar la aplicación de los derechos de las adolescentes y promover la equidad de género al formular sus políticas y programas.

2. El empoderamiento de las MA es el punto de entrada para promover su participación ciudadana. El empoderamiento de las MA promueve y reconoce las fortalezas, intereses, habilidades y derechos de las MA para contribuir a su desarrollo individual, familiar y social. Posiciona a las MA como actores centrales de sus propias vidas y ofrece oportunidades reales para que estas participen y se involucren en las decisiones que las afectan como individuos y como grupo ahora y en el futuro. Los programas y políticas que afectan a las MA deben contemplar su participación en el proceso de planificación, implementación y evaluación, sea mediante iniciativa propia de las MA o como parte de una alianza jóvenes-adultos para asegurar que reflejen y satisfagan sus necesidades e intereses. Así mismo, las MA empoderadas se convertirán en mujeres adultas involucradas en distintas esferas de toma de decisiones a nivel nacional y local y contribuirán hacia el logro de la paridad de sexo en lo que a representación se refiere.⁷ El empoderamiento de las MA y su participación ciudadana son procesos fundamentales para la construcción de la democracia y para el mejoramiento de su salud y desarrollo.

3. El empoderamiento permite que las MA tomen control sobre sus propias vidas. Una MA empoderada cuenta con la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica. Se trate de un proceso, pero es también un resultado; es colectivo y al mismo tiempo individual. El empoderamiento de las mujeres es esencial para el logro de la igualdad de género. Otros no pueden darle poder a las MA, solo las MA pueden empoderarse a sí mismas. Sin embargo, las instituciones pueden apoyar los procesos de empoderamiento tanto en el plano individual como en el colectivo.⁽⁶⁾

⁷ Ver CEPAL 2005, pp.134

4. La adolescencia representa una excelente etapa para revisar los roles de género y rescatar el empoderamiento. El hecho de que las adolescentes se encuentren aun en un proceso de desarrollo físico, intelectual, emocional y moral, constituye un terreno fértil para hacer una de-construcción crítica de las prácticas y guiones sociales que favorecen a la inequidad de género. Las mujeres tienden a experimentar este proceso de cambios unos años antes que los varones. Estos cambios, además, se manifiestan de manera distinta en ambos sexos. Por ejemplo, los niveles de estrés en las MA, tienden a incrementarse desde la preadolescencia (9–12 años) hasta la adolescencia inicial (12–14 años), la etapa en que las diferencias de género se tornan más evidentes, lo que indica que esta transición representa un periodo de particular vulnerabilidad para las MA.(7) Por lo tanto, es importante invertir en ellas a una edad temprana con el fin de aprovechar el sentido de empoderamiento que, según varios estudios⁸ existe durante la preadolescencia.(8) Si las adolescentes “pierden su voz”, su sentido de la propia personalidad, su autoestima y su empoderamiento, su salud y desarrollo puede verse seriamente comprometidos.(9)

5. El empoderamiento de las MA ayuda a romper el ciclo de la pobreza. En LAC, 39% de la población entre 15–24 años vive en la pobreza.(10) Más que ningún otro grupo son las MA las que tendrán mayor capacidad de reinvertir en su familia, comunidad y sociedad. Los países que se ocupen de su salud, educación y empoderamiento estarán garantizando familias, comunidades y sociedades saludables y productivas. La inversión social en este grupo protege las inversiones efectuadas en la niñez, facilita la productividad y crecimiento económico y vela por la salud de la futura población adulta.(11)

6. El empoderamiento de las MA puede contribuir a la reducción de las altas tasas de fecundidad y de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/sida en la Región. En LAC, el contingente de adolescentes hombres y mujeres entre 10 y 24 años de edad representa 30% de la población total.(12) A escala mundial, LAC sobresale por sus altos niveles de reproducción adolescente y es la región del mundo en que los nacimientos de madres adolescentes representan la mayor fracción del total de nacimientos.(13) Asimismo, el 20% de los casos de VIH diagnosticados y notificados en LAC en el 2006 correspondieron a jóvenes entre 15 y 24 años.(14) Una MA empoderada tiene mejores posibilidades de controlar su propia fecundidad y de reducir las probabilidades de contraer una ITS retrasando el inicio de las relaciones sexuales, reduciendo los comportamientos de riesgo, negociando el uso de condón.

7. El empoderamiento de las MA es un elemento indispensable para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Invertir en la equidad de género, la autonomía de las MA y su empoderamiento es fundamental para alcanzar los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. La mayoría de los objetivos están interrelacionados y dirigidos a mejorar la salud y el desarrollo de las mujeres. Por lo tanto, será difícil progresar en algunos de ellos sin hacer progresos en los otros.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio tienen como una de sus características principales la referencia a metas con indicadores medibles en un tiempo específico. El empoderamiento de las mujeres adolescentes se debe abordar en los ámbitos que señalan los ODM relacionados principalmente con el mejoramiento de la salud de las mujeres, la alimentación, la educación, la equidad de género, el trabajo digno,

⁸ Ver Taylor, J.M., Gilligan, C., Sullivan, A.M

el acceso a recursos vitales básicos y a las nuevas tecnologías.

Los ocho ODM están relacionados con aspectos esenciales del bienestar de las mujeres; representan un conjunto común de metas básicas de desarrollo en materia de pobreza, educación, género, mortalidad infantil, salud materna, enfermedades epidémicas, sostenibilidad del medio ambiente y financiación del desarrollo. Con este fin se hacen las siguientes recomendaciones en el empoderamiento de las MA para el logro de los ODM:

ODM 1: Erradicar la pobreza y el hambre

1. Incluir en la definición de pobreza, particularmente cuando se hace referencia a MA, no sólo la carencia de recursos económicos, sino también otras dimensiones como la falta de poder, oportunidades, capacidad y seguridad.
2. Integrar la dimensión de género de manera eficaz en el diseño y la aplicación de las políticas públicas, especialmente alimentarias y los programas nutricionales. Las estrategias que canalizan los beneficios de acciones integradas de nutrición, salud y educación reconociendo el papel fundamental de las mujeres en el sustento familiar cotidiano, han probado ser especialmente benéficas para las mismas mujeres, como por ejemplo el tratamiento de la anemia.

ODM 2: Acceso universal a la educación primaria

1. Priorizar el acceso universal mediante el trabajo intersectorial educación y salud considerando su estrecha interrelación. El acceso a la educación está directamente relacionada con la reducción de las tasas de fecundidad y la planificación familiar.(15) Las MA con siete o más años de educación escolar, tienen más conocimiento acerca de la salud sexual y reproductiva, el VIH y las ITS.(16)

Estas suelen retrasar la edad de la unión, reducir el número de hijos y tener embarazos más sanos y partos más seguros. Sus hijos tienen mayores posibilidades de sobrevivir al parto, a los primeros meses de vida y a los críticos cinco primeros años, creándose las bases para una vida sana y beneficiosa. (17) Así mismo, las MA con salud deficiente y/o con altos niveles de desnutrición tienen un desempeño escolar menor que aquellas que gozan de una buena salud.(18)

2. Focalizar las intervenciones identificando a las MA de los grupos y áreas geográficas más excluidas. Se deben adoptar medidas en el ámbito local para responder a sus circunstancias particulares, reducir los costos de la educación, mejorar su calidad, abordar las preocupaciones de los padres/madres sobre el papel y la seguridad de las MA y otorgar incentivos y/o beneficios que compensen el costo de oportunidad que significa la pérdida del aporte al ingreso familiar que realizan las MA trabajadoras.
3. Proporcionar el acceso universal a una educación integral y temprana sobre la sexualidad en las escuelas. Esta educación no debe centrarse solo en la abstinencia, que ha demostrado no tener un impacto significativo en la edad de inicio de las relaciones sexuales. (19) Debe brindar a las niñas y mujeres adolescentes información sobre sus cuerpos, su salud, sus derechos ciudadanos y los cuidados para su bienestar. Les debe enseñar sobre la comunicación y la toma de decisiones y ayudar a aprender cómo establecer la igualdad en sus relaciones, a respetar el derecho al consentimiento en las relaciones sexuales y en el matrimonio, además de poner un alto a la violencia y la coerción sexual.

ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer

1. Proteger, por múltiples vías, el capital humano que representa la población de

mujeres adolescentes y promover su empoderamiento y participación en la sociedad civil, sobre todo de las que son más vulnerables⁹ por su condición socioeconómica, su etnicidad y a quienes no llegan las estrategias convencionales.

2. Asegurar que los logros de paridad de sexo en la educación secundaria y terciaria en la Región se traduzcan en una efectiva inserción laboral con salarios equitativos mediante la protección jurídica eficaz. Asimismo, buscar que las acciones de orientación vocacional abran a las mujeres opciones incluyendo campos tradicionalmente considerados masculinos.
1. Promover acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) y servicios con la participación de los hombres adolescentes y jóvenes que ayuden a cambiar las normas, actitudes y creencias culturales que dan lugar a prácticas de abuso y poder y que garanticen la integridad de las MA.¹⁰
2. Promulgar leyes y políticas de cero tolerancia al abuso y la violencia contra las mujeres, aunadas al fomento de una cultura de denuncia de las agresiones.

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil

1. Abordar la salud neonatal desde un enfoque integrado de salud de las adolescentes, la madre, el recién nacido y el niño. Es decir, asegurar un proceso continuo de atención calificada que abarque la promoción de la salud de las MA, la prevención del embarazo temprano en las MA, la atención y el cuidado del embarazo, parto, puerperio y periodo postnatal. Los hijos de madres adolescentes tienen 1,5 veces más probabilidades de morir antes de cumplir su primer

año que aquellos con madres de más edad. (20) El embarazo precoz en la adolescencia está asociado con un bajo peso al nacer y prematuridad, una mayor tasa de mortalidad infantil, mayor morbilidad física y mental, con un riesgo mayor de enfermar, de desnutrir y de abuso y maltrato.(21)

2. Fortalecer los sistemas de salud con miras al acceso universal a la atención mediante el mejoramiento de la legislación. Se debe asegurar el registro obligatorio de las madres y los recién nacidos, garantizar el acceso gratuito a un conjunto esencial de servicios de salud de calidad para la madre y el recién nacido y el niño, promover la participación de las comunidades, y priorizar las necesidades de las poblaciones más empobrecidas y excluidas.
3. Apoyar programas específicos para hombres jóvenes a fin de transformar las normas sociales que los excluye del cuidado del recién nacido y de la crianza de los hijos. Estos programas deberían hacer énfasis también en su responsabilidad por sus propias conductas sexuales y las consecuencias de éstas y fomentar la inserción laboral e inclusión.

ODM 5: Mejorar la salud materna de las adolescentes

1. Promover el acceso universal a la salud sexual y a la salud reproductiva de las adolescentes.¹¹ Disminuir el aborto y el embarazo no deseado en adolescentes, retrasar el primer embarazo y espaciar el siguiente, aumentando el acceso a servicios de salud, métodos anticonceptivos y cuidado prenatal.
2. Proporcionar recursos adecuados tanto humanos como financieros para que las adolescentes puedan tener acceso a un em-

⁹ Ver sección 3.4

¹⁰ Ver Promundo, Programa H <http://www.promundo.org.br/352>

¹¹ Ver meta 5B (acceso universal a la salud reproductiva) bajo los indicadores ampliados de los ODM desde 2007 (párrafo 24, A/61/1: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/61_1/a_61_1_e.pdf) . <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>

barazo y parto seguros y atendidos por personal calificado.

3. Mejorar la recolección de datos, del reporte, la disponibilidad y el uso de información relevante en los programas y políticas, a fin de realizar decisiones y acciones efectivas en salud adolescente y salud sexual y reproductiva.
4. Propugnar por el empoderamiento de las MA, las familias y las comunidades a fin de mejorar el autocuidado, la capacidad de negociación para las relaciones sexuales desprotegidas o forzadas, así como el incremento del acceso y la utilización de la atención especializada de calidad. Es también crucial el apoyo para el transporte apropiado a los centros de salud, especialmente en caso de urgencia obstétrica, para asegurar el acceso a la atención médica. Una adaptación de los servicios de salud a los patrones culturales favorecerá la salud materna en las adolescentes y jóvenes más vulnerables.

ODM 6: Combatir el VIH/sida

1. Impulsar la recolección sistemática de datos sobre la situación del VIH y las MA y sobre sus determinantes sociales, desglosando la información por edad, sexo, grupo étnico y nivel socioeconómico.
2. Asegurar que las adolescentes con ITS/VIH tengan acceso a servicios de salud integrados con educación en salud, consejería, acceso a medicamentos y apoyo para la adhesión al tratamiento.
3. Impulsar la práctica de la realización voluntaria de la prueba en adolescentes y jóve-

nes, particularmente las poblaciones claves de adolescentes vulnerables¹² y en mayor riesgo al VIH/sida¹³ y brindar los servicios de atención y consejería correspondientes.

4. Identificar y disminuir las barreras de acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente el estigma y la discriminación a las más vulnerables y desempoderadas.
5. Abogar por y priorizar el trabajo con los grupos de adolescentes vulnerables y de más alto riesgo al VIH/sida involucrándolos en el diseño de servicios adecuados a sus necesidades y programas de habilidades para reducir riesgos y promover cambios de comportamiento, como el uso de condones, la reducción de número de parejas y el uso de jeringas y equipos esterilizados.(22)

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

1. Alinear e integrar la sostenibilidad del medio ambiente con un enfoque de género que reconozca que las mujeres desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de producción y consumo sostenibles y ecológicos y en la gestión de recursos naturales.
2. Brindar conocimientos, desarrollar habilidades y fomentar valores para empoderar a las mujeres adolescentes y fomentar su participación en la construcción de una cultura ambiental y un desarrollo sustentable.
3. Introducir la sostenibilidad ambiental en todas las estrategias sectoriales de desarrollo dándole participación a las mujeres y

¹² Poblaciones y grupos vulnerables al VIH son aquellos que por razones biológicas o sociales carecen de control para evitar exposición a este agente y consecuentemente no pueden prevenir la infección. Entre los ejemplos de razones biológicas están: el nivel de maduración de la mucosa vaginal, la presencia otra ITS, lesiones de la mucosa vaginal o anorrectal. Entre las sociales se cuentan: los roles de género (control masculino de las relaciones sexuales), nivel educativo, acceso a información, sexo transaccional, rapto y violación sexual.

¹³ Poblaciones y grupos en riesgo son aquellas que por sus actividades, ocupación o prácticas tienen mayores probabilidades de exposición a un agente que causa lesión o enfermedad (por ejemplo el VIH) que otras poblaciones o grupos y consecuentemente de adquirir esa enfermedad o sufrir la lesión. Las poblaciones en mayor riesgo son: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, trabajadores sexuales, usuarios de drogas.

reconociendo sus saberes sobre el manejo sostenible de los recursos.

ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

1. Mejorar las relaciones de colaboración dentro del sector de la salud y con otros sectores y socios estratégicos mediante la elaboración e implementación de planes de trabajo interinstitucionales e intersectoriales que respalden el ordenamiento constitucional y se basen en una perspectiva de derechos humanos con presupuestos, áreas responsables y plazos definidos.
2. Asegurar que el acceso a la educación de las mujeres se traduzcan en oportunidades equitativas de empleo, promoviendo pro-

gramas de empoderamiento económico que beneficien a las MA de cualquier condición (urbana, rural, indígena).

3. Reconocer a las tecnologías de la información y las comunicaciones como una herramienta para el desarrollo integral de las MA y adoptar políticas apropiadas para promover y ampliar su uso aprovechando de sus habilidades y potencial.

El documento presenta recomendaciones específicas para el logro de los ODM y casos de mejores prácticas, ejemplos de proyectos, monitoreo y evaluación, y acciones que demuestran que es posible hacer una realidad el empoderamiento de las mujeres adolescentes en América Latina y el Caribe.



Según ha observado la psicóloga Carol Gilligan investigando sobre las adolescentes en los Estados Unidos, hasta los 8 años de edad las niñas tienen “voz” y pueden decir abiertamente lo que están pensando y sintiendo, “voz” que se silencia al llegar a la adolescencia...



1

Introducción

La ausencia de consenso sobre la definición y formas de medición de los procesos particulares de empoderamiento de las MA ha dificultado la posibilidad de determinar el alcance y los resultados de largo plazo de estas intervenciones y de monitorear y evaluar su eficacia. Por tal motivo, éstas tienden a ser temporales y las decisiones sobre su repetición o ampliación dependen de recursos presupuestarios de carácter inestable. Algunas organizaciones han iniciado con abordar el empoderamiento desde la autonomía económica de las MA; es necesario dar continuidad a estos esfuerzos con una perspectiva integral del desarrollo humano.¹⁴

Las prioridades de desarrollo internacional, hasta el 2015, se han integrado en los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio¹⁵ Las prioridades no son nuevas, de hecho se han identificado con la intención de avanzar hacia el cumplimiento de compromisos pendientes establecidos en la Plataforma de Acción de Beijing, en la CEDAW y en otros instrumentos internacionales de derechos humanos adquiridos en las últimas décadas. La característica principal de estos objetivos es que se refieren a

metas con indicadores medibles en un tiempo específico. El empoderamiento de las MA, se debe abordar desde esta perspectiva en los ámbitos que señalan los ODM relacionados principalmente con el mejoramiento de la salud de las mujeres, la alimentación, la educación, la equidad de género, el trabajo digno, el acceso a recursos vitales básicos y a las nuevas tecnologías. El progreso específico en cualquiera de los ODM tiene efectos sobre los demás ODM; de este modo, los avances, particulares o en conjunto, en los ODM repercuten positivamente en el empoderamiento de las MA y esto, a su vez, contribuye directamente al logro de los ODM.⁽²³⁾

Este documento tiene dos **propósitos**:

- » Consensuar definiciones básicas, incluyendo una definición sobre empoderamiento¹⁶ que contribuya a valorar el desarrollo saludable y el bienestar de las MA. Retoma el concepto de empoderamiento mediante dos ejes de reflexión: la reproducción social de la inequidad de género y los factores desempoderantes incluidos en los procesos

¹⁴ Ver por ejemplo la Iniciativa de mujeres adolescentes del Banco Mundial: “The adolescent girls initiative: an alliance for economic empowerment”

¹⁵ En la Cumbre del Milenio (2000), los Estados Miembros de la ONU adoptan la “Declaración del Milenio” y se comprometen con una nueva alianza mundial para reducir los niveles de extrema pobreza estableciendo una serie de objetivos sujetos a plazo, conocidos como los ODM y cuyo vencimiento del plazo está fijado para el año 2015.

¹⁶ El uso de este término en español ha sido objeto de críticas por su origen anglófono (empowerment) por lo que a menudo se han buscado conceptos alternativos para su denominación. Entre los más usados como sus equivalentes están “potenciación” y “poderío”. No obstante, cualquiera que se elija, la idea es la acción de “ganar poder”. Asimismo, en este documento se le adscribe el carácter de empoderamiento al término de “autonomía” que contiene el ODM 4.

individuales de crecimiento y desarrollo de las adolescentes, al igual que los correlatos sociales de tales procesos. El concepto de empoderamiento de las adolescentes se aplica igualmente al análisis de los ODM, subrayando la importancia de integrar procesos empoderantes para el cumplimiento de los mismos; y

- » apoyar a los responsables de las políticas sociales y a los tomadores de decisiones relacionadas con la salud y el desarrollo integral de las MA, para que incorporen o refuercen las acciones que conduzcan al empoderamiento de las mismas. En el contexto de los ODM, se analizan los indicadores hacia su avance, se revisan algunas

buenas prácticas y se proponen recomendaciones para los tomadores de decisión en capacidad de impulsar programas de empoderamiento que apoyen el crecimiento y desarrollo.

Se trata de una propuesta conceptual que busca contribuir a crear un marco de reflexión teórico y metodológico para garantizar el desarrollo saludable de las adolescentes, su inclusión social y la generación de procesos sostenibles que, basados en sus capacidades y necesidades, aporten al logro de los ODM. Especialistas en el área, provenientes de la región de América Latina y El Caribe, han contribuido a este esfuerzo basado en la evidencia.¹⁷

¹⁷ En la elaboración de este documento han participado funcionarios de la OPS/OMS, UNICEF, UNFPA, IWHC, IPPF, PC, personal de los ministerios de salud y autoridades de alto nivel regionales y nacionales, así como líderes juveniles, académicos y expertos de ONG. Estuvieron representados en la Reunión de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes en Guatemala, marzo 6 al 8 de 2008: El Salvador, Honduras, Guatemala, Costa Rica, Nicaragua, Panamá y Perú. Además, este esfuerzo ha logrado vincular en forma activa la unidad de Niñez, Adolescente y Juventud del área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CH), y la Unidad de Equidad de Género (AD/GE) (ambas de la OPS), estableciendo un precedente de colaboración y construcción colectiva de conceptos y estrategias para la acción.

2

Siete argumentos para el empoderamiento de las adolescentes

Porqué empoderar a las mujeres adolescentes es una pregunta frecuente de los tomadores de decisiones y proponemos los siguientes argumentos:

1. El empoderamiento de las MA es una cuestión de justicia social y de reconocimiento de sus derechos. Las MA son sujetos y titulares de derecho. Es la obligación de los estados reconocer y garantizar que ellas, como todos los seres humanos, puedan gozar y ejercer plenamente de sus derechos. La discriminación cultural, étnica, racial, social, educativa, económica, de género y por edad que enfrentan las MA representa una violación directa a sus derechos, afecta su bienestar y salud, restringe el desarrollo de su potencial humano y obstruye su participación social. Aun reconociendo que muchas MA se encuentran en estas situaciones de vulnerabilidad, el abordaje para lograr su empoderamiento y mejorar su salud debe hacerse necesariamente desde la perspectiva del ser humano y no de la víctima. Las acciones encaminadas al empoderamiento de las MA cuentan con un marco normativo sustentado en tratados internacionales de derechos humanos de carácter jurídicamente vinculante para los países firmantes y en compromisos políticos (ej. Convención sobre los derechos del Niño (CDN), Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y Plataformas de Acción de Cairo y Beijing +5 y +10,

Convención de Belém do Pará, Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes (CIDJ), etc.), que establecen pautas específicas para cumplir estos tratados signados por los Estados Partes. Así estos gobiernos se comprometen a respetar, proteger, y asegurar la aplicación de los derechos de las adolescentes y promover la equidad de género al formular sus políticas y programas.

2. El empoderamiento de las MA es el punto de entrada para promover su participación ciudadana. El empoderamiento de las MA promueve y reconoce las fortalezas, intereses, habilidades y derechos de las MA para contribuir a su desarrollo individual, familiar y social. Posiciona a las MA como actores centrales de sus propias vidas y ofrece oportunidades reales para que estas participen y se involucren en las decisiones que las afectan como individuos y como grupo ahora y en el futuro. Los programas y políticas que afectan a las MA deben contemplar su participación en el proceso de planificación, implementación y evaluación sea mediante iniciativa propia de las MA o como parte de una alianza jóvenes-adultos para asegurar que reflejen y satisfagan sus necesidades e intereses. Así mismo, las MA empoderadas se convertirán en mujeres adultas involucradas en distintas esferas de toma de decisiones a nivel nacional y local y contribuirán hacia el logro de la paridad de sexo en lo que a representación



se refiere¹⁸ El empoderamiento de las MA y su participación ciudadana son procesos fundamentales para la construcción de la democracia y para el mejoramiento de su salud y desarrollo.

3. El empoderamiento permite que las MA tomen control sobre sus propias vidas Una MA empoderada cuenta con la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica. Se trate de un proceso, pero es también un resultado; es colectivo y al mismo tiempo individual. El empoderamiento de las mujeres es esencial para el logro de la igualdad de género. Otros no pueden darle poder a las MA, solo las MA pueden empoderarse a sí mismas. Sin embargo, las instituciones pueden apoyar los procesos de empoderamiento tanto en el plano individual como en el colectivo. (24)

¹⁸ Ver CEPAL 2005, pp.134

¹⁹ Ver Taylor, J.M., Gilligan, C., Sullivan, A.M

4. La adolescencia representa una excelente etapa para revisar los roles de género y rescatar el empoderamiento. El hecho de que las adolescentes se encuentren aun en un proceso de desarrollo físico, intelectual, emocional y moral, constituye un terreno fértil para hacer una de-construcción crítica de las prácticas y guiones sociales que favorecen a la inequidad de género. Las mujeres tienden a experimentar este proceso de cambios unos años antes que los varones. Estos cambios, además, se manifiestan de manera distinta en ambos sexos. Por ejemplo, los niveles de estrés en las MA, tienden a incrementarse desde la preadolescencia (9–12 años) hasta la adolescencia inicial (12–14 años), la etapa en que las diferencias de género se tornan más evidentes, lo que indica que esta transición representa un periodo de particular vulnerabilidad para las MA.(25) Por lo tanto, es importante invertir en ellas a una edad temprana con el fin de aprovechar el sentido de empoderamiento que, según varios estudios¹⁹ existe durante la preadolescencia. (26) Si las adolescentes “pierden su voz”, su sentido de la propia personalidad, su autoestima y su empoderamiento, su salud y desarrollo pueden verse seriamente comprometidos.(27)

5. El empoderamiento de las MA ayuda a romper el ciclo de la pobreza. En LAC, 39% de la población entre 15–24 años vive en la pobreza.(28) Más que ningún otro grupo son las MA las que tendrán mayor capacidad de reinvertir en su familia, comunidad y sociedad. Los países que se ocupen de su salud, educación y empoderamiento estarán garantizando familias, comunidades y sociedades saludables y productivas. La

inversión social en este grupo protege las inversiones efectuadas en la niñez, facilita la productividad y crecimiento económico y vela por la salud de la futura población adulta.(29)

6. El empoderamiento de las MA puede contribuir a la reducción de las altas tasas de fecundidad y de infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/sida en la Región. En LAC, el contingente de adolescentes hombres y mujeres entre 10 y 24 años de edad representa 30% de la población total.(30) A escala mundial LAC sobresale por sus altos niveles de reproducción adolescente y es la región del mundo en que los nacimientos de madres adolescentes representan la mayor fracción del total de nacimientos.(31) Asimismo, el 20% de los casos de VIH diagnosticados y notificados en LAC en el 2006 correspondieron a jóvenes entre 15 y 24 años.(32) Una MA empoderada tiene mejores posibilidades de controlar su propia fecundidad y de reducir las probabili-

dades de contraer una ITS retrasando el inicio de las relaciones sexuales, reduciendo los comportamientos de riesgo, negociando el uso de condón.

7. El empoderamiento de las MA es un elemento indispensable para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Invertir en la equidad de género, la autonomía de las MA y su empoderamiento es fundamental para alcanzar los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. La mayoría de los objetivos están interrelacionados y dirigidos a mejorar la salud y el desarrollo de las mujeres. Por lo tanto, será difícil progresar en algunos de ellos sin hacer progresos en los otros. El empoderamiento de las MA proporciona un marco para que las gestiones en diversos frentes sean introducidas de forma estructurada. En el 2015, solo los países que hayan tomado seriamente en consideración el empoderamiento de las MA cumplirán con los ODM.





Igualdad de género en salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

3

Conceptos fundamentales en equidad de género y empoderamiento

3.1. QUÉ ES EQUIDAD DE GÉNERO

3.1.1. Sexo y género

Hay quien se pregunta si el género es igual a sexo, o si género equivale a mujer. Cabe aclarar que mientras *sexo* alude a la diferencia biológica entre hombre y mujer, *género* se refiere al significado social atribuido a esa diferencia biológica.

Respecto a la idea de que género equivale a mujer, conviene señalar que género es un concepto *relacional* entre mujeres y hombres en torno a la distribución del poder.(33)

3.1.2. Igualdad, equidad, inequidad y empoderamiento

Con frecuencia, los términos *igualdad* y *equidad* se utilizan indistintamente; pero la igualdad se refiere a una noción de equivalencia, mientras la equidad se refiere a un trato imparcial, a lo que corresponde por justicia. De este modo, no toda desigualdad es considerada una inequidad. La igualdad es un concepto empírico y la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado a principios de justicia social y garantía de los derechos humanos.

En la política de la OPS (2005)(34) se establecen las siguientes definiciones:

Igualdad de género en salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igual-

SEXO	GÉNERO
Diferencias y características biológicas, anatómicas, fisiológicas y cromosómicas de los seres humanos que los definen como mujeres u hombres.	Conjunto de ideas, creencias y atribuciones sociales construidas culturalmente con base en la diferenciación sexual, a partir de la cual se construyen los conceptos de feminidad y masculinidad, que influyen sobre el comportamiento, funciones, oportunidades, valoración y relaciones entre hombres y mujeres.
Se nace con tales características.	Son construcciones socioculturales que pueden modificarse por ser aprendidas.

dad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

Equidad de género se define como la distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre mujeres y hombres. El concepto reconoce que entre ellos hay diferencias en materia de necesidades de salud, acceso y control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse a fin de corregir los desequilibrios. Relacionado a este enfoque está el concepto de diversidad, que reconoce la heterogeneidad de los grupos femeninos y masculinos. Al abordarse los problemas de género y salud deben tenerse en cuenta las diferencias respecto a edad, situación socioeconómica,

educación, grupo étnico, cultura, orientación sexual, discapacidad y ubicación geográfica. (35) La equidad de género en ningún caso supone un modelo único para todas las culturas, sino que refleja la preocupación de que mujeres y hombres tengan las mismas oportunidades y puedan tomar de forma conjunta decisiones vitales.(36)

Inequidad de género se refiere a las desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas,(37) que, a su vez, se entrelazan con variables como las de edad y raza. La inequidad etárea aunada al género es evidente en el caso de las adolescentes, y cuando a ello se agregan penurias aparecen otros elementos de exclusión como pueden ser la etnia y la pobreza. El empoderamiento de las MA es esencial para el logro de la equidad de género pues mediante este las MA cuentan con la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica.

3.1.3. Equidad en salud

Al hablar de equidad en salud conviene distinguir entre estado de salud y atención de la salud. El *estado de salud* tiene que ver con el bienestar físico, psíquico y social de las personas; mientras tanto, la *atención de la salud* es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud. La atención se refiere a aspectos centrales de los servicios de salud, como son la accesibilidad, utilización, calidad, asignación de recursos y financiamiento”.(38)

En términos operacionales, la equidad en salud se traduciría en minimizar disparidades *evitables* entre grupos humanos con diferentes niveles de privilegio social.

La equidad en el estado de salud de las personas apunta al logro del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos, mientras que la equidad en la atención implica que los



recursos y servicios se asignen/reciban según la *necesidad*, y que el *pago* por ellos se haga en función de la capacidad económica.

3.1.4. Inequidad de género en la salud

La inequidad de género se refleja en los riesgos para la salud, el acceso a servicios y el control sobre los recursos. También se traduce en asimetrías en la forma en que hombres y mujeres contribuyen a la salud de sus familias y sus comunidades y en la manera en que se retribuye este aporte. A pesar de la considerable importancia que tienen las dinámicas de género en la salud, durante mucho tiempo se han pasado por alto.

La desigualdad y la discriminación basadas en el género constituyen un obstáculo para la salud de las mujeres; en el caso particular de las MA las hace más vulnerables frente a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección,

a una alimentación deficiente, y al abuso físico y psicológico; también limitan su acceso a la atención de salud.

3.2. EMPODERAMIENTO Y DESEMPODERAMIENTO

3.2.1. El empoderamiento como libertad y autonomía

El concepto de empoderamiento es definido como “la expansión de la libertad de escoger y de actuar. Significa aumentar la autoridad y el poder del individuo sobre los recursos y las decisiones que afectan su vida”.⁽³⁹⁾ Asociados al concepto de empoderamiento están: la inclusión social, la autonomía, la visibilidad y movilidad, el *agenciamiento* (que es la capacidad de hacer uso de los activos de que se dispone), y la *autoeficiencia* (que es la confianza en las competencias que le son propias a un individuo).

El empoderamiento de las mujeres responde a la necesidad de propiciar cambios dentro de las asimetrías de poder entre géneros.²⁰ En este proceso las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, avanzan en su auto concientización, conocen sus derechos y el ámbito político y sociocultural en el que se insertan, reconocen los obstáculos mentales y económicos que dificultan el cambio y ejercen una reflexión crítica para lograr una acción transformadora.

Para el caso de las mujeres adolescentes, expertos en la materia de la OMS/OPS, UNICEF y UNFP²¹ acordaron definir el empoderamiento como el *proceso personal, social y político que genera y fortalece las capacidades de las adolescentes y sus organizaciones para el ejer-*

cicio pleno de sus derechos con un sentido de co-responsabilidad. Dicho empoderamiento, se expresa mediante la habilidad, autoridad y agencia para tomar decisiones informadas, e implementar cambios que afecten sus vidas y las vidas de otros/as adolescentes, jóvenes y adultos.

Por medio del empoderamiento, las MA conquistan el poder social, el político y el psicológico. En el primer caso, se trata de la información, los conocimientos y el acceso a redes sociales y otros recursos; en el segundo, acceden a los procesos democráticos de toma de decisiones que les afectan pudiendo elegir, en la vida cotidiana sobre sus cuerpos y sobre sus vidas: por ejemplo, cuándo y cómo reproducirse, contraer matrimonio, y elegir pareja; en el tercer caso, significa tomar conciencia del poder que poseen individual y colectivamente.

3.2.2. Elementos del empoderamiento aplicados a mujeres adolescentes

A continuación se describen algunos elementos que —sustentados en análisis empírico de experiencias realizadas en la Región— caracterizan el proceso de empoderamiento particular de las MA. Estos elementos constituyen la base para la identificación de variables para medir y evaluar los procesos de empoderamiento de las MA.²²

- » **Es cambiante.** En algún momento durante la adolescencia las mujeres pueden pasar por algunas fases en las que se sienten empoderadas; sin embargo, esta situación puede modificarse en otras etapas de su desarrollo.

²⁰ Gramsci, Freire y Foucault y otros autores, definen el poder como el acceso, uso y control de recursos físicos e ideológicos en una relación social.

²¹ Reunión de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes. Ciudad de Guatemala, Guatemala. Marzo 6 al 8 de 2008.

²² Ver Sección 4. Evaluación de los procesos de empoderamiento de las MA

Es el caso de algunas mujeres que durante la preadolescencia (9 a 12 años) lograron construir un sentido de identidad, autoestima, deseo de actuar y capacidad de elección, y al llegar a la adolescencia inicial (12–14 años) y media (14–16) sienten una presión familiar y/o social para adaptarse a los roles tradicionales de género, lo cual las hace perder seguridad en sí mismas y sentirse desempoderadas.⁽⁴⁰⁾

- » **Es ser escuchada, poder participar y poder elegir.** Implica un bienestar psicológico e incluye elementos tales como autoestima, la libre elección y expresión. Significa tener voz y contar con entornos favorables y oportunidades reales de participación e involucramiento en las decisiones que les afectan. El empoderamiento proporciona a las MA las herramientas para identificar opciones y tener la capacidad de actuar sobre dichas opciones y para enfrentar con valor y decisión las dificultades del diario vivir y ser persistentes para la búsqueda de soluciones constructivas.

Es el caso de las MA que participan y/o lideran actividades de pares, organizaciones comunitarias o destinadas al mejoramiento de los bienes y servicios que la benefician. Otros casos son los de algunas MA que se oponen a la costumbre de casarse o vivir en unión a edades tempranas y se abren paso para expresarse y ser escuchadas y apoyadas por sus familias para que estudien.

- » **Es multidimensional.** Se manifiesta en diferentes esferas de la vida de las MA (escuela, casa, comunidad) e incluye convicciones, ideales, aspiraciones y compromisos. Según el ámbito la percepción de empoderamiento por parte de las MA puede variar. Una MA puede sentirse empoderada con sus familiares o con su padre/madre, y a la vez, sen-

tirse desempoderada en la escuela o en su comunidad al carecer de redes de apoyo.

- » **Es un proceso.** Sigue un recorrido que va desde el reconocimiento de una desventaja hacia su desarticulación, pasando por la reflexión y el reconocimiento —o desarrollo— de las capacidades para influir sobre su vida y su entorno. Cuando las MA entienden que la posición de desventaja que han ocupado las mujeres en sus familias y comunidades obedece a razones culturales, que esta situación puede cambiarse y que además están en el derecho de hacerlo, podrán plantearse otras expectativas para sus propias vidas y orientar sus esfuerzos en tal sentido.

Las MA que han podido participar en procesos de empoderamiento en comunidades campesinas o indígenas, por ejemplo, viven un momento de transición entre los valores tradicionales que sostienen la inequidad de géneros y nuevas visiones que les ofrecen la posibilidad de construir relaciones más justas e igualitarias.

- » **Es contextual.** El empoderamiento está ligado al papel de cada MA dentro de un ámbito particular. Es el proceso mediante el que ganan conciencia sobre ellas mismas y lo que ocurre en su entorno, incorporan habilidades, y resuelven problemas usando o generando recursos para sí y sus comunidades. La movilidad geográfica o la posibilidad de desplazarse de una localidad a otra puede implicar para las MA una oportunidad para realizar funciones distintas a las que habitualmente desempeña y promover su empoderamiento.²³ Se define cultural y contextualmente. Lo que significa el empoderamiento para una adolescente indígena en Guatemala puede ser distinto de lo que significa para una adolescente Garifuna en Belice o una adolescente urbana de Buenos Aires.

²³ Testimonios de mujeres adolescentes indígenas. Reunión de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes. Ciudad de Guatemala, Guatemala. Marzo 6 al 8 de 2008.

» **Es multifactorial.** Abarca el ámbito de las relaciones interpersonales y las transformaciones institucionales y culturales, e implica cambios en la conciencia individual y/o colectiva. Una MA que asiste a la escuela y allí, además de aprender temas de interés para la vida, cuenta con la presencia de maestras y maestros que animan su participación e involucran a la comunidad para el mantenimiento de las instalaciones y la seguridad de las alumnas tiene más probabilidades de permanecer en la escuela y alcanzar sus metas educativas.

» **Es un medio para favorecer la salud sexual y reproductiva.** El empoderamiento en las MA promueve actitudes libres, responsables y sin riesgos que propician el autocuidado de la salud, su sexualidad y su capacidad reproductiva. En relación con la salud sexual y reproductiva, el empoderamiento vincula a la adolescente con su cuerpo como el territorio en donde ejerce su poder y determina cómo se relaciona con otros.(41)

En la formación sobre temas de salud sexual y reproductiva, por ejemplo, las adolescentes acceden a una información que les permite realizar un proceso de reflexión para reconocerse como sujetos de derechos, valorar sus potencialidades y ejercer su capacidad de decisión. Su empoderamiento se manifiesta en la capacidad de autocuidado, las elecciones y el control del proceso de tomar decisiones como tener o no relaciones sexuales, procrear o no hijos (y cuándo), y el control sobre prácticas sexuales que sean placenteras, seguras y no perjudiciales.

» **Es un elemento básico del desarrollo humano.** En el desarrollo adolescente, el empoderamiento cobra relevancia en tanto que se trata de una estrategia fundamental para generar y consolidar los procesos de independencia, desarrollo, y crecimiento personal y colectivo. En el caso de las MA, es el fortalecimiento que se logra al apropiarse

de sus personas y tener claro un proyecto de vida. Es un tránsito desde la cultura de la indefensión hacia la autonomía y la autogestión.(42)

El empoderamiento implica impulsar de la manera más amplia todas las habilidades y el potencial humano y desarticular las construcciones sociales negativas. De esta forma, aquellas personas cuya condición social, económica o cultural, las ponga en desventaja, lleguen a verse como poseedoras de la capacidad y el derecho a actuar y tener influencia en su vida y su entorno.

3.2.3. Niveles en los que ocurre el empoderamiento

A partir de los elementos antes descritos, se propone usar un enfoque ecológico para abordar el empoderamiento de las adolescentes, el cual contempla los niveles que se describen en el cuadro I. Debe tomarse en consideración que los cambios en los ámbitos individual, psicológico, interpersonal, comunitario, sociocultural, político y jurídico que excluyeran a los otros ámbitos limitan los alcances del empoderamiento mismo.(43)

3.2.4. Factores favorables al empoderamiento de las mujeres adolescentes

En la perspectiva del modelo ecológico, previamente descrito, se ha identificado un conjunto de acciones que favorecen al proceso de empoderamiento de las MA. Sin pretender ser exhaustivo, sirve de referencia para orientar los procesos de identificación de necesidades y de toma de decisiones relacionadas con este grupo etéreo.

En el nivel individual

» **Crear espacios seguros para las adolescentes** que les permitan establecer relaciones

CUADRO I. El modelo ecológico y el empoderamiento de las mujeres adolescentes

Individual, una adolescente empoderada ha desarrollado un autoconcepto positivo, está segura de sí misma, valora sus capacidades y a partir de este establece sus relaciones con los otros y su entorno.

Familiar e interpersonal, una adolescente empoderada desarrolla sus habilidades sociales a través de la interacción con sus familiares en un primer momento y posteriormente en entornos más amplios como la escuela y la comunidad. El afianzamiento de estas interacciones fortalece su identidad y la valoración personal.

Comunitario y social, las adolescentes empoderadas buscan participar y volverse miembros productivos de sus comunidades, necesitan ingresos y oportunidades educativas y laborales para actuar con sentido de responsabilidad. Las comunidades a su vez, deben brindar las condiciones para que esta participación ocurra y haya un enriquecimiento recíproco. La oferta y acceso a servicios de salud para que ellas puedan obtener información que les permita llevar una vida y una sexualidad sana, es una manera de cuidar su aportación a la sociedad.

Político, las adolescentes empoderadas logran cada vez con mayor fuerza ser partícipes en las decisiones que se adopten sobre la salud, la vida de sus comunidades y el desarrollo en general. Son reconocidas como activos importantes para las comunidades y el futuro del país.

Jurídico, las adolescentes empoderadas conocen y defienden sus derechos, incluidos los de herencia; luchan por mejores y mayores oportunidades económicas, educativas, y de salud e igualmente denuncian la discriminación y el maltrato hacia las mujeres y abogan por leyes para erradicar la violencia de género y promover los derechos humanos.

interpersonales, expresarse y aumentar su movilidad y presencia social.

- » **Ayudar a las adolescentes en el manejo de las emociones** por medio del desarrollo de habilidades para expresar sentimientos, resolver conflictos, construir defensas internas y capacidades de negociación. Un factor esencial es el locus de control interno, que es el nivel de sensibilidad y conciencia que tiene la persona respecto de lo que le sucede. Es decir, en qué medida es consciente de la responsabilidad para decidir sobre su vida y no ser víctima de factores externos.
- » **Procurar servicios de consejería** individual-accesibles y con consejeros/as que promuevan una sexualidad sana y la prevención de comportamientos de riesgo y baja autoestima. Se ha demostrado que los programas enfocados únicamente a la transferencia de información no resultan efectivos, y tener información no garantiza que se adopten

conductas saludables. Aun con información, la falta de habilidades hace más vulnerable a la persona ante fuerzas coercitivas o presiones sociales que atentan contra su bienestar.

- » **Promover una imagen positiva de sus cuerpos** mediante la práctica de un deporte o ejercicio físico e impulsar la autoconfianza, las aptitudes de autodefensa y la aceptación sin temor de sus cuerpos cambiantes.
- » **Procurar un crecimiento y desarrollo físico saludables**, garantizando desde la preadolescencia, el acceso a los servicios de atención primaria a la salud y a los de salud sexual y reproductiva, promoviendo el desarrollo de hábitos saludables de alimentación, de ejercicio y actividad física y profundizando en los conocimientos acerca de los cambios que ocurren en la pubertad.
- » **Desarrollar habilidades de liderazgo y de trabajo en equipo en las adolescentes fun-**

dadas en la confianza propia, la toma de conciencia, la expresión de la personalidad individual, la toma de decisiones, la competencia y la formación de alianzas y redes.

- » **Promover aptitudes para acceder a los recursos** necesarios para ganarse el sustento, obtener becas, participar en concursos y contribuir al propio bienestar.
- » **Educar a las adolescentes y aumentar sus conocimientos.** Es necesario aumentar los conocimientos, la educación y el nivel de escolaridad de las jóvenes, y su información sobre salud sexual y reproductiva, derechos y opciones, y los servicios disponibles.

En el nivel familiar y comunitario

- » **Promover una buena relación con una figura adulta significativa** para contribuir a mejorar su autoestima, fomentar el respeto por sí misma, la confianza, y evitar, en lo posible, algunos comportamientos de riesgo.
- » **Promover y apoyar amistades del mismo sexo** para el bienestar emocional y psíquico de las adolescentes y de esta manera fomentar la confianza y el compañerismo.
- » **Instar a las familias a que acompañen** a las adolescentes en el proceso de cambios que ocurre en esta etapa de la vida. Es importante que se informen y eviten perpetuar mitos y miedos en torno al cuerpo, la sexualidad y la pasividad. Una comunicación franca y sincera contribuye a entender que las decisiones que tomen en el ámbito doméstico pueden influir en su empoderamiento y bienestar.²⁴
- » **Escuchar la voz de las adolescentes** pues ellas necesitan ser escuchadas y que su opinión se tome en cuenta. A las jóvenes se les debe permitir a expresarse y alentar el diálogo.



- » **Sensibilizar a los adolescentes y a los varones adultos** que interactúan con las MA para que puedan revisar pautas de socialización que constituyen trabas para el desarrollo y bienestar de mujeres adolescentes y adultas.
- » **Permitir mayor participación y movilidad** alentando a las adolescentes a que se integren en actividades comunitarias de desarrollo como en otras que impliquen responsabilidades cívicas.

En el nivel sociocultural

- » **Crear oportunidades para la inclusión social de las adolescentes** apropiadas para la edad que les permitan participar en actividades recreativas, educativas, deportivas, culturales, comunitarias y productivas, según el caso.
- » **Usar los medios de comunicación** para prevenir la violencia de género y mejorar la

²⁴ Ver programa Familias Fuertes: Amor y Límites de OPS. Disponible en: www.paho.org/adolescencia

imagen de las mujeres y las adolescentes. Se debe trabajar con los medios para eliminar los estereotipos de belleza y perfección y promover el cambio y proponer roles de género equitativos.²⁵

- » **Sensibilizar a las escuelas y a la comunidad** sobre los efectos de la discriminación de género y alentar a docentes y autoridades a no perpetuar situaciones tales. Se deben realizar intervenciones comunitarias y con las instancias normativas para que comprendan la dinámica del empoderamiento de las adolescentes y los vínculos con su salud y desarrollo según la cultura.

En el nivel político y legislativo²⁶

- » **Garantizar la educación y la educación en sexualidad de las adolescentes** asegurando la disponibilidad de escuelas y creando incentivos para la educación de las mujeres adolescentes y jóvenes, particularmente las más vulnerables; por ejemplo, reduciendo las colegiaturas o el precio de los materiales escolares. Se debe dar seguimiento a los compromisos de la Declaración Ministerial de México(44) para promover la educación en sexualidad.
- » **Proteger a las adolescentes del matrimonio prematuro** mediante la formulación de políticas y leyes que desalienten o prohíban el matrimonio temprano.
- » **Garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva** ofertando servicios de salud de calidad y fácil acceso para las adolescentes, incluyendo métodos de planificación familiar. Revisar y adecuar la legislación en torno a la salud sexual y reproductiva y los derechos de las adolescentes.
- » **Garantizar los derechos de propiedad y herencia** de las mujeres adultas y las adolescentes revisando y haciendo cumplir la ley en tal sentido. Al rectificarse esta injusticia los resultados se harán extensivos a la solución de otros problemas como la pobreza y la violencia.
- » **Eliminar la desigualdad de género en el trabajo.** Disminuir la participación femenina en el trabajo informal; eliminar la explotación laboral y las disparidades en los ingresos por razón de género; por ejemplo en las maquilas textiles(45) y reducir la segregación ocupacional; proporcionar incentivos a los empleadores que eliminan las disparidades entre sexos y a quienes brindan oportunidades profesionales a las mujeres jóvenes.
- » **Incrementar la proporción de mujeres** en los escaños de los parlamentos nacionales y los cuerpos gubernamentales locales buscando que quienes ocupen puestos de poder actúen con conciencia de equidad de género y velen por los intereses y empoderamiento de las mujeres.
- » **Combatir la violencia contra las adolescentes y las mujeres adultas** sacándola del ámbito de lo privado y reconociéndola como un problema de salud pública. Mejorar los sistemas de salud y capacitar a los proveedores de estos servicios para identificar a las mujeres que sufren maltrato y proporcionarles orientación y referencia además de la atención médica que requieran. Abogar por el establecimiento de legislaciones que tipifiquen como delito la violencia contra la pareja en el noviazgo y en las relaciones de convivencia. Hacer uso de los medios de comunicación para promover la denuncia

²⁵ Ver la campaña de educación pública “Girl Power” patrocinada por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: <http://www.hhs.gov/news/press/2000pres/20000426.html>

²⁶ La Declaración del Milenio ha propuesto un conjunto de prioridades estratégicas para los gobiernos que mejorarán la autonomía de las mujeres y las adolescentes. Entre otros, recomienda un marco jurídico y el compromiso político de mejorar las desigualdades por razón de sexo, así como el empoderamiento de las adolescentes.

de los casos e impulsar cambios que desaprueben la violencia de género.

3.2.5. Etapas de desarrollo de las MA, empoderamiento y desempoderamiento

Cuando una adolescente está inmersa en una situación de desvalía, riesgo, ignorancia y subordinación, y asfixiada por las normas sociales que tiene interiorizadas, se considera que está desempoderada; esto es, carece del poder que le corresponde por derecho considerando múltiples obstáculos de tipo psicológico, cultural, económico, social, legal y otros que enfrenta.

En América Latina y el Caribe, las adolescentes están desempoderadas cuando sus grupos de pertenencia no las toman en cuenta porque se les considera difíciles y rebeldes; cuando la sociedad solo las mira como un grupo problema (mujeres jóvenes que viven en la calle, adolescentes que se embarazan o infringen la ley); cuando han sido confinadas a comportamientos de riesgo (como desertar de la escuela, ser madre joven, estar sin empleo o ser adicta a las drogas), situaciones que el Banco Mundial calcula, sin desagregar por sexo, que alcanzan entre el 25 y el 32% de la población de entre 12 y 24 años(46)); cuando a las brechas étnicas se suman las de género;(47) cuando crecen en sociedades que las discrimina desalentando su capacidad y deseo de participación; finalmente, cuando las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, incluyendo aborto, son la principal causa de muerte entre ellas.(48)

Durante la adolescencia las mujeres viven varias etapas de significativos cambios físicos, neurológicos, cognoscitivos, sexuales, emocionales y sociales(49) que al ser acompañados por roles de género que refuerzan el desempoderamiento las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad que a los varones.(50)

De acuerdo a la clasificación realizada por OPS, las etapas de desarrollo de las adolescentes son: preadolescencia (9–12 años), adolescencia inicial (12–14 años), adolescencia media (14–16 años) y adolescencia tardía (16–18 años).(51) Las adolescentes tienden a experimentar el proceso de cambios en su desarrollo unos años antes que los adolescentes. Estos cambios, además, se manifiestan de manera distinta en ambos sexos. Varios estudios²⁷ muestran que las MA manifiestan más ansiedad y presión interpersonal que los adolescentes varones, por ejemplo en las relaciones íntimas con mayor propensión a preocuparse por los pensamientos negativos de los amigos y a sufrir la repercusión dentro del contexto de la familia y los pares.(52) Las MA a menudo sienten más empatía y asumen funciones que les exigen apoyar a los demás, lo que puede incrementar su propio estrés. Los niveles de estrés, tienden a incrementarse desde la preadolescencia hasta la adolescencia inicial, la etapa en que las diferencias de género se tornan más evidentes, lo que indica que esta transición representa un periodo de particular vulnerabilidad para las MA.(53)

El paso de la condición de niña a la condición de adulta debe ser más explorado desde la perspectiva de la niña pues poco se examina cómo ellas perciben los cambios en su desarrollo y cómo influyen en su bienestar. Una niña entra en la preadolescencia con un fuerte sentido de su propia personalidad. Según ha observado la psicóloga Carol Gilligan a lo largo de varios años de investigación sobre las adolescentes en los Estados Unidos, hasta los 8 años de edad las niñas tienen “voz” y pueden decir abiertamente lo que están pensando y sintiendo. Está conectada con su familia, que determina su moral. Se la considera flexible y puede comunicar lo que piensa y siente.

²⁷ Ver (Almeida y Kessler, 1998), (Kaplan 2004), (Rudolph 2002) en Jóvenes: Opciones y Cambios. Publicación OPS. 2005.



Es físicamente activa, orientada a las reglas y puede mostrar tendencias hacia la agresión. Puede distinguir las relaciones falsas de las reales y tienen un fuerte sentido de identidad y de la propia personalidad. Esa voz es fundamental para su sentido del empoderamiento y es saludable para su desarrollo.(54)

A medida que la mujer entra a la adolescencia inicial la percepción de seguridad y autoestima cambia y se inicia la pérdida de “tener voz”. Comienzan a desarrollarse las mamas y sus caderas se ensanchan. Estas características sexuales secundarias vienen acompañadas con el incremento de talla y peso, lo que muchas veces resulta en una insatisfacción con la imagen corporal.(55)

Durante la adolescencia inicial y media las adolescentes experimentan el segundo periodo de crecimiento y desarrollo más acelerado de sus vidas (el primero se produce en el primer año de vida); pero esta vez tienen edad

suficiente para ser espectadores del desarrollo (o falta de desarrollo) que se produce durante la pubertad.(56) Esto tiene implicaciones significativas para las adolescentes y su empoderamiento o la falta de este.

La menarquia en particular, conlleva implicaciones sociales y culturales concretas. En algunas culturas, la familia prepara a la adolescente para el matrimonio; en otras, se redobla la protección y restricción, especialmente en relación con los hombres. De esta manera las adolescentes van perdiendo sus derechos sobre sus propias vidas y sus propios cuerpos; “ellas son *propiedad* de su padre hasta que se casen y luego de su esposo”.(57)

Asimismo, al lograr la madurez sexual y reproductiva, a la adolescente se le asignan, basadas en roles de género, más tareas y responsabilidades en el hogar que no son remuneradas económicamente ni compensadas,(58) y se le reconocen menos derechos y oportunidades en comparación con sus hermanos y otros adolescentes de su edad.

Este desempoderamiento suele ir acompañado de presiones familiares y sociales que conllevan al abandono escolar y al reforzamiento de la sumisión con la consecuente represión de la capacidad de toma de decisiones. Esto es particularmente crítico entre los grupos indígenas:

“En la pubertad, las jóvenes se encuentran con que las normas sociales negativas respecto de la sexualidad se refuerzan, mientras se subordinan los deseos propios a los de los otros. En esta etapa suele abandonarse la escuela, mientras aumenta hasta límites desproporcionados la carga de trabajo doméstico que las jóvenes asumen, a la par de experimentar la necesidad de un ingreso y de retirarse del espacio público. En este escenario, las MA se enfrentan a riesgos dis-

tintos a los de los varones, como son la falta de grupos de apoyo y de pares, el inicio de relaciones sexuales no deseadas o sin protección, el matrimonio temprano y la crianza consecuente”.(59)

El desempoderamiento, puede reflejarse tanto en la realidad objetiva, antes vista, como en la subjetividad de las adolescentes. En este caso, la autoestima²⁸ se ve afectada en contextos donde se desvaloriza y se refuerzan sentimientos de minusvalía hacia las MA, inhibiendo la capacidad interna de legitimar los propios deseos, necesidades y proyectos. De igual manera, la autonomía, vista como la capacidad de realizar actividades y tomar decisiones, se retrae al requerirse el consentimiento de la autoridad masculina, sea el padre o los hermanos (incluso menores). Con frecuencia se trata a las MA como inferiores y se les enseña a ser siempre las últimas. La presión para adaptarse a roles tradicionales de género afecta significativamente la identidad y autoestima de las adolescentes.(60) Estas buscan un modelo femenino para imitar y ser aceptadas por su entorno. El ser más susceptible a las influencias y expectativa sociales las lleva a cuestionar su independencia y abstenerse de expresar sus sentimientos con sus pares y sus familias. A menudo las normas culturales y sociales de género restringen su acceso a la información básica, las condena a un papel desigual y más pasivo a la hora de tomar decisiones sexuales, socavan su autonomía y expone a muchas a la coerción sexual”.(61)

Facilitar el empoderamiento no resuelve los conflictos que provienen de la inequidad aprendida, pero permite entenderlos, expresarlos, sacarlos a la luz. Esto constituye un paso fundamental para generar cambios en

la persona y su entorno. El empoderamiento implica ganar poder, a dos niveles: sobre la comprensión de las dinámicas de dominación y la inconformidad con la subyugación interiorizada.

3.2.6. Violencia basada en género y desempoderamiento

Mención especial dentro de este panorama del desempoderamiento merece el problema de la violencia basada en género, que es una violación a los derechos de las mujeres.(62) Por un lado, las MA desempoderadas son más susceptibles a la violencia y por otro, la violencia desempodera a las MA. Este problema afecta a mujeres de todo el mundo, sin importar clase social, religión o grupo étnico. Adicionalmente, las normas y valores que sitúan a las mujeres en una posición subordinada con respecto al hombre mantienen, refuerzan y perpetúan este tipo de violencia.

El Banco Mundial(63) estima que la violación y la violencia doméstica representan 5 por ciento de los años de vida saludables perdidos por las mujeres en edad reproductiva en países en desarrollo en períodos de transición demográfica. En el mundo, la carga de salud debida a la violencia de género que sufren las mujeres de 15 a 44 años es comparable con la que representan otros factores de riesgo y enfermedades que han llegado ya a representar altas prioridades dentro de la agenda mundial, incluyendo el VIH, la tuberculosis, la sepsis durante el parto, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.(64)

En la violencia contra las adolescentes se combinan los patrones discriminatorios por género y por edad. Las adolescentes desempoderadas son particularmente vulnerables a la violencia

²⁸ Valoración que una persona tiene y siente de sí misma. Es la percepción interna de cada persona, construida a partir de los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que va teniendo a lo largo de su vida.

ejercida por adultos que pueden abusar de su mayor fuerza física, autoridad, capacidad económica o posición social, así como de lazos de confianza en los casos de abuso físico y sexual en el hogar y en la escuela.(65) En el caso de las adolescentes, la violencia sexual conlleva consecuencias físicas que incluyen lesiones y/o infecciones genitales, anales, orales y del tracto urinario, así como embarazos no deseados. Muchas mujeres que cursan con embarazos producto de la violencia sexual resuelven interrumpirlos mediante procedimientos muy riesgosos y careciendo del apoyo familiar, lo cual termina siendo un grave problema para su integridad física y emocional.

En el plano psicológico, la violencia de este tipo altera la capacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual y genera, además, sentimientos de subvaloración, ideas o actos autodestructivos, trastornos sexuales y estrés postraumático, lo cual puede derivar en el uso de sustancias tóxicas o en problemáticas diversas.

Además de los costos humanos, la violencia contra las mujeres dificulta que puedan participar en la vida pública, reduce su productividad, eleva los costos para su atención médica y otros servicios y socava el bienestar económico de las sociedades.

Al parecer, según García-Moreno, “el factor principal de riesgo para la violencia doméstica contra la mujer es, precisamente, el hecho de ser mujer”(66). Por tal motivo, aunque se requiere de adolescentes y jóvenes empoderadas que enfrenten las situaciones de violencia, la protección será relativa si la violencia de género sigue dependiendo de normas sociales fuertemente enraizadas. Para abatir esa violencia se precisa de una acción combinada que incluya, entre otros, a los sectores jurídico, judicial, policial, educativo y sanitario.

3.3. DESAFÍOS PARA ALCANZAR A LOS GRUPOS DE MA MÁS VULNERABLES

Entre los desafíos que afrontan las acciones para empoderar a las MA están alcanzar a los grupos más vulnerables de la sociedad: las de mayor marginalidad y exclusión social, las minorías sexuales, las MA con ITS/VIH, las MA con más alto riesgo de contraer VIH/sida (usuarias de drogas inyectables que utilizan equipos no esterilizados, trabajadoras sexuales incluyendo aquellos grupos de trata humana para la explotación sexual y que tienen relaciones sexuales sin protección), las MA con discapacidades, migrantes, desplazadas y otras.

3.3.1. Marginalidad y exclusión social de las MA

Las adolescentes más jóvenes a menudo son inaccesibles cuando dejan la escuela. Están en las ciudades periféricas, en las comunidades rurales y son las más pobres y de etnias originarias. Además de las barreras geográficas, culturales y lingüísticas, no existe una infraestructura social y productiva favorable para ellas. Muchas carecen de espacios públicos seguros para reunirse y de redes de apoyo. La falta de respaldo institucional a las MA es una barrera que las desempodera en su acceso y participación en el mercado laboral, en el seguro social y en los servicios de salud. Así, las MA inmersas en una situación de pobreza y que abandonan la escuela tienen mayor probabilidad de volverse sexualmente activas a una menor edad sin usar métodos anticonceptivos o protección. Son estas adolescentes las que presentan mayores proporciones de hijos no deseados, que están expuestos a mayores riesgos de salud para ellas y sus hijos así como a la falta de cuidados, abandono y maltratos. (67) Este conjunto de desventajas productivas y reproductivas contribuye a mantener la situación de pobreza de las MA.



3.3.2. MA pertenecientes a minorías sexuales

En LAC, al igual que en casi todo el mundo, se espera que las adolescentes sigan ciertas normas sexuales relacionadas con un tipo de comportamiento de carácter heterosexual. Estas normas excluyen y afectan a la salud y al bienestar de aquellos grupos de MA que se sienten sexualmente atraído por personas de su mismo sexo. En una encuesta sanitaria realizada en el Caribe, más de un 10% de los adolescentes informaron tener dudas acerca de su orientación sexual (11,7% en las mujeres y 13,3% en los varones).(68) Sin embargo, poco se aborda y se discute este tema.

Esta exclusión también se aplica a las adolescentes bisexuales y transgénero. Las llamadas minorías sexuales, al saberse socialmente reprobadas, suelen desgastarse en procesos físicos, psicológicos y sociales a los que se ven obligadas a enfrentarse, lo cual no contribuye en nada a que estas adolescentes resuelvan sus dudas en cuanto a la identidad sexual y se empoderen.

Por otra parte, la discriminación que sufren o el aislamiento al que se ven sometidas las MA interfiere en el desarrollo de sus capacidades y competencias individuales, familiares y socio-comunitarias, y las luchas contra la homofobia y la transfobia no siempre tienen presente a este grupo etéreo.

Es fundamental comprender los factores relacionados con la orientación sexual de la población joven para poder mejorar su salud sexual y reproductiva. Las adolescentes lesbianas y transgénero pueden estar renuentes a acudir a los servicios de salud debido a una frecuente falta de apoyo y estigmatización.

3.3.3. Mujeres adolescentes con ITS/VIH/sida y con más alto riesgo de contraer VIH/sida

Alrededor del mundo las mujeres tienen cinco veces mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual que los varones. La prevalencia de las ITS en MA es un indicador de conductas de alto riesgo y de la falta de uso de condón.(69) Tener una o más ITS incrementa

el riesgo de infectarse de VIH de dos a nueve veces.(70)

La falta de empoderamiento en la sociedad y la discriminación e impotencia que enfrentan las MA las hace más vulnerables a contraer ITS/VIH. Particularmente en el caso de relaciones forzadas y sin protección a las cuales muchas MA están sometidas, muchas veces por sus parejas o por un familiar mayor. Un estudio realizado en Estados Unidos muestra que del grupo de MA diagnosticadas con VIH/ITS, más de la mitad fueron víctimas de la violencia de pareja, ambas física y sexual.(71)

Los roles de género culturalmente transmitidos fomentan los desequilibrios de poder que facilitan el riesgo de las mujeres jóvenes pues no saben cómo prevenir la enfermedad y/o carecen de la habilidad de discutir sobre el VIH con su pareja y exigir el uso del condón.

La sociedad discriminadora y estigmatizante en la que están insertas las MA con VIH/sida puede inhibirlas para buscar orientación y tratamiento y, en caso de hacerlo, su adhesión puede verse afectada por el trato discriminatorio e inadecuado que reciben en muchas ocasiones por parte del personal de los servicios de salud. Puede suceder también que algunas de estas adolescentes desconozcan su condición y que pudiendo tener dudas al respecto, se abstengan de realizarse la prueba por miedo a la discriminación a que pueden verse sometidas.

Particular atención merecen las MA con más riesgo de contraer VIH/sida como son las usuarias de drogas inyectables que utilizan equipos no esterilizados, las trabajadoras sexuales incluyendo aquellos grupos de tra-

ta humana para la explotación sexual y que tienen relaciones sexuales sin protección. En Honduras, una encuesta(72) a 70 mujeres de 15 a 24 años que son trabajadoras sexuales comerciales (TSC), reveló que solo el 32% ha concluido la educación primaria y solo 2% la secundaria completa. De las TSC encuestadas sólo un 84% utilizó un condón con su cliente en su última relación sexual y menos del 50% informa que su pareja sentimental utiliza un condón cuando tienen relaciones sexuales. Esta es una situación preocupante pues a pesar de que 91% de las TSC de la encuesta informó que se había realizado la prueba de VIH el último año, sólo un 60% tiene un conocimiento apropiado sobre formas de prevenir la infección.(73)

3.3.4. Mujeres adolescentes sujetas a explotación sexual comercial²⁹

Una de las expresiones más representativas del desempoderamiento de las MA se encuentra entre quienes, por diversos factores, ven transcurrir sus vidas en medio de la explotación sexual. Dado que se trata de un delito, la explotación sexual de MA en la región es difícil de cuantificar. Se estima que un número considerable de MA está en esta situación y se dificulta alcanzarlas porque las redes de explotación las mantienen ocultas (al menos para quienes buscan para ellas otra opción de vida) y existe un encubrimiento por parte de algunos sectores cómplices de la sociedad. Se trata de “un fenómeno multicausal que se desarrolla en espacios con desigualdad del poder económico y del poder basado en el género y la edad de las personas.”(74)

La explotación sexual de MA suele ser producto de la ignorancia, la manipulación y el desamparo. Abunda entre ellas el analfabe-

²⁹ La explotación sexual comercial infantil significa la utilización de personas menores de edad para actividades sexuales comerciales, tales como relaciones sexuales, espectáculos sexuales o producción de pornografía.

tismo y la pobreza. “La estructura socioeconómica es injusta con evidentes disparidades en la distribución de la riqueza, la expansión urbana, las escasas opciones laborales y las crecientes necesidades de consumo, hacen a los sectores sociales más pobres y dentro de ellos a las MA, vulnerables a la explotación sexual”.(75) A pesar de que la pobreza no es la única explicación para la ocurrencia de este fenómeno, sin lugar a duda tiene los elementos catalíticos necesarios para unir a muchos de los otros elementos.

La atención de este grupo constituye un desafío por la forma tan violenta en que se transgreden sus derechos y por las consecuencias en el desarrollo de las MA. Su abordaje debe ser parte de una estrategia integral de empo-

deramiento, prevención y erradicación, contemplando en todo momento el bienestar de las víctimas, de las MA que están en riesgo de serlo y de la situación del ejercicio de sus derechos.

Una vez que las MA se encuentran inmersas en este estilo de vida de explotación y abuso, su reintegro a una vida digna se vuelve difícil. Su vulnerabilidad y desorientación requiere que ellas participen plenamente en su recuperación a través de procesos que les devuelva la autoestima e impulsen su empoderamiento. Por esta razón, es todavía mayor la importancia que debe otorgarse a las acciones preventivas y atender a los factores estructurales que contribuyen a la vulnerabilidad de las adolescentes ante la explotación sexual.



*La evaluación
permite mejorar los
programas nacionales
de empoderamiento de
mujeres adolescentes,
favorece el llevarlos
a escala y genera
conocimiento para
replicarlos en otros países.*



4

Monitoreo y evaluación de los procesos de empoderamiento de las MA

4.1. CONCEPTOS

Los términos seguimiento, monitoreo y evaluación a menudo se emplean indistintamente; sin embargo existen diferencias importantes entre ellos. El seguimiento o monitoreo de un programa se refiere, en general, al proceso participativo de verificar regularmente la situación del mismo a través de la comparación de la ejecución de las actividades con el plan de trabajo para ver si las actividades están siendo realizadas dentro del marco de tiempo especificado, si se están gastando los fondos presupuestados de acuerdo con el plan, si se necesita de cualquier cambio en el manejo o implantación de las actividades y si el plan de trabajo debería modificarse.

Por otra parte, la evaluación tiene como meta medir el progreso logrado en lo que se refiere a la consecución de los objetivos de un programa y al impacto del mismo (si los cambios anticipados en el largo plazo han tenido lugar). Este proceso incluye la medición del alcance de los cambios que han sido realizados y la medida en que éstos pueden atribuirse a las actividades del programa.

A pesar de que existen diferencias entre el monitoreo y la evaluación, ambos procesos funcionan juntos para lograr un mismo fin, que es producir información que puede ser utilizada para mejorar la implementación de un

programa y lograr los objetivos planteados en el corto plazo así como los resultados de largo plazo. Ninguno de los dos reemplaza al otro.

Al elaborar un plan de evaluación y seguimiento debe tomarse en cuenta la participación de los actores involucrados y que éste, lejos de ser el broche con que se cierra un proceso, está directamente vinculado con los procesos de planeación e implementación de cualquier proyecto o programa.

De igual manera, los resultados del seguimiento y la evaluación se necesitan en diversos momentos del ciclo de la planeación y puesta en marcha de las actividades programáticas.

4.2. ¿POR QUÉ EVALUAR LOS PROGRAMAS DE EMPODERAMIENTO DE LAS MA?

La razón primordial para evaluar un programa es su mejoramiento y poder llevar las intervenciones a escala. El tiempo y la energía que se invierten en una evaluación son inútiles si los resultados no se usan para elaborar mejores planes en el futuro, conocer los cambios que hay que introducir, poder compartir las experiencias con otros programas que puedan beneficiarse de ellas, determinar cuáles son los puntos fuertes y débiles y dónde se pueden hacer mejoras, ver hacia dónde se está avanzando y si ese es el rumbo que el plan establece,



conocer los factores en los que más se puede apoyar el programa, y otros.

Dado que el empoderamiento de las MA es un tema relativamente nuevo, aún hay mucho desconocimiento acerca de la mejor manera en que se pueden evaluar los procesos de cambio. Aun cuando se trata de medir el empoderamiento de las mujeres en general, la mayoría de las investigaciones empíricas no logran operacionalizar el concepto de agenciamiento o de empoderamiento ni miden efectivamente sus procesos.⁽⁷⁶⁾ Esta sección emplea el marco conceptual desarrollado en la sección 3.2 de este documento para identificar indicadores del empoderamiento de las MA y analizar si una intervención para empoderar a MA ha obtenido beneficios o ha creado riesgos adicionales.

Considerando que existe la posibilidad de que una intervención con una planeación deficiente pueda exponer a las MA a mayor riesgo o infli-

gir un daño no intencional, es responsabilidad de todo programa invertir en la evaluación y monitoreo de sus actividades. Por ejemplo, ¿qué sucede si una sesión de capacitación lejos de cambiar prejuicios y concepciones erróneas acerca de la violación los refuerza?

El monitoreo y la evaluación no son un lujo, sino que constituyen la única manera de asegurar que las estrategias funcionen y que se promuevan las intervenciones basadas en evidencia.

4.3. VARIABLES PARA LA MEDICIÓN DEL EMPODERAMIENTO DE MUJERES ADOLESCENTES

Como una contribución a los programas y proyectos de empoderamiento de MA y a las evaluaciones correspondientes, un grupo de expertos participantes en la Reunión de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes y Jóvenes efectuada en Guatemala en marzo de 2008,³⁰ identificó, basándose en el marco conceptual descrito en la sección 3.2 de este documento, algunas variables que deben tomarse en cuenta, a manera de parámetros o referentes para ser consideradas junto con los indicadores de impacto de los ODM y poder medir mejor el nivel de empoderamiento de las MA. Dichas variables están interrelacionadas por lo que no es posible hablar de empoderamiento integral cuando solo algunas de estas se cumplen. En los cuadros a continuación se presentan las variables divididas en dos grupos: internas y externas; y organizadas de acuerdo con el segmento etáreo: adolescencia inicial y adolescencia media/tardía³¹):

³⁰ En esta reunión participaron representantes de organizaciones gubernamentales, organismos internacionales y del sector académico: ministerio o secretaría de salud pública de Costa Rica, El Salvador, Guatemala y Honduras; ministerio de educación pública de El Salvador y Guatemala; Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia de Guatemala; OPS/OMS de El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá; OPS Brasil; OPS/WDC; OPS/ECC; UNFPA Guatemala; PC; IPPF/WHR, Universidad del Valle, Colombia-Instituto de Investigaciones y Desarrollo en Prevención de Violencia y Promoción de la Convivencia Social, CISALVA; e Instituto Promundo.

³¹ Ver sección 3.2.5

Cuadro II. Variables internas o individuales para medir los procesos de empoderamiento en adolescentes mujeres que tienen entre 10 y 14 años

Variables	Definición
Capacidad de expresar sus intereses en forma autónoma	La adolescente expresa sus opiniones incluso frente a personas con las que existe desacuerdo.
Capacidad de negociación de sus ideas basada en información	La adolescente accede a información, expresa sus ideas y negocia acuerdos evitando o manejando los conflictos.
Auto-reconocimiento de sus capacidades	Puede describir y evaluar sus capacidades.
Autocuidado	Conoce su cuerpo y los cambios que suceden, planifica su tiempo basándose en prácticas de auto-cuidado que incluyen, entre otros: tiempo para el descanso, alimentación con nutrientes necesarios para su edad, buena higiene y práctica de deporte.
Capacidad de autocrítica	Es capaz de reconocer sus limitaciones y errores.
Capacidad para analizar problemas de poca complejidad (acordes con su edad) y adoptar decisiones	Evalúa los problemas de su interés, (personales y del entorno) y adopta decisiones.
Capacidad de participación en organizaciones de pares	Se integra en grupos u organizaciones de pares.
Reconocimiento de sí misma como un ser amparado por unos derechos	Conoce los derechos que la protegen.

Cuadro III. Variables externas para medir los procesos de empoderamiento en adolescentes mujeres que tienen entre 10 y 14 años

Variables	Definición
Participación social	Conoce las autoridades que la representan. Opina sobre maneras de mejorar su comunidad.
Identidad cultural	Conoce los valores, historia y expectativas del grupo de entorno en el que se desarrolla.
Acceso a la educación	Asiste a la escuela y cuenta con el tiempo para dedicarse al estudio.
Liderazgo e incidencia social	Es reconocida por su aporte al grupo y desarrolla habilidades para hacer realidad sus intereses.
Alcance de la justicia	Conoce el marco legal que la protege y las instancias responsables de que sus derechos se respeten.

Las dimensiones del concepto de empoderamiento para la población de MA entre 15 y 19 años, incluye las siguientes variables:

Cuadro IV. Variables internas o individuales para medir los procesos de empoderamiento en adolescentes que tienen entre 15 y 19 años

Variables	Definición
Capacidad de expresar sus intereses en forma autónoma	Expresa sus opiniones incluso frente a personas con las que existe desacuerdo.
Capacidad de negociación de sus ideas basada en información	Accede a información, expresa sus ideas y negocia acuerdos en forma asertiva.
Autoreconocimiento de sus capacidades	Puede describir y evaluar sus capacidades.
Autocuidado	Conoce su cuerpo y los cambios que suceden, planifica su tiempo basándose en prácticas de auto-cuidado que incluyen: tiempo para el descanso, alimentación con nutrientes necesarios para su edad, buena higiene, práctica de deporte, definición sobre su vida sexual.
Capacidad de autocrítica	Puede reconocer sus limitaciones y errores.
Capacidad para analizar problemas y adoptar decisiones	Evalúa los problemas de su interés, personales y del entorno, y adopta decisiones.
Capacidad de participación en organizaciones de pares	Se integra en grupos u organizaciones de pares.
Conocimiento de sus derechos	La adolescente conoce el marco legal que protege sus derechos.

Cuadro V. Variables externas para medir los procesos de empoderamiento en adolescentes que tienen entre 15 y 19 años

Variables	Definición
Participación social	Conoce las autoridades que la representan. Opina sobre maneras de mejorar su comunidad.
Identidad cultural	Conoce los valores, historia y expectativas del grupo de entorno en el que se desarrolla.
Acceso a educación	Asiste a la escuela y cuenta con el tiempo para dedicarse al estudio.
Liderazgo e incidencia social	Gana elecciones para representar a su equipo. Tiene destrezas para hacer realidad su gestión.
Alcance de la justicia	Conoce el marco legal que la protege y las instancias responsables de que sus derechos se respeten.

Continúa en la siguiente página


Cuadro VI. Variables externas para medir los procesos de empoderamiento en adolescentes que tienen entre 15 y 19 años (cont.)

Variables	Definición
Habilidades ocupacionales	Desarrolla capacidades que le faciliten, más adelante, generar ingresos.
Liderazgo y participación política, y cogestión de bienes y servicios públicos	Promueve organizaciones, lidera acciones y participa en el mejoramiento de los bienes y servicios públicos que la benefician.
Capacidad para definir sus intereses ocupacionales del futuro	Define sus intereses intelectuales y artísticos y tiene ideas generales sobre la ocupación a la que quiere dedicarse .

En el Anexo 3 se encuentran disponibles las siguientes escalas e índices de medición adicionales para el empoderamiento de las MA.

- i. Escala Equitativa de género para Mujeres-Instituto Promundo (31 elementos) Alpha = .86
- ii. Competencia personal en Índice de Relaciones Interpersonal (14 elementos).
- iii. Instrumento cualitativo de la Evaluación de resultados tempranos del Programa Interagencial de Empoderamiento en Mujeres Adolescentes. Salvador, 2007(77)



A close-up photograph of a young woman with long, dark, wavy hair. She is smiling warmly at the camera, showing her teeth. She is holding a large white flower, possibly a lily, near her face. She is wearing a red top. The background is a soft-focus green with some white flowers. A blue semi-transparent box is overlaid on the bottom left of the image, containing text.

El empoderamiento es el proceso personal, social y político que genera y fortalece las capacidades de las adolescentes y sus organizaciones para el ejercicio pleno de sus derechos con un sentido de co-responsabilidad.

5

El empoderamiento de las mujeres adolescentes como un derecho básico

Las MA son sujetos y titulares de derecho. Es la obligación de los estados reconocer y garantizar que ellas, como todos los seres humanos, puedan gozar y ejercer plenamente de todos sus derechos, incluyendo las medidas especiales de protección en consonancia con la evaluación de sus facultades.³² Aun reconociendo que muchas adolescentes se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, el abordaje para lograr su empoderamiento y mejorar su salud debe hacerse necesariamente desde la perspectiva del ser humano y no de la víctima.

Las acciones encaminadas al empoderamiento de las mujeres adolescentes y jóvenes cuentan con un marco normativo sustentado en tratados internacionales de derechos humanos de carácter jurídicamente vinculante para los países firmantes y en compromisos políticos (ej. conferencias y declaraciones) que establecen pautas específicas para cumplir estos tratados signados por los Estados Partes. Así estos gobiernos se comprometen a respetar, proteger, y asegurar la aplicación de los derechos de las

adolescentes y promover la equidad de género al formular sus políticas y programas. Entre los tratados más explícitos se encuentran:

5.1. LA CONVENCIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN)³³

La CDN define como niña/o a todo ser humano menor de 18 años, citando las necesidades generales de la infancia. En consecuencia, las MA son titulares de todos los derechos y las medidas especiales de protección que en esta Convención se consagran con implicaciones concretas en su salud y desarrollo (Art. 24)³⁴. Los padres,³⁵ las escuelas y las comunidades juegan un rol fundamental en este proceso y están obligados a proporcionar dirección y orientación a las MA en el ejercicio de sus derechos, a brindarles posibilidades genuinas de expresar libremente su opinión y tenerla en cuenta, conforme a su edad y madurez, y a proporcionarles un entorno seguro y propicio para su desarrollo (Art. 5, 12). Así mismo, los trabajadores de la salud tienen la obligación

³² La Convención de los Derechos del Niño reafirma que para el caso de personas menores de 18 años existen algunos derechos específicos y adicionales en condición de su edad. Ver: http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm

³³ Este instrumento entró en vigor el 2 de septiembre de 1990 y ha sido ratificado por Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tóbagó, Uruguay y Venezuela.

³⁴ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se considera el instrumento fundamental para la protección del derecho a la salud, se reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. (Art. 12). Ver anexo 1 para la lista de tratados internacionales de derechos humanos en los que se reconoce el derecho a la salud.

³⁵ O cualesquiera otras personas legalmente responsables del niño/a.



de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las/los adolescentes, divulgando la información solo con su consentimiento o bajo los mismos requisitos que se apliquen en el caso de la confidencialidad de los adultos (Art. 16).

La Observación General sobre la salud de los adolescentes de la CDN³⁶ menciona de forma explícita, a la luz de los artículos 3, 7 y 24, el derecho de las MA al acceso a información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los anticonceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/sida y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Hace un llamado además, para que los Estados Partes garanticen el acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil y

de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores.

5.2. LA CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW)³⁷

La CEDAW a menudo se describe como la declaración de derechos internacional para las mujeres y las niñas. Se orienta en dos principios fundamentales: la igualdad sustantiva y la no discriminación, entendida ésta como toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, con objeto de menoscabar o anular el reconocimiento de la mujer o el ejercicio de sus derechos, independientemente de su estado civil (Art.1). La CEDAW afirma que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico (Art. 12). Enfatiza particularmente, que la mujer tiene los mismos derechos que el hombre a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos (Art. 16, Art. 10). La Recomendación General sobre la salud de las mujeres de la CEDAW³⁸ exhorta a los Estados Partes a “garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad.”

La CEDAW es el único tratado de derechos humanos que afirma los derechos reproductivos de la mujer y proyecta a la cultura y la tradición como fuerzas influyentes que moldean los

³⁶ Observación General sobre la Salud de los Adolescentes (N.4, 2003) http://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC4_sp.doc

³⁷ Por sus siglas en inglés. Este instrumento entro en vigor el 3 de septiembre de 1981. La lista de los países que han ratificado esta convención esta disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/states.htm>

³⁸ Recomendación General N. 24, 1999 Art. 8

roles de género y las relaciones familiares. En varias conferencias mundiales de las Naciones Unidas también se ha examinado esta clase de objetivos y se han desarrollado programas adicionales de acción pertinentes, en particular, los de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993, la Conferencia Internacional de 1994 sobre la Población y el Desarrollo en El Cairo (y sus procesos +5 y +10) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en 1995 en Beijing (y sus procesos +5 y +10) y recientemente la 10ª Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe 2007, Consenso de Quito (Ver anexo 2).

5.3. LA CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER “CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ”³⁹

Además de contar con las convenciones mencionadas, la Región de las Américas es la única en el mundo que cuenta con una convención particular para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. La Convención reconoce que la eliminación de la violencia contra la mujer es condición indispensable para su desarrollo individual y social y su plena e igualitaria participación en todas las esferas de vida. La Convención define a la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado (Art.1). Menciona específicamente que la violencia contra la mujer puede ocurrir dentro de la familia y en la comunidad incluyendo el lugar de trabajo e incluso las instituciones educativas, los establecimientos de salud, o

cualquier otro lugar (Art. 2). Bajo esta convención los Estados Partes tienen el deber de tomar en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que puedan sufrir las mujeres por ser adolescentes, estar embarazadas, o a razón de su situación socioeconómica desfavorable, su raza o su condición étnica, entre otras (Art. 9). La Convención establece un programa para la acción nacional para acabar tal discriminación (Art.7) y permite la presentación individual de peticiones o quejas de violación del artículo 7 ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Art.12).

5.4. LA CONVENCIÓN IBEROAMERICANA DE LOS DERECHOS DE LOS JÓVENES (CIDJ)⁴⁰

La CIDJ reconoce explícitamente a las personas de entre 15 y 24 años de edad como sujetos y titulares de derechos, sin perjuicio de los que igualmente les beneficie a los menores de edad por la aplicación de la CDN. Reconoce que los jóvenes conforman un sector social que tiene características singulares en razón de factores psico-sociales, físicos y de identidad que requieren una atención especial por tratarse de un periodo de la vida donde se forma y consolida la personalidad, la adquisición de conocimientos, la seguridad personal y la proyección al futuro. En su artículo 23, la CIDJ hace explícita mención al derecho a la educación sexual para ser impartida en todos los niveles educativos, y la importante función de la familia, para fomentar conductas responsables en el ejercicio de la sexualidad, orientada a su plena aceptación e identidad, así como la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/sida, los embarazos no deseados y el abuso o violencia sexual.

³⁹ Este instrumento entro en vigor el 5 de marzo de 1995. La lista de los países que han ratificado esta convención esta disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-61.html>

⁴⁰ Este instrumento entro en vigor el 1ro de marzo de 2008. A la fecha, ha sido ratificada por siete países: Costa Rica, Ecuador, Honduras, Republica Dominicana, Uruguay, Bolivia y España. <http://convencion.oij.org/aplicacion.php>



6

Empoderamiento, equidad de género y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁴¹

La autonomía de las mujeres más que un objetivo es un derecho y representa un componente decisivo para alcanzar los ocho ODM.⁽⁷⁸⁾ En su mayoría las metas atañen a un mejoramiento de la salud de las mujeres, atendiendo aspectos como la desnutrición, la anemia, la violencia de género, la fecundidad, el embarazo temprano y no deseado, los abortos inseguros, la mortalidad materna, las ITS, el VIH y otras enfermedades. Para alcanzar avances significativos hacia los objetivos propuestos, se requiere invertir en las mujeres más vulnerables a estos problemas, que son las mujeres adolescentes pobres.

La Región de las Américas ha avanzado para cumplir los ODM, pero todavía muestra un retraso para llegar a metas clave como la reducción a la mitad de la pobreza extrema, la reducción de la mortalidad materna, la detención de la propagación del VIH y revertir el deterioro del medio ambiente.⁽⁷⁹⁾

Las inequidades socioeconómicas que existen en la Región, que son extremas en las etnias o grupos indígenas, contribuyen en forma deci-

siva a este retraso.⁽⁸⁰⁾ Por otra parte, la falta de un enfoque de género y de derechos humanos en el desarrollo de algunas de las políticas y programas en marcha ha impedido una respuesta efectiva a los problemas de las mujeres adolescentes y adultas; al no mediar un empoderamiento de las personas no hay capacidad para reclamar sus derechos y volverse agentes activos de su propio desarrollo.⁽⁸¹⁾

A continuación se hace una revisión de cada uno de los ODM poniendo particular atención en los avances que se han logrado y la situación de las MA en relación con los mismos.⁴² Se hace mención, también, de algunas experiencias y lecciones aprendidas en la Región del empoderamiento de las mujeres y en particular de las adolescentes.

6.1. ODM 1: ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

Meta 1: Entre 1990 y 2015, reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día.

⁴¹ En seguimiento a la Declaración del Milenio se desarrolló en el 2002 el Proyecto del Milenio para preparar un plan de acción concreto para alcanzar los ODM y en el 2005 se llevó a cabo la Cumbre Mundial de Desarrollo 2005. Los ODM constituyen una prueba de la voluntad política de establecer asociaciones más sólidas, y comprometen a los países a tomar nuevas medidas y aunar esfuerzos en la lucha contra la pobreza, el analfabetismo, el hambre, la falta de educación, la desigualdad entre los géneros, la mortalidad infantil y materna, la enfermedad y la degradación del medio ambiente. El octavo objetivo, reafirmado en Monterrey y Johannesburgo, insta a los países ricos a adoptar medidas para aliviar la deuda, incrementar la asistencia y permitir a los países más pobres el acceso a sus mercados y tecnología.

⁴² Se abordarán solamente las metas más afines con el tema de este documento.

Meta 2: Entre 1990 y 2015, reducir a la mitad el porcentaje de personas que padezcan hambre.

Qué significa este ODM para las mujeres adolescentes

El potencial de un contingente de mujeres adolescentes de algo más de 30 millones de personas en la Región⁽⁸²⁾ puede verse seriamente truncado por las limitaciones que imponen la pobreza y el hambre. Las condiciones sociales y materiales de la mayor parte de las MA son deficitarias en términos de acceso a las condiciones de subsistencia, habitabilidad, servicios e inclusión social. Destaca la CEPAL que si se considera que la adolescencia remite a capacidades acumuladas en etapas previas, esto puede operar como una condena, sobre todo si la infancia ha ido acompañada de carencias nutricionales, familiares y educacionales. Lo más probable es que un/a joven pobre haya sido un niño/a pobre, y pesa sobre él o ella una alta probabilidad de devenir adulto/a pobre. En este sentido, es el/la joven quien *porta* la pobreza de una generación a otra.⁽⁸³⁾

Una apuesta para que la Región de Latinoamérica y el Caribe se vea enriquecida con los aportes, creatividad y empuje de las MA requiere propiciar su participación y buscar su prosperidad contribuyendo a que mejoren también sus comunidades. El empoderamiento de MA que viven en condiciones de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad, puede revertir los daños producidos por una infancia sin oportunidades para el desarrollo integral.

¿Es posible el cumplimiento de este objetivo?

Las perspectivas de reducir la pobreza a la mitad para el 2015 **no son alentadoras para LAC.**⁽⁸⁴⁾ Aun cuando en el 2006, cuatro paí-

ses —Chile, Brasil, México y Ecuador— han alcanzado la meta, el avance en los países restantes —entre los que se cuentan las más altas tasas de indigencia (Bolivia, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay)— aun no ha sido suficiente.⁽⁸⁵⁾

La Región se caracteriza por fuertes desigualdades entre grupos sociales, enraizadas en la historia y en las estructuras socioeconómicas. Tal desigualdad se oculta cuando se mide el cumplimiento de la meta en forma global para toda la Región y pasa inadvertida la pobreza según el sexo, la educación, el área de residencia (rural o urbana), la etnia y la raza. Cabe mencionar que las mujeres afrodescendientes e indígenas son las más afectadas por la pobreza e indigencia en la Región.⁽⁸⁶⁾ En Brasil, por ejemplo, 22% de las mujeres afrodescendientes son indigentes en comparación con un 8% de las mujeres blancas.⁽⁸⁷⁾

A pesar de que existe una correlación relativamente alta entre indigencia, malnutrición y desnutrición, y tiende a asimilarse la pobreza extrema al hambre,⁽⁸⁸⁾ lo cierto es que la Región está en vías de cumplir la meta sobre hambre. No obstante, advierte la CEPAL que aun si se cumpliera la meta, dado el aumento previsto de la población, en el año 2015 habría en América Latina y el Caribe más de 40 millones de habitantes en situación de malnutrición.⁴³⁽⁸⁹⁾

Dadas las limitaciones del indicador de desnutrición global (bajo peso) que se contempla en este ODM para arrojar una aproximación real del problema del hambre, la OPS considera que la desnutrición crónica (o el retardo en el crecimiento) es un indicador más adecuado para examinar de manera más profun-

⁴³ Esta consideración es particularmente importante debido a que los países con mayores niveles de malnutrición y de pobreza extrema seguirán registrando las tasas más elevadas de crecimiento poblacional en la próxima década.

Datos del estado actual de las MA

Pobreza

- Los hogares pobres de todos los países presentan las mayores tasas de fecundidad, por lo que evidentemente tienen el mayor número de niños y adolescentes y ellos son los grupos más afectados por la pobreza.(91)
- En América Latina, según cifras de 2002, 15 millones de indigentes tienen entre 13 y 19 años de edad.(92)
- Entre las mujeres jóvenes la pobreza supera el 37%, mientras que entre los varones jóvenes alcanza al 33,5%, diferencia un poco menor en lo atinente a la indigencia.(93)
- En las áreas urbanas de la Región casi el 43% de las mujeres mayores de 15 años carecen de ingresos propios, comparado con sólo el 22% de los hombres.(94)
- En las áreas rurales el 70% de la población sin ingresos está compuesto por mujeres mayores de 15 años.
- Los dos últimos datos dan cuenta de la falta de autonomía económica que afecta a las mujeres dada su incapacidad de generar ingresos y de tomar decisiones sobre los gastos.(96)

Hambre y desnutrición

- Entre los 10 y 19 años, la anemia es el principal problema nutricional de las mujeres.(97)
- La anemia en mujeres adolescentes varía de un 7% en El Salvador, 30% en Bolivia y 45% en Haití.(98)
- La anemia en las adolescentes y adultas jóvenes puede tener efectos negativos sobre su rendimiento cognitivo y sobre su crecimiento. Si la adolescente se embaraza, la anemia no solo incrementa la morbilidad y mortalidad materna, también incrementa la incidencia de problemas en el hijo (por ejemplo, bajo peso al nacer y prematurez), y tiene un impacto negativo sobre el hierro corporal del lactante.(99)
- La baja talla de las madres adolescentes es un factor de riesgo para el trabajo del parto y en lugares donde la atención al parto no es adecuada contribuye a la mortalidad materna y neonatal.(100)
- En varios países, las niñas tienen más probabilidad de morir por desnutrición que los niños. Por ejemplo, en Ecuador (2000), por cada 69 niños de entre 1 a 4 años de edad que murieron debido a la desnutrición, 91 niñas murieron por la misma causa; en Perú (2000), la proporción fue de 99:110 (niños: niñas); en El Salvador (1999), la proporción fue 12:12. En Uruguay, en el 2000, cuatro niños por cada siete niñas murieron debido a deficiencias nutricionales.(101)

da los efectos acumulados y permanentes de la malnutrición. Desde esta perspectiva, **la probabilidad de alcanzar la meta es baja.**(90) Más aun, el retardo en el crecimiento afecta directamente la probabilidad de alcanzar el ODM 4 en la Región en vista de que representa también uno de los mayores factores de riesgo en la mortalidad infantil.

6.2. ODM 2: LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL

Meta 3: Velar por que, para el año 2015, las niñas, niños y adolescentes de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Qué significa este ODM para las mujeres adolescentes

Invertir en la educación de las niñas y adolescentes es un aporte indiscutible para su empoderamiento y reporta un doble dividendo: el beneficio para ellas mismas y el beneficio

intergeneracional para las niñas y niños del futuro. Significa poder contar con algunos de los elementos necesarios para desarrollarse íntegramente como personas y participar en la vida comunitaria y social, y para criar hijas e hijos sanos, conscientes de su entorno, participativos, felices mientras son niños, y productivos social y económicamente cuando adultos.(102)

Educar a las mujeres significa salvar la vida de muchos niños. Cuanto más tiempo asista una MA a la escuela, mayor será la posibilidad de que se convierta en una madre sana, bien alimentada y con capacidades económicas, que disponga de recursos para favorecer la salud y la educación de sus hijos. Un año adicional de educación puede impulsar el ingreso de una MA entre 10 y 20%.(103)

La educación es central para el desarrollo integral de las MA no sólo porque es un derecho humano fundamental, sino también porque contribuye al desarrollo productivo, promueve la equidad intergeneracional y capacita a las adolescentes para emprender diversos proyectos de vida y ejercer su condición de ciudadanas en un marco democrático y de fomento a la paz.(104)

Eliminar la disparidad de género en el acceso y la conclusión de la educación primaria es un factor clave para que las MA logren adquirir las habilidades para participar en la vida cívica y política, para obtener un empleo o generar ingresos propios y para tomar decisiones que afectan su vida y su salud. Tener una educación integral también significa que las niñas y adolescentes serán en menor medida objeto de explotación, como mano de obra; serán menos vulnerables al abuso, la coerción sexual y a la violencia; tendrán mayores posibilidades de asumir responsablemente su vida sexual y reproductiva y será más probable

que participen en el desarrollo de sus comunidades. En tal sentido se expresa la CEPAL cuando afirma: “El bienestar que augura la educación hoy, además de mayores ingresos futuros, se expresa en el uso de las habilidades para ejercer nuevas formas de ciudadanía y convivir positivamente en el multiculturalismo”.(105)

¿Es posible el cumplimiento de este objetivo? América Latina y el Caribe —que ya había logrado a comienzos de los años noventa una cobertura relativamente alta de la educación primaria, con tasas netas de matrícula superiores al 90% en muchos países— siguió progresando en forma rápida. Dicho avance adquiere especial importancia en la medida que permitió dar acceso al nivel básico a más del 95% de las niñas y niños. No obstante, algunos países latinoamericanos registraron una disminución de la tasa neta de matrícula entre comienzos de los años noventa e inicio de la década actual y en varios otros dicha tasa aún se sitúa por debajo del 90%. Los antecedentes disponibles para el Caribe indican que el avance en esta subregión fue insuficiente, aunque la mayoría de los países había alcanzado una tasa neta de matrícula primaria elevada, superior al 95%.(106)

El examen basado en un indicador más adecuado para dar cuenta del grado de cumplimiento de este objetivo —el porcentaje de niños y niñas que efectivamente terminan el ciclo primario— muestra que **el progreso ha sido insuficiente y que la Región en su conjunto no se encamina hacia el logro de la universalización de la enseñanza primaria en 2015**. Refiere la CEPAL: “En efecto, en caso de que se mantengan las tendencias registradas, ninguno de los países de la región sobre los que se dispuso de antecedentes alcanzarían la meta en el año 2015, ni siquiera los que lograron avances algo mayores que los

Datos del estado actual de las MA

Completar la escuela primaria

- A pesar del aumento global de la escolarización, subsisten disparidades entre los países, así como entre las zonas rurales y urbanas.
- Las niñas que tienen más probabilidades de no ir a la escuela son las de familias pobres, las pertenecientes a poblaciones indígenas, las discapacitadas, las desplazadas, las que viven en zonas rurales o urbano-marginales y/o las hijas de madres que no fueron escolarizadas. (108) El hecho de ser niña aumenta las probabilidades de quedarse sin escolarizar.(109)
- Las jóvenes de los hogares pobres rurales aparecen con una desventaja de acceso escolar con respecto de sus pares urbanas pobres de casi 6,5 puntos porcentuales, mientras la distancia con las mujeres urbanas no pobres alcanza a 24 puntos porcentuales.(110)
- La deserción temprana de la escuela hace que las niñas no se vean beneficiadas por otros programas que se ejecutan a través de las propias escuelas (de alimentación y nutrición, de control del niño sano, de transferencia de ingreso a los hogares, y otros).
- Entre los factores que contribuyen a la deserción temprana están: el trabajo infantil, las largas distancias que las niñas, niños y adolescentes deben caminar hasta las escuelas, la escasa contratación de maestros, los conflictos sociales, las situaciones de emergencia, los costos de matrícula, uniformes, alimentación, libros de texto y materiales didácticos que deben sufragar las familias y que tiene mayor impacto desfavorable para las mujeres.(111)
- Entre los factores que contribuyen directamente a la deserción de las niñas y adolescentes están la falta de transporte seguro, los entornos escolares peligrosos, la falta de voluntad de los padres para invertir o interesarse en la educación de las niñas y las adolescentes, las prácticas sociales y culturales discriminatorias como su presencia en casa para contribuir a los ingresos familiares o para cuidar de los hermanos pequeños, las restricciones a la libertad de tránsito y de expresión de las niñas y adolescentes, al poco interés en la reinserción y permanencia de adolescentes madres y embarazadas, etc.(112)
- Los problemas relacionados con la escolarización de las niñas no se encuentran desligados del contenido de la educación. Por el contrario, la ausencia de procesos integrales y permanentes de sensibilización y capacitación de género dirigidos a maestras y maestros, la falta de modelos educativos culturalmente situados y respetuosos de la diversidad, la falta de educación para la sexualidad, la limitada atención de niñas con necesidades educativas especiales, las amenazas a la seguridad emocional de las niñas y la currícula insensible a las inequidades conspiran directamente contra el derecho a la educación.(113)
- El impacto económico de la deserción escolar afecta más a las mujeres. La información sobre las pérdidas de ingresos salariales derivadas de la deserción escolar según el sexo, muestra que esta entraña mayores déficit para las mujeres que para los hombres.(114)

demás, como Bolivia y México. Si se mantienen las tendencias de la década pasada, en el año 2015 más del 6% de los niños y niñas de

la región no completarán la educación primaria, aunque ese promedio oculta importantes diferencias entre los países”.(107)⁴⁴

⁴⁴ En 10 de los 18 países analizados, el porcentaje será inferior o cercano al 5% (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, Uruguay y República Bolivariana de Venezuela); en 4 países ese porcentaje se elevaría entre 7% y 12% (Bolivia, Brasil, Paraguay y República Dominicana), en tanto que en los 4 países restantes los niños y niñas que no completarían la primaria ascendería a niveles muy altos, de 18% a 31% (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua).

6.3. ODM 3: PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER

Meta 4: Eliminar las desigualdades ente los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines del 2015.

Qué significa este objetivo para las mujeres adolescentes

La autonomía de las MA aunada a la equidad de género son indispensables para poder suprimir la discriminación hacia ellas, tan arraigada en los países de la Región, que llega incluso a ser aceptada. No se repara en que pueda ser injurioso que las mujeres estén subordinadas en las familias y la sociedad, tengan menos derechos, cobren salarios inferiores por un mismo trabajo y/o puedan ser agredidas por los hombres. Situaciones todas que de alguna manera comprometen su salud y bienestar.

Las mujeres, y especialmente las MA, enfrentan una variedad de problemas de salud que reflejan la idea de que ellas son todavía “el segundo sexo”. Un artículo del periódico británico *The Lancet*, puntualiza: Los mejoramientos a largo plazo y sostenidos en la salud de las mujeres, necesitan la rectificación de las desigualdades y desventajas que las MA y niñas enfrentan en cuanto a oportunidades de educación y económicas. Si se es una mujer, joven y pobre, también se es más vulnerable en términos de su salud.(115)

En el caso de las MA es bien clara la relación estrecha entre la educación, el empoderamiento y los resultados en salud:

- » Las mujeres adolescentes y jóvenes, con siete o más años de educación escolar, suelen

retrasar la edad de la unión cinco años más tarde que mujeres con menos o ninguna educación escolar, tener entre dos y cuatro hijos menos, embarazos más sanos y partos más seguros. Sus hijos tienen mayores posibilidades de sobrevivir al parto, a los primeros meses de vida y a los críticos cinco primeros años, creándose las bases para una vida sana y beneficiosa.(116)

- » La escolaridad también se relaciona favorablemente con la protección de las MA del VIH: las jóvenes con más escolaridad saben más acerca del VIH, tienen más conocimientos acerca de cómo evitarlo y están en mejor situación para cambiar comportamientos que las exponen al riesgo de contraerlo.(117)
- » Las mujeres con educación formal utilizan, en mayor medida, métodos anticonceptivos para retrasar los embarazos o repartirlos en intervalos más sanos, lo que, a su vez, reduce la incidencia de niños nacidos con bajo peso, muerte infantil y desnutrición infantil.(118)
- » Así mismo, las MA con poca salud y/o con altos niveles de desnutrición o trastornos alimentarios tienen menos posibilidades de acceder a las escuela y cuando lo hacen su desempeño es menor que aquellas que gozan de una buena salud.(119)

La habilidad de controlar su propia fecundidad es absolutamente fundamental para el empoderamiento y autonomía de las MA. “Cuando una mujer puede planificar su familia, ella puede planificar el resto de su vida,” dice Thoraya A. Obaid, Directora Ejecutiva de UNFPA. “Cuando ella es saludable, puede ser más productiva. Y cuando sus derechos reproductivos son protegidos, ella tiene libertad para participar más y con mayor igualdad en la sociedad. Los derechos reproductivos son esenciales para el progreso de las mujeres.”(120)

Además de los efectos positivos en el ámbito de la salud, el empoderamiento que obtienen las MA al alcanzar niveles más altos de educación les permite una mayor movilidad social, mejores posibilidades de independencia económica, una exposición más amplia y crítica frente a los medios de comunicación, un acceso a redes sociales más amplias, un conocimiento de sus derechos, una mayor disposición a hacerlos valer, y un menor riesgo de la violencia basada en género (o por lo menos una conciencia acerca de la injusticia que representa).(121)

En muchos casos los procesos de empoderamiento se ven detenidos por situaciones de violencia de género⁴⁵ hacia las MA por parte de familiares o de sus parejas lo cual mina de manera soterrada su integridad y las posibilidades de participar en las decisiones que afectan sus proyectos de vida y su salud sexual y reproductiva. En la medida en que este problema vaya cobrando visibilidad será posible dimensionar su tamaño, profundizar en sus causas y consecuencias y emprender, desde diversos ámbitos, acciones que permitan erradicarla.

¿Es posible el cumplimiento de este objetivo?⁴⁶

Las cifras globales muestran que los países de la Región están logrando eliminar la diferencia entre los sexos en todos los niveles de enseñanza, con tasas que favorecen a las mujeres especialmente en la educación superior. Es en el ámbito educativo donde se han alcanzado los mayores logros en relación con la equidad de género en la Región. En la década de 1990, se conquistó la equidad en lo referente al acce-



so a la educación primaria, ya que en la mayoría de los países se equipararon las tasas netas de matrícula de niñas y niños. En la educación secundaria y terciaria, las mujeres superaron la tasa de matrícula masculina. Sin embargo, quedan aún tareas pendientes, vinculadas sobre todo con las desigualdades económicas, étnico-raciales y de lugar de residencia.(122)

Para los niveles secundario y terciario la información disponible para el inicio del 2000 muestra que en el primero la relación entre las tasas netas de matrícula favorece a las MA, excepto en Anguila, Guatemala y Perú. En el caso de la educación terciaria, aunque la información disponible es bastante escasa, se advierte que solo México no supera la meta de

⁴⁵ Al decir de la CEPAL, los indicadores oficiales son insuficientes para apreciar de forma integral los avances y los retos con respecto a la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer. Por ello ha propuesto algunos indicadores adicionales y complementarios a los oficiales adecuados a la realidad regional, relacionados con los derechos sexuales y reproductivos, las desigualdades en el hogar y la violencia contra la mujer en LAC.

⁴⁶ La Declaración del Milenio establece la igualdad de género y al empoderamiento de la mujer como fines y género en la educación, en el trabajo y en la participación política.

este ODM de eliminar las desigualdades entre los géneros.(123)

Sin embargo, esta amplia participación en el sistema educativo no alcanza una reducción suficiente de la brecha salarial. Esto se debe en parte al hecho de que entre las MA que acceden a la educación terciaria, ya sea universitaria o técnica, persiste una concentración en carreras tradicionalmente consideradas “femeninas” y por tanto “devaluadas” y a que los logros educativos de las mujeres no han ido de la mano de cambios en materia de redistribución de las responsabilidades familiares puesto que las mujeres siguen siendo las principales responsables del trabajo doméstico no remunerado.(124)

Este hecho aminora el impacto de la educación de las MA y demuestra que no es suficiente asegurar su acceso sino que es imprescindible reorientar su participación en beneficio de ellas mismas y de la sociedad en su conjunto.

6.4. ODM 4: REDUCIR LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ

Meta 5: Entre 1990 y 2015, reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Qué significa este ODM para las mujeres adolescentes

La supervivencia y salud del recién nacido están cercanamente relacionadas con la supervivencia y el bienestar de su madre, particularmente cuando esta es adolescente. El embarazo precoz está asociado con una mayor mortalidad neonatal, un bajo peso al nacer y prematuridad, una mayor tasa de mortalidad infantil, mayor morbilidad física y mental, con un riesgo mayor de enfermar, de desnutrir y de abuso y maltrato.(137) Otros factores de riesgo para la mortalidad infantil incluyen: un embarazo

poco espaciado del anterior, el alto lugar en el orden del nacimiento del recién nacido, y el escaso acceso a servicios de saneamiento, planificación familiar y de atención calificada del parto. Asimismo, el nivel educativo de la madre sigue diferenciando significativamente los niveles de mortalidad infantil.(138)

Las madres adolescentes tienen menos opciones de que sus hijos sobrevivan y se desarrollen mejor, en comparación con las madres de mayor edad.(139) Estas últimas tienen mayores posibilidades de desarrollar habilidades para el cuidado y la nutrición de sus hijos y de contar con redes de apoyo para cumplir con su rol materno.

En esta perspectiva, los argumentos para prevenir el primer embarazo, espaciar el segundo y promover la salud de adolescentes y el acceso a servicios de calidad cobran mayor contundencia. El embarazo de adolescentes contribuye a la transmisión intergeneracional de la pobreza ya que sus hijos tienen mayor riesgo de ser pobres y dos veces más riesgo de desnutrición.(140)

¿Es posible el cumplimiento de este objetivo?

En el período 1990–2003, que representa cerca de la mitad del lapso establecido para alcanzar los ODM, LAC registraba el descenso más acelerado de la mortalidad infantil y en el 2003 anotaba la menor mortalidad infantil del mundo en desarrollo.

Ahora bien, los promedios regionales de mortalidad infantil esconden grandes disparidades entre países. Mientras el índice de mortalidad infantil en el 2003 para un grupo de cinco países fue inferiores a 9,2, en otro grupo de 12 países fue superior al promedio regional de 25,6 por 1.000. Entre estos sobresale Haití, cuyas tasas son superiores a 60 por 1.000. (141)

Datos del estado actual de las MA

Equidad de género en educación

- ▶ Entre 1990 y 2005 la asistencia escolar de adolescentes entre 12 y 14 años se incrementó de 84 a 94%; entre 15-17 años fue de 61 a 76%; y en aquellos con 18 años fue de 28 a 35%.
- ▶ Sin embargo, las disparidades siguen presentes entre las adolescentes y jóvenes de estratos más bajos quienes acumulan mayor retraso educativo y deserción escolar.(125) Se estima que en los países más pobres y en zonas rurales, a los 15 años el 40% las mujeres está fuera del sistema escolar.(126)
- ▶ Según el índice de paridad entre los sexos, los agregados nacionales no revelan marcadas diferencias en lo que respecta al acceso a la enseñanza primaria en América Latina y el Caribe. (127) Sin embargo, las tasas de supervivencia⁴⁷ al quinto grado son significativamente más bajas que las tasas de acceso. En LAC, solo 10 países y territorios registran una supervivencia al quinto grado superior al 90%.(128) En gran medida, ello responde a tasas de repetición relativamente elevadas en los primeros años de la educación primaria que se traduce en deserción escolar. En este aspecto, una vez más, se hacen manifiestas las inequidades puesto que son las niñas y adolescentes de estratos más pobres quienes acumulan mayor retraso educativo y deserción escolar.(129)
- ▶ A pesar de alcanzar niveles de educación secundarios o terciarios, las tasas de desempleo de los jóvenes de 15 a 24 años de edad son mayores para las mujeres que para los varones. En un estudio comparativo realizado entre los años 1990 y 2000, en nueve de 10 países con datos en LAC, las mujeres jóvenes tenían en el año 2000 tasas más altas de desempleo en comparación con 1990.(130)

Barreras para la equidad de género: Violencia contra las MA

- ▶ En México, en 2007, el 15% de las y los jóvenes entre 15 y 24 años, ha experimentado al menos un incidente de violencia física en la relación de noviazgo. Estos incidentes ocurren en mayor proporción en zonas urbanas. Mayoritariamente, en el 61% de los casos, esta violencia se ejerce en contra de las mujeres. De acuerdo con el mismo estudio, el 16.5 % de las jóvenes ha estado expuesta a algún evento de violencia sexual por parte de su pareja. La proporción es similar entre jóvenes de zonas urbanas y zonas rurales.(131)
- ▶ En Perú, en 2000, 40% de las mujeres jóvenes informaron que su primera relación sexual ocurrió bajo presión o coerción.(132) Asimismo, en el Caribe y en esa misma fecha, de un 30% de adolescentes que dijo tener relaciones sexuales, la mitad refiere que su primera relación fue forzada.(133)
- ▶ Entre 2000 y 2004, las mujeres de 15 a 19 años, alguna vez casadas o unidas, que refieren episodios de violencia sexual van desde el 15% en Haití, el 11% en Bolivia, el 10% en Paraguay y el 7% en Colombia.(134)
- ▶ Los casos de violencia física en contra de mujeres de 15 a 19 años, entre 2000 y 2004, fueron: 43% en Bolivia, 38 % en Colombia, 31% en Perú y 18% en Haití y Paraguay.(135)
- ▶ En Costa Rica, en 1999, 95% de los embarazos de jóvenes de 15 años o menos fueron debidos al incesto.(136)

Al analizar la información en su conjunto, queda claro que se requerirán esfuerzos adi-

cionales para alcanzar la meta de reducción de dos tercios. Además, frente a las brechas que

⁴⁷ Esta mide la proporción de miembros de una cohorte de entrantes al primer grado que logrará matricularse en el quinto grado, dados algunos supuestos que permiten reconstruir el flujo de esa cohorte.

separan a los países, habrá que aplicar intervenciones adecuadas para cada situación a fin de reducir los principales determinantes de la mortalidad.(142)

LAC se caracteriza por altos niveles de desigualdad social y la mortalidad en la niñez no está ajena a esta condición, pues históricamente los grupos más excluidos y vulnerables han registrado mayor mortalidad. Ciertamente los niños indígenas de zonas rurales tienen mayor riesgo de morir antes de cumplir el primer año de vida que los no indígenas rurales, y el mismo patrón se advierte en las zonas urbanas. Asimismo, a finales de la década de los noventa, la mortalidad en la niñez era mayor en los grupos más excluidos.(143)

6.5. ODM 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Meta 6: Entre 1990 y 2015, reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Qué significa este ODM para las mujeres adolescentes

La mortalidad materna es un fenómeno íntimamente ligado a los derechos de las mujeres

y a la pobreza por lo que es un indicador síntesis de las inequidades de género.(148) Sus estadísticas en la Región revelan la forma en que las sociedades les han fallado a las mujeres, particularmente a las MA, en los países más pobres.

El embarazo y el aborto son unas de las principales causas de muerte para las MA en la Región.(149) El riesgo de morir por causas obstétricas de una madre adolescente es el doble que el de una mujer mayor de 24 años, y es tres veces en las mujeres menores de 15 años de consecuencias adversas en salud. Por cada adolescente que muere en el parto, hay muchas más que padecen lesiones, infecciones, ITS, infertilidad y discapacidades prolongadas, como la fístula obstétrica.(150) Las MA embarazadas tienen menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleos informales y de pobreza, y sus hijos sufren más riesgos de salud. En América Latina y el Caribe, el 45% del número total de muertes debidas a abortos inseguros se registra en mujeres menores de 24 años.(151)

La ausencia de políticas de salud eficaces y focalizadas para la salud sexual y reproductiva

Datos del estado actual de las MA

Mortalidad Infantil

- Los hijos de madres adolescentes tienen 1,5 veces más probabilidades de morir antes de cumplir su primer año que aquellos con madres de más edad.(144)
- El embarazo precoz en la adolescencia está asociado con un bajo peso al nacer y prematuridad, una mayor tasa de mortalidad infantil, mayor morbilidad física y mental, con un riesgo mayor de enfermar, de desnutrir y de abuso y maltrato.(145)
- En LAC, se calcula que 18% de los nacimientos corresponden a mujeres menores de 20 años, tratándose de embarazos no deseados en 30% a 40% de los casos.(146)
- Cuando una madre muere, solamente un tercio de los hijos que han sobrevivido al parto se mantienen con vida y saludables un año más tarde. Este patrón se repite en cualquier lugar(147). Esto también tiene un impacto en las otras niñas o mujeres de la familia, ya que la niña mayor es presionada para que deje la escuela y cuide del resto del hogar si su madre muere en el parto.

contribuye directamente a la mortalidad materna.(152) La atención del parto por parte de personal calificado es esencial pues contribuye a evitar complicaciones y a remitir los casos a otros servicios, entre ellos los de planificación familiar y el tratamiento de ITS.⁴⁸ Se estima que al prevenir los embarazos no deseados a través del acceso a la planificación familiar podrían reducirse de un 20 a 35% de las muertes maternas así como las complicaciones durante el embarazo y el parto, y los abortos riesgosos. La necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en adolescentes de la Región es 2.5 veces mayor que la de las mujeres adultas (153) y asciende aproximadamente a 40% de los casos.(154)

La desigualdad de género pone a las MA en mayor riesgo de mortalidad materna y otros problemas de salud reproductiva. La negación del derecho a decidir libremente tener o no tener hijos, el miedo a la violencia masculina, la presión sociocultural en torno a la maternidad incluso en las adolescentes, la ausencia de servicios y de políticas de educación de la sexualidad son causas asociadas a la mortalidad materna que debieran encararse abiertamente.

¿Es posible el cumplimiento de este objetivo?

Las estimaciones disponibles indican que la mortalidad materna se ha mantenido en aproximadamente 190 muertes por cada 100.000 nacimientos en América Latina y el Caribe en la década pasada. Como el total de nacimientos no ha sufrido variaciones importantes desde entonces, el número de mujeres que fallecen por causas relacionadas con el embarazo y el parto en la Región se habría mantenido en alrededor de 22.000 al año.(155)

Aun cuando las cifras son imprecisas, el virtual estancamiento de la razón de mortalidad materna en la Región debe ser motivo de preocupación, ya que no resulta en absoluto favorable respecto de la meta de reducir su incidencia en tres cuartas partes hacia el año 2015.(156)

Solamente un pequeño grupo de países, Uruguay, Chile, Cuba, Santa Lucía, Argentina, Brasil y Costa Rica, aparece con niveles por debajo de 50 muertes por cada 100.000 nacimientos. El resto presenta tasas que oscilan entre 60 y un máximo de 520 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos en Haití.

A pesar de que en América Latina, un 82% de partos son atendidos por personal calificado, debe tenerse en cuenta que la disminución de la mortalidad materna también depende de otros factores socioeconómicos y ambientales. Por ejemplo, para el año 2000, a pesar de que en Guyana y Paraguay la cobertura de atención profesional del parto supera el 85%, la tasa de mortalidad materna supera los 130 por cada 100.000.(157)

Existen profundas desigualdades y dificultades de acceso a los servicios de salud reproductiva, sobre todo entre la población rural y de origen indígena, grupos de alta incidencia de mortalidad materna. Esto se relaciona con la escasez de servicios y cuidados de emergencia y en especial de las emergencias obstétricas, dificultades de comunicación, tales como la lejanía de los centros de salud, y poca información sobre los servicios disponibles. Por lo tanto, las medidas para ampliar el acceso y reducir las desigualdades pueden hacer una contribución sustantiva al logro de este objetivo.

⁴⁸ De hecho, este es uno de los indicadores establecidos para verificar el cumplimiento de la meta 6 del ODM, relativa a la mortalidad materna.

Datos del estado actual de las MA

Mortalidad materna

- ▶ Las causas más frecuentes de ingresos hospitalarios en mujeres jóvenes fueron obstétricas (27% y 31% en el Caribe y Centroamérica respectivamente).(158)
- ▶ Se estima que 30% de las muertes maternas ocurren en jóvenes menores de 24 años, cifra que llegó a un 50% en el estudio de mortalidad materna de El Salvador, 2006.(159)
- ▶ Las defunciones relacionadas con las complicaciones del aborto inseguro en la Región representan un alto subregistro, se estima en mucho más del 11% que figura en las estadísticas oficiales. El restante 15% es el resultado de otras causas.(160)
- ▶ Aproximadamente el 50% de las mujeres entre 15 a 24 años, en algunos países de Centroamérica, ha iniciado las relaciones sexuales a los 15 años de edad; el porcentaje es mayor en las zonas rurales y con menor educación.(161)
- ▶ Para 2006, la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes fue 48% en Honduras, 38% en Guatemala y 36% en Nicaragua.(162)
- ▶ Más de cinco países de la Región tienen tasas de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años de más de 100 por 1.000; 12 países tienen tasas de fecundidad mayores que el promedio regional (76 por 1.000).(163)
- ▶ Las tasas de fecundidad entre las adolescentes exceden de 100 por 1.000 nacidos vivos en Honduras, Nicaragua, Guatemala, El Salvador y la República Dominicana.(164)

6.6. ODM 6: COMBATIR EL VIH/ SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

Meta 7: Para el año 2015, haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/sida.

Qué significa este ODM para las mujeres adolescentes

Dos tendencias que se observan en la epidemia del VIH afectan a las MA de la Región. Por un lado, hay un “rejuvenecimiento”(165) de esta ya que la mitad de los casos nuevos de infección por VIH se han producido en personas de 15 a 24 años, (lo que difiere de la tendencia observada en la primera mitad de la década de 1990, en la que se producía principalmente en personas de 30 a 39 años); y por otro, hay crecientes tasas de infección en las mujeres.

Las MA se encuentran actualmente entre los grupos de alta vulnerabilidad en la Región,

particularmente en el Caribe.(166) Las MA tienen más propensas conductas sexuales de riesgo que las mujeres adultas y tienen menor poder de negociación y mayor probabilidad de tener relaciones sexuales forzadas y desprotegidas que los adolescentes varones. En Jamaica, las jóvenes embarazadas tienen una tasa de prevalencia del VIH que equivale a casi el doble de la tasa que presentan las mujeres mayores.(167) En el Caribe, las mujeres jóvenes representan más de dos tercios (69%) de todos los jóvenes con VIH/sida.(168)

La inequidad de género y la falta de empoderamiento son fuerzas clave que impulsan la epidemia.(169) La mayor vulnerabilidad está determinada por una cultura que limita el acceso a bienes y servicios a la población femenina y les impide tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas e informadas. El hecho de que sea común que en muchos casos sean sus compañeros o esposos, o hasta familiares, quienes deciden cuándo, cómo y con

qué frecuencia tener relaciones sexuales limita las posibilidades de que las mujeres pongan en práctica medidas de prevención o protección para no infectarse y ante el abuso sexual.

El riesgo de contraer VIH se intensifica en las mujeres adolescentes porque fisiológicamente son de dos a cuatro veces más susceptibles a la transmisión de la infección.(170) Las MA tienen una superficie mucosa vaginal más fina e inmadura donde pueden presentarse lesiones microscópicas. Las jóvenes y adolescentes, cuyo aparato reproductivo no está plenamente desarrollado, son más susceptibles a las infecciones por el VIH y de transmisión sexual. El riesgo de infección por el VIH en las mujeres con ITS no tratadas aumenta.(171)

La falta de acceso a servicios de salud apropiados para las MA con personal calificado así como el estigma y la discriminación hacia las adolescentes más vulnerables y desempoderadas contribuyen al aumento de la epidemia del VIH. En palabras de John Pape⁴⁹ “En Haití, la mayoría de los centros de salud envían a los pacientes de 13 a 25 años a clínicas pediátricas o para adultos, sin reconocer las necesidades especiales de esta población. Se requieren intervenciones dirigidas a los adolescentes y jóvenes infectados con el VIH”.(172)

La falta de acceso a una educación en sexualidad de calidad para las MA aumenta la prevalencia de comportamientos riesgosos asociados con las ITS y limita la habilidad de discutir sobre el VIH con su pareja, exigir el uso del preservativo, o negociar las relaciones sexuales y por ende aumenta el riesgo de infección por el VIH. La educación primaria tiene un sustancial efecto positivo en el conocimiento de la prevención del VIH y uso del condón, pero la educación secundaria tiene

un efecto aún mayor. Es mucho más probable que las MA que asisten a la escuela secundaria comprendan las consecuencias de un comportamiento riesgoso y hasta conozcan técnicas efectivas para rehusarse en situaciones sexuales difíciles.”(173)

¿Es posible el cumplimiento de este objetivo?

En LAC se han observado incrementos significativos del número total de personas con VIH entre 2002 y 2004. Se estima que en 2004 había un total de 2,4 millones de personas con el virus en América Latina y el Caribe, un 21% de las cuales vive en el Caribe. Asimismo, se calcula que en ese período en América Latina se produjo un aumento de 200.000 de personas con VIH; en el Caribe la cifra es de 20.000 personas.(174)

Al decir de la CEPAL “...de cierta manera, en solo unos pocos años, la diseminación de la epidemia del sida ha barrido con varias décadas de inversión en salud pública. Disminuir la epidemia requiere de medidas extraordinarias, en cuanto a prevención, tratamiento y cuidado”.(175)

Sin considerar los promedios nacionales, aun en los países que presentan una baja prevalencia, hay grupos específicos de población que contienen sub-poblaciones con niveles de prevalencia elevados. Los adolescentes (10–19 años) de más alto riesgo al VIH son los usuarios de drogas inyectables que utilizan equipos no esterilizados, hombres que tienen sexo sin protección con otros hombres, trabajadoras/es sexuales incluyendo aquellos grupos de trata humana para la explotación sexual y que tienen relaciones sexuales sin protección, y hombres que tienen sexo desprotegido con trabajadoras/es sexuales.(176)

⁴⁹ Fundador de El Grupo Haitiano de Estudio del Sarcoma de Karposi y las Infecciones Oportunistas, creado en mayo de 1982. Para mayor información ver: <http://www.haitimedical.com/gheskio>

Las asimetrías de poder son las que determinan la mayor vulnerabilidad social de las mujeres y permiten entender la modificación de la razón hombre/mujer. Alrededor de 1985, por ejemplo, en el Caribe había cuatro hombres con sida por cada mujer en estas condiciones (razón 4:1). La razón promedio se ha reducido a 2:1 en los adolescentes y jóvenes (2007) en Barbados, Bahamas y Jamaica, entre otros. En Cuba la relación para la población joven es de casi 1:1. En República Dominicana, Haití y Trinidad y Tobago, el número estimado de mujeres (15–24 años) viviendo con HIV supera el de los hombres.(177)

La epidemia del VIH es uno de los retos más importantes que enfrentan actualmente los

países de la Región. Para que una estrategia sea adecuada debe ser integral y considerar no solo la necesidad de ampliar las medidas de prevención, tratamiento y cuidado sino también la defensa de los derechos de las personas con VIH.

6.7. ODM 7: GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE

Meta 10: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento.

Datos del estado actual de las MA

VIH/SIDA

- ▶ Se estima que en el 2007 casi 40% de las nuevas infecciones de la población mayor de 15 años en el mundo correspondieron a adolescentes y jóvenes.(178)
- ▶ En el 2006, 20% de los casos de VIH diagnosticados y notificados en LAC correspondieron a jóvenes entre 15 y 24 años.(179)
- ▶ En América Latina, las cifras estimadas de jóvenes con VIH entre 15 y 24 años, para 2008, son 0,2 para mujeres y 0,7 para hombres.(180)
- ▶ En el Caribe, el sida ya aparece entre las primeras cinco causas de muerte en la población joven.(181)
- ▶ Se estima que entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes de 15 a 19 años de Guatemala, Perú, Haití y Brasil no saben que una persona con VIH puede no mostrar síntomas de sida por cierto tiempo después de haber contraído el virus.(182)
- ▶ Las mujeres adolescentes y jóvenes (entre 15 y 24 años) de Haití, Bolivia, Trinidad y Tobago y Guyana, dan cuenta de una brecha entre “saber que el sida existe” (más del 90%), y poder identificar correctamente las principales formas de protegerse (que tan solo rebasa el 20%).(183)
- ▶ Las ITS afectan a uno de cada cinco adolescentes cada año y las causas más frecuentes son: clamidia, gonorrea, sífilis y tricomonas.(184)
- ▶ El uso del condón sigue siendo limitado, incluso en relaciones de riesgo. En cuatro países para los que se dispone de datos, el porcentaje de mujeres de edad fértil que usaron preservativo en relaciones definidas como de riesgo fluctúa entre un 16% y un 25%. En el caso de los hombres, solo se dispone de información para República Dominicana y Haití. En este último país, el uso del condón en relaciones de riesgo es de apenas 27%, siendo este indicador de 51% en República Dominicana.(185)



Meta 11: Haber mejorado considerablemente, para el 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.

Qué significa este ODM para las mujeres adolescentes

Todas las personas tienen derecho a gozar de agua suficiente, segura y físicamente accesible, y de servicios de saneamiento apropiados para alcanzar una vida digna y un desarrollo sostenible. Este derecho entraña además el acceso a un conjunto de otros derechos que directa o indirectamente se relacionan con el agua y el saneamiento, tales como el derecho a un ambiente sano, a la salud y a alimentos adecuados. En ese sentido, el derecho a entornos saludables⁵⁰ para la infancia y la adolescencia implica el acceso a servicios básicos de calidad y a un ambiente propicio que proteja la salud y estimule el desarrollo pleno de sus capacidades.(186)

Las limitaciones en cuanto al acceso adecuado a agua potable y alcantarillado afectan más severamente a la población de 0 a 18 años de edad que a los mayores; a los niños, niñas y adolescentes de zonas rurales más que a los urbanos; a los de bajos ingresos más que a los que tienen más; y a los de minorías indígenas y afrodescendientes más que a la población restante de ese mismo grupo étnico.(187)

Estas privaciones tienen consecuencias negativas que se encadenan entre sí, desde una mayor probabilidad de mortalidad y desnutrición infantiles debido a una más alta incidencia de infecciones y diarreas, hasta el consiguiente deterioro en las capacidades cognitivas, que luego condenan a fracasos escolares y trayectorias productivas disminuidas a lo largo de la vida.

En la mayoría de los países en desarrollo, son las mujeres las responsables de la gestión del

⁵⁰ El entorno saludable es un concepto integral que reconoce el hogar, la escuela y la comunidad como espacios clave donde transcurre parte importante de la infancia y la adolescencia y se adquieren conocimientos y valores decisivos para la vida.

agua a nivel doméstico y comunitario. Son ellas las responsables de buscar las fuentes de agua, identificar su calidad higiénica y calcular la cantidad que necesitarán. El agua es crucial para el cuidado del hogar y la salud, no sólo para beber, sino para la limpieza de los alimentos, su preparación y cocción, el lavado de la ropa, el cultivo, la crianza de animales, la construcción, reparación y muchas otras faenas, que en el ámbito doméstico, son de responsabilidad de las mujeres. Todos los servicios esenciales, no remunerados, no reconocidos, subvaluados, no prestigiados que prestan las mujeres del mundo a sus familias y la comunidad, están directamente relacionados con la habilidad de ella para acceder al agua. La restricción de ellas en el acceso al agua compromete negativamente la salud, la seguridad, su desarrollo personal, el de sus familias y comunidad.

El encargado especial de ONU sobre el derecho al agua en su informe del año 2001 explica: “el derecho al agua, junto con el derecho a la alimentación son la verdadera esencia del derecho a la vida.”(188)

Del mismo modo que el agua es la esencia de la vida, contar con los servicios de saneamiento e higiene implica la cobertura de necesidades básicas universales, que para muchas mujeres son un lujo. Sus impactos y beneficios son inmediatos a nivel doméstico y comunitario, aunque a pesar de esto a menudo se ignoran como elementos críticos que permiten a las familias un mejor desempeño en sus actividades cotidianas dentro de un entorno sano.(189)

En fechas recientes The Lancet(190) califica el cambio climático como la mayor amenaza global de salud del siglo XXI. Estos cambios afectan en forma diferente a hombres y mujeres; estas últimas son más vulnerables al conformar la mayor parte de las mujeres pobres del mun-

do y depender más proporcionalmente de los recursos naturales que son amenazados por el cambio climático. Este cambio afecta sin duda a las actividades agrícolas que con frecuencia están a cargo de las mujeres al igual que el suministro de agua y combustible. Las niñas y las MA podrían, por ejemplo, verse especialmente afectadas ya que un motivo importante para no asistir a la escuela o desertar de ella es para recolectar leña y acarrear agua. (191)

¿Es posible el cumplimiento de este objetivo?

Para la mayoría de los países de LAC el logro de las metas de ampliación de la cobertura de los servicios de agua potable urbana es posible y en algunos países se registra un avance superior a la meta y se estima que bastaría con expandir anualmente la cobertura en porcentajes similares a los de la década de 1990 en el período 2005–2015 para alcanzar la meta pertinente.

La meta de cobertura de los servicios de agua potable en el medio rural solo ha sido alcanzada por seis países. Los demás muestran ciertos adelantos respecto de 1990, aunque siguen teniendo brechas superiores al 10% en relación con la meta. En suma, la Región debe ampliar la cobertura en un 2,5% para cumplir con la meta, un 1,5% en las áreas urbanas y un 10% en las rurales.(192)

En los servicios de saneamiento básico, la situación es menos promisoriosa y más heterogénea. (193) En el 2002 la cobertura de estos servicios en las zonas urbanas era de un 84% y en las rurales de un 44%. El cambio que se produjo a lo largo de la década fue muy lento y mucho menor de lo que sería esperable si se hubieran realizado esfuerzos constantes en el período.

Desde ese punto de vista, el avance fue de apenas un 27% en las zonas rurales y de un 35% en las urbanas; ambos porcentajes son inferiores al necesario para estar en trayectoria de

Datos del estado actual de las MA

Agua potable y servicios básicos

- En zonas rurales de América Latina, aproximadamente tres de cada cinco niños, niñas y adolescentes carecen de acceso adecuado a agua potable y alcantarillado.(195)
- Entre el 20% más pobre de la población latinoamericana, la falta de acceso adecuado a agua potable, saneamiento o a ambos afecta a alrededor de la mitad de niñas, niños y adolescentes, mientras en el 20% más rico afecta a alrededor de uno de cada cinco.(196)
- Para un total de siete países de América Latina, en promedio el 35,6% de la población de 0 a 18 años de origen indígena o afrodescendiente carece de acceso adecuado a agua potable, en contraste con el 22,3% para el resto de la población.(197)
- En el 20% más pobre de la población latinoamericana, el acceso inadecuado a saneamiento y agua potable afecta al 55,4% y al 48,3% de niños, niñas y adolescentes, respectivamente.(198)

cumplimiento de la meta. Falta un avance del 9,5%, de 7% en las zonas urbanas y del 23,5% en las rurales para cumplir con la meta.

Como señala el BID en su informe sobre los objetivos de desarrollo del Milenio, el logro de las metas de agua y saneamiento representa un gran reto para la Región por sus consecuencias directas para el cumplimiento de otros objetivos del Milenio relativos a la salud (la reducción de la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años y el mejoramiento de las condiciones de vida en los barrios marginales).(194)

El porcentaje de la población urbana que representan los habitantes de tugurios disminuyó del 35,4% al 31,9%. Hay que considerar que en el período 1990–2001 hubo un aumento de la población urbana cercano a los 79 millones. Es en este contexto donde se constata que los habitantes de tugurios aumentaron aproximadamente de 111 a 127 millones de habitantes, lo que significa que las mejoras porcentuales se dan simultáneamente a un incremento de los números absolutos y que el ritmo de superación del problema de la existencia de tugurios en las zonas urbanas no es suficiente para que se reduzca el total de afectados por el fenómeno.

La mejora en la calidad vida de los hogares precarios se percibe como un reto creciente, pues los habitantes de tugurios siguen aumentando y en algunos países incluso aumentaron también en términos relativos, es decir, más rápido que el resto de la población urbana.

6.8. ODM 8: ESTABLECER UNA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO

Meta 16: Elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.

Meta 18: Velar por que se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

La Región de las Américas atraviesa actualmente un contexto cambiante de transición demográfica, globalización, cambios ambientales y nuevas tecnologías de comunicación. Este contexto hace necesario un nuevo enfoque estratégico para atender efectivamente las necesidades de salud y desarrollo de las MA. El ODM 8 presenta a los países de la Región



el reto de desarrollar este nuevo enfoque de manera integrada y coordinada.

Se han logrado avances importantes en la conformación de alianzas estratégicas para la salud y el desarrollo de las MA.(199) Sin embargo, prevalece el desafío de transformar estas alianzas en acciones concretas y eficaces, evaluarlas y llevarlas a escala en la Región. En general, las políticas, los programas y los servicios aun abordan la salud y el desarrollo de las MA desde una perspectiva vertical y orientada al problema. Por ejemplo, tratan la infección por el VIH, el embarazo, el consumo de alcohol y la violencia basada en género como temas diferentes. Las fuentes de financiamiento a menudo refuerzan este enfoque, dando lugar a la duplicación costosa de esfuerzos y a una repercusión limitada. A su vez, los procesos de elaboración y ejecución de intervenciones excluyen la participación de las MA y por lo tanto, desconocen de sus necesidades específicas, según lo determinado por la edad, la etapa de desarrollo, la cultura y el género. Además, los programas no han aprovechado la función central desempeñada por el apoyo

de las familias, las escuelas y las comunidades como factores protectores para la salud y la educación, y su potencial para facilitar el acceso a los servicios y convertirse en un espacio fundamental para la promoción de la salud.

Qué significa este ODM para las mujeres adolescentes

Trabajo digno y productivo

La generación de empleo es un factor fundamental para el empoderamiento de las MA, la superación de la pobreza extrema y el mejoramiento de la salud. Según la CEPAL, el empleo constituye el principal mecanismo de inserción social y logro de autonomía y empoderamiento económico de las personas. Más aun, la evidencia muestra que las inversiones que facilitan la transición laboral de las MA tienen el potencial de romper con el círculo intergeneracional de la pobreza.(200)

Las acciones pendientes al empoderamiento de las mujeres adolescentes en el campo de educación, salud y desarrollo humano en general, tendrían que permitirles hacer el pasaje hacia la edad adulta equipadas con los elementos para desenvolverse como seres autónomos, participativos, creativos, capaces de acceder, por medio de su trabajo, a un ingreso y a una vida digna.

Más aun, la participación de las MA empoderadas en el mundo del trabajo no está motivada solamente por factores económicos; responde también a profundos cambios de sus percepciones y aspiraciones respecto a su rol en la sociedad y sus prioridades en la vida. El trabajo es visto como una necesidad, como fuente de independencia y autorrealización.

Sin embargo, entre los desafíos más apremiantes que la Región enfrenta están reducir los índices de desocupación juvenil y garantizar condicio-

nes de trabajo digno a quienes logran acceder al mercado laboral. Por un lado, las mujeres adolescentes pobres se ven ampliamente afectadas por el problema del desempleo,(201) y por otro, para muchas jóvenes la realidad del mercado de trabajo no satisface sus aspiraciones o lo hace sólo parcialmente. Se observa una tensión entre la alta valoración que las jóvenes dan al trabajo en sí y las experiencias(202), frecuentemente frustrantes en sus empleos. Muchas experiencias laborales iniciales no cumplen con las expectativas correspondientes ya que se reportan ingresos bajos, empleo informal, amenazas de despido, malos tratos, acoso sexual, relaciones personales desagradables, y otros factores que generan vulnerabilidad ocupacional y deterioro de la calidad del trabajo.

Por otra parte, la educación secundaria muchas veces es condición necesaria pero no suficiente para una inserción laboral exitosa de las MA. Estas experiencias de frustración tienen graves repercusiones en la salud y el desarrollo de las MA y despojan a la sociedad de la posibilidad de aprovechar el potencial que representa el trabajo de las mujeres jóvenes.

Para los jóvenes, aun los excluidos, el trabajo sigue siendo un elemento central en su desarrollo personal y para su participación social. Por tanto los esfuerzos deben apuntar a restaurarles la expectativa de que es posible construirse un buen futuro en base al trabajo.

Tecnologías de la información y las comunicaciones(203) (TIC)

En comparación con la población total, la población joven registra un mayor uso de las TIC (incluyendo teléfono celular, Internet y computadoras), en todos los países de la Región con información disponible.(204) No se registran grandes diferencias en el uso de las TIC entre hombres y mujeres jóvenes. Sin embargo esta brecha se hace más evidente en la

población general, donde las mujeres adultas se ven desfavorecidas.(205)

La brecha digital más evidente, está determinada por la situación socioeconómica de las MA. La gran mayoría de las MA latinoamericanas que tienen acceso a las TIC, están alfabetizadas, poseen un cierto nivel de educación en el uso de éstas y tienen el poder adquisitivo, aunque limitado, para pagar una conexión en sus hogares o en el cibercafé o acceso a teléfonos celulares. Además, tendrían conocimientos mínimos de inglés, considerando que el 80% de toda la información en línea está en ese idioma.(206)

Se marca entonces la diferencia entre las “tecno ricas”, quienes tienen acceso a la infraestructura y la educación necesaria para aprovecharla y las “tecno pobres”, aquellas que por razones económicas, educativas, culturales y otras, quedan al margen de los beneficios de las TIC.

Una mayor utilización de las TIC tiene el potencial de incentivar a que las MA más pobres tomen parte activa en redes de apoyo y defensa de sus derechos y accedan a nuevos trabajos y oportunidades, inclusive desde sus hogares si así lo eligen, participen en iniciativas de aprendizaje interactivo y tengan la oportunidad de recibir informaciones de calidad no disponibles en otros medios de comunicación tradicionales. Sin embargo, es necesario admitir que el simple acceso a las TIC no garantiza un impacto positivo en el empoderamiento de las MA y que la brecha de género es una más las múltiples pre existentes que excluyen a un número de mujeres del proceso de desarrollo.

¿Es posible el cumplimiento de este objetivo?

Empleo. Según la OIT,(207) “las mujeres aún deben superar numerosos obstáculos y dis-

criminales en la búsqueda de empleo. Las sociedades no pueden permitirse ignorar el potencial de la mano de obra femenina para reducir la pobreza, y la necesidad de encontrar fórmulas innovadoras para reducir las

barreras económicas, sociales y políticas. Darle a las mujeres igualdad de condiciones en el lugar de trabajo es un derecho para ellas, es un bien para todos.”

Datos del estado actual de las MA

Empleo

- ▶ La tasa de desempleo de jóvenes de 15 a 29 años en la Región aumentó de 12% en 1995 a 16% en el 2005 y fue más del doble que la tasa de desocupación de los adultos (30-64 años).(211)
- ▶ La tasa de desempleo de las MA en el 2005 fue de 20% y la de la población joven pobre fue de 28%.(212)
- ▶ El servicio doméstico es la primera ocupación individual en importancia para las mujeres jóvenes en la Región (alrededor de 11 millones), especialmente para las de menores niveles de educación e ingresos (entre ellas sobrepasa el 90% el porcentaje de quienes participan de esta actividad). Una gran cantidad de las trabajadoras domésticas provienen, en general, de familias campesinas pobres y se vinculan a este tipo de trabajo desde edades muy tempranas, quedando excluidas de la educación y muchas veces de la protección de sus derechos. A pesar de la importancia de su tarea, las trabajadoras de servicio doméstico tienen los niveles más bajos de remuneración y protección social. En Brasil hay más de 6 millones y medio de trabajadoras domésticas, en su mayoría negra, cuyo ingreso promedio es inferior al salario mínimo. De ellas sólo 26% tienen contrato de trabajo firmado.(213)
- ▶ Para el 34% de los jóvenes en Perú, su principal temor es la falta de trabajo y para el 46% el mundo laboral les presenta las principales dificultades para incorporarse a la vida adulta.(214)
- ▶ Un estudio cualitativo realizado en los medios urbano y rural peruanos encontró que el mejor pronóstico de inserción social y desarrollo para jóvenes pobres lo tienen jóvenes urbanas —entre 18 y 24 años— que son parte de una familia funcional, con trayectoria escolar formal y que continúan estudios superiores o desean hacerlo.

TIC⁵¹

- ▶ En Brasil, los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 41% de los usuarios de Internet a nivel nacional.(215)
- ▶ Según la OIT, las mujeres son una minoría en el campo del uso de Internet tanto en los países en desarrollo como en los ya desarrollados. Por ejemplo, sólo el 38% de los internautas en América Latina son mujeres.(216)
- ▶ La Región, una vez más, presenta una gran heterogeneidad en el acceso y la adopción de las nuevas tecnologías, tanto entre países como dentro de los países; estas diferencias vienen determinadas por las características de los usuarios, como el ingreso, la educación, la localización geográfica, el género, la etnia y la edad.
- ▶ La brecha digital de género agrava las diferencias profesionales y laborales en general y sus consecuencias en términos de salario, estabilidad de empleo, credibilidad y reconocimiento profesional.

⁵¹ La falta de diagnósticos y datos desagregados por sexo, por grupos socioeconómicos y edad sobre el acceso y usos de las TIC en todos los países de América Latina, ha sido una limitante para desarrollar este apartado.

A pesar de su importancia, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio no se considera adecuadamente el problema del empleo, ya que, entre otras carencias, no se especifican indicadores que cubran la amplia gama de aspectos que abarca.(208) La Región tiene un largo camino por recorrer para lograr la total integración económica de las mujeres y para aprovechar su gran potencial para el desarrollo.

TIC. En relación con la necesidad de dar acceso a la población a los beneficios de las TIC, el alcance de los servicios telefónicos y de Internet creció de manera exponencial en la última década, América Latina y el Caribe muestra

un retraso en comparación con los países desarrollados. En 2002, los habitantes de la Región disponían en promedio proporcionalmente menos de la tercera parte de las líneas telefónicas y teléfonos celulares que los de las regiones desarrolladas, contaban con menos de un sexto de los computadores personales y algo menos de un quinto de las conexiones de Internet.(209)

A pesar de los esfuerzos realizados para superar las brechas y de las importantes inversiones en acervos de capital vinculados con las TIC y consumo de tecnología, el rezago con respecto al mundo desarrollado sigue siendo grande.





7

Recomendaciones en empoderamiento de MA y casos de buenas prácticas

Con base en la revisión sobre las necesidades de las MA, las lecciones aprendidas en la implementación de intervenciones para su empoderamiento en la Región y las cuentas pendientes por saldar para su desarrollo integral, se presentan las siguientes recomendaciones y casos de buenas prácticas:

ODM 1: Erradicar la pobreza y el hambre

Recomendaciones generales

1. Incluir en la definición de pobreza, particularmente cuando se hace referencia a mujeres adolescentes, no sólo la carencia de recursos económicos, sino también otras dimensiones como la falta de empoderamiento, oportunidad, capacidad y seguridad. Se ha demostrado que promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer son condiciones esenciales para reducir y erradicar la pobreza y el hambre. La igualdad y la participación de la mujer tienen un impacto directo en el crecimiento económico y el bienestar de la familia y las comunidades.
2. Integrar la dimensión de género de manera eficaz en el diseño y la aplicación de las políticas alimentarias y los programas nutricionales. Las estrategias que canalizan los beneficios de acciones integradas de nutrición, salud y educación reconociendo el papel fundamental de las mujeres en el sustento familiar cotidiano, han probado ser especialmente benéficas para las mismas mujeres.

Recomendaciones específicas

- a. Establecer redes de protección social, focalizar los esfuerzos e invertir en procesos de empoderamiento de MA en condiciones de indigencia, particularmente las MA indígenas y afrodescendientes. Una mayor integración de las MA incluye, entre otros, subsidios directos, mejoramiento en el acceso a servicios de educación, salud, justicia, propiedad de la tierra, eliminación de la violencia basada en el género y fortalecimiento de sus organizaciones.
- b. Involucrar a las adolescentes en los procesos contra la pobreza y el hambre, promoviendo su empoderamiento y participación, reconociendo sus organizaciones o promoviendo la formación de las mismas, y estableciendo mecanismos de cogestión de bienes y servicios públicos.
- c. Priorizar a las MA dentro de los programas de prevención de la obesidad, la anemia y la promoción del ejercicio físico. De hecho, es una condición indispensable para mejorar no sólo la salud y la sobrevivencia de las generaciones actual y futura, sino también para salir de la pobreza.
- d. Priorizar la fortificación de alimentos básicos con hierro y estimular su consumo. Asegurar que la distribución de estos alimentos lleguen a MA en los hogares más pobres. Así mismo, se deben promover programas para la modificación de la dieta y la educación nutricional.



- e. Desarrollar paquetes integrados de intervenciones coordinando acciones de educación nutricional y prevención, detección y tratamiento de la anemia, con otros programas dirigidos a las MA, (salud sexual y reproductiva, vacunación contra el virus de papiloma humano (VPH), o prevención del VIH), lo cual evita duplicar esfuerzos y garantiza una intervención más amplia.⁵²

Cabe citar las siguientes buenas prácticas:

- » **Los programas de transferencias en efectivo condicionadas (TEC) en Brasil y México.** Consisten en la entrega de una suma de dinero con carácter regular a los hogares desfavorecidos a condición de que los beneficiarios cumplan ciertas obligaciones en pro del desarrollo humano, como por

ejemplo, enviar a sus hijos a la escuela o participar en programas de salud, nutrición e información. Los casos más destacados son los programas “Bolsa Escola” en Brasil y “Oportunidades” en México, y en ambos se otorgan los beneficios a las madres de los programas.(217)

Los resultados de la evaluación de la primera generación de programas de TEC dan cuenta de que son un método eficiente para promover la acumulación de capital humano entre la población pobre. Los TEC, han contribuido al aumento de las tasas de matrícula, el mejoramiento de la salud preventiva y el aumento del consumo familiar. Sin embargo, pese a lo promisorio de los datos, existen inquietudes relativas a las limitaciones de la oferta de servicios sociales, la necesidad de equilibrar la asistencia social con los objetivos de formación de capital humano y la adecuación, efectividad e idoneidad del programa en distintos países, especialmente en países de bajo ingreso y poca capacidad.(218)

El programa Oportunidades opera a nivel nacional, en más de 92 mil localidades, en los municipios de mayor marginación, en áreas rurales, urbanas y grandes metrópolis y beneficia a una cuarta parte de la población nacional. En el caso específico de la educación, sus resultados en 2008 indican que hay 5 millones 200 mil niños, niñas y adolescentes que son becarios/as que están acumulando escolaridad y tienen una expectativa de vida diferente a la de sus padres.(219) Más aun, la tasa de retorno por años adicionales de educación secundaria, que es mayor para las mujeres(220), se relaciona con la reducción del embarazo y la

⁵² Durante febrero del 2009, la OPS/OMS organizó una reunión en México, D.F. para presentar un paquete de salud de adolescentes (en relación con la SSR y la prevención de cáncer cervicouterino); y discutir su forma de adopción en el contexto de los servicios de salud adolescente actuales en los países. Disponible bajo petición a OPS en: <https://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/HPV/default.aspx>

fecundidad temprana, factores que inciden fuertemente en la reproducción de la pobreza.(221)

- » “Cocinas comunitarias” (CC) en zonas suburbanas en Perú.(222) Este programa orientado a mejorar la ingesta de hierro en MA, consistió en una campaña para enriquecer los menús de las CC identificando los alimentos más baratos y ricos en hierro. La estrategia también incluyó motivar a las MA a entender sus vulnerabilidades nutricionales y a mejorar sus dietas. Los resultados de la evaluación del programa muestran que las MA beneficiarias aumentaron su conocimiento sobre la anemia y mejoraron la ingesta de hierro en comparación con el grupo control.(223)

ODM 2: Acceso universal a la educación primaria

Recomendaciones generales

1. Priorizar el acceso universal mediante el trabajo intersectorial educación y salud considerando su estrecha interrelación. El acceso a la educación está directamente relacionada con la reducción de las tasas de fecundidad y la planificación familiar.(224) Las MA, con siete o más años de educación escolar, tienen más conocimiento acerca de la salud sexual y reproductiva, el VIH y las ITS.(225) Estas suelen retrasar la edad de la unión, reducir el número de hijos y tener embarazos más sanos y partos más seguros. Sus hijos tienen mayores posibilidades de sobrevivir al parto, a los primeros meses de vida y a los críticos cinco primeros años, creándose las bases para una vida sana y beneficiosa.(226) Así mismo, las MA con salud deficiente y/o con altos niveles de desnutrición tienen un desempeño escolar menor que aquellas que gozan de una buena salud.(227)
2. Focalizar las intervenciones identificando a las MA de los grupos y áreas geográficas más excluidas. Se deben adoptar medidas en el ámbito local para responder a sus circunstancias particulares, reducir los costos de la educación, mejorar su calidad, abordar las preocupaciones de los padres/madres sobre el papel y la seguridad de las MA y otorgar incentivos y/o beneficios que compensen el costo de oportunidad que significa la pérdida del aporte al ingreso familiar que realizan las MA trabajadoras.
3. Proporcionar el acceso universal a una educación integral y temprana sobre la sexualidad en las escuelas. Esta educación no debe centrarse solo en la abstinencia, que ha demostrado no tener un impacto significativo en la edad de inicio de las relaciones sexuales.(228) Debe brindar a las niñas y mujeres adolescentes información sobre sus cuerpos, su salud, sus derechos ciudadanos y los cuidados para su bienestar. Les debe enseñar sobre la comunicación y la toma de decisiones y ayudar a aprender cómo establecer la igualdad en sus relaciones, a respetar el derecho al consentimiento en las relaciones sexuales y en el matrimonio, además de poner un alto a la violencia y la coerción sexual.

Recomendaciones específicas

- a. Asegurar que el acceso vaya mano a mano con la calidad de la educación. Invertir en el mejoramiento de la oferta pedagógica y diseñar —con la participación de docentes y comunidades— estrategias que ayuden a la pertinencia del aprendizaje, al empoderamiento y la equidad de género y al desarrollo de las competencias para vivir en un mundo de fuertes transformaciones tanto culturales como laborales.
- b. Promover en las MA estudiantes un sentido fuerte de protagonismo en el proceso de

- aprendizaje, de confianza en su aptitud para aprender y de capacidad crítica para sentirse plenos sujetos en el entorno que les toca vivir. Asimismo, infundir en las estudiantes el compromiso ético por la justicia y la igualdad de oportunidades, promoviendo programas de mentores con otras MA de menor edad, educación de pares y desarrollando actitudes de solidaridad intra e intergeneracional, responsabilidad y respeto hacia los demás.
- c. Adecuar la currícula a los contextos locales y elaborarlos en el idioma específico de la cultura de la localidad abordando temas específicos de género; involucrar a las mujeres en el diseño de los contenidos; considerar los factores culturales que tienen impacto en el acceso de las mujeres a actividades extra curriculares.
 - d. Garantizar que las escuelas sean espacios saludables, no solo para respetar el derecho inmediato de las MA a vivir su experiencia educativa en un entorno adecuado a sus necesidades sino también en virtud de sus efectos en las condiciones generales de salud de la comunidad.
 - e. Promover la participación de los padres y la comunidad en la escuela y en el crecimiento saludable de las MA. Las decisiones que las MA tomen en el ámbito familiar doméstico pueden influir en su empoderamiento y bienestar. Identificar programas que promuevan la comunicación franca y sincera entre padres e hijos, el amor y la disciplina y que disminuyan las conductas de riesgo como la desinformación sobre las relaciones sexuales de riesgo, el consumo de alcohol y drogas, entre otros.⁵³
- » **Mejoramiento de la calidad y equidad en educación: Programa P-900 en Chile(229).** El Programa P-900 es una estrategia de mejoramiento de la calidad y equidad de la educación, desarrollada con el apoyo del Ministerio de Educación en Chile. Se focaliza en las 900 escuelas con el menor rendimiento en zonas rurales y urbanas del país, medido a través de pruebas nacionales estandarizadas.⁵⁴ Desde 1990 a 1997 en escuelas primarias y desde 1998 incluye escuelas secundarias. Constituye un esfuerzo por asistir a la población escolar en condiciones de mayor riesgo social y educativo mediante la provisión directa de capacitaciones para el personal docente y los alumnos, recursos didácticos e infraestructura. Los talleres de aprendizaje para los alumnos se realizan fuera del horario de clases y se enseñan dentro y fuera de las escuelas. Los talleres de formación al docente se realizan dentro del horario de trabajo, i.e. una vez por semana. El programa P-900 ha sido de gran importancia para identificar vacíos y barreras para asegurar una educación de calidad que sea adecuada para alumnos que viven en condiciones difíciles y que incluya la participación de los padres y la comunidad.
 - » **Declaración Ministerial. 1a Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe: “Prevenir con educación”.**(230)⁵⁵ Esta declaración de alto nivel para mejorar la educación sexual y el acceso a los servicios de salud de los adolescentes es un ejemplo importante del impacto del trabajo intersectorial. La declaración reconoce que es necesario un esfuerzo integral para detener

Cabe citar las siguientes buenas prácticas:

⁵³ Ver programa Familias Fuertes: Amor y Límites de OPS. Disponible en: www.paho.org/adolescencia

⁵⁴ SIMCE: Sistema de medición de la calidad de la educación

⁵⁵ La Declaración puede accederse a través de http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_ministerdeclaration_es.pdf

el VIH/ y refleja el compromiso de los Ministros de Salud y Educación de la Región para elaborar estrategias intersectoriales basadas en datos científicos sobre educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual. Este documento contempla como metas que para el año 2015 se reduzca en 75% el número de escuelas que en la actualidad no han institucionalizado la educación integral en sexualidad. Además, disminuir a la mitad el número de adolescentes y jóvenes que en la actualidad carecen de cobertura de servicios de salud para atender sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

ODM 3: Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer

Recomendaciones generales

1. Proteger, por múltiples vías, el capital humano que representa la población de mujeres adolescentes y promover su empoderamiento y participación en la sociedad civil, sobre todo de las que son más vulnerables⁵⁶ por su condición socioeconómica, su etnicidad y a quienes no llegan las estrategias convencionales.
2. Asegurar que los logros de paridad de sexo en la educación secundaria y terciaria en la Región se traduzcan en una efectiva inserción laboral con salarios equitativos mediante la protección jurídica eficaz. Asimismo, buscar que las acciones de orientación vocacional abran a las mujeres opciones incluyendo campos tradicionalmente considerados masculinos.
3. Promover acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) y servicios con la participación de los hombres adolescen-

tes y jóvenes que ayuden a cambiar las normas, actitudes y creencias culturales que dan lugar a prácticas de abuso y poder y que garanticen la integridad de las MA.⁵⁷

4. Promulgar leyes y políticas de cero tolerancia al abuso y la violencia contra las mujeres, aunadas al fomento de una cultura de denuncia de las agresiones.

Recomendaciones específicas

- a. Promover la integración de las MA al sistema educativo secundario reduciendo costos, ofreciendo becas, acercando las escuelas a los hogares de las adolescentes y permitiendo horarios flexibles para eliminar la discriminación de madres adolescentes o adolescentes casadas.
- b. Reconocer la heterogeneidad de la población de MA y asegurar que las intervenciones que les afecten aborden sus necesidades particulares según edad, residencia rural o urbana, estado civil y etnia con intervenciones de empoderamiento complementarias a la escuela, buscando que tengan más control de su propio cuerpo, de los recursos económicos y familiares y de su vida en general.
- c. Asegurar que los programas de educación e información sobre salud en la adolescencia se integren en la currícula y se ajusten a la edad evitando estereotipos que devalúan a las mujeres.
- d. Mantener la educación sexual que empodere como parte integral de la educación de las MA. Asegurar que esta no se limite a transmitir conocimientos sino que sea un catalizador para la revisión de actitudes que refuerzan la discriminación de las mujeres, la violencia sexual y que propugne un cambio hacia una sociedad incluyente y justa.

⁵⁶ Ver sección 3.4

⁵⁷ Ver Promundo, Programa H <http://www.promundo.org.br/352>

Cabe citar las siguientes buenas prácticas:

- » **Proyecto Abriendo Oportunidades para Mujeres Jóvenes Indígenas en Guatemala.** (231) Este programa de *Population Council* beneficia a jóvenes indígenas de zonas marginadas. El objetivo que el proyecto se propuso fue aumentar las opciones para las jóvenes indígenas mediante actividades multisectoriales, tales como la creación de una red social, la disponibilidad de lugares seguros para reunirse, el aprendizaje de nuevas habilidades, el intercambio con pares y adultos, y el acceso a modelos positivos y alternativos. Incluye la formación de jóvenes indígenas promotoras del cambio comunitario, quienes a través de la intervención habrán fortalecido sus habilidades para la vida, mejorado su autoestima, su proceso de toma de decisiones, trabajo en equipo y el apoyo social.
- » **El programa interagencial de empoderamiento de mujeres adolescentes en El Salvador (PIEMA)(232) 2002–2006.** Surgió como una iniciativa del grupo interagencial de género de las Naciones Unidas: UNICEF, UNFPA, PNUD, OPS/OMS y FAO para mejorar la salud y el desarrollo de las mujeres entre 10 y 19 años. El PIEMA consistió en un abordaje integral de las necesidades de las MA de acuerdo a la ventaja comparativa de cada agencia.⁵⁸ Se implementó en 13 municipios de zonas rurales y urbano marginales con un grupo de intervención de 5,000 MA. La evaluación realizada muestra que el programa fue efectivo para mejorar el conocimiento de

las MA en materia de SSR, particularmente sobre las formas transmisión de las ITS incluyendo el VIH, en formas de buscar protección y denunciar casos de violencia intrafamiliar, y en información para acceder a servicios de atención diferenciada para adolescentes. La evaluación muestra una mayor participación de las MA beneficiarias en organizaciones de base, y concluye enfatizando que el programa influyó en el empoderamiento colectivo, medido en eficacia colectiva y cohesión social.

- » **Proyecto M trabajando con mujeres jóvenes en Brasil, México, Jamaica y Nicaragua.**(233) Esta intervención desarrollada por el Instituto Promundo es parte de la denominada Alianza H.⁵⁹ Se focaliza en las cuestiones de género incluyendo los aspectos pertinentes a la masculinidad. Su énfasis está en la producción, difusión y evaluación de materiales educativos tales como manuales y videos. Entre los temas que abordan están: género y poder, identidad relaciones, cuerpo y sexualidad, violencia, derechos sexuales y reproductivos (DSR), maternidad y VIH/sida, uso de sustancias, trabajo y participación comunitaria. También realiza una campaña por la equidad de género dirigida a jóvenes centrada en los temas de DSR, equidad de género y empoderamiento de las mujeres en las diversas esferas sociales.

Dichas acciones fueron probadas con 176 MA en Brasil, México, Jamaica y Nicaragua y posteriormente evaluadas mediante instrumentos diversos, unos de elaboración propia y otros adaptados. Los resultados obtenidos incluyen mejoramiento en la au-

⁵⁸ UNICEF (revisión del marco legal que favorece o representa barreras al desarrollo de las MA y capacitación de habilidades para la vida a las MA); UNFPA (capacitación para proveedores de salud y para las MA en SSR); PNUD (promoción de asociaciones de MA y capacitación en liderazgo); OPS (capacitación a proveedores de salud y disseminación de lineamientos técnicos para la atención de calidad a adolescentes); FAO (promoción de iniciativas productivas y capacitación de las MA en gestión administrativa y valores para el trabajo conjunto).

⁵⁹ Una cooperación internacional entre ONG, Agencias de la ONU y sector privado para la promoción de la equidad de género entre jóvenes.

toconfianza y autoconocimiento, las habilidades de comunicación, la participación comunitaria, reconocimiento del ciclo de violencia y visión crítica para identificar las normas tradicionales de género.(234) Estos resultados han llevado a realizar una adaptación del Programa M para incluirlo al sistema escolar de Brasil.

ODM 4: Reducir la mortalidad infantil

Recomendaciones generales

1. Abordar la salud neonatal desde un enfoque integrado de salud de las adolescentes, la madre, el recién nacido y el niño. Es decir, asegurar un proceso continuo de atención calificada que abarque la promoción de la salud de las MA, la prevención del embarazo temprano en las MA, la atención y el cuidado del embarazo, parto, puerperio y periodo postnatal. Los hijos de madres adolescentes tienen 1,5 veces más probabilidades de morir antes de cumplir su primer año que aquellos con madres de más edad. (235) El embarazo precoz en la adolescencia está asociado con un bajo peso al nacer y prematuridad, una mayor tasa de mortalidad infantil, mayor morbilidad física y mental, con un riesgo mayor de enfermar, de desnutrir y de abuso y maltrato.(236)
2. Fortalecer los sistemas de salud con miras al acceso universal a la atención mediante el mejoramiento de la legislación. Se debe asegurar el registro obligatorio de las madres y los recién nacidos, garantizar el acceso gratuito a un conjunto esencial de

servicios de salud de calidad para la madre y el recién nacido y el niño, promover la participación de las comunidades, y priorizar las necesidades de las poblaciones más empobrecidas y excluidas.

3. Apoyar programas específicos para hombres jóvenes a fin de transformar las normas sociales que los excluye del cuidado del recién nacido y de la crianza de los hijos. Estos programas deberían hacer énfasis también en su responsabilidad por sus propias conductas sexuales y las consecuencias de éstas y fomentar la inserción laboral e inclusión.

Recomendaciones específicas

- a. Promover el uso de herramientas validadas, como las estrategias AIEPI e IMAN de OPS/OMS,⁶⁰ para mejorar la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia y la calidad de los servicios de salud de atención de las necesidades de la población joven, incluyendo madres adolescentes.
- b. Asegurar la capacitación del personal de salud en temas fundamentales de derechos humanos como la confidencialidad, la privacidad, el consentimiento fundamentado, la protección equitativa de la ley y la no discriminación en el contexto de la diversidad cultural.⁶¹
- c. Promover las visitas domiciliarias del personal de salud para prevenir el segundo embarazo en adolescentes y proveer el cuidado neonatal.
- d. Fomentar el vínculo afectivo entre madres adolescentes e hijos, y ayudarles a cons-

⁶⁰ La Integración del Manejo del Adolescente y sus Necesidades (IMAN por su sigla en inglés) sigue el modelo de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) e incluye directrices para el tratamiento de las enfermedades en la adolescencia y juventud, haciendo hincapié en la prevención y promoción. Este modelo de integración de la atención procura mejorar las competencias de los profesionales multidisciplinarios en el tema de salud de los adolescentes y de los jóvenes, y mejorar las prácticas clínicas y de tratamiento en el ámbito de la familia y la comunidad.

⁶¹ Estas actividades de aumento de la capacidad en derechos humanos están establecidas en el documento técnico CD48/8 “Estrategia Regional para Mejorar la Salud de los Adolescentes y los Jóvenes”. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48-08-s.pdf>.

truir redes de apoyo desde los servicios de salud.

- e. Promover acciones dirigidas a incluir al padre en la crianza. Habilitar, mediante la educación, a ambos, padre y madre, particularmente si son adolescentes, para el cuidado y crianza de los hijos/as.⁶²
- f. Mantener los esfuerzos para el establecimiento de la lactancia materna exclusiva.

Cabe citar las siguientes buenas prácticas:

- » **El componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) de la OPS/OMS.** Se parte de la premisa de que las madres, las familias y las comunidades tienen la principal responsabilidad de proveer atención a sus niños y que en la mayoría de los casos, estas no han sido efectivamente involucrados o consultados en los programas que se implementan. AIEPI Comunitario moviliza a comunidades en áreas de alto riesgo de mortalidad infantil para informarlas sobre prácticas familiares claves e invitarlas a ser parte de proyectos participativos que apoyan la implementación de estas prácticas. AIEPI se ha implementado en 17 países de la Región con alianzas intersectoriales como salud-educación. En Chao, Perú, se han integrado las prácticas familiares claves a programas de estudio de escuelas. La evaluación de esta estrategia evidencia que la participación de las madres ha sido fundamental para su éxito.(237)
- » **Centro de Atención Rural al Adolescente – CARA en México(238).** Son espacios dentro de las unidades médicas rurales y los hospitales rurales de IMSS-Oportunidades en México, dedicados exclusivamente a adolescentes y jóvenes. Están acondicionado para crear un ambiente amigable en el que las y los adolescentes puedan reunirse, participar en sesiones educativas e intercambiar ideas con el personal de salud a través de actividades diversas. Dentro de los CARA funciona el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural (MAISAR) que aunque tiene como principal objetivo mejorar la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, también comprende temas preventivos para la salud, además de impulsar la creatividad, el desarrollo humano y la autoestima, la diversidad, el desarrollo de habilidades para la vida, y la equidad de género.
- » **Proyecto “¿Dónde está el hombre en la salud familiar?” Mejorando la participación masculina y apoyo social en la salud familiar a nivel de la comunidad en áreas rurales de Guatemala**”, ejecutado por el Population Council durante el 2003.(239) Consistió en identificar las estrategias que promuevan equidad de género y abren las puertas para una participación constructiva de los hombres Mayas en la salud materno-infantil/salud reproductiva que les permita apoyar efectivamente a las mujeres y sus familias. Comprendió una intervención para mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los hombres que les permitiera responder apropiadamente en cuestiones relacionadas con la salud familiar y participar de manera activa y positiva en el cuidado perinatal, lo que implicó: a) Obtención de información sobre cuidados y señales de peligro durante el embarazo, parto y pos-

⁶² Familias Fuertes de OPS ha sido una intervención demostrada para la reducción de los comportamientos de riesgo en los adolescentes, y para fortalecer una mejor comunicación entre adolescentes y padres, con el fin de que juntos puedan tomar decisiones saludables. Es una adaptación del programa Strengthening Families with Adolescents 10-14. University of Iowa: <https://www.extension.iastate.edu/store/ItemDetail.aspx?ProductID=5767&SeriesCode=&CategoryID=&Keyword=sf%200002>.

parto, infecciones de transmisión sexual, espaciamiento de los embarazos, violencia intrafamiliar, y otros; y b) Desarrollo de prácticas preventivas tales como: referencia oportuna en casos de peligro, elaboración de planes familiares de preparación del parto, elaboración de planes de emergencia ante la presencia de señales de peligro en el embarazo, parto y posparto, definición de roles específicos de los hombres en el parto y posparto, comunicación entre la pareja, espaciamiento de los embarazos.

de negociación para las relaciones sexuales desprotegidas o forzadas, así como el incremento del acceso y la utilización de la atención especializada de calidad. Es también crucial el apoyo para el transporte apropiado a los centros de salud, especialmente en caso de urgencia obstétrica, para asegurar el acceso a la atención médica. Una adaptación de los servicios de salud a los patrones culturales favorecerá la salud materna en las adolescentes y jóvenes más vulnerables.

ODM 5: Mejorar la salud materna

Recomendaciones generales

1. Promover el acceso universal a la salud sexual y a la salud reproductiva de las adolescentes.⁶³ Disminuir el aborto y el embarazo no deseado en adolescentes, retrasar el primer embarazo y espaciar el siguiente, aumentando el acceso a servicios de salud, métodos anticonceptivos y cuidado prenatal.
2. Proporcionar recursos adecuados tanto humanos como financieros para que las adolescentes puedan tener acceso a un embarazo y parto seguros y atendidos por personal calificado.
3. Mejorar la recolección de datos, del reporte, la disponibilidad y el uso de información relevante en los programas y políticas, a fin de realizar decisiones y acciones efectivas en salud adolescente y salud sexual y reproductiva.
4. Propugnar por el empoderamiento de las MA, las familias y las comunidades a fin de mejorar el autocuidado, la capacidad

Recomendaciones específicas

1. Capacitar a los actores estratégicos (funcionarios del gobierno, organizaciones no gubernamentales y jóvenes) que trabajan en el tema de empoderamiento de las MA y su salud y recalcar el concepto de la salud como un derecho humano consignado en los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos, en particular la CDN, la CEDAW, y la Convención de Belém do Pará.⁶⁴
 - b. Orientar los servicios de planificación familiar hacia las jóvenes para alentar a las mujeres jóvenes a buscar los servicios de salud sexual y reproductiva.
 - c. Eliminar el estigma asociado al embarazo adolescente, de modo que cuando ocurra, las adolescentes tengan la capacidad de acudir a los servicios de salud en forma temprana y oportuna para la atención del embarazo.
 - d. Fortalecer los sistemas de salud. La atención de calidad a las MA debe incluir servicios integrales de promoción de la salud

⁶³ Ver meta 5B (acceso universal a la salud reproductiva) bajo los indicadores ampliados de los ODM desde 2007 (párrafo 24, A/61/1: [http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/SGReports/61_1/a_61_1_e.pdf)).

⁶⁴ Estos instrumentos de derechos humanos se mencionan en el documento técnico CD48/8 “Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes”. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48-08-s.pdf>.

sexual y reproductiva, prevención de conductas de riesgo y cuidado durante el período de embarazo, parto y post-parto. Los servicios prácticos y efectivos de bajo costo incluyen el parto en servicios sanitarios que tengan el equipo necesario, medicinas y personal especializado que provean servicios las 24 horas. También es necesario el control de calidad y el transporte a la atención obstétrica de urgencia en caso de complicaciones.

- e. Asegurar la capacitación del personal de salud, incluyendo parteras y matronas, para atender partos seguros en áreas excluidas. Esta capacitación debe incluir además de los contenidos tradicionales de salud sexual y reproductiva, otros temas sobre salud y desarrollo adolescente, análisis de los problemas de salud que conllevan las inequidades de género, desarrollo de capacidades para comunicarse empáticamente con las adolescentes y entender sus necesidades y no las que se ven desde la perspectiva del mundo adulto.
- f. Desarrollar estrategias de actualización del personal de salud que les permita conocer las investigaciones recientes y las nuevas tecnologías que impactan a la población joven en materia de salud (por ejemplo: los hallazgos sobre el desarrollo cerebral, las nuevas vacunas (de Virus del Papiloma Humano VPH) y los métodos de análisis y detección de enfermedades).

Cabe citar las siguientes buenas prácticas:

- » **Casas municipales para adolescentes y jóvenes: Empoderamiento de comunidades en Nicaragua.**(240) Las Casas Municipales de la Adolescencia nacieron en el año 1998 por iniciativa del UNFPA y son ejecutadas por la Asociación de Municipios de Nicaragua. Las casas, gozan plenamente de la personería jurídica de las Alcaldías.

Su trabajo es educar a adolescentes y jóvenes (mujeres y hombres) en temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva, Equidad de Género, ITS y VIH, al igual que temas de políticas públicas para adolescentes.

- » **Las Casas de Espera Materna y la atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural en Perú.**(241) La Casa de Espera se establece para aquella gestante procedente de una zona de difícil acceso y especialmente si es portadora de factores de riesgo obstétrico y social, de modo que cuente con un alojamiento cercano a un establecimiento de salud que le brinde atención obstétrica esencial hasta que la emergencia obstétrica se haya resuelto y pueda regresar a salvo a su comunidad de procedencia.

El establecimiento de la Casa de Espera de Parto depende esencialmente de la movilización y organización de recursos locales, de compromisos individuales, sobre la base de la solidaridad y responsabilidad social. Los recursos financieros son, igualmente, importantes pero en menor escala y pueden ser hallados con más facilidad cuando todos los actores sociales de la comunidad comparten responsabilidades.

La organización y funcionamiento de la Casa de Espera entraña una compleja responsabilidad basada en el compromiso y participación efectiva de las personas, organizaciones e instituciones dentro de un contexto poblacional, con un carácter tanto individual como institucional.

Desde el punto de vista de la interculturalidad en salud, estas experiencias han tenido éxito porque han permitido establecer puentes entre las expectativas y necesidades de la mujeres para la atención de la salud materna y el modelo biomédico generalizado de la oferta de servicios de salud pública. Merecen un reconocimiento especial por haber logrado disminuir en forma importante las barreras de accesibi-



lidad geográfica y cultural para la atención del parto, por lo cual deben ser sistematizadas para identificar los logros y lecciones aprendidas y promover su institucionalización a través de políticas de salud de alcance nacional.

ODM 6: Combatir el VIH/sida

Recomendaciones generales

1. Impulsar la recolección sistemática de datos sobre la situación del VIH y las MA y sobre sus determinantes sociales, desglosando la información por edad, sexo, grupo étnico y nivel socioeconómico.
2. Asegurar que las adolescentes con ITS/VIH tengan acceso a servicios de salud integra-

dos con educación en salud, consejería, acceso a medicamentos y apoyo para la adhesión al tratamiento.

3. Impulsar la práctica de la realización voluntaria de la prueba en adolescentes y jóvenes, particularmente los grupos de adolescentes vulnerables y de más alto riesgo al VIH/sida⁶⁵ y brindar los servicios de atención y consejería correspondientes.
4. Identificar y disminuir las barreras de acceso de las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente el estigma y la discriminación a las más vulnerables y desempoderadas.
5. Abogar por y priorizar el trabajo con los grupos de adolescentes vulnerables y de más alto riesgo al VIH/sida involucrándolos en el diseño de servicios adecuados a

⁶⁵ Poblaciones y grupos vulnerables al VIH son aquellos que por razones biológicas o sociales carecen de control para evitar exposición a este agente y consecuentemente no pueden prevenir la infección. Entre los ejemplos de razones biológicas están: el nivel de maduración de la mucosa vaginal, la presencia otra ITS, lesiones de la mucosa vaginal o anorrectal. Entre las sociales se cuentan: los roles de género (control masculino de las relaciones sexuales), nivel educativo, acceso a información, sexo transaccional, rapto y violación sexual. Poblaciones y grupos en riesgo son aquellas que por sus actividades, ocupación o prácticas tienen mayores probabilidades de exposición a un agente que causa lesión o enfermedad (por ejemplo el VIH) que otras poblaciones o grupos y consecuentemente de adquirir esa enfermedad o sufrir la lesión. Las poblaciones en mayor riesgo son: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, trabajadores sexuales, usuarios de drogas.

sus necesidades y programas de habilidades para reducir riesgos y promover cambios de comportamiento como el uso de condones, la reducción de número de parejas y el uso de jeringas y equipos esterilizados.(242)

Recomendaciones específicas

- a. Mejorar el acceso a bienes y servicios de salud para la prevención, tratamiento y cuidado de ITS/VIH mediante paquetes de intervenciones integrados y que respondan a las necesidades específicas de las MA. Esto requiere contar con personal de salud capacitado, asegurar confidencialidad y privacidad, que los servicios sean asequibles y accesibles y que ellas estén al tanto de su existencia.(243)
- b. Promover programas de educación sexual que brinden a las MA información sobre el VIH/sida que sea oportuna, apropiada para la edad, relevante al contexto socio-cultural y que promueva la equidad de género con la participación de los padres, las escuelas, los amigos, los lugares de trabajo (incluyendo aquellos donde se encuentran las trabajadoras sexuales comerciales) y los medios de comunicación.
- c. Promover espacios para el desarrollo de habilidades de las MA como la autoeficacia para reconocer conductas sexuales de riesgo y/o violentas y para discutir y negociar las relaciones sexuales, el uso de condón con sus parejas, sus padres y otros adultos.
- d. Apoyar acciones de información, educación y comunicación que permitan cuestionar la discriminación sistemática que se ejerce contra las personas con VIH en to-



dos los ámbitos de la vida pública, misma que tiene su origen en la desinformación, la ignorancia y los prejuicios en torno a la sexualidad y a la infección.

- e. Fomentar las organizaciones de adolescentes y asegurar su participación en los esfuerzos para prevenir el VIH y promover los derechos sexuales y reproductivos, y el derecho a la no discriminación de las personas con VIH/sida.

Cabe citar las siguientes buenas prácticas:

- » **GHESKIO⁶⁶ Haití – Clínica para embarazadas adolescentes con VIH(244).** Sobre la base de los resultados de un estudio acerca del efecto de la terapia antirretroviral (ARV) en una persona de 13 a 25 años de

⁶⁶ El Grupo Haitiano de Estudio del Sarcoma de Karposi y las Infecciones Oportunistas (GHESKIO: Groupe Haitien d'Étude du Sarcome de Karposi et des infections Opportunistes) fue creado en mayo de 1982. Es un centro de referencia para importantes problemas de salud existentes en Haití, y trabaja para apoyar al Ministerio de Salud Pública y Población (MSPP). <http://www.haitimedical.com/gheskio>

edad, con el apoyo de UNICEF se abrió en Puerto Príncipe una clínica de VIH para adolescentes. Tres cuartas partes de sus pacientes jóvenes tuvieron relaciones sexuales sin protección, y un tercio de las mujeres jóvenes están embarazadas. La clínica presta servicios integrados de atención primaria y consejería en cumplimiento intensivo y sexo seguro. Los conteos de células CD4 T y el monitoreo del cumplimiento farmacéutico permiten otorgar consejería adicional a los adolescentes que muestran señales de fracaso del tratamiento.

A los pacientes se les suministran tarjetas de teléfono para que puedan llamar sin costo a la clínica para hacer preguntas. Se realizan reuniones de grupos de consejería entre pares para discutir estrategias de cumplimiento. Se emplea un enfoque multidisciplinario: apoyo nutricional, tratamiento de tuberculosis y servicios de salud reproductiva, todos disponibles en la clínica para adolescentes. Muchos de los adolescentes y jóvenes son huérfanos y sufren depresión y abuso físico y sexual. Por lo tanto, se han incorporado servicios que empoderan de apoyo psicológico y social y educación en habilidades para la vida en la clínica para adolescentes.

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Recomendaciones generales

1. Alinear e integrar la sostenibilidad del medio ambiente con un enfoque de género que reconozca que las mujeres desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de producción y consumo sostenibles y ecológicos y en la gestión de recursos naturales.
2. Brindar conocimientos, desarrollar habilidades y fomentar valores para empoderar a

las mujeres adolescentes y fomentar su participación en la construcción de una cultura ambiental y un desarrollo sustentable.

3. Introducir la sostenibilidad ambiental en todas las estrategias sectoriales de desarrollo dándole participación a las mujeres y reconociendo sus saberes sobre el manejo sostenible de los recursos.

Recomendaciones específicas

- a. Acometer la educación conceptual y técnica del desarrollo sustentable en la actual generación de jóvenes, la cual en el 2015 será la generación que tome las decisiones clave sobre la sustentabilidad del medio ambiente.
- b. Promover la participación de MA en las decisiones que afectan su entorno y su futuro.
- c. Tratar y prevenir las infestaciones parasitarias y sus efectos negativos mediante programas de desparasitaciones para MA que incorporen un componente de saneamiento básico (lavado de manos, uso de letrinas, etc.).

Cabe citar las siguientes buenas prácticas:

- » **Escuelas saludables y promotoras de la salud de la OPS/OMS.** Esta iniciativa surgió formalmente en 1995 en respuesta a la situación, prioridades y perspectivas en salud escolar de los Estados Miembros de la Región de las Américas. La Iniciativa es un mecanismo estratégico de abogacía, articulación y movilización social, multisectorial e interagencial de recursos para el fortalecimiento de las capacidades regionales, nacionales y locales necesarias en promoción de la salud para la creación de condiciones propicias para el aprendizaje y el desarrollo humano integral.

Uno de los logros más significativos de esta iniciativa es haber contribuido a que las necesidades integrales de la población infantil y juvenil en edad escolar tengan ahora una mayor visibilidad en las agendas políticas, socioeconómicas y de salud pública de los Estados Miembros. De igual manera, la iniciativa ha promovido una mayor comprensión continental sobre la indisolubilidad del binomio salud-educación y el potencial estratégico que tienen las escuelas en el fomento de la salud, el desarrollo sostenible y el crecimiento socioeconómico y espiritual de los pueblos.

En este marco opera en Nicaragua la **Iniciativa Escuelas Amigas y Saludables**,⁽²⁴⁵⁾ que estimula la participación de niños, niñas y adolescentes, junto a padres y maestros, para mejorar las condiciones de aprendizaje en un ambiente saludable y estimulante, donde se practican mejores hábitos higiénicos y nutricionales.⁶⁷

» **Eco-clubes y programa Tunza de la ONU.** (246) Estos programas tienen presencia en toda América Latina e intentan mejorar la calidad de vida de las comunidades de los jóvenes que participan, a través de la educación ambiental. Trabajan para llegar a un buen entendimiento con las comunidades en cuanto a la concientización de los problemas que hay en torno al medio ambiente.

Como parte de sus acciones fortalecen los valores en los jóvenes en cuanto a su responsabilidad en un mundo que de pronto se está viendo debilitado en su propia naturaleza. La aceptación ha sido notoria,

y en la actualidad cuenta con diversos grupos altamente concientes de su labor como protectores del medio ambiente, desarrollando diversas actividades en sus propias comunidades: seguridad alimentaria, enfermedades por vectores, la reforestación y calidad de las aguas.

El grupo es un consolidado de voluntarios que cuenta con el apoyo de la OPS, organismos de gobierno y ONG que operan en las comunidades que apoyan. La mayor parte de gobiernos donde desarrollan alguna actividad, los respetan pues se ha visto la calidad y éxito sus proyectos, logrando una marcada credibilidad.

ODM 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

Recomendación general

Mejorar las relaciones de colaboración dentro del sector de la salud y con otros sectores y socios estratégicos será fundamental para facilitar el empoderamiento de las MA y avanzar hacia el cumplimiento del ODM 8. Debe hacerse hincapié en la elaboración o implementación de planes de trabajo interinstitucionales⁶⁸ e intersectoriales⁶⁹ que respalden el ordenamiento constitucional y se basen en una perspectiva de derechos humanos con presupuestos, áreas responsables y plazos definidos. Para potenciar al máximo la repercusión de los recursos limitados, esta colaboración debe:

1. Tomar en cuenta mecanismos de coordinación técnicos, administrativos y financieros existentes.

⁶⁷ Participan en la gestión de esta experiencia el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes, el Ministerio de Salud, la Empresa Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados, UNICEF y el PMA.

⁶⁸ Colaboración interinstitucional entre los organismos de las Naciones Unidas, los órganos y los organismos de la Organización de Estados Americanos, las entidades gubernamentales, las organizaciones privadas, las universidades, los medios de comunicación, la sociedad civil, las organizaciones de jóvenes y las comunidades (incluso la comunidad religiosa, los maestros, los padres y los jóvenes mismos).

⁶⁹ Plan estratégico intersectorial (definido como un plan que integra al menos tres sectores fundamentales que afectan a la salud y el desarrollo de los adolescentes, como la salud, la educación, la economía, el medio ambiente, etc.).

2. Estar dirigida a atender las necesidades especiales de las MA más pobres y en los países menos adelantados o de alto impacto.⁷⁰
3. Tomar en cuenta el contexto propio de cada país así como las prioridades nacionales.
4. Construir redes para compartir experiencias y esparcir el conocimiento que aumenta el valor agregado de las organizaciones nacionales.
5. Incrementar el poder de decisión de las MA en diferentes ámbitos reconociendo su potencial, valor y capacidad de intervenir como protagonistas en su presente, construir su calidad de vida en forma participativa y democrática y aportar al desarrollo colectivo(247) y abandonando el enfoque estereotipado y reduccionista de la adolescencia como un problema o como seres que *adolecen* de algo.

Recomendaciones específicas sobre trabajo

- a. Asegurar que los programas de empleo benefician a las MA de cualquier condición (urbana, rural, indígena).
- b. Promover la inserción social y el logro de autonomía económica de las MA con miras a su empoderamiento, a romper con el círculo intergeneracional de la pobreza, y el mejoramiento de la salud.
- c. Realizar inversiones que faciliten la transición laboral de las MA y asegurar el reditúo de las inversiones ya hechas en su educación.

Recomendaciones específicas sobre TIC

- d. Reconocer a las TIC como una herramienta para el desarrollo integral de las MA y adoptar políticas apropiadas para promo-

ver y ampliar su uso aprovechando de sus habilidades y potencial informático como:

- Proveer computadoras e Internet en las escuelas.
 - Incorporar a las TIC y el aprendizaje de idiomas en los currículos educativos para incrementar la productividad y la competitividad.
 - Establecer establecimientos comunitarios para el acceso a Internet o promover incentivos para establecimientos privados de costo asequible.
 - Establecer alianzas con los proveedores de servicios de Internet para reducir costos para MA pobres.
- e. Considerando la situación de pobreza de grandes sectores de la población adolescente latinoamericana, evaluar la proporción de la población joven que tiene acceso a las tecnologías electrónicas de comunicación e invertir en nuevas tecnologías de la información y comunicación, como el envío de mensajes de texto, los sitios web de redes sociales y los servicios de *microblogging*, para aumentar el acceso a las intervenciones y los servicios de salud.
 - f. Intercambiar información sobre las prácticas más adecuadas en la comunicación social y las nuevas tecnologías, y respaldar las evaluaciones del impacto de las nuevas tecnologías para promover la salud de los adolescentes y los jóvenes.
 - g. Hacer un uso estratégico de las TIC en las políticas del sector social tales como salud y educación para que el alcance de los servicios sea más amplio, más profundo y mejor adaptado a cada localidad.

Cabe citar las siguientes buenas prácticas:

⁷⁰ La OPS ha señalado como países prioritarios para la cooperación técnica a los siguientes: Bolivia, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua; y los países de alto impacto para las intervenciones en los adolescentes y jóvenes: Argentina, Brasil, Colombia, México, Perú y Venezuela

- » **Programas de empleo juvenil en Perú y Colombia.** En América Latina, dos programas de empleo juvenil que promueven igualdad de participación laboral entre sexos se han evaluado y presentan un impacto positivo en el desarrollo integral de las MA participantes.⁽²⁴⁸⁾ *ProJoven* en Perú y *Jóvenes en Acción* en Colombia ofrecen capacitaciones para MA⁷¹ —mediante cursos y experiencias laborales— que se adaptan a las necesidades de las compañías locales. En el caso de *ProJoven*, para asegurar igualdad de oportunidades se utilizaron subsidios para madres adolescentes. La evaluación de los programas muestra un incremento en las tasas de empleo así como en los ingresos mensuales de las MA participantes mayores al grupo control y mayores a sus contrapartes hombres.⁽²⁴⁹⁾ Cabe mencionar que la efectividad de estos programas se basa en la pre-existencia de centros de capacitaciones laborales en sectores formales medianos o relativamente grandes, por lo que su replicabilidad podría ser factible en otros países de la Región como Chile, México o Brasil, pero probablemente menos factible en los países más pobres.
- » **Proyecto Teen Health Series en EEUU.**⁽²⁵⁰⁾ El uso de nuevas tecnologías en los centros de salud ofrece intervenciones prometedoras para hacer más amigables los servicios para los/as adolescentes y más efectivos para su salud sexual y reproductiva. Este método de educación y empoderamiento ha sido probado en los Estados Unidos por el Centro Jane Fonda y la Universidad de Emory. Aprovechando el tiempo en las salas de espera, se realizan presentaciones en *PowerPoint* con información clara y directa sobre la SSR para la toma de decisiones y con referencias a sitios de Internet validados y orientados a los/as adolescentes. La evaluación de este proyecto, con 109 MA, muestra cambios en conocimientos, actitudes y conducta. La probabilidad de usar un condón fue 61% para las MA en el grupo de intervención comparada con 42% para las MA en el grupo control. Las MA que retornaron a las clínicas entre 3 y 6 meses después reportaron con frecuencia negarse a tener sexo sin condón y usar hasta dos métodos de protección. Al 2008, se han desarrollado 19 tipos de presentaciones para atender a las necesidades de las y los adolescentes en los servicios de salud.

⁷¹ Las MA representan más del 50% por ciento de los beneficiarios de los programas.

8

Conclusiones y lecciones aprendidas

El empoderamiento de las mujeres adolescentes es central para avanzar hacia la equidad de género y el desarrollo humano. Este documento ha presentado un marco conceptual para definir el empoderamiento de la mujer durante las etapas de la adolescencia que constituye la base para la identificación de estrategias apropiadas para mejorar la salud y el bienestar de este grupo y de variables para medir el proceso de empoderamiento. El documento muestra como dichas variables están interrelacionadas y sugiere que no es posible hablar de empoderamiento integral cuando solo algunas de estas se cumplen. Mediante el análisis de los ODM se pretendió abordar el proceso de empoderamiento desde una perspectiva holística e integral para atender las diferentes necesidades y aspectos de la vida de las MA y se presentaron recomendaciones concretas para cada uno de estos objetivos.

En base al análisis de situación de las MA en América Latina y las experiencias presentadas, hemos aprendido que:

El empoderamiento en la adolescencia se puede facilitar o limitar. Las familias, los programas comunitarios y las políticas sociales tienen un rol específico en garantizar que las adolescentes se desarrollen en forma saludable. Es necesario avanzar en el desarrollo del conocimiento sobre las formas en que los programas y las políticas restan poder a las adolescentes, vulnerando con ellos sus derechos fundamentales.



El desempoderamiento de la adolescente se inicia con la pérdida de conexión y expresión de sus propias voces internas. Cuando esto se instala se inicia un tránsito que se expresa en falta de autoestima, depresión, dificultades para expresar intereses y planear la vida. Las intervenciones se deben realizar en la preadolescencia y adolescencia inicial cuando ellas aún “tienen voz”.

El desempoderamiento de las mujeres es uno de los objetivos de la socialización patriarcal,

constituye uno de los ejes de aprendizaje para la reproducción de esta forma de organización social. En esta dimensión, se debe abordar el empoderamiento desde una perspectiva socio-cultural que incluya el trabajo colectivo con las familias, la comunidad y la escuela.

No existe un abordaje único ni específico al empoderamiento de las MA. De hecho, si los esfuerzos para eliminar la violencia basada en el género, asegurar el acceso a la educación y la salud para avanzar hacia los ODM benefician a las mujeres adolescentes, estos constituyen abordajes efectivos para lograr su empoderamiento y promover el ejercicio de los derechos humanos.

Los esfuerzos articulados para empoderar a MA entre instituciones internacionales y sectores del gobierno, con las organizaciones no gubernamentales, sociedad civil y con las propias adolescentes y jóvenes tienen el potencial de aumentar la eficiencia, reducir costos, y lograr impacto.

Los paquetes de intervenciones integradas para empoderar a las MA abordando salud, educación, trabajo, entre otros temas, puede ser prometedores en espacios y ambientes ideales, con niveles adecuados de infraestructura, oportunidades económicas y capacidad de implementación. En espacios menos ideales, puede ser más factible seleccionar de manera estratégica algunos componentes de los programas, implementando las intervenciones más adecuadas a los contextos específicos y más viables del paquete integral.

A pesar de que el empoderamiento de las mujeres adolescentes no es una tarea restringida para la población en situación de pobreza y exclusión; las disparidades predominantes en el estado de salud y desarrollo entre los países de la Región y dentro de ellos llaman a desa-

rollar intervenciones focalizadas que presten especial atención a las adolescentes más vulnerables, marginalizadas y de más alto riesgo a las infecciones como el VIH/sida.

Las mujeres adolescentes juegan un rol clave en el diseño, implementación y potencialmente la sustentabilidad de las intervenciones, particularmente en ambientes donde otros recursos son limitados. La participación de las MA, sus familias y sus comunidades como aliados claves y no únicamente como beneficiarios pasivos de los programas asegura la apropiación de los procesos, y promueve la transparencia y la rendición de cuentas.

Un importante obstáculo en el desarrollo de este documento fue la falta de información estadística sobre este grupo de población para la Región. Para facilitar la toma de decisiones y acciones efectivas en salud adolescente, salud sexual y reproductiva y empoderamiento, es esencial iniciar con la recolección de información sobre edad/sexo/residencia/estado socio-económico/etnia sea a nivel local con un grupo geográfico específico o a nivel nacional mediante encuestas generales o censos.

Los tomadores de decisión, funcionarios, servidores públicos y padres de familia deben invertir tiempo y los recursos necesarios para incrementar el poder de decisión de las mujeres adolescentes, empoderarlas y en diferentes ámbitos: familia, comunidad, escuelas y sociedad.

Los organismos de cooperación internacional y la academia tienen especial responsabilidad en estudiar de forma más rigurosa el proceso de empoderamiento de mujeres adolescentes en la Región y de desarrollar y medir el impacto y la efectividad de las intervenciones aplicadas para ello. Los avances iniciales en el tema indican que en esta área hay un reto particular en el que es necesario invertir.

Obras consultadas

- Ayala y Ortiz. 2008. Programa Interagencial de Empoderamiento de Mujeres Adolescentes de El Salvador. En: <https://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/empoderamiento/pages/Biblioteca.aspx>
- BBC News. 8 de abril de 2003. "Annan plea for girls schooling." En: http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/education/2929541.stm
- Boonstra, H.D. 2007. Young People Need Help in Preventing Pregnancy and HIV; How Will the World Respond? Alan Guttmacher Policy Review. Volume 10, Number 3. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/sections/adolescents.php>
- Breinbauer, C. y Maddaleno, M. 2004. Jóvenes: Opciones y Cambios. OPS. Washington, D.C. En: <http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/ps080731b.htm>
- Breinbauer, C. y Maddaleno, M. 2005. Youth: Choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. Panamerican Health Organization.
- Burnett, N. 2007. Educación para todos en 2015 ¿Alcanzaremos la meta? Informe de seguimiento de la Educación para Todos (EPT) en el Mundo. Resumen. En: Perfiles Educativos. Año/vol. XXIX. Número 118. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Camacho, Ana Lorena. 2003. Reflexiones preliminares en torno al empoderamiento. Disponible en: <http://www.alforja.or.cr/centros/cep/documentos/poderyempoderamiento.pdf>
- CEPAL. 2005. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y El Caribe. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/21541/lcg2331e.pdf>
- CEPAL. 2008. Progresos en la reducción de la pobreza extrema en América Latina. pp. 33 y 108. http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/33936/PobrezaExtrema_CapituloII.pdf
- CEPAL, PNUD, IPEA. 2003. Meeting the Millennium Poverty Reduction Targets in Latin America. Disponible en: www.eclac.org/mdg/publi_ECLAC_bygoal_en.html - 37k -
- CEPAL, UNICEF. 2006. Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre los objetivos de desarrollo del Milenio. Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe Tendencias, problemas y desafíos. Número 4, agosto de 2006. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.eclac.org/desafios/>
- CEPAL y UNICEF. 2007. Desafíos. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. El derecho a entornos saludables para la infancia y la adolescencia. Un diagnóstico desde América Latina y el Caribe. p. 4. Número 5, enero 2007. Disponible en: <http://www.eclac.org/>

dds/noticias/desafios/0/29270/Desafios5_EntornosSaludables.pdf

CEPAL y UNICEF. 2008. Desafíos. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. La niñez y el VIH/sida en América Latina y el Caribe. Número 7, julio 2008. p. 2. Disponible en: <http://www.eclac.org/desafios/>

Chaparro, C.M., Lutter, C.K.S.f. La anemia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes en América Latina y El Caribe: Un motivo de preocupación. OPS. Disponible en: new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1198&Itemid=-

CISALVA. 2007. Informe final de evaluación del PIEMA. Universidad del Valle Cali, Colombia. En: <https://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/empoderamiento/pages/Biblioteca.aspx>

Consejo Nacional de Políticas Públicas de la persona Joven y UNFPA. 2008. Primera Encuesta Nacional de Juventud en Costa Rica. Disponible en: http://nacionesunidas.or.cr/index.php?option=com_content&task=view&id=84&Itemid=20

Convención sobre los derechos del Niño. Disponible en: http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm

COSUDE. 2003. Promover la equidad de género una clave para reducir la pobreza e instaurar un desarrollo sostenible. p. 6. Disponible en: www.deza.admin.ch/ressources/resource_es_23963.pdf

Creed-Kanashiro, H.M., Uribe, T.G., Bartolini, R.M., et al. Improving dietary intake to prevent anemia in adolescent girls through community kitchens in a periurban population of Lima, Peru. *J Nutr* 2000;130:459S-461S.

Disponible en: <http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/130/2/459S>

Deere, Carmen Diana y León, Magdalena, 2003. "The Gender Asset Gap: Land in Latin America". *World Development*, Elsevier, vol. 31(6), pages 925-947, June.

Emory University School of Medicine. 2009. Jane Fonda Center. Teen Health Series. 2009. Atlanta. Disponible en: http://janefondacenter.emory.edu/projects/teen_health_edu.cfm

FNUAP. 2005. State of world population. Chapter 7: Gender-Based Violence: A Price Too High.

García-Moreno, C. 2000. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. OPS, Harvard Center for Population and Development Studies.

García-Moreno, C. 2004. Gender-based violence: Prevalence and health consequences. Workshop of The Development Implications of Gender-Based Violence, World Bank, Washington, DC.

Global Health Council. 2004. Commitments: youth reproductive health, the World Bank, and the Millennium Development Goals. Washington, DC. Global Health Council.

Gomes, Cristina. 2007. Análisis de situación de población América Latina y Caribe. Diversidad y desigualdades. UNFPA. P. 46. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/cache/bypass/pid/424>

Gómez, Elsa. 2001. Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género. 18 y 19 de Octubre 2001, Santiago de Chile. OPS/OMS-Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Heise, Lori et al. 1994. Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. OPS, Washington, D.C.

- Instituto Interamericano del Niño. 2002. La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en América Latina. Montevideo.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)– Programa Oportunidades, Thais, A.C., UNFPA. 2007. CARA, Centro de Atención Rural al Adolescente. Ocho años de experiencia con adolescentes rurales e indígenas. México, D.F.
- Instituto Mexicano de la Juventud y Secretaría de Educación Pública. 2008. Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007. Resumen ejecutivo. México, D.F. Disponible en: www.imjuventud.gob.mx/contenidos/programas/encuesta_violencia_2007.pdf -
- Instituto Nacional de las Mujeres. 2007. Glosario de género. México, D.F.
- IPPF, UNFPA. 2007. Young Positives, Global Coalition on Women & AIDS. Make it matter: 10 key advocacy messages to prevent HIV in girls and young women. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/topics/hiv_aids/makeitmatter/en/index.html
- Katz, E. 2008. Programs promoting young women’s employment: What Works.
- León, Magdalena (comp.).1998. Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá. Tercer Mundo Editores – Universidad Nacional de Colombia.
- Levaggi, Virgilio. 2008. Día Internacional Juventud femenina latinoamericana. Reporte. Disponible en: http://portal.oit.or.cr/index.php?option=com_content&task=view&id=297&Itemid=184
- Levine, R. et al. 2008. Girls Count. A global investment and action agenda. Center for Global Development. Available at: www.cgdev.org/files/15154_file_GirlsCount.pdf -
- Maddaleno, M. y cols. 2003. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década. Salud Pública de México. pp. 136–137. Disponible en: www.adolec.org.mx/saludpublica/45s1_17.pdf
- Maddaleno, Matilde. 2008. Organización Panamericana de la Salud – OPS. 1 Foro “Inclusión al Desarrollo: Empoderando Adolescentes y Jóvenes”. Lima, Perú.
- Maddaleno, M. y Liliana La Rosa. 2008. Empoderamiento de las adolescentes, condición para el desarrollo. En: <https://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/empoderamiento/pages/Biblioteca.aspx>
- Malhotra, A. 2003. Conceptualizing and measuring women’s empowerment as a variable in international development. Paper presented at the Workshop on “Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives” held at the World Bank in Washington, D.C. on February 4 and 5, 2003. Disponible en: siteresources.worldbank.org/INTEMPowerment/Resources/486312-1095970750368/529763-1095970803335/malhotra2.pdf
- Morlachetti, Alejandro. (S.f.).»Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos». En: Notas de Población No. 85. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). p. 85. Disponible en: http://www.eclac.org/mdg/publi_rela_CEPAL.html
- Moyano, Martha. 2008. La Educación de la Sexualidad y la prevención del VIH/sida en América Latina y el Caribe. La situación en la Región. UNFPA. (Sin publicar).

- Munist, M. et al. 1998. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. OPS. Washington, D.C. Disponible en: www.paho.org/spanish/hpp/hpf/adol/Resilman.pdf
- Muus, R.E. 1990. Adolescent Behavior and Society: A Book of Readings. Adolescent Behavior and Society. New York. McGraw Hill, Fourth Edition.
- Narayan, D. 2005. "Conceptual framework and methodological challenges" in D. Narayan (ed.) Measuring empowerment: cross-disciplinary Challenge. Washington D.C. World Bank.
- Naciones Unidas. 2008. Situación y Desafíos de la Juventud en Iberoamérica. Una contribución del Sistema de Naciones Unidas de El Salvador bajo la supervisión técnica de la CEPAL. Disponible en: www.scribd.com/doc/8004334/Situacion-y-Desafios-de-la-Juventud-en-Iberoamerica-CEPAL-2008 - 229k -
- OCDE. 1998. Directrices del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) para la igualdad entre mujeres y hombres y el empoderamiento de la mujer en la cooperación para el desarrollo. Disponible en: http://www.oecd.org/document/59/0,3343,en_2649_34541_1887547_1_1_1_1,00.html
- OIT. 2007. Trabajo decente y juventud. América Latina. Disponible en: <http://white.oit.org.pe/tdj/>
- OIT. 2008. Informe Tendencias Mundiales del Empleo de las Mujeres. Disponible en: www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang-es/...
- Olavarría José y Sebastián Madrid. 2005. Sexualidad, fecundidad y paternidad en varones adolescentes en América Latina y el Caribe. Equipo de asistencia técnica para América Latina y el Caribe. Disponible en: http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2005/sexualidad_paternidad.pdf
- OMS. 2007. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5a Edición, Ginebra,
- ONU. 1994. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 1993. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673605178726/fulltext>
- ONU. S.f. La juventud y las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/unyin/spanish/wpaygirls.htm>
- ONU. 2005. Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Grupo de Trabajo sobre Educación e Igualdad de Género. En: www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-genero.htm
- ONU. 2008. Invertir en las mujeres y las niñas: Mensaje del Administrador del PNUD en el Día de la Mujer. Disponible en: http://www.pnud.org.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=71&Itemid=120
- OPS. 2001. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Disponible en: www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Habilidades.pdf
- OPS. 2005. Política de Igualdad de Género adoptada por el Consejo Directivo de esta Organización, mediante la Resolución CD46. R16 del 30 de septiembre de 2005. Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf

- OPS. 2005. Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán! Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>
- OPS. 2006. AIEPI comunitario: base del empoderamiento social en Chao, Perú. Boletín Abril, 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-fs1.pdf>
- OPS. 2006. AIEPI comunitario. Marco conceptual. Boletín Abril 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-fs2.pdf>
- OPS. 2007. Propuesta del Plan Estratégico 2008–2012. p. 55. Disponible en: www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/od328-full-s.pdf
- OPS. 2007. Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.
- OPS. 2008. Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes 2010–2018. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48-08-s.pdf>
- OPS. 2008. Ministers of Health approve strategy to improve health of adolescents and young adults. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=319&Itemid=327
- OPS. S.f. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Equidad de género en salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GEHPaperSpanish.pdf>
- OPS. S.f. Hoja informativa del Programa Mujer, salud y desarrollo. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/GE/Gender-HIV1sp.pdf
- OPS. S.f. 48 Consejo Directivo. Aprobación de la Estrategia Regional para Mejorar la Salud de los Adolescentes y Jóvenes 2010–2018. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=319&Itemid=327
- Plan Internacional. 2007. Porque soy una niña. El estado mundial de las niñas 2007. Opciones reales, vidas reales. UK. Disponible en: plan-international.org/files/global/publications/campaigns/girls_spanish.pdf
- PMA. 2005. Inventario de los Programas de Alimentación Escolar en América Latina. Informe final. Disponible en: www.fepale.org/lechosalud/documentos/Informe-final-pma.pdf
- PNUD. 2008. Guía Recursos de género para el cambio climático. México. Disponible en: <http://www.undp.org.mx/Doctos/GRGCC/Guia Recursos.pdf>
- Population Council. 2005. M.J. Ruiz. En: Relatoría de la reunión sobre “Estrategias multisectoriales innovadoras para satisfacer las necesidades de las jóvenes indígenas y de otras/os Adolescentes vulnerables”. Antigua, Guatemala, 1 y 2 de diciembre de 2005. Disponible en: www.popcouncil.org/esp/transiciones/GuatMeet/RelatoriaMar3.pdf
- Promundo. 2008. Programa M. Trabajando con mujeres jóvenes. En: <http://www.promundo.org.br/352>
- Roses, Mirta. Determinantes psicosociales y ambientales en el desarrollo de la juventud iberoamericana OPS/OMS. Disponible en: www.ops.org.sv/component/option,com_docman/task,doc_view/gid,150/Itemid,Array/
- Ruiz, M.J. 2008. El proyecto Abriendo Oportunidades para Mujeres Jóvenes Indígenas en Guatemala. En: <https://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/empoderamiento/pages/Biblioteca.aspx>

- Santrock, John. 2001. *Adolescence*. New York. McGraw Hill.
- Save the Children. 2005. *El Estado Mundial de las Madres*. Madrid. Disponible en: www.savethechildren.org/publications/Estado_Mund_al_de_las_mas_res_2005.pdf -
- Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. 2003. *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. OPS, Washington, D.C.
- Sedlacek, G., Duryea, S., Ilahi N., Sasaki, M. 2005. *Child Labor, Schooling, and Poverty in Latin America*. Social Protection Discussion Paper. World Bank. Washington, D.C.
- Sorensen, Bente, "Medidas para enfrentar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes", en OIT et al. (2004). *Foro Internacional sobre el Combate a la Explotación Sexual Comercial Infantil*. México.
- Tanner, J.M. 1990. *Sequence, tempo, and individual variation in growth and development of boys and girls aged twelve to sixteen*. Institute of Child Health, London.
- UN. 2008. *World Population Prospects: The 2008 revision*. United Nations Population Division. Disponible en: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>
- UN. 2003. *The right to water*. E/C.12/2002/11. (General Comments. 20/01/2003. Disponible en: <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/a5458d1d1bbd713fc1256cc400389e94?OpenDocument&Highlight=0,CESCR>
- UN. 2008. *End Poverty. Make it Happen*. Millennium Development Goals 2015. Fact sheet. Available at: www.un.org/millenniumgoals
- UN. 2008. *The Millennium Development Goals Report*. Available at: [mdg/Resources/Static/Products/Progress2008/MDG_Report_2008_En.pdf](http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2008/MDG_Report_2008_En.pdf)
- UN. 2008. *End Poverty. Make it Happen*. Millennium Development Goals 2015. Fact sheet. Available at: www.un.org/millenniumgoals
- UN. 2008. *The Millennium Development Goals Report*. Available at: mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2008/MDG_Report_2008_En.pdf
- UNAIDS. 2005. *The Global Coalition on Women and AIDS. 'Educate girls, fight AIDS'*. Available at: <http://womenandaids.unaids.org/publications.html>
- UNAIDS. 2008. *Inter-Agency Task Team (IATT) on HIV and Young People*. Global Guidance Briefs.
- UNAIDS/WHO. 2008. *Report on the global AIDS epidemic*. July 2008.
- UNESCO. 2008. *Educación para todos en 2015 ¿Alcanzaremos la meta? Informe de seguimiento de la Educación para Todos (EPT) en el Mundo*. Resumen. París. Disponible en: unesdoc.unesco.org/images/0015/001548/154820s.pdf
- UNFPA. 2003. *Estado de la población mundial 2003*. Disponible en: <http://www.unfpa.org/gender/empowerment.htm>.
- UNFPA. 2005. *Estado de la población mundial*. Disponible en: www.unfpa.org/swp/2005/espanol/notes/page4.htm
- UNFPA. 2005. *Salud sexual y reproductiva en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe*. Disponible en: ac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/838;jsessionid=C02F5AC52FF8A60329AC00F430A79D54
- UNFPA. 2007 *IMSS Oportunidades, Thais S,C.,. CARA: ocho años de experiencia con*

- adolescentes rurales e indígenas. México, D.F.
- UNFPA. 2007. Análisis de situación de población América Latina y el Caribe. Diversidad y desigualdades. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/2504%3Bjsessionid=95AA57962025C7ED694A9603EC60D476>
- UNFPA. 2008. Make it Matter. Disponible en: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/754_filename_makeitmatter.pdf
- UNFPA. 2008. Guidance Brief: HIV interventions for young people. Inter-Agency Task Team on HIV and young people. Overview.
- UNICEF. 2003. Estado Mundial de la Infancia. Disponible en: www.unicef.org/spanish/sowc03/index.html - 9k
- UNICEF. 2006. Estado mundial de la infancia. Disponible en: www.unicef.org/spanish/sowc06/ - 11k
- UNICEF. 2006. Argumentos y herramientas para influenciar la inversión social en favor de los adolescentes en América Latina y el Caribe. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/overview_4171.htm
- UNICEF. 2008. Desarrollo positivo adolescente en América Latina y el Caribe. Temas de políticas públicas. Disponible en: <http://www.cominit.com/es/node/280657>
- UNIFEM. 2003. Mujer, Medio Ambiente, Agua: reflexiones sobre la promoción y protección del derecho de las mujeres al agua. Disponible en: www.cinu.org.mx/eventos/agua/presUNIFEM.doc
- Vilardo, Valeria. 2008. Mujeres, TIC y transparencia”. Presentación en el III Foro de Mujeres contra la Corrupción, desarrollado entre el 29 de septiembre y 1 de octubre de 2008 en Buenos Aires. Disponible en: <http://www.artemisanoticias.com.ar/site/notas.asp?id=46&idnota=6173>
- Weller, J. 2006. Inserción laboral de jóvenes: expectativas, demanda laboral y trayectorias. Publicado en el Boletín redEtis n° 5, versión preliminar presentada en el Seminario Taller Regional “Estrategias educativas y formativas para la inclusión social y productiva”, México D.F., 14 y 15 de noviembre de 2005, organizado por redETis (red latinoamericana sobre educación, trabajo e inserción social), DIE-Cinvestav, el Colegio Mexiquense, y la Secretaría de Educación mexicana.
- Whitehead, M. 1990. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Document EUR/ICP/RPD/414.WHO Office for Europe, Copenhagen.



ANEXOS

ANEXO 1. TRATADOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS EN LOS QUE SE RECONOCE EL DERECHO A LA SALUD

- » Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, 1965: art. 5 e) iv).
- » Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, 1966: art.12.
- » Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979: arts. 11 1)f), 12 y 14 2)b).
- » Convención sobre los derechos del niño, 1989: art.24.
- » Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990: arts. 28, 43 e) y 45 c).
- » Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006: art.25.

ANEXO 2. DECLARACIONES Y CONFERENCIAS RELACIONADAS CON EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES ADOLESCENTES

Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)

La CIPD (El Cairo, 1994) acordó que la población y el desarrollo están intrínsecamente unidos y que el dotar de mayor poder de la mujer y tomar en cuenta las necesidades de las personas en lo relativo a educación y salud, incluyendo la salud reproductiva, son necesarios para el desarrollo de las naciones. La CIPD adoptó un Programa de Acción para los 20 años siguientes. Las metas concretas se centraron en proveer educación universal y cuidado a la salud reproductiva que incluya la planeación familiar, así como en reducir la mortalidad maternal e infantil. La CIPD reconoce como estrategias fundamentales para avanzar las metas a la equidad de género, eliminar violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de las mujeres de controlar su propia fecundidad. Como nunca antes, se examinaron abiertamente la sexualidad adolescente y juvenil, que se enmarcó en el concepto de “salud sexual y reproductiva”; se analizó asimismo la problemática de la adolescencia y la juventud en el contexto de las estructuras de género, familiares, comunitarias y sociales que la originan o condicionan.

IV Conferencia Mundial sobre la Mujer

En esta conferencia (Beijing, 1995), los gobiernos aprobaron la *Declaración de Beijing* y una *Plataforma de Acción*. La plataforma es uno de los documentos más completos en relación a los derechos de la mujer, ya que incorpora lo logrado en tratados y conferencias anteriores⁷² y reafirma las definiciones de *El Cairo*. Plantea reforzar la legislación que protege los

derechos de las mujeres. La declaración reafirma también que los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control sobre todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad y llama a revisar las leyes que prevén castigos para las mujeres que han recurrido al aborto. También se logró adoptar medidas encaminada a eliminar los obstáculos para la participación de la mujer en todas las esferas de la vida pública y privada. En esta conferencia se manifestó el compromiso internacional por la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, identificándose dos estrategias para alcanzar la igualdad: la integración del género⁷³ en todos los procesos de toma de decisiones y en la ejecución de políticas, y la estrategia del empoderamiento de las mujeres, entendida como la autoafirmación de sus capacidades para participar, en condiciones de igualdad, en los procesos de toma de decisiones y en el acceso al poder.

Beijing +5

En el 2000 se revisaron los avances logrados y se midieron resultados de la implementación de la Plataforma de Acción. En la ocasión, se discutieron ejemplos sobre prácticas aconsejables, medidas positivas, experiencia adquirida, y obstáculos y principales problemas que entonces persistían.

Los gobiernos asistentes se comprometieron a nuevas iniciativas y fijaron objetivos para asegurar la educación primaria obligatoria para niñas y niños, y para mejorar la salud de las mujeres mediante la ampliación del acceso a programas preventivos.

⁷² CEDAW, Nairobi 1985, Declaración de Viena.

⁷³ La integración de género (mainstreaming) es un proceso estratégico y permanente en la práctica cotidiana de las políticas públicas cuyo fin es el logro de la equidad real de género.

Consenso de Quito. X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe

En el Consenso de Quito (2007), los países suscribieron compromisos como los de garantizar la paridad en la participación política de las mujeres; lograr la igualdad de hombres y mujeres en el seno de los partidos políticos; adoptar medidas para que ambos realicen actividades equitativas en la vida familiar y la-

boral; igualar los derechos de las mujeres que realizan trabajo doméstico con los del resto de los trabajadores; asegurar que los derechos sexuales sean una condición indispensable en la vida política de las mujeres y en el trabajo remunerado; reconocer el trabajo no remunerado; implementar sistemas públicos integrales de seguridad social capaces de garantizar el bienestar de las mujeres.



ANEXO 3. ESCALAS E ÍNDICES DE MEDICIÓN ADICIONALES PARA EL EMPODERAMIENTO DE LAS MA

I. Escala Equitativa de género para Mujeres – Instituto Promundo (31 elementos) Alpha=.86

Funciones domésticas y atención y cuidado

1. El trabajo más importante de una mujer es atender las tareas domésticas y cocinar para su familia
2. Sólo la madre es responsable de cambiarle los pañales, bañar y alimentar al bebé
3. Sólo cuando una mujer tiene un hijo se convierte en una verdadera mujer

Funciones en las relaciones sexuales

1. Los hombres necesitan del sexo más que las mujeres
2. El hombre debe decidir cómo la pareja tendrá relaciones sexuales
3. No se habla del sexo, simplemente se hace
4. Los hombres siempre están preparados para tener relaciones sexuales
5. Un hombre necesita de otras mujeres, aunque la relación con su esposa vaya bien
6. Una mujer necesita de un hombre para ser feliz
7. La masturbación es una cosa de hombres
8. Una mujer no puede negarse a tener relaciones sexuales en el calor del momento

Homofobia y relaciones con otras mujeres o relaciones no sexuales con otros hombres

1. Me disgusta cuando veo a un hombre actuando como una mujer
2. Nunca tendría un amigo homosexual
3. Nunca tendría una amiga lesbiana
4. Una mujer y un hombre no pueden ser 'sólo' amigos
5. Las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres deben sentir vergüenza de sí mismas

Funciones en salud reproductiva y prevención de enfermedades (enfoque en el uso del condón-monogamia y reducción de parejas)

1. Sería una osadía si una mujer le pide a su pareja usar un condón
2. Es la responsabilidad de la mujer evitar quedarse embarazada
3. Una mujer que lleva un condón en su cartera es "fácil"
4. Estaría fuera de línea que una mujer le pida a su pareja que se haga la prueba de VIH
5. La mujer es la única responsable de la obtención de anticonceptivos
6. Es el hombre quien debe decidir si usa un condón o no

Aceptación de violencia

1. Si una mujer le es infiel a su pareja, el hombre tiene el derecho a golpearla
2. Hay momentos en los que una mujer merece ser golpeada
3. Un hombre puede golpear a su esposa si esta no tuviese relaciones sexuales con él
4. Una mujer debe tolerar la violencia para mantener a su familia junta
5. La violencia en la relación es problema de la pareja y no debe tratarse con otras personas
6. Una mujer no pueden hacer nada para ayudar a un amigo que vive una relación violenta

Autonomía en toma de decisiones/acción/derechos

1. Es el hombre quien decide si una mujer puede salir sola
2. El hombre debe tener la última palabra con respecto a las decisiones del hogar
3. Una mujer debe tener el derecho a trabajar fuera del hogar, aun cuando su esposo esté en desacuerdo

Calificación

- » Las elecciones de respuestas son: de acuerdo (1), parcialmente de acuerdo (2) y en desacuerdo (3). Los valores asignados a cada una de estas elecciones son: 1, 0.5, y 0 respectivamente.
- » Los entrevistados que responden menos de la mitad de las afirmaciones en la escala no se deben considerar. Para los casos de los entrevistados que han respondido más de la mitad pero que no lograron completar la escala, se debe utilizar “no sabe” en las afirmaciones incompletas.
- » Los puntajes pueden calcularse para la escala en su totalidad y/o subescalas
- » Los puntajes para cada individuo pueden calcularse al multiplicar los valores asignados (1, 0,5 y 0) por las respuestas para cada elemento
- » Los puntajes para la equidad de genero pueden ser categorizado en los siguientes rangos: Equidad de género baja (0–5.4), Moderada (5.5–6.1) y Alta (6.2–6.8)

II. Competencia personal en Índice de Relaciones Interpersonal (14 elementos) Alpha=0.7

1. Si una amiga fuese golpeada por su esposo, yo no podría ayudarle
2. Si mi pareja me golpea, soy capaz de buscar ayuda
3. Soy capaz de denunciar a mi pareja si me fuerza a tener relaciones sexuales
4. No me siento capaz de organizar grupos en la comunidad para resolver problemas locales
5. Soy capaz de proporcionar soluciones para la falta de áreas de ocio en mi comunidad
6. Soy capaz de organizar una reunión con los miembros de la comunidad para luchar contra la violencia contra la mujer
7. Soy capaz de organizar una marcha para exigir mejores servicios de salud en mi comunidad
8. Soy capaz de convencer a alguien fuera mi comunidad para ayudar a resolver un problema local
9. Me siento capaz de expresare mis opiniones aun cuando sé que otras personas difieren con ellas
10. Tendría relaciones sexuales con alguien contra mi voluntad para no perderlo
11. Si estuviese enamorada, no fuese capaz de exigirle a mi pareja que utilice un condón la primera vez que tengamos relaciones sexuales
12. Si ni mi pareja ni yo tuviésemos un condón, tendríamos relaciones sexuales sin un condón
13. Me siento capaz de tener un condón en mi cartera sin sentirme incomoda
14. No me siento capaz de cómodamente negociar el uso de condón con mi pareja

Calificación

- » Las elecciones de respuestas son: de acuerdo (1), parcialmente de acuerdo (2) y en desacuerdo (3). Los valores asignados a cada una de estas elecciones son: 1, 0.5, y 0 respectivamente.
- » Los entrevistados que responden menos de la mitad de las afirmaciones en la escala no se deben considerar. Para los casos de los entrevistados que han respondido más de la mitad pero que no lograron completar la escala, se debe utilizar “no sabe” en las afirmaciones incompletas.
- » Los puntajes pueden calcularse para la escala en su totalidad y/o subescalas
- » Los puntajes para cada individuo pueden calcularse al multiplicar los valores asignados (1, 0,5 y 0) por las respuestas para cada elemento.
- » Los puntajes para la equidad de genero pueden ser categorizado en los siguientes rangos: Competencia personal baja (0–.08), Moderada (0.9–.16) y Alta (.17–.19).



III. Evaluación de resultados tempranos del Programa Interagencial de Empoderamiento en Mujeres Adolescentes El Salvador–2007

Relación de indicadores, temas de medición y preguntas de los instrumentos cualitativos

INDICADOR	PREGUNTAS DE LAS GUÍAS	TEMAS DE MEDICIÓN
Al final de la intervención las adolescentes organizadas en los proyectos productivos de las zonas de intervención aplican herramientas de gestión administrativa	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cómo llega a conformar parte del grupo del proyecto productivo? ¿Cuáles son las características de su grupo o proyecto productivo? ➤ ¿Cuáles fueron los pasos que permitieron que se consolidaran como grupo para el desarrollo del proyecto productivo? ➤ ¿Antes de conformar este grupo (proyecto productivo) participaron de otro grupo en su localidad (iglesia, juvenil, organización comunitaria, institución de salud, colegio)? ➤ ¿Cuáles son las diferencias entre ese grupo y el que han conformado ahora? (indague sobre procesos de capacitación) ➤ ¿Se ha logrado mantener el número de integrantes al interior del grupo? ¿Qué situaciones o aspectos hacen que las personas salgan del grupo? ¿Cómo hacen internamente para garantizar que si una persona sale, las actividades del grupo continúen desarrollándose? ➤ ¿Qué expectativas se han generado en torno al grupo? 	ORGANIZACIÓN
	<p>El participar de un grupo requiere que todos trabajen para su beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Qué hacen ustedes para el bienestar de su grupo? ➤ ¿Cómo definen las actividades que cada persona realiza? ➤ ¿Usted puede realizar actividades que inicialmente no eran su responsabilidad? ➤ Usted ¿Cómo da a conocer los productos que genera el proyecto productivo? ¿Eso lo realiza por iniciativa propia o le ha sido designada como una actividad? ➤ ¿Qué considera que debe hacerse para que el proyecto productivo sea una propuesta a largo plazo? ¿Cómo aportaría a ello? ➤ ¿Cuáles son las actividades que diariamente realiza dentro del proyecto productivo? 	GESTIÓN

INDICADOR	PREGUNTAS DE LAS GUÍAS	TEMAS DE MEDICIÓN
Al final de la intervención en las 13 organizaciones de mujeres adolescentes se ejerce liderazgo por una o más de sus integrantes sobre su proyecto productivo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Existe una figura en el grupo que decida sobre las actividades que se deben realizar? ¿Esta figura determina quién realiza cada actividad? Describa las características de esta persona. ➤ En el grupo ¿Cómo se toman las decisiones sobre las actividades que cada uno debe realizar? ➤ ¿Se reconoce algún liderazgo en el grupo o por el contrario, todos hacen los mismos aportes? ➤ ¿Qué aspectos son concertados en el grupo? ¿Qué aspectos son concertados con personas que no son parte del grupo? ➤ ¿Se decide en el grupo las actividades por realizar o son definidas por otras personas? 	LIDERAZGO
Al final de la intervención se ha desarrollado la iniciativa de habilidades para la vida con las mujeres adolescentes de los proyectos productivos	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuando se han presentado problemas en el grupo, ¿cómo se solucionan? ➤ ¿Cómo se toman las decisiones en el grupo con relación a los honorarios de trabajo, remuneración, actividades por realizar? ➤ ¿Cómo se evalúa el trabajo realizado por cada integrante del grupo? ➤ ¿Cómo se realiza seguimiento a las actividades que cada persona debe hacer? ¿Quién hace esta actividad? 	HABILIDADES PERSONALES
Al final de la intervención las adolescentes de las organizaciones de los proyectos productivos fortalecen sus capacidades y valores para el trabajo conjunto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cómo definen trabajo en equipo? De acuerdo con esta definición, ¿en su grupo se trabaja en equipo? ➤ ¿Cómo se define al interior del grupo que se debe trabajar en equipo? ¿Se cuenta con apoyo de otras personas fuera del grupo para concertar el trabajo en equipo? ¿Han sido capacitadas para el trabajo en equipo? ➤ ¿Qué les ha permitido (facilitado) el trabajar en equipo? ➤ ¿Cuáles son las limitantes que encuentra en el trabajo en equipo? 	TRABAJO EN EQUIPO
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Cómo definen solidaridad? ¿Qué es ser solidaria? ➤ En su grupo, ¿cómo se demuestra la solidaridad? ➤ Durante el tiempo de existencia de la organización, ¿qué situaciones se han presentado donde se ha identificado la solidaridad de sus compañeros? ➤ ¿En su familia, amigos, barrio, escuela o en qué otros espacios le recalcan la importancia de ser solidaria? 	SOLIDARIDAD
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿En que situación se encuentra el proyecto productivo? ➤ ¿A qué aspectos atribuye que el proyecto productivo se encuentre de esta forma?, ➤ ¿Cómo se considera la participación de cada una de las integrantes del grupo en lo que se ha alcanzado? 	EFICACIA COLECTIVA

Continúa en la siguiente página

INDICADOR	PREGUNTAS DE LAS GUÍAS	TEMAS DE MEDICIÓN
Al final de la intervención las adolescentes de las organizaciones de los proyectos productivos fortalecen sus capacidades y valores para el trabajo conjunto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿El proyecto productivo es reconocido en otras instancias?, ¿Cuáles son las evidencias que se tienen de este reconocimiento? ➤ ¿Se ha logrado llegar con el proyecto productivo hasta donde se esperaba? 	EFICACIA COLECTIVA
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ¿Las integrantes de la organización conocen la misma información sobre el proyecto productivo? ➤ ¿Cómo son las relaciones entre las integrantes de su organización? ¿Se comparten otros espacios por fuera del proyecto productivo? ➤ ¿Se reconocen metas comunes para el proyecto productivo? ➤ Al interior del grupo ¿Se discute sobre las ventajas y opciones para el proyecto productivo? ➤ Al interior del grupo ¿Se discute sobre las dificultades o limitantes del proyecto productivo? 	COHESIÓN

MÓDULO 1. Salud sexual y reproductiva

INDICADOR	PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	TEMAS DE MEDICIÓN
A final de la intervención las adolescentes de las 13 localidades cuentan con herramientas que les permiten el fomento y la protección de su salud con énfasis en SSR	SSR1. ¿Qué puede hacer una persona para evitar contraer una infección de transmisión sexual?	ADQUISICIÓN DE DESTREZAS – CONOCIMIENTOS
	SSR2. ¿Cómo se transmite el virus que causa el sida?	ADQUISICIÓN DE DESTREZAS – CONOCIMIENTOS
	SSR3. A continuación te presentamos un listado de frases, te solicitamos responder si estás en ACUERDO, EN DESACUERDO, NO ESTÁS SEGURA o NO SABES (<i>deberes y derechos</i>)	ACTITUDES
	SSR4. ¿Puede una joven quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?	ADQUISICIÓN DE DESTREZAS – CONOCIMIENTOS
	SSR5. ¿Tu crees que una mujer debería tener su primer hijo cuando es adolescente? y SSR6. ¿Cuáles son las razones?	ADQUISICIÓN DE DESTREZAS – CONOCIMIENTOS

Continúa en la siguiente página

INDICADOR	PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	TEMAS DE MEDICIÓN
Al final de la intervención en una unidad de salud por localidad de intervención se están implantando servicios de SSR para adolescentes	SSR7. A continuación te preguntamos sobre los servicios de la unidad de salud de tu localidad	SERVICIOS INSITUCIONALES
	SSR8. ¿Has visitado alguna unidad de salud (clínica) en los últimos seis meses?	SERVICIOS INSITUCIONALES
	SSR9. ¿Por qué visitaste la unidad de salud la última vez?	SERVICIOS INSITUCIONALES
	SSR10. ¿Quién te atendió en la unidad de salud?	SERVICIOS INSITUCIONALES
	SSR11. Ahora estamos interesados en conocer cómo te atendió esta persona.	SERVICIOS INSITUCIONALES

Nota: El componente de prácticas no fue abordado en el proceso de evaluación y se excluye de la encuesta en la revisión con las facilitadoras de la mesa técnica de las Agencias de Naciones Unidas.

MÓDULO 2. Organización, liderazgo y participación

INDICADOR	PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	TEMAS DE MEDICIÓN
Al final de la intervención en las 13 organizaciones de mujeres adolescentes se ejerce liderazgo por una o más de sus integrantes sobre su proyecto productivo	ORG1. ¿Pertenece a algún grupo (organización)? ORG2. ¿A qué grupo (organización) perteneces? ORG3. ¿Hace cuánto perteneces al grupo?	PARTICIPACIÓN
	ORG4. ¿Cuál es el principal beneficio por el cual participas en este o estos grupo(s)?	PARTICIPACIÓN
PREGUNTA CONTROL	ORG5. ¿Por qué razones no participas en grupos?	
Al final de la intervención en las 13 organizaciones de mujeres adolescentes se ejerce liderazgo por una o más de sus integrantes sobre su proyecto productivo	ORG6. Ahora te solicitamos responder sobre algunas actividades que realizaste o no en los últimos 12 MESES	LIDERAZGO

Continúa en la siguiente página

INDICADOR	PREGUNTAS DE LA ENCUESTA	TEMAS DE MEDICIÓN
Al final de la intervención en las 13 localidades se han fortalecido espacios de participación para las adolescentes	ORG7. A continuación te voy a realizar una serie de preguntas con relación a las instituciones de tu localidad. (<i>Presentación de quejas, respuesta a solicitudes, disposición para el trabajo con adolescentes, vinculación a esas actividades, capacidad para decidir en la toma de decisiones de la familia y de la localidad</i>)	PARTICIPACIÓN

MÓDULO 3. Violencia de género

INDICADOR	PREGUNTA DE LA ENCUESTA	TEMA DE MEDICIÓN
Al final de la intervención las mujeres adolescentes de los proyectos productivos fortalecen sus conocimientos y actitudes para mitigar la violencia de género	VIO1. A continuación te voy a leer una serie de situaciones por las que podrías pasar en cualquier momento (<i>justificación para golpear/agredir a otros</i>)	PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA
	VIO2. ¿Has recibido información sobre cómo buscar protección y denunciar casos de violencia familiar? VIO3. ¿De quiénes has recibido la información?	INSTITUCIONES PARA LA ATENCIÓN DE CASOS REPORTE DE CASOS
	VIO4. ¿Cuáles de estas instituciones sabes que brindan atención en caso de violencia familiar?	INSTITUCIONES PARA LA ATENCIÓN DE CASOS REPORTE DE CASOS
Al final de la intervención se espera al menos una mujer por cada zona intervenida con capacidad de liderazgo e incidiendo en la prevención de la violencia de género	VIO5. Ahora te voy a preguntar sobre acciones que pudiste haber realizado en los últimos 12 MESES (<i>Reporte de víctimas de violencia física, abuso sexual, reporte de amigas</i>)	REPORTE DE CASOS
	VIO6. Si tú presenciaras una situación de violencia entre una pareja ¿Qué harías?	PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA
Al final de la intervención las mujeres adolescentes de los proyectos productivos fortalecen sus conocimientos y actitudes para mitigar la violencia de género	VIO7. ¿Tienes actualmente novio/esposo o compañero? y VIO8. ¿Cuántas veces se presentaron las siguientes situaciones con su pareja?	VIOLENCIA DE GÉNERO

MÓDULO 4. Resolución de conflictos y comunicación asertiva

INDICADOR	PREGUNTA DE LA ENCUESTA	TEMA DE MEDICIÓN
Al final de la intervención se ha desarrollado la iniciativa de habilidades para la vida con las mujeres adolescentes de los proyectos productivos	RES1. Todas las personas enfrentan conflictos y tienen diferentes maneras de afrontarlos	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS COMUNICACIÓN ASERTIVA
	RES2. En LOS ÚLTIMOS 12 MESES, como consecuencia de los discusiones (conflictos) en tu familia...	CONFLICTOS
	RES3. Según tu opinión, ¿Por qué se presentan las discusiones (conflictos) en tu familia?	CONFLICTOS
	RES4. Durante los últimos 12 meses frente a una discusión (conflicto) familiar usted debió...	RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
	RES5. Algunas veces la gente tiene problemas con personas conocidas o con extraños. A veces porque están de mal humor o alguna otra razón.	CONFLICTOS COMUNICACIÓN ASERTIVA
	RES6. Te voy a leer una serie de situaciones que se pueden presentar en cualquier momento, por favor responde si esto te ha ocurrido al menos en los ÚLTIMOS 12 MESES. Te solicitamos respuestas Sí o No.	COMUNICACIÓN ASERTIVA

MÓDULO 5. Habilidades personales

INDICADOR	PREGUNTA DE LA ENCUESTA	TEMA DE MEDICIÓN
Al final de la intervención se ha desarrollado la iniciativa de habilidades para la vida con las mujeres adolescentes de los proyectos productivos	HAB1. En las siguientes frases, quisiera que pienses en ti y me digas si lo haces SIEMPRE, CASI SIEMPRE, A VECES, CASI NUNCA o NUNCA.	AUTONOMÍA AUTOESTIMA COMUNICACIÓN ASERTIVA
	HAB2 y HAB3. Te preguntamos sobre la confianza que tienes en diferentes instituciones de tu localidad	CONFIANZA
Al final de la intervención en las 13 organizaciones de mujeres adolescentes se ejerce liderazgo por una o más de sus integrantes sobre su proyecto productivo	HAB4. ¿En los últimos 12 meses trabajaste con otras personas para hacer algo en beneficio de su localidad? y HAB5. ¿Cuáles fueron las tres principales actividades en las que participaste?	COHESIÓN SOLIDARIDAD EFICACIA COLECTIVA

Continúa en la siguiente página

INDICADOR	PREGUNTA DE LA ENCUESTA	TEMA DE MEDICIÓN
SE INCLUYE COMO PARTE DE LOS REQUERIMIENTOS DE UNA DE LAS AGENCIAS	HAB6. ¿Conoces instituciones que trabajen para dar a conocer los derechos de la niñez y adolescencia?	INSTANCIA DE PARTICIPACIÓN
	HAB7. ¿Qué instituciones conoces que trabajen en el tema de derechos humanos de la niñez y adolescencia?	ADQUISICIÓN DE DESTREZAS -CONOCIMIENTOS
	HAB8. ¿Conoces algunos de los derechos de la juventud y adolescencia? y HAB9, Menciona los derechos que conoces.	ADQUISICIÓN DE DESTREZAS -CONOCIMIENTOS
	HAB10. ¿Conoces en tu localidad instituciones que den oportunidades de empleo para adolescentes? y HAB11. ¿Cuáles instituciones conoces?	INSTANCIA DE PARTICIPACIÓN

MÓDULO 6. Reconocimiento del programa

¿En tu localidad se desarrollaron actividades del programa PIEMA?

¿Te enteraste si fueron convocadas las adolescentes para participar en las actividades del PIEMA?

¿Te informaron sobre los objetivos del programa y las entidades que formarían parte de él?

¿Participaste de la jornada de salud en sexualidad y reproducción programada como parte del PIEMA?

¿Participaste en los talleres formativos y lúdicos en violencia familiar realizados por el PIEMA?

¿Participaste en capacitaciones sobre trabajo en equipo, comunicación asertiva, autoestima, proyecto de vida del PIEMA?

¿Participaste en los talleres para formar “jóvenes multiplicadores” en temas de sexualidad y reproducción? (Unidad de salud)

¿Eres parte del grupo de multiplicadores sobre los temas de sexualidad y reproducción?

¿Recibiste capacitación para la consolidación del proyecto productivo?

¿El haber participado del programa generó cambios en tu vida?

En tu familia ¿Cambió la imagen que tenían de ti?

Con el programa, en tu localidad ¿Se reconocen cambios en las instituciones para el trabajo con adolescentes?

A partir del programa, en tu localidad ¿Las mujeres adolescentes son invitadas a los espacios de participación?

Continúa en la siguiente página

MÓDULO 6. Reconocimiento del programa

Una vez terminado el programa, ¿Persiste la organización entre las adolescentes?

Una vez terminado el programa, en tu localidad ¿Se continúan desarrollando las actividades en las instituciones?

Una vez terminado el programa, en tu localidad ¿Se reconoce el trabajo realizado por las mujeres adolescentes?

Referencias

- 1 Levine, R, Lloyd, C et.al. 2008. Girls Count: A global investment and action agenda.
- 2 Rudolph 2002, pp.246, en OPS. 2008. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes.
- 3 Ver: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48.r5-s.pdf>
- 4 Rudolph 2002, en OPS. 2008. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes. pp.246,
- 5 Ver: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48.r5-s.pdf>
- 6 OPS. 2005. Política de Igualdad de Género adoptada por el Consejo Directivo de esta Organización, mediante la Resolución CD46.R16 del 30 de septiembre de 2005. Disponible en: www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf
- 7 Rudolph 2002, pp.246, en OPS. 2008. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes.
- 8 Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press; 1993. Taylor, J.M., Gilligan, C., Sullivan, A.M. Between voice and silence: Women and girls, race and relationship. Harvard University Press. Cambridge Massachusetts. 1995.
- 9 Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press; 1993.
- 10 CEPAL. 2005. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y El Caribe.
- 11 Levine, R, Lloyd, C et.al. 2008. Girls Count: A global investment and action agenda.
- 12 UN. 2008. World Population Prospects: The 2008 revision. United Nations Population Division. Disponible en: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>
- 13 CEPAL, UNICEF. 2007. Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre los objetivos de desarrollo del Milenio. Número 4, enero de 2007. Op. Cit. Santiago de Chile. p.5.
- 14 OPS. Banco de datos de los informes de los países sobre la infección por el VIH/sida, Proyecto FCH/A.
- 15 Subbarao, K.; Raney, Laura. Social Gains from Female Education: A Cross-National Study. World Bank Discussion Papers 194
- 16 The Global Coalition on Women and AIDS (UNAIDS) (2005). Educate girls, fight AIDS. En: <http://womenandaids.unaids.org/publications.html>
- 17 Basic Education Coalition. 2004. Teach a Child, Transform a Nation [“Transforma una nación dando educación a un niño”]. Washington y Banco Mundial 2002: Indicadores de

- desarrollo mundial. Washington. Citado en: Save the Children. 2005. El Estado Mundial de las Madres. Madrid. p.11.
- 18 Weili Ding, Lehrer Steven, et. al 2006. The impact of poor health in education: new evidence using genetic markers. <http://www.nber.org/papers/w12304>
 - 19 Schut Anne, J y Maddaleno, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Americas. p.47. <http://www.paho.org/Spanish/hPP/HPF/ADOL/SSRA.PDF>
 - 20 UNFPA. 2005. Estado de la población mundial. p. 50. En: www.unfpa.org/swp/2005/espanol/notes/page4.htm
 - 21 WHO. 2000. Child Mortality. The Challenge now. [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(10\)1174.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(10)1174.pdf)
 - 22 UNAIDS. Inter-Agency Task Team (IATT) on HIV and Young People. Global Guidance Briefs.
 - 23 World Bank. 2003. Gender equality and the Millennium Development Goals.
 - 24 OPS. 2005. Política de Igualdad de Género adoptada por el Consejo Directivo de esta Organización, mediante la Resolución CD46.R16 del 30 de septiembre de 2005. Disponible en: [ww.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf)
 - 25 Rudolph 2002, pp.246, en OPS. 2008. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes.
 - 26 Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press; 1993. Taylor, J.M., Gilligan, C., Sullivan, A.M. Between voice and silence: Women and girls, race and relationship. Harvard University Press. Cambridge Massachusetts. 1995.
 - 27 Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press; 1993.
 - 28 CEPAL. 2005. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y El Caribe.
 - 29 Levine, R, Lloyd, C et.al. 2008. Girls Count: A global investment and action agenda.
 - 30 UN. 2008. World Population Prospects: The 2008 revision. United Nations Population Division. Disponible en: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2>
 - 31 CEPAL, UNICEF. 2007. Desafíos. Boletín de la infancia y adolescencia sobre los objetivos de desarrollo del Milenio. Número 4, enero de 2007. Op. Cit. Santiago de Chile. p.5.
 - 32 OPS. Banco de datos de los informes de los países sobre la infección por el VIH/sida, Proyecto FCH/A.
 - 33 OPS. S.f. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Equidad de género en salud. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GEHPaperSpanish.pdf> <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/GEHPaperSpanish.pdf>
 - 34 OPS. 2005. Política de Igualdad de Género adoptada por el Consejo Directivo de esta Organización, mediante la Resolución CD46.R16 del 30 de septiembre de 2005. Disponible en: [ww.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/ge/GenderEquityinHealthsp.pdf)
 - 35 Idem.
 - 36 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). 1998. Directrices del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) para la igualdad entre mujeres y hombres y el empoderamiento de la mujer en la cooperación para el desarrollo. Disponible en: http://www.oecd.org/document/59/0,3343,en_2649_34541_1887547_1_1_1_1,00.html

- 37 Whitehead, M. 1990. The Concepts and Principles of Equity and Health. Document EUR/ICP/RPD/414. WHO Office for Europe, Copenhagen.
- 38 Gómez, Elsa. 2001. Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género. 18 y 19 de Octubre 2001. OPS/OMS – Fondo Nacional de Salud (FONASA). Santiago de Chile.
- 39 Banco Mundial. 2006. World Bank Development Record: Equity and Development. Washington, DC.
- 40 Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press; 1993.
- 41 Narayan, D. 2005. "Conceptual framework and methodological challenges" in D. Narayan (ed.) Measuring empowerment: cross-disciplinary Challenge. World Bank. Washington D.C.
- 42 Maddaleno, M y La Rosa, Liliana. 2008. Empoderamiento de las adolescentes, condición para el desarrollo. En: <https://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/empoderamiento/pages/Biblioteca.aspx>
- 43 ONU. 2005. Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Grupo de Trabajo sobre Educación e Igualdad de Género, 2005.
- 44 Declaración Ministerial. 1a Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH e ITS en Latinoamérica y El Caribe: "Prevenir con educación". Disponible en : http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_en.pdf.
- 45 La discriminación laboral y de edad de las mujeres en las maquilas textiles guatemaltecas <http://www.business-humanrights.org/Links/Repository/920377>
- 46 UNICEF. 2008. Op. Cit. p. 2.
- 47 Idem. p. 4.
- 48 Idem. p. 5.
- 49 OPS. 2008. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes.
- 50 Santrock, John. 2001. Adolescence. Chapter 11: Gender. New York, McGraw Hill.
- 51 OPS. 2008. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes.
- 52 Nolen, et.al pp.246, en OPS. 2008. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes.
- 53 Rudolph 2002, pp.246, en OPS. 2008. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes.
- 54 Machoian, L. The Disappearing Girl: Learning the Language of Teenage Depression. Dutton New York; 2005, Gilligan C. In a different voice: Psychological theory and women's development. Harvard University Press; 1993. y Brown, LM. Girlfighting: Betrayal and rejection among girls. New York University Press. 2003.
- 55 OPS. 2008. Jóvenes: Opciones y Cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes.
- 56 Tanner, JM. Sequence, tempo, and individual variation in growth and development of boys and girls aged twelve to sixteen. Institute of Child Health, London, England, 1971. Adolescent behavior and society: A Book of Readings, edited by Muus, RE. 1990. y Muus, R.E. Adolescent Behavior and Society: A Book of Readings. Fourth Edition. 1990.
- 57 Plan International. 2007. Porque soy una niña. El estado mundial de las niñas 2007. Opciones reales, vidas reales. UK. p.14.

- 58 Camacho, Ana Lorena. 2003. Reflexiones preliminares en torno al empoderamiento. Disponible en: <http://www.alforja.or.cr/centros/cep/documentos/poderyempoderamiento.pdf>
- 59 Population Council. 2005. M.J. Ruiz. En: Relatoría de la reunión sobre “Estrategias multisectoriales innovadoras para satisfacer las necesidades de las jóvenes indígenas y de otras/os Adolescentes vulnerables”. Antigua, Guatemala, 1 y 2 de diciembre de 2005. En: www.popcouncil.org/esp/transiciones/GuatMeet/RelatoriaMar3.pdf
- 60 Santrock, John. 2001. Op. Cit.
- 61 OPS. 2008. Estrategia Regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. Op. Cit. p.8.
- 62 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” (<http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-61.html>) y Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.res.48.104.sp?opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.res.48.104.sp?opendocument)
- 63 Banco Mundial, 1993. En: Heise, Lori et al. 1994. Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. OPS, Washington, D.C.
- 64 Banco Mundial, 1993. En: Heise, Lori et al. 1994. Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud. OPS, Washington, D.C.
- 65 Claramunt, María Cecilia. 2000. Abuso sexual en mujeres adolescentes: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/gph9.pdf>
- 66 García-Moreno, C. 2000. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. OPS, Harvard Center for Population and Development Studies. p. 18. Boston.
- 67 Gomes, Cristina. 2007. Análisis de situación de población América Latina y Caribe. Diversidad y desigualdades. UNFPA. p. 161. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/public/cache/bypass/pid/424>
- 68 A portrait of Adolescent Health in the Caribbean, 2000. WHO Collaborating Center on Adolescent health, University of Minnesota, Minneapolis, MN. En: Estrategia Regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. Washington, DC. p. 9.
- 69 Neinstein, Lawrence. 5th Edition. Adolescent Health Care.
- 70 Plan International. 2007. Op. Cit. p. 78.
- 71 Decker, Michele. Silverman, Jay et al. Dating Violence and Sexually Transmitted Disease/ HIV Testing and Diagnosis Among Adolescent Females. PEDIATRICS Vol. 116 No. 2 August 2005, pp. e272–e276
- 72 OPS. 2008. Estudio de Evaluación de los Servicios de Cobertura de Servicios de Prevención del VIH en Adolescentes y Jóvenes, Tegucigalpa, Honduras.
- 73 OPS. 2008. Estudio de Evaluación de los Servicios de Cobertura de Servicios de Prevención del VIH en Adolescentes y Jóvenes, Tegucigalpa, Honduras.
- 74 Sorensen, Bente, “Medidas para enfrentar la explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes”, en OIT et al. (2004). Foro Internacional sobre el Combate a la Explotación Sexual Comercial Infantil. México, p.13.
- 75 Instituto Interamericano del Niño. 2002. La explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en América Latina. Montevideo. p.2.
- 76 Malhotra, A. 2003.
- 77 CISALVA. 2007. Informe Final de Evaluación del PIEMA. Universidad del Valle, Colombia, Cali.

- 78 World Bank. 2003. Gender Equality and the Millennium Development Goals.
- 79 CEPAL. 2005. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y El Caribe. Op. Cit. p. xx.
- 80 CEPAL. 2005. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y El Caribe. Op. Cit. p. xxii.
- 81 UNIFEM. 2008. Making the MDGs work for all. Disponible en: http://www.unifem.org/attachments/products/Making_MDGs_work_for_all_complete.pdf
- 82 Cálculo elaborado por M. Ordorica A. con base en datos de: UN. 2008. World Population Prospects: The 2008 revision. United Nations Population Division. Disponible en: <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=2> y CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del Milenio. Op. Cit. p. 43, y de CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del Milenio. Op. Cit. p. 49.
- 83 CEPAL. 2008. Juventud y cohesión social en Iberoamérica: un modelo para armar. Santiago de Chile. p. 34.
- 84 CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y El Caribe. Op. Cit. p. 37.
- 85 CEPAL. 2008. Progresos en la reducción de la pobreza extrema en America Latina. pp. 33 y 108. http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/33936/PobrezaExtrema_CapituloII.pdf
- 86 Idem. p. 133.
- 87 Idem. p. 133.
- 88 Idem. p. 61
- 89 Idem. p. 66.
- 90 OPS. 2008. Malnutrition in Infants and Young Children in Latin America and the Caribbean: Achieving the Millennium Development Goals. Available at: new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1204&Itemid= -
- 91 Banco Mundial. 2006. Citado en: Roses, Mirta. Determinantes psicosociales y ambientales en el desarrollo de la juventud iberoamericana OPS/OMS. Disponible en: www.ops.org.sv/component?option,com_docman/task,doc_view/gid,150/Itemid,Array/
- 92 CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del Milenio. Op. Cit. p. 49.
- 93 Idem. p. 43.
- 94 Idem. p. 48.
- 95 Idem. p. 48.
- 96 Idem. p. 48.
- 97 Chaparro, C.M, Lutter, C.K. S.f. Anemia among adolescent and young adult women in Latin America and the Caribbean: A cause for concern. Washington, D.C. En: OPS. 2008. Estrategia Regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. Washington, D.C. p. 1.
- 98 Idem. p. 10.
- 99 Chaparro, Camila. S.f. La anemia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes en América Latina y El Caribe: Un motivo de preocupación. OPS. p. 1. Disponible en: new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1198&Itemid=
- 100 Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. Lancet 2006;367:1066–1074. Citado en: Chaparro, Camila. S.f. La anemia entre adolescentes y mujeres adultas jóvenes en América Latina y

- El Caribe: Un motivo de preocupación. OPS. p. 2. Disponible en: new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1198&Itemid=
- 101 Sistema de información Estadística de la OMS (WHOSIS). Base de datos de mortalidad. Tabla 1: “Número de muertes registradas”. Ecuador 2000, Perú 2000. El Salvador 1999. México 2001. Uruguay 2000. Disponible en http://www3.who.int/whosis/mort/table1.cfm?path=whosis,mort,mort_table1&language=english.
- 102 Schmelkes, S. Comentarios en el lanzamiento del Informe Mundial de la Infancia 2006 de UNICEF. Disponible en: www.nacionesunidas.org.mx/prensa/especiales/2007/UNICEF_EstadoMundial2007/UNICEFSchmelkes.coment.Informem.
- 103 Plan Internacional. 2007. Op. Cit. p. 15.
- 104 Naciones Unidas. 2008. Situación y Desafíos de la Juventud en Ibero América. Op. Cit. p. 6
- 105 Citado en: Naciones Unidas. 2008. Situación y Desafíos de la Juventud en Ibero América. Op. Cit. p. 6
- 106 CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del Milenio. Op. Cit. p. 271.
- 107 CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del Milenio. Op. Cit. p. 271.
- 108 Burnett, N. 2007. Educación para todos en 2015 ¿Alcanzaremos la meta? Informe de seguimiento de la Educación para Todos (EPT) en el Mundo. Resumen. En: Perfiles Educativos. Año/vol. XXIX. Número 118. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F. p. 94.
- 109 UNESCO. 2008. Educación para todos en 2015 ¿Alcanzaremos la meta? Informe de seguimiento de la Educación para Todos (EPT) en el Mundo. Resumen. Paris. pp. 5 y 14.
- 110 CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del Milenio. Op. Cit. p. 118.
- 111 Save the Children. 2005. El Estado Mundial de las Madres. Madrid. p. 14.
- 112 Comisión de derechos Humanos. 2006. Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho a la educación de las niñas. Informe del Relator Especial sobre el derecho a la educación, Sr. V. Muñoz Villalobos. p. 13. Disponible en: <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article558>
- 113 Idem. p. 21.
- 114 Idem. p. 119.
- 115 <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673605178726/fulltext>
- 116 Basic Education Coalition. 2004. Teach a Child, Transform a Nation [“Transforma una nación dando educación a un niño”]. Washington y Banco Mundial 2002: Indicadores de desarrollo mundial. Washington. Citado en: Save the Children. 2005. El Estado Mundial de las Madres. Madrid. p.11.
- 117 The Global Coalition on Women and AIDS (UNAIDS) (2005) ‘Educate girls, fight AIDS. En: <http://womenandaids.unaids.org/publications.html>
- 118 Banco Mundial. 2004. En: Save the Children. 2005. El Estado Mundial de las Madres. Madrid. p.11.
- 119 Weili Ding, Lehrer Steven, et. al 2006. The impact of poor health in education: new evidence using genetic markers. <http://www.nber.org/papers/w12304>
- 120 En: Estado de la población mundial 2003, p 27. Disponible en: <http://www.unfpa.org/gender/empowerment.htm>.

- 121 Estudios del Population Council y del UNFPA citados en: Plan International. Op. Cit. p. 45.
- 122 CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del Milenio. Op. Cit. p. 111–115
- 123 Idem. p. 116.
- 124 Idem. p. 1113.
- 125 Naciones Unidas. 2008. Situación y Desafíos de la Juventud en Ibero América. Op. Cit.
- 126 Cinthya Boyd en: Roses, Mirta. Op. Cit. p. 5.
- 127 CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del Milenio. Op. Cit. p. 87.
- 128 Idem. p. 88.
- 129 Naciones Unidas. 2008. Situación y desafíos de la Juventud en Ibero América. Op. Cit. p. 8.
- 130 ONU. 2005. Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Grupo de Trabajo sobre Educación e Igualdad de Género, 2005.
- 131 Instituto Mexicano de la Juventud y Secretaría de Educación Pública. 2008. Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007. Resumen ejecutivo. México, D.F. pp. 14–15 Disponible en: www.imjuventud.gob.mx/contenidos/programas/encuesta_violencia_2007.pdf -
- 132 Cáceres, C.F., Vanoss, M.B., Hudes, S. 2000. “Sexual Coercion among Youth and Young Adults in Lima, Peru.” *Journal of Adolescent Health*. Nov.; 27 (5). En: Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. 2003. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. OPS, Washington, D.C. p. 14.
- 133 Organización Mundial de la Salud/Centro Colaborador en Salud de Adolescentes, Universidad de Minnesota/Organización Panamericana de la Salud (2000). A Portrait of Adolescent Health in the Caribbean. En: Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. 2003. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. OPS, Washington, D.C. p. 14.
- 134 UNFPA. 2005. Salud sexual y reproductiva en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe. p. 59. Disponible en: ac.unfpa.org/public/cache/offonce/pid/838;jsessionid=C02F5AC52FF8A60329AC00F430A79D54
- 135 Idem.
- 136 OPS.1999. Para vivir sin violencia: Dimensiones del problema compromisos de solución. Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo. División de Salud y Desarrollo Humano. En: Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. 2003. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. OPS, Washington, D.C. p. 14.
- 137 WHO. 2000. Child Mortality. The Challenge now. [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(10\)1174.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(10)1174.pdf)
- 138 Idem. p. 150.
- 139 OPS. 2005. Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!
- 140 Citado en: Roses, Mirta. Op. Cit. p.3.
- 141 CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 144–145.
- 142 Idem. p. 145.
- 143 Idem. p. 146.

- 144 UNFPA. 2005. Estado de la población mundial. p. 50. En: www.unfpa.org/swp/2005/espanol/notes/page4.htm
- 145 WHO. 2000. Child Mortality. The Challenge now. [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(10\)1174.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(10)1174.pdf)
- 146 OPS. Octubre 2007. Propuesta del Plan Estratégico 2008–2012. p. 55. En: www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/od328-full-s.pdf
- 147 Plan International. Op. Cit. p. 28.
- 148 En: CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 154.
- 149 Carga mundial de morbilidad: actualización del 2004 (publicación del 2008 del conjunto de datos actualizado del 2004). Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html
- 150 UNFPA. 2005. Op. Cit. p. 171.
- 151 OMS. 2007. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5a Edición, Ginebra,
- 152 En: CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 154.
- 153 OPS. 2007. Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C.: OPS, (pg. 177–181). En: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.
- 154 OPS. Octubre 2007. Propuesta del Plan Estratégico 2008–2012. p. 55. En: www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/od328-full-s.pdf
- 155 CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 151.
- 156 Idem. 152.
- 157 CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 154.
- 158 OPS. 2007. Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Washington, D.C. En: OPS. 2008. Estrategia Regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. Washington, DC. p.9.
- 159 OPS. 2007. Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Op. Cit. pp. 177–181. Disponible en: <http://www.paho.org/HIA/index.html>.
- 160 OPS citado en: CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 152.
- 161 Estados Unidos, Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health; United States Agency for International Development. Reproductive, maternal, and child health in Central America: trends and challenges facing women and children: El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Atlanta: CDC/USAID; 2005. En: OPS. 2008. Estrategia Regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. Washington, DC. p.9.
- 162 Estados Unidos, Guttmacher Institute. Maternidad temprana en Nicaragua: un desafío constante. Resumen serie 2006, n.º 3, 4 y 5. En: OPS. 2008. Estrategia Regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. Washington, D.C. p.9.
- 163 OPS. Octubre 2007. Propuesta del Plan Estratégico 2008–2012. p. 55. En: www.paho.org/Spanish/GOV/CSP/od328-full-s.pdf
- 164 Idem.
- 165 CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 157.
- 166 Idem. pp. 157–158.
- 167 Idem. p. 157.
- 168 Idem. p. 2

- 169 Global Health Council, 2004. Commitments: youth reproductive health, the World Bank, and the Millennium Development Goals. Washington, DC.
- 170 AIDS – 5 years since ICPD, UNAIDS (1999). Citado en: OPS. S.f. Hoja informativa del Programa Mujer, salud y desarrollo. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/GE/Gender-HIV1sp.pdf
- 171 Women and HIV/AIDS, WHO Fact sheet 242 (2000) Citado en: OPS. S.f. Hoja informativa del Programa Mujer, salud y desarrollo. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/GE/Gender-HIV1sp.pdf
- 172 Citado en: CEPAL y UNICEF. 2007. Desafíos. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. La niñez y el VIH/sida en América Latina y el Caribe. Número 7. p. 2. Disponible en: <http://www.eclac.org/desafios/>
- 173 Grown et al. 2005. Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. The Lancet, 2005. Citado en: Plan International. Op. Cit. p. 82.
- 174 ONUSIDA/OMS, 2004. En: CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 155.
- 175 CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 155.
- 176 UNAIDS. Inter-Agency Task Team (IATT) on HIV and Young People. Global Guidance Briefs. Idem. p. 158.
- 177 En: 2007 Report on the global AIDS epidemic, UNAIDS/WHO, July 2007.
- 178 UNAIDS. Inter-Agency Task Team (IATT) on HIV and Young People. Global Guidance Briefs.
- 179 OPS. Banco de datos de los informes de los países sobre la infección por el VIH/sida, Proyecto FCH/A.
- 180 En: 2008 Report on the global AIDS epidemic, UNAIDS/WHO, July 2008.
- 181 CEPAL. 2005. Op. Cit. . p 157.
- 182 UNFPA/EAT, 2004. Citado en: CEPAL. 2005. p. 157.
- 183 Idem. pp. 157 y 158.
- 184 OPS. 2008. Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes 2010–2018. p. 8. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/CD48-08-s.pdf>
- 185 CEPAL. 2005. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Op. Cit. p. 158.
- 186 CEPAL y UNICEF. 2007. Desafíos. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. El derecho a entornos saludables para la infancia y la adolescencia. Un diagnóstico desde América Latina y el Caribe. p. 4. Número 5. Disponible en: http://www.eclac.org/dds/noticias/desafios/0/29270/Desafios5_EntornosSaludables.pdf
- 187 Idem. p. 2
- 188 En: (UN.Doc.E/C.12/2002/11(2002)). En: http://www.pnud.org.ve/index.php?option=com_content&task=view&id=71&Itemid=120
- 189 CEPAL y UNICEF. 2007. Desafíos. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. El derecho a entornos saludables para la infancia y la adolescencia. Un diagnóstico desde América Latina y el Caribe. Número 5. p. 11.
- 190 The Lancet.2009. Vol. 373 May 16, 2009. Disponible en www.thelancet.com
- 191 UNDP 2008. Guía Recursos de género para el cambio climático. México . Disponible en <http://www.undp.org.mx/Doctos/GRGCC/Guia%20Recursos.pdf>

- 192 CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 283.
- 193 CEPAL. 2005. Op. Cit. p. 285.
- 194 Citado en: CEPAL: 2005. Op. Cit. p. 285.
- 195 CEPAL y UNICEF. 2007. Desafíos. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio. El derecho a entornos saludables para la infancia y la adolescencia. Un diagnóstico desde América Latina y el Caribe. Número 5. p. 12.
- 196 Idem. p. 12.
- 197 Idem. p. 12.
- 198 Idem. p. 6.
- 199 Grupo de trabajo interagencial de las Naciones Unidas sobre las mujeres adolescentes, Planificación mundial conjunta para las adolescentes marginalizadas (2009–2011) en desarrollo. Otros ejemplos a nivel global incluyen “The Girl Fund” y “Adolescent Girls Initiative” disponibles en: <http://www.unfoundation.org/donate/the-girl-fund.html> y <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTGENDER/0,contentMDK:21914520~menuPK:336874~pagePK:64020865~piPK:51164185~theSitePK:336868,00.html>
- 200 Levine, R, Lloyd, C et.al. 2008. Girls Count: A global investment and action agenda.
- 201 CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. p .218
- 202 Weller, Jürgen. 2006. Inserción laboral de jóvenes: expectativas, demanda laboral y trayectorias. Publicado en el Boletín redEtis n° 5, versión preliminar presentada en el Seminario Taller Regional “Estrategias educativas y formativas para la inclusión social y productiva”, México D.F., 14 y 15 de noviembre de 2005, organizado por redETis (red latinoamericana sobre educación, trabajo e inserción social), DIE-Cinvestav, el Colegio Mexiquense, y la Secretaría de Educación mexicana.
- 203 Vilardo,Valeria. 2008. Mujeres, TIC y transparencia”. Presentación en el III° Foro de Mujeres contra la Corrupción, desarrollado entre el 29 de septiembre y 1 de octubre de 2008 en Buenos Aires. Disponible en: <http://www.artemisanoticias.com.ar/site/notas.asp?id=46&idnota=6173>
- 204 Estudio de 44 países, incluyendo de la Región de las Américas: Costa Rica, Brasil, México, Chile, Bermuda, Canadá y Estados Unidos. ITC. 2008. Use of ITC by the world’s children and youth. pp. 41–42. Disponible en: http://www.itu.int/ITU-D/ict/material/Youth_2008.pdf
- 205 CEPAL. 2005. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. p. 218
- 206 CEPAL: 2005. Objetivos de desarrollo del milenio. Op. Cit. p. 222.
- 207 Directora de la Oficina para la Igualdad de Género de la OIT.
- 208 OIT. 2007. Trabajo decente y juventud. América Latina. p. 293. Disponible en: <http://white.oit.org.pe/tdj/>
- 209 Cepal. 2005. Objetivos de desarrollo del milenio. Op. Cit. p. 294
- 210 En: Levaggi, Virgilio. 2008. Día Internacional Juventud femenina latinoamericana. Reporte. Disponible en: http://portal.oit.or.cr/index.php?option=com_content&task=view&id=297&Itemid=184
- 211 Cepal. 2005. Objetivos de desarrollo del milenio. Op. Cit. p. 218
- 212 Cepal. 2005. Objetivos de desarrollo del milenio. Op. Cit. p. 218

- 213 OIT. 2007. Trabajo decente y juventud. Op. Cit. pp. 87–89.
- 214 Levaggi, Virgilio. 2008. Op. Cit.
- 215 OIT. 2007. Trabajo decente y juventud. Op. Cit. p. 47.
- 216 OIT. 2009. Las tecnologías de la información y la comunicación TIC & género – Una brecha digital a superar. Disponible en: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/gender/temas/tic/indexa.htm>
- 217 Cepal. 2005. Objetivos de desarrollo del milenio. Op. Cit. p. 106.
- 218 Banco Mundial. 2006. Tercera Conferencia Internacional sobre Transferencias en Efectivo Condicionadas. Disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/WBI/WBIPROGRAMS/SPLP/0,,contentMDK:20901153~pagePK:64156158~piPK:64152884~theSitePK:461654,00.html>
- 219 En: <http://www.presidencia.gob.mx/programas/?contenido=34798>
- 220 CEPAL 2002. Panorama Social de America Latina 2001–2002, LC/G2183-P/E. Santiago de Chile, Publicaciones de las Naciones Unidas.
- 221 CEPAL 2002. Panorama Social de America Latina 2001–2002, LC/G2183-P/E. Santiago de Chile, Publicaciones de las Naciones Unidas.
- 222 Ver: Creed-Kanashiro, H.M, Uribe, T.G, Bartolini, R.M, et al. Improving dietary intake to prevent anemia in adolescent girls through community kitchens in a periurban population of Lima, Peru. *J Nutr* 2000;130:459S–461S. Disponible en: <http://jn.nutrition.org/cgi/reprint/130/2/459S>
- 223 Idem.
- 224 Subbarao, K.; Raney, Laura. Social Gains from Female Education: A Cross-National Study. *World Bank Discussion Papers* 194
- 225 The Global Coalition on Women and AIDS (UNAIDS) (2005) ‘Educate girls, fight AIDS. En: <http://womenandaids.unaids.org/publications.html>
- 226 Basic Education Coalition. 2004. Teach a Child, Transform a Nation [“Transforma una nación dando educación a un niño”]. Washington y Banco Mundial 2002: Indicadores de desarrollo mundial. Washington. Citado en: Save the Children. 2005. El Estado Mundial de las Madres. Madrid. p.11.
- 227 Weili Ding, Lehrer Steven, et. al 2006. The impact of poor health in education: new evidence using genetic markers. <http://www.nber.org/papers/w12304>
- 228 Schut Anne, J y Maddaleno, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Americas. p.47. <http://www.paho.org/Spanish/hPP/HPF/ADOL/SSRA.PDF>
- 229 Carlson, Beverly. Como lograr una educacion de calidad: Que nos enseñan las escuelas? , Serie Desarrollo Productivo, N.64. CEPAL. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/5669/lcl1279e.pdf>
- 230 En: http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080801_minsterdeclaration_en.pdf
- 231 En: Ruiz, M.J. 2008. Proyecto Abriendo Oportunidades para Mujeres Jóvenes Indígenas. En: <https://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/empoderamiento/pages/Biblioteca.aspx>
- 232 CISALVA. 2007. Informe Final de Evaluación del PIEMA. Universidad del Valle, Colombia, Cali.
- 233 Rocha, V. 2008. Programa M. Trabajando con mujeres jóvenes. En: <https://portal.paho.org/sites/fch/CA/WS/empoderamiento/pages/Biblioteca.aspx>

- 234 Promundo. Trabajando con mujeres adolescentes: empoderamiento, derechos y salud. p. 137. Disponible en: <http://www.promundo.org.br/352>
- 235 UNFPA. 2005. Estado de la población mundial. p. 50. En: www.unfpa.org/swp/2005/espanol/notes/page4.htm
- 236 WHO. 2000. Child Mortality. The Challenge now. [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(10\)1174.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(10)1174.pdf)
- 237 Ver: OPS. AIEPI comunitario: Marco conceptual. Boletín Abril 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-fs2.pdf>
OPS. AIEPI comunitario: base del empoderamiento social en Chao, Perú. Boletín Abril, 2006. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-fs1.pdf>
- 238 IMSS Oportunidades, Thais S.C., UNFPA. 2007. CARA: ocho años de experiencia con adolescentes rurales e indígenas. México, D.F.
- 239 Para mayor información contactar: mruiz@popcouncil.org
- 240 Ver: <http://orgs.tigweb.org/12089>
- 241 UNICEF. Maternidad segura. Ver: http://www.unicef.org/peru/spanish/survival_development.html
- 242 UNAIDS. Inter-Agency Task Team (IATT) on HIV and Young People. Global Guidance Briefs.
- 243 UNFPA. 2008. Guidance Brief: HIV interventions for young people. Inter-Agency Task Team on HIV and young people. Overview.
- 244 Ver: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/dds/noticias/desafios/0/33660>
- 245 Ver: http://www.unicef.org/lac/flash/DW/nicaragua_educacion_09.html
- 246 Ver: <http://www.unep.org/Tunza/youth/>.
- 247 Krauscopf, 2000. En: Morlachetti, Alejandro. (S.f.).»Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos». En: Notas de Población No. 85. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). p. 85. En: http://www.eclac.org/mdg/publi_rela_CEPAL.html
- 248 Evaluación de impacto y evaluaciones de género llevadas a cabo por el Banco Mundial mediante la iniciativa Youth Employment Inventory y la iniciativa The Adolescent Girl Initiative: An Alliance for Economic Empowerment. Katz. E. 2008 Programs promoting young women's employment: What Works.
- 249 Katz. E. 2008 Programs promoting young women's employment: What Works.
- 250 Teen Health Series. 2009. Jane Fonda Center, Emory University School of Medicine. Atlanta, GA. Disponible en: http://janefondacenter.emory.edu/projects/teen_health_edu.cfm



Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington D.C. 20037

www.paho.org

ISBN: 978-92-75-32797-5



9 789275 327975