

Informe sobre Equidad en Salud 2016:

Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas



© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas.

Noviembre, 2016
Ciudad de Panamá, Panamá

Foto de portada: © UNICEF/UNI100388/LeMoyne

UNICEF
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Calle Alberto Tejada, Edificio 102, Ciudad del Saber
Panamá, República de Panamá
Apartado Postal: 0843-03045
Teléfono: (507) 301-7400
www.unicef.org/lac
Twitter: [@uniceflac](https://twitter.com/uniceflac)
Facebook: [UnicefLac](https://www.facebook.com/UnicefLac)

ISBN: 978-92-806-4869-0

El presente informe conjunto refleja las actividades de los distintos organismos en torno a un tema de interés común. Los principios y las políticas de cada organismo se rigen por las decisiones pertinentes de su órgano rector.

Cada agencia pone en práctica las intervenciones descritas en este documento, de acuerdo con estos principios y políticas y en el ámbito de su mandato.

Se permite la reproducción total del contenido de este documento solamente para fines de investigación, abogacía y educación; siempre y cuando, no sean alterados y se asignen los créditos correspondientes (UNICEF). Esta publicación no puede ser reproducida para otros fines sin previa autorización por escrito de UNICEF. Las solicitudes de permiso deben ser dirigidas a la Unidad de Comunicación, comlac@unicef.org.

Informe sobre Equidad en Salud 2016:

Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas

Agradecimientos

Este informe se preparó conjuntamente por un equipo de la Universidad de Tulane y UNICEF, con aportaciones de miembros del Grupo de Trabajo de Medición y Monitoreo de *Una Promesa Renovada para las Américas (APR – LAC)*.

Por parte de UNICEF, Luisa Brumana dirigió el equipo integrado por Liliana Carvajal-Vélez, Miguel González, Gladys Hauck, Andrés A. López, Vicente Terán y Paula de Beltrán. Como colaboradores clave de la Sede Central de UNICEF, se incluyen Agbessi Amouzou, Robert Bain, Claudia Cappa, Lucia Hug, Priscilla Idele, Julia Krasevec, Holly Newby, Nicole Petrowski, Tyler Andrew Porth, Tom Slaymaker, Chiho Suzuki, Nicole Tai y Danzhen You.

Por parte del Grupo Colaborador para la Equidad en Salud en América Latina (*Collaborative group for Health Equity in Latin America - CHELA*) de la Universidad de Tulane, Arachu Castro dirigió la redacción del informe y llevó a cabo el análisis de los datos cuantitativos, y Virginia Savage, Hannah Kaufman y Alejandra Leytón elaboraron borradores de las secciones del informe.

Las autoras quieren dar las gracias a Madeline Noble, Mai Do y Erin Brock por sus contribuciones en la obtención de datos, así como a Ludovico Feoli, quien proporcionó apoyo general desde el Centro de Política e Investigación Interamericana (Center for Inter-American Policy and Research) de la Universidad de Tulane.

Por parte de APR – LAC, además del equipo de UNICEF, colaboraron Marcela Barrios, Pablo Durán, José Antonio Escamilla, Isabel Espinosa, Oscar Mujica y Antonio Sanhuesa representando a la OPS, Amparo Gordillo al Banco Mundial, Emma Iriarte y Paola Zúñiga al BID y Jennifer Slotnick a USAID.

Prefacio	1
Resumen ejecutivo	4
Principales hallazgos sobre equidad en salud	7
1. Hallazgos clave sobre equidad en salud reproductiva	8
2. Hallazgos clave sobre equidad en salud materna	9
3. Hallazgos clave sobre equidad en salud neonatal	11
4. Hallazgos clave sobre equidad en salud de la niñez	13
5. Hallazgos clave sobre equidad en salud adolescente	15
6. Hallazgos clave sobre equidad en salud y violencia	17
Introducción	18
1. Equidad en salud y desigualdad social	19
2. La importancia de la equidad en salud para lograr la cobertura universal de salud, el derecho humano a la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenibles	20
3. Metodología y limitaciones del informe	21
1. Salud reproductiva	24
1.1. Uso de la anticoncepción y acceso al aborto seguro	25
1.2. Factores sociales en las infecciones de transmisión sexual	27
1.3. Prevención y tratamiento del cáncer	28
Pruebas de Papanicolaou y prevención del cáncer de cuello uterino	28
Cáncer de mama y acceso al tratamiento	29
2. Salud materna	30
2.1. Cuidados prenatales y atención calificada durante el parto	31
Cuidados prenatales	31
Atención calificada durante el parto	33
El auge de las cesáreas	36
2.2. Mortalidad y morbilidad materna	39

Causas directas e indirectas y la calidad de la atención en salud	40
Aborto inseguro y condiciones sociales	42
Anemia	43
2.3. Muertes fetales, mortinatalidad y salud de la mujer embarazada	44
2.4. Diagnóstico y tratamiento del VIH y de la sífilis durante el embarazo	46
3. Salud neonatal	48
3.1 Mortalidad neonatal, bajo peso al nacer y acceso a cuidados perinatales	49
3.2. La lactancia materna y sus alternativas	56
3.3. Registro del nacimiento y derecho a una identidad	61
3.4. Atención postnatal para las madres y los recién nacidos	64
4. Salud de la niñez (0 a 9 años)	66
4.1. La mortalidad en la niñez	67
4.2. Crecimiento y malnutrición	70
Retraso en el crecimiento, desnutrición aguda y bajo peso	70
Sobrepeso y obesidad	72
Deficiencias en micronutrientes y anemia	73
4.3. Inmunización y enfermedades prevenibles mediante vacunas	74
4.4. Agua, saneamiento, higiene y diarrea	75
Tratamiento de la diarrea	79
4.5. Neumonía, asma, otras enfermedades respiratorias y el medioambiente	80
Neumonía	80
Asma	82
4.6. Discapacidades y oportunidades	83
4.7. El riesgo diferencial para la tuberculosis, la enfermedad de Chagas, el dengue y el VIH en la niñez	84

5. Salud adolescente (10 a 19 años)	86
5.1. Salud, acceso a la educación y educación sexual en las escuelas	87
5.2. Iniciación sexual y matrimonio precoz	88
5.3. Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes	90
5.4. Embarazo adolescente, autonomía y perpetuación de la pobreza.	91
5.5. Vulnerabilidad, autonomía y estilo de vida	96
5.6. Vulnerabilidad, autonomía y VIH en la población joven	97
Retos en el paso de la infancia a la adolescencia para jóvenes con VIH	98
5.7. Adolescentes LGBT y discriminación	100
6. Implicaciones de la violencia sobre la equidad en salud	102
6.1. Abusos físicos, sexuales y verbales a mujeres y niños	103
Violencia y abuso de niños con discapacidad	103
Impacto de las minas antipersonales en la niñez	103
Abusos sexuales a adolescentes y condiciones de salud mental	103
Violencia de pareja durante el embarazo	105
6.2. Discriminación y violencia en los establecimientos de salud	107
6.3. Implicaciones para la salud de la pobreza urbana, la violencia y las migraciones forzadas	108
7. Conclusiones	111
7.1. Indicadores recomendados para medir la inequidad en salud	112
7.2. Áreas en las que se necesita más investigación sobre equidad en salud	113
Salud reproductiva	113
Salud materna	114
Salud neonatal	115

Salud de la niñez	116
Salud adolescente	116
Violencia	118
7.3. Prioridades en la implementación de políticas equitativas para mejorar la salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia	119
Salud reproductiva	119
Salud materna	120
Salud neonatal	120
Salud de la niñez	121
Salud adolescente	121
Violencia	121

Gráficos, tablas y cuadros

Gráficos

- Gráfico 1.** Brechas en el porcentaje de mujeres de 15-49 años con sus necesidades anticonceptivas (de espaciamiento y limitación) insatisfechas en América Latina y el Caribe, por nivel de riqueza y educativo y lugar de residencia. Encuestas de hogar 2007-2014 [25](#)
- Gráfico 2.** Brechas en el porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años con un nacido vivo en los últimos 2-5 años con al menos cuatro visitas prenatales con personal de salud en los países de América Latina y el Caribe por nivel de riqueza y estudios y lugar de residencia, encuestas de hogar 2007-2014 [31](#)
- Gráfico 3.** Brechas en el porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacimiento viable en los últimos dos años con al menos cuatro visitas prenatales a personal de salud, por idioma hablado, Paraguay 2008 [33](#)
- Gráfico 4.** Porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años por tipo de atención durante el parto, entre las que realizaron al menos cuatro visitas prenatales en Bolivia, Colombia, República Dominicana, Guyana, Haití, Honduras y Perú, encuestas de hogar 2008 – 2013 [33](#)
- Gráfico 5.** Brechas en el porcentaje de nacimientos vivos en los últimos 2-5 años asistidos por personal calificado en los países de América Latina y el Caribe por nivel de riqueza y estudios y lugar de residencia, encuestas de hogar 2007-2014 [34](#)
- Gráfico 6.** Porcentaje de mujeres indígenas y no indígenas con atención calificada durante el parto en Bolivia, Colombia, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay y Perú, 2004-2012 [34](#)
- Gráfico 7.** Porcentaje de mujeres embarazadas indígenas y no indígenas de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú que recibieron atención prenatal, dieron a luz en un establecimiento de salud y recibieron atención postnatal, 2000-2004 [35](#)
- Gráfico 8.** Porcentaje de mujeres con atención calificada durante el parto en México y Perú por etnicidad, 2000-2012 [35](#)
- Gráfico 9.** Brechas en el porcentaje de nacidos vivos en los 2-5 años precedentes a la encuesta nacidos por cesárea en los países de América Latina y el Caribe, por nivel de riqueza, lugar de residencia y nivel educativo, encuestas de hogar 2007-2014 [36](#)
- Gráfico 10.** Razón de mortalidad materna con estimación del nivel inferior y superior en América Latina y el Caribe [39](#)
- Gráfico 11.** Razón de mortalidad materna en Chile por lugar de residencia y nivel educativo, 2010 [39](#)
- Gráfico 12.** Distribución de las muertes maternas, por causa, en América Latina y en el mundo, 2013 [40](#)
- Gráfico 13.** Mortalidad neonatal (muertes por 1.000 nacidos vivos) en países de América Latina y el Caribe, 2015 [49](#)
- Gráfico 14.** Brechas en la tasa de mortalidad perinatal durante los cinco años anteriores al estudio, definida como la suma de partos de mortinatos y de muertes neonatales tempranas por 1.000 embarazos en los países de América [50](#)

Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y nivel educativo de la madre, encuestas de hogar 2008-2012

Gráfico 15. Brechas en la tasa de mortalidad neonatal (muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos) en los países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y grado de escolaridad de la madre, encuestas de hogar 2007-2012 [51](#)

Gráfico 16. Brechas en el porcentaje de nacidos vivos más recientes en los últimos dos años que fueron pesados al nacer por número total de nacidos vivos más recientes en los últimos dos años en los países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y nivel educativo de la madre, encuestas de hogar 2007-2014. [53](#)

Gráfico 17. Brechas en el porcentaje de nacidos vivos más recientes en los dos años anteriores a la encuesta que empezaron la lactancia materna en la primera hora de vida en los países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y nivel educativo de la madre, encuestas de hogar 2007-2014 [57](#)

Gráfico 18. Brechas en la iniciación temprana de la lactancia materna entre los grupos de población indígena, afrodescendiente y otros en Guatemala (2009) y Paraguay (2013) [57](#)

Gráfico 19. Brechas en la prevalencia de los niños de entre 0 y 4 años cuyos nacimientos se han registrado en países de América Latina y el Caribe por riqueza lugar de residencia y nivel educativo de la madre, encuestas de hogar 2007-2014 [61](#)

Gráfico 20. Brechas en el porcentaje de niños registrados al nacer por idioma hablado en casa en Paraguay (2008) [62](#)

Gráfico 21. Brechas en el porcentaje de último hijo nacido en los dos años anteriores al estudio que realizaron su primera revisión postnatal dentro de los dos días siguientes al nacimiento en países de América Latina y el Caribe por riqueza lugar de residencia y nivel educativo de la madre, encuestas de hogar 2007-2014 [64](#)

Gráfico 22. Diferencias en los porcentajes de recién nacidos que reciben atención postnatal en los dos primeros días tras el nacimiento por grupo étnico en Panamá, 2013 [65](#)

Gráfico 23. Tasas de mortalidad infantil y de niños menores de cinco años comparada con la tasa de mortalidad neonatal en países de América Latina y el Caribe, 2015 [67](#)

Gráfico 24. Brechas en la tasa de mortalidad infantil (muertes en niños menores de un año por 1.000 nacidos vivos) en países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2012 [68](#)

Gráfico 25. Las brechas en la tasa de mortalidad de los menores de cinco años (muertes en niños menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos) en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2012. [69](#)

Gráfico 26. Prevalencia del retraso en el crecimiento, la desnutrición crónica y el sobrepeso en niños menores de cinco años en 13 países de América Latina y el Caribe, 2008-2013. [70](#)

Gráfico 27. Brechas en el porcentaje de niños con retraso en el crecimiento (por debajo de -2 SD de altura por edad según el estándar de la OMS) en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2014	<u>71</u>
Gráfico 28. Malnutrición en niños indígenas y no indígenas en Guatemala, 2009	<u>72</u>
Gráfico 29. Brechas en el porcentaje de niños con sobrepeso (por encima de +2 SD de peso por edad según el estándar de la OMS) en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2014	<u>73</u>
Gráfico 30. Porcentaje de la población con y sin acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas por residencia urbana y rural en países de América Latina y el Caribe, 2015	<u>75</u>
Gráfico 31. Porcentaje de la población con y sin acceso a fuentes mejoradas de agua potable por residencia urbana y rural en países de América Latina y el Caribe, 2015	<u>76</u>
Gráfico 31 a. Porcentaje de la población con acceso a instalaciones mejoradas de agua por residencia en zona urbana y rural en países de América Latina y el Caribe, 2015	<u>77</u>
Gráfico 31 b. Porcentaje de la población con acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento por residencia en zona urbana y rural en países de América Latina y el Caribe, 2015.	<u>78</u>
Gráfico 32. Brechas en el porcentaje de niños nacidos en los tres o cinco años previos a la encuesta, con diarrea en las últimas dos semanas previas a la encuesta que recibieron sales de rehidratación oral (SRO) en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2014	<u>79</u>
Gráfico 33. Brechas en el porcentaje de niños nacidos en los tres o cinco años previos a la encuesta, con síntomas de neumonía que recibieron atención en un establecimiento de salud, en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2014	<u>80</u>
Gráfico 34. Porcentaje de mujeres de entre 20 y 24 años casadas o en unión informal antes de los 15 y los 18 años en países de América Latina y el Caribe, encuestas de hogar 2008-2013	<u>88</u>
Gráfico 35. Porcentaje de embarazos adolescentes del total de embarazos en América Latina y el Caribe, 2010-2015	<u>91</u>
Gráfico 36. Brechas en el porcentaje de mujeres de entre 15 y 19 años que ya han tenido hijos en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2014	<u>92</u>
Gráfico 37. Brechas en el porcentaje de mujeres de entre 15 y 19 años que ya han tenido hijos, por etnicidad en Costa Rica, 2011	<u>93</u>
Gráfico 38. Porcentaje de mujeres de 19 y 20 años que han tenido hijos, por educación y lugar de residencia en Brasil, Costa Rica, México, Panamá, Ecuador y la República Dominicana, 2010	<u>93</u>
Gráfico 39. Brechas en el número de mujeres que sufrieron violencia durante el embarazo en la República Dominicana, Haití, Honduras y Perú, encuestas de hogar 2010-2013	<u>106</u>

Tablas

Tabla 1. Lista de encuestas de hogar de 21 países de América Latina y el Caribe [21](#)

Tabla 2. Lista de 23 indicadores incluidos en los análisis de brechas de equidad en salud [22](#)

Cuadros

Cuadro 01. Brechas en las necesidades anticonceptivas insatisfechas [25](#)

Cuadro 02. Brechas en el acceso a al menos cuatro visitas prenatales [31](#)

Cuadro 03. Brechas en la atención calificada durante el parto [33](#)

Cuadro 04. Brechas en los nacimientos por cesárea [36](#)

Cuadro 05. Brechas en la mortalidad perinatal [50](#)

Cuadro 06. Brechas en la mortalidad neonatal [50](#)

Cuadro 07. Brechas en el registro del peso al nacer [53](#)

Cuadro 08. Brechas en el inicio temprano de la lactancia materna. [56](#)

Cuadro 09. Brechas en los registros del nacimiento [61](#)

Cuadro 10. Brechas en la atención postnatal para los recién nacidos [64](#)

Cuadro 11. Brechas en la mortalidad en la niñez [67](#)

Cuadro 12. Brechas en el retraso en el crecimiento infantil [71](#)

Cuadro 13. Brechas en la desnutrición aguda en la niñez [72](#)

Cuadro 14. Brechas en el sobrepeso en la niñez [72](#)

Cuadro 15. Brechas en la administración de suplementos de vitamina A [73](#)

Cuadro 16. Brechas en la vacunación contra la BCG, la DPT3 y el sarampión [74](#)

Cuadro 17. Brechas en el número de niños con diarrea que reciben sales de rehidratación oral [79](#)

Cuadro 18. Brechas en el porcentaje de niños con síntomas de neumonía llevados a recibir atención en salud [80](#)

Cuadro 19. Brechas en los embarazos adolescentes [92](#)

Cuadro 20. Brechas en la violencia durante el embarazo [106](#)

Prefacio

***“Pero no, mamá, no estoy en la luna.
Estoy en la tierra y necesito que me escuchen los grandes.
Tengo que decirles, mamá, lo que quiero para cada niño,
antes de que sea muy tarde”***

Mónica Laneri

La desigualdad no es inevitable

Para UNICEF esta afirmación es hoy éticamente necesaria y estratégicamente oportuna puesto que, imperceptible y tenazmente, se ha ido deslizado hacia una suerte de reiteración retórica o de indiferencia clandestina el hecho de afirmar, una y otra vez, que América Latina y el Caribe es la región más desigual del mundo.

Podría servir de cínico consuelo decir que América Latina y el Caribe, la región más desigual del mundo no está sola en esto. Es la región más desigual pero lo es en un mundo escandalosa, inédita e insosteniblemente desigual, en el cual el 1% más rico de la población mundial posee más riqueza que el 99% restante de las personas del planeta.

Sin embargo, esta constatación lejos de liberarnos de nuestra responsabilidad, nos invita con más fuerza y contundencia a preguntarnos si acaso tenemos realmente derecho a sorprendernos porque aquí, en nuestra región, hacia 2014, el 10% más rico concentrara el 71% de la riqueza y del patrimonio, mientras el 70% de la población más pobre apenas acumulaba el 10% de la riqueza (Oxfam, 2015).

Indudablemente, no. No tenemos derecho a sorprendernos, pero sí tenemos la urgente y necesaria responsabilidad de cambiar. El mundo entero debe cambiar su insostenible estilo de desarrollo (CEPAL, 2016).

Esta convicción no surge del capricho de unos pocos, sino que expresa el ideal compartido por el pleno de la Asamblea General de Naciones Unidas al momento de adoptar por aclamación la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en septiembre de 2015, asumiendo el compromiso de superar el paradigma de desarrollo dominante y avanzar, progresivamente, hacia un modelo de desarrollo sostenible, inclusivo y con visión de largo plazo, en lo económico, social y ambiental, desde un enfoque de derechos humanos y equidad.

Es claro que comenzar a trazar el camino de un desarrollo sostenible no es una concesión graciosa, ni una emoción irrelevante. Se trata de una urgencia económica, una alerta ambiental, un anhelo social, un imperativo político, una necesidad ética y una responsabilidad moral.

Efectivamente, debemos cambiar si lo que queremos y necesitamos es transformar un laberinto de privilegios en un mundo con derechos, donde el egoísmo de los opulentos, el fanatismo de los intolerantes o el cinismo de los prepotentes no siga siendo causa y motivo de abismos de desigualdad

devastadores, humillantes y violentos, que niegan y desconocen el derecho de todas las personas a una vida digna, libre y saludable, y particularmente el derecho de los niños no sólo a sobrevivir, sino fundamentalmente a disfrutar de un desarrollo integral, libres de todo tipo de carencias, violencias y temor.

Los hallazgos y evidencias que encontramos en este sustantivo reporte resultan especialmente significativos para comprender que si bien la desigualdad es una tangible realidad del presente en nuestra región, no hay razones suficientes ni motivos válidos para que la desigualdad sea el inevitable rostro de un inapelable futuro.

Tenemos ante nosotros un sólido informe basado en evidencia que invita a vivificar la voluntad de trascender el status quo de la desigualdad para avanzar hacia el efectivo goce del derecho a la salud y garantizar el acceso a servicios de calidad para todos, particularmente para niños, niñas, adolescentes y mujeres. Estamos frente a un estudio que permite comprender por qué es preciso e impostergable superar los estrechos límites de los abordajes sectoriales, poniendo énfasis en la legitimidad y necesidad de trabajar contextual, intersectorial, participativa e interinstitucionalmente, desde un enfoque de derechos humanos y equidad, con perspectiva de género y teniendo en cuenta el ciclo de vida en sus especificidades e integralidad.

En estas páginas, a través de 6 hallazgos principales y en cada uno de ellos, se advierte de modo claro y evidente que la desigualdad y la falta de equidad en el acceso y disfrute del derecho a la salud no es un hecho aislado, sino que se vincula y responde a contextos más amplios y complejas diferencias económicas, sociales, culturales o ambientales que influyen a veces obstaculizando, otras impidiendo y otras simplemente negando el acceso y disfrute de este derecho a miles de niños, adolescentes y mujeres.

En el informe se constata que la desigualdad no es ni neutra ni abstracta, que tiene geografías y rostros, colores y lenguas, géneros y edades, que es una construcción y el resultado de múltiples inequidades y privaciones experimentadas desde los primeros años y, en la mayoría de los casos, durante todo el ciclo de vida y con enorme potencial de reproducirse más allá de los individuos, por generaciones y generaciones.

A través de sus distintos capítulos queda claro por qué asuntos tales como salud reproductiva, mortalidad materna y neonatal, desarrollo infantil y malnutrición, salud adolescente o los impactos de la violencia sobre la salud, no pueden ser rehenes de campos de disputa y enfrentamientos que surgen de dogmatismos infundados.

La urgente necesidad de contar con datos confiables, evidencias sólidas y conocimientos válidos es una de las estrategias consideradas aquí insustituibles para vencer toda forma de oscurantismo, regresividad e ineficiencia en los procesos de toma de decisiones y para diseñar e implementar políticas universales, integrales y sostenibles, que atiendan las

situaciones de vulnerabilidad que afectan principalmente a los niños pobres; a las niñas, adolescentes y mujeres por el hecho de ser mujeres; a quienes viven con alguna discapacidad; por su orientación sexual e identidad de género; por ser indígenas; afrodescendientes o habitar en zonas rurales o espacios de marginalización social.

En este sentido, la explicitación de la necesidad de trabajar en el marco de teorías y prácticas que tengan en cuenta e integren los saberes y experiencias de múltiples actores y sectores, se presenta en estas páginas como el mejor antídoto para prevenir toda epidemia que intente perpetuar la reiteración y el inmovilismo, aniquilar la innovación, promover la fascinación por el cortoplacismo o inocular la soberbia de creer que eternizando la lógica del *"business as usual"* se podrá, mágicamente, garantizar que todos los niños, adolescentes y mujeres sean sujetos de derechos y accedan a servicios de salud de calidad.

Este trabajo ciertamente nos enfrenta a las injustas y dolorosas huellas que las inequidades trazan en las vidas de millones de NNA en LAC, pero también nos muestra que no es éste el único camino y nos convoca a trabajar juntos para trazar otros caminos, más igualitarios, libres y justos, en los que ningún niño, niña y adolescente quede atrás, en los que todos avancen a la par y en pie de igualdad.

Como siempre, para esta tarea profundamente necesaria e impostergable, pueden contar con UNICEF.

María Cristina Perceval,
Directora Regional
UNICEF
América Latina y el Caribe

Resumen ejecutivo

La inequidad en salud hace referencia al concepto de que ciertas diferencias en salud derivan de desigualdades sociales y económicas más amplias. Según una definición clásica, dichas diferencias son “sistemáticas, evitables e injustas” e impiden a las personas y a las comunidades alcanzar su máximo potencial en salud. América Latina y el Caribe es una región marcada por vastas desigualdades sociales entre personas con altos y bajos niveles educativos y de riqueza, poblaciones rurales y urbanas y etnias dominantes y minoritarias. Quienes viven en situación de pobreza, los grupos étnicos minoritarios y otros sectores de población que han sido mantenidos al margen del desarrollo humano y económico carecen a menudo de acceso a bienes y servicios y, como consecuencia, no pueden alcanzar los mismos niveles en los indicadores en salud que quienes se han beneficiado del desarrollo.

Aunque muchos países de América Latina y el Caribe han realizado esfuerzos para extender la atención en salud a los sectores de población más pobres y vulnerables, la inequidad en salud sigue siendo amplia en la región, en especial en lo que refiere a mujeres, menores de un año y niños. Este informe busca proporcionar datos sobre los patrones de la inequidad y sus efectos sobre la salud materna, reproductiva, neonatal, de la niñez y de la adolescencia a los responsables políticos, explicar los mecanismos subyacentes a dichos patrones y recomendar áreas de actuación prioritaria. El informe, basado en un amplio análisis de encuestas nacionales de hogar, estimaciones epidemiológicas mundiales y una revisión de estudios realizados previamente en la región, concluye que las inequidades que afectan a ciertos grupos demográficos no se limitan a un único problema de salud, sino que afectan a las mujeres y a los niños durante toda su vida. La salud de las mujeres embarazadas y de las mujeres en edad fértil a menudo repercute directamente sobre la salud de sus hijos, creando de este modo un ciclo en el que las inequidades en salud continúan concentradas en ciertos sectores de población durante generaciones.

En toda la región, las mujeres y niños de sectores de población con bajos ingresos tienen más probabilidades de sufrir inequidades en salud durante toda su vida. Después del parto, los recién nacidos de las familias más desfavorecidas tienen menos probabilidades de ser inscritos en el registro de nacimientos que los nacidos de familias ricas. Por ejemplo, en la República Dominicana, el 98% de los niños más ricos fueron inscritos en el registro de nacimientos en 2013, frente al 65% de los niños de los grupos de población más pobres. Sin certificado de nacimiento, los niños se ven privados de su derecho humano fundamental de existir legalmente, y a menudo encuentran dificultades para acceder a los sistemas educativos y de salud cuando crecen. Después de la primera infancia, los niños que viven en zonas urbanas con bajos ingresos tienen mayor riesgo de sufrir asma y otras enfermedades respiratorias y tienen menos probabilidad de buscar atención en salud para enfermedades como la neumonía. En Haití, por ejemplo, el 51% de los niños del quintil más rico de la sociedad recibe atención en salud para síntomas de neumonía, frente a sólo el 23% de los niños del quintil más pobre.

El grado de riqueza también afecta a la desnutrición. Así ocurre por ejemplo en Guatemala, donde los niños de los grupos demográficos más desfavorecidos tienen cinco veces más probabilidad de sufrir retraso en el crecimiento que los niños de las familias ricas.

Posteriormente, una vez alcanzada la adolescencia, las niñas de los sectores demográficos más pobres tienen más probabilidad de asistir a centros educativos de mala calidad, de verse obligadas a trabajar para ayudar a mantener a sus familias y de enfrentarse a barreras a la hora de acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR). Sin un panorama optimista para su futuro, quedan embarazadas a edades más tempranas. La necesidad insatisfecha de acceso a servicios de anticoncepción también es significativamente más alta para las mujeres adultas pobres. En Surinam, el 31% de las mujeres con pareja pertenecientes al quintil más pobre veían insatisfecha su necesidad de acceder a medidas de anticoncepción, frente al 11% de las mujeres pertenecientes al quintil más rico. Durante el embarazo, las mujeres con bajos ingresos a menudo reciben una atención prenatal de peor calidad que las mujeres más ricas y tienen una menor posibilidad de ser atendidas por personal calificado durante el parto. Ambos factores, unidos al grado de escolaridad de la mujer, afectan la probabilidad de supervivencia de mujeres y niños.

Además, las mujeres de las poblaciones indígenas sufren con frecuencia exclusión social y económica (una situación de desigualdad que produce inequidades en salud en numerosos momentos de sus vidas). Según los datos de que se dispone, sólo el 30% de las mujeres indígenas de Guatemala y el 57% de las mujeres indígenas de Nicaragua recibieron atención calificada durante el parto, frente al 70% y el 81% de las mujeres no indígenas en sus respectivos países. Incluso en los establecimientos de maternidad, las mujeres indígenas pueden sufrir discriminación y recibir atención de peor calidad, lo que compromete sus resultados en salud materna. Estas desigualdades también se reflejan en la mortalidad infantil. En zonas rurales de Ecuador, por ejemplo, la mortalidad entre los niños indígenas fue casi el doble que entre los niños no indígenas. Durante la infancia, los niños guaraníes en Brasil tienen una prevalencia de anemia tres veces más alta que la que se observa entre los niños no indígenas. Las desigualdades extremas en el retraso en el crecimiento y otras formas de malnutrición han recibido atención en Guatemala, donde la mitad de todos los niños menores de cinco años y el 66% de los niños indígenas sufren desnutrición crónica. Algunos estudios señalan una prevalencia de embarazo adolescente de hasta un 73% en mujeres con educación primaria en zonas rurales de la República Dominicana. Los embarazos adolescentes no sólo se asocian con un mayor riesgo de complicaciones perinatales, sino que las hijas de madres adolescentes pueden tener una mayor probabilidad de convertirse ellas mismas en madres adolescentes, creando así un ciclo intergeneracional que hace muy difícil que desarrollen sus capacidades humanas. El embarazo adolescente es otro problema muy común en los sectores de población indígena y afrodescendiente.

Algunos retos comunes surgen a la hora de hacer frente a las inequidades en salud materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe. Un problema fundamental es la falta sistemática de datos desagregados por estratificadores socioeconómicos que permitan realizar un mejor seguimiento de las tendencias de equidad en salud, así como la falta de estudios que proporcionen información clave sobre cómo atender mejor a los grupos de población con peores resultados en salud.

Para lograr un cambio se necesitan más estudios sobre ámbitos que van desde los factores sociales de las infecciones de transmisión sexual (ITS), los abortos inseguros o la salud sexual de los adolescentes, hasta la discapacidad en los niños. Aunque muchos de los temas incluidos en el presente informe han sido tratados en grandes estudios internacionales, se necesita más información sobre el estado de estas cuestiones en América Latina y el Caribe y sobre la mejor forma de hacerles frente en la región. Aquellos estudios que sí abordan cuestiones de salud importantes para la región rara vez adoptan una perspectiva basada en la equidad en salud.

La inequidad en salud y cómo afecta a los pueblos indígenas y a otros grupos étnicos minoritarios (incluyendo las poblaciones afrodescendientes) es un tema que debe estudiarse más detalladamente. Aunque los datos sugieren que los grupos étnicos minoritarios pueden estar sufriendo importantes inequidades, dichos segmentos de población han sido ampliamente olvidados por los mecanismos nacionales e internacionales de recogida de datos, por los estudios de calidad en la atención y por la monitorización de las tendencias de sus resultados en salud. Por ejemplo, solamente las encuestas de hogar de demografía y salud de Costa Rica y Guyana recogen, analizan e informan sistemáticamente sobre los datos étnicos de las mujeres que responden a las preguntas y sus hijos. Belice, Panamá y Surinam también recogen estos datos de forma sistemática, pero solo del cabeza de familia. Algunos países recogen información sobre etnicidad pero no la publican, y otros países ni siquiera la recogen. Disponer de información sobre sus quejas y los progresos realizados es un prerrequisito necesario para poder implicar activamente a estas comunidades en diálogos que puedan servir de base para desarrollar políticas e inversiones públicas y para medir su impacto.

Para cumplir el reto de reducir las inequidades de salud que afectan a las mujeres y las niñas y niños de América Latina y el Caribe, es necesario desarrollar un proceso uniforme de cambios estructurales y sociales fundamentales. Los datos presentados en este informe no son más que el principio de este proceso de cambio: concienciar sobre las inequidades en salud que afectan a los sectores marginalizados de la población es necesario pero insuficiente por sí mismo. Se necesitan medidas adicionales que permitan traducir dichos resultados en acciones y en mejores resultados para todos en los indicadores en salud.

Las medidas a tomar en el futuro deberían incluir al menos tres procesos:

1. Promoción: Este informe, así como otras fuentes de información sobre equidad en salud deberían distribuirse entre los actores clave, como gobiernos, donantes, organizaciones no gubernamentales, centros de investigación, poblaciones beneficiarias y organizaciones de la sociedad civil.
2. Medición y monitorización: Las medidas de desigualdad deben desarrollarse de manera consistente y realizar un seguimiento en toda la región con el fin de monitorear mejoras y progresos.
3. Establecer estrategias multisectoriales: Los sectores clave como la salud, el medioambiente, la educación, la industria y la energía están todos interconectados y las sinergias que se producen entre ellos pueden llegar a tener un importante impacto en la reducción de la inequidad en salud en toda América Latina y el Caribe.

Los principales hallazgos del informe se resumen en cuatro puntos:

1. La mayoría de las diferencias en mortalidad perinatal, neonatal, infantil y en menores de cinco años tienen más relación con la salud y la educación de la madre que con su residencia en zona rural o urbana.
2. La salud, el lugar de residencia y la educación de la madre se asocian con diferencias en la utilización de los servicios de salud a lo largo de todo el continuo de la atención materno-infantil, al igual que con el estado nutricional de los niños.
3. América Latina y el Caribe es la región que presenta la más alta concentración de embarazos adolescentes del mundo. Los embarazos adolescentes son más frecuentes en las mujeres sin estudios, las mujeres más pobres y las mujeres indígenas.
4. Los datos disponibles muestran que las mujeres indígenas y afrodescendientes, así como sus hijos, presentan peores resultados en salud y una menor utilización de los servicios de salud. Además de una exclusión social generalizada, una mayor evidencia apunta a la existencia de una asociación entre el maltrato en los establecimientos de salud y los malos resultados en salud en grupos étnicos minoritarios.

Hallazgos principales sobre la
inequidad en salud

1. Hallazgos clave sobre las inequidades en salud reproductiva

- Las mujeres en situación de vulnerabilidad deben hacer frente a diversas barreras para acceder a la atención sistemática en salud reproductiva, lo que resulta en la necesidad insatisfecha de anticonceptivos, en embarazos no deseados y en cánceres e ITS no diagnosticados.

Falta de acceso a medidas anticonceptivas

- En todos los países para los que se dispone de datos, las mujeres con menor nivel de estudios y más pobres tienen más probabilidades de que su necesidad de acceder a anticonceptivos esté insatisfecha, aunque los progresos efectuados recientemente en algunos países muestran que es posible poner freno a esta inequidad persistente.
 - Las mujeres pertenecientes al quintil más pobre tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos en una proporción cuatro veces más alta que las del quintil más rico en El Salvador, Guatemala, Bolivia y Panamá, y dos veces más alta en Belice, Colombia, Costa Rica, Perú y Surinam.
 - En Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Panamá, Perú y Surinam, las mujeres sin estudios tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos en una proporción dos veces mayor que las mujeres con estudios secundarios o superiores.
- Las desigualdades en el nivel educativo y de ingresos, al igual que la etnicidad, afectan la capacidad de las mujeres para acceder a servicios y derechos de SSR de calidad. Esto a su vez crea desigualdades en los resultados de los indicadores en salud entre grupos socioeconómicos, ya que son las mujeres más vulnerables las que tienen que soportar con más frecuencia la carga de embarazos no deseados o inoportunos, así como complicaciones relacionadas con abortos y discapacidades a largo plazo. Por tanto, las brechas existentes en el acceso a medidas de anticoncepción eficaces y al aborto seguro son generadoras de inequidad.
- Las mujeres, sobre todo las pertenecientes a poblaciones indígenas que habitan zonas remotas o rurales, carecen de un acceso universal a la educación y a servicios de salud reproductiva que resulten prácticos, asequibles y que tengan pertinencia cultural.

Infecciones de transmisión sexual

- Las desigualdades de género contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH y otras ITS; las mujeres indígenas y las mujeres que viven en situación de pobreza son especialmente vulnerables a causa de la superposición de factores como desigualdad de género, exclusión sociocultural, discriminación y acceso limitado a servicios de salud que respondan específicamente a sus necesidades. Esto sugiere que

las políticas destinadas a mejorar la equidad social y el acceso a los servicios de salud podrían ayudar a reducir la transmisión del VIH y de las ITS en la región. Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres indígenas y las mujeres que viven en la pobreza, que son especialmente vulnerables a la transmisión del VIH y de otras ITS.

- Se ha descubierto una alta prevalencia de VIH entre las poblaciones indígenas de Brasil, México, Perú y Venezuela.

Prevención y tratamiento del cáncer

- En América Latina, las mujeres en situación de pobreza y con bajo grado de escolaridad representan la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino. Además de mejorar la accesibilidad geográfica y económica de los servicios de salud, las iniciativas también deberían buscar mejorar el conocimiento del público en general sobre la prevención y el tratamiento del cáncer de cuello uterino y cambiar las normas sociales para crear entornos de apoyo que motiven a las mujeres a realizarse pruebas de detección.
- Las mujeres de grupos étnicos minoritarios también pueden encontrar mayores dificultades para realizarse pruebas de detección de cáncer, además de sufrir una mayor incidencia de cáncer de cuello uterino y de su mortalidad asociada, tal y como se encontró en Brasil y Colombia.
- El cáncer de mama se ha convertido en la principal causa de muerte por cáncer para las mujeres de la mayor parte de los países de la región de América Latina y el Caribe. Los bajos niveles educativos y de ingresos y la pertenencia a un grupo étnico minoritario se asocian con una menor cobertura de mamografías y otras pruebas de detección. La falta de suministros y equipos, unido a la escasez de personal calificado, son barreras muy importantes que limitan la eficacia de los programas de detección de cáncer de mama, lo cual crea un acceso desigual al diagnóstico y al tratamiento del cáncer de mama. Las políticas de salud deberían plantear la posibilidad de incluir la cobertura de este tipo de cáncer en los planes de salud pública para mejorar así la equidad en el acceso a su diagnóstico y tratamiento.

2. Hallazgos clave sobre equidad en salud materna

Las mujeres desfavorecidas socioeconómicamente tienen menos probabilidades de entrar en contacto con el sistema de salud durante uno de los períodos más críticos de sus vidas, el embarazo y el parto. Los datos indican que las mujeres desfavorecidas tienen un menor acceso al continuo de visitas prenatales y atención durante el parto, pero lo que resulta especialmente preocupante son los bajísimos niveles de utilización de servicios de salud inmediatamente antes, durante y después del nacimiento, ya que es el período más crítico para madre e hijo. Los servicios de maternidad deben estar disponibles 24 horas al día, siete días a la semana, y deben incluir referencias para el parto o en caso de complicaciones y emergencias obstétricas. Disponer de servicios de maternidad de calidad es un factor fundamental para hacer frente a los peores resultados en salud, incluyendo la mortalidad materna, en las mujeres más vulnerables.

Realizar al menos cuatro visitas prenatales

- Aunque el 90% de las mujeres de América Latina y el Caribe realizaron al menos cuatro visitas prenatales durante su último embarazo, sigue habiendo grandes desigualdades.
- En Haití y Nicaragua, la diferencia entre el número de las mujeres más ricas y las más pobres que realizaron al menos cuatro visitas prenatales supera los 30 puntos porcentuales (51 y 88 por ciento en Haití y 61 y 92 por ciento en Nicaragua). En Bolivia (63 y 84 por ciento) y en Panamá (74 y 97 por ciento), la brecha se sitúa entre 20 y 23 puntos porcentuales.
- En Haití y Panamá, menos del 50% de las mujeres sin estudios reciben al menos cuatro visitas prenatales (41% en Panamá y 50% en Haití). Otros países con una baja proporción de mujeres sin estudios que reciben al menos cuatro visitas prenatales son Surinam (52%), Nicaragua (56%) y Bolivia (57%).
- Varios estudios sugieren que las mujeres embarazadas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios recurren de modo desigual a la atención prenatal:
 - En Brasil, varios estudios han encontrado que las mujeres afrodescendientes no reciben el número de visitas prenatales recomendadas, tienen menos probabilidades de recibir los exámenes y procedimientos prenatales recomendados y su atención es de menor calidad.
 - Se han encontrado resultados similares en el caso de las mujeres indígenas de Guatemala, especialmente en aquellas que no hablan español.
- Las barreras que dificultan el acceso de las mujeres indígenas y afrodescendientes a la atención prenatal están probablemente asociadas a tendencias más amplias de discriminación y vulnerabilidad que afectan a dichos sectores de población.
- Además de la desigual utilización de la atención prenatal, las estadísticas no reflejan la calidad de los servicios, pero hay estudios que demuestran que las mujeres más pobres reciben una atención prenatal de baja calidad.

Atención calificada durante el parto

- Existen brechas en el acceso a la atención calificada durante el parto entre mujeres de diferentes zonas geográficas, niveles educativos e ingresos. Estas brechas son más evidentes en Haití, donde solo el 10% de las mujeres del quintil más pobre y el 14% de las mujeres sin estudios reciben atención calificada durante el parto.
- Las desigualdades en el acceso a la atención calificada durante el parto están marcadas especialmente por la pobreza. La brecha entre los más pobres y los más ricos es de 75 puntos porcentuales en Guatemala, 69 en Haití, 42 en Bolivia y 41 en Honduras. En Perú, a pesar de disponer de un 90% de atención calificada durante el parto, las mujeres del quintil más pobre se sitúan 32 puntos porcentuales por detrás de las mujeres del quintil más rico.
- La mayor brecha entre las mujeres urbanas y rurales se produce en Guatemala (41 puntos porcentuales), Haití (35 puntos porcentuales) y Bolivia (26 puntos porcentuales).
- Existe una gran diferencia en el recurso a la atención calificada durante el parto en función del grado de escolaridad, especialmente en Guatemala (65 puntos porcentuales), Panamá (56), Haití (47) y Honduras (41).
- Los estudios indican que las mujeres indígenas y afrodescendientes experimentan mayores dificultades para acceder a la atención calificada durante el parto:
 - Según los datos disponibles, solo el 30% de las mujeres indígenas de Guatemala y el 57% de las mujeres indígenas de Nicaragua recibieron atención calificada durante el parto, en comparación con el 70% y el 81% de las mujeres no indígenas en dichos países.
- La atención calificada durante el parto para las mujeres indígenas de México y Perú se ha incrementado durante la última década. Sin embargo, aunque se ha reducido la brecha, todavía existen desigualdades en estos países.

Cesáreas

- A pesar del aumento desorbitado de las cesáreas en la región, esta cirugía salvadora es menos frecuente en las mujeres de los quintiles más pobres y sin estudios.
- El reducido número de cesáreas puede significar que no todas las mujeres que necesitan una la reciben. Con el 6% de nacimientos por cesárea, Haití es el único país de la región con una media nacional de nacimientos por cesárea inferior al 10%. Además de Haití, menos del 10% de las mujeres de los quintiles más pobres de Bolivia, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua y Perú dan a luz mediante cesárea.

Mortalidad materna

- Las estadísticas regionales enmascaran las desigualdades en salud materna existentes tanto dentro de los países de América Latina y el Caribe como entre ellos.
- Existen desigualdades en salud materna entre mujeres de diferentes entornos socioeconómicos, orígenes étnicos y grupos de edad.
- Varios estudios han asociado la pobreza y los bajos niveles educativos con una mayor probabilidad de muerte y morbilidad materna.
- Otros estudios han documentado la existencia de mayor morbilidad y mortalidad materna en mujeres indígenas y afrodescendientes.
 - Un informe de 2012 señaló que las mujeres afrobrasileñas del estado de Paraná en Brasil tenían el triple de riesgo de muerte materna que las mujeres de ascendencia europea.
 - Se estima que las mujeres indígenas de Guatemala pueden tener una razón de mortalidad materna tres veces más alta que el de las no indígenas.
- La gran mayoría de muertes maternas en América Latina y el Caribe pueden evitarse con una atención obstétrica de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- Los abortos inseguros son una causa importante de morbilidad y mortalidad materna en la región. La práctica de abortos inseguros perpetúa las desigualdades sociales entre las mujeres en situación de pobreza o marginación. Estas tendencias también reflejan desigualdades de género regionales; las mujeres deben someterse a procedimientos potencialmente peligrosos para ejercer sus derechos reproductivos, pero las

leyes sobre el aborto no afectan a los hombres implicados en embarazos no deseados y las políticas sirven para establecer la anticoncepción como un “asunto de mujeres”. El aumento del acceso al aborto beneficiaría fundamentalmente a las mujeres con bajos ingresos, del medio rural y de otros grupos vulnerables y, de este modo, ayudaría a mitigar las desigualdades regionales en materia de salud materna.

Anemia durante el embarazo

- Los estudios realizados en la década pasada en la región de América Latina y el Caribe han mostrado repetidamente la existencia de una relación entre la anemia y una baja situación socioeconómica.

Muerte fetal y parto de mortinatos

- La muerte fetal se asocia a una baja utilización de la atención prenatal y a bajos niveles educativos de las madres.
- Los partos de mortinatos en su mayor parte no se declaran y se asocian con la mortalidad materna.

VIH y sífilis durante el embarazo

- La desigualdad en el acceso a las pruebas de detección y al tratamiento del VIH y de la sífilis durante el embarazo afecta con más frecuencia a las mujeres con bajos niveles educativos y económicos.

© UNICEF/UNI119890/LeMoyné



3. Hallazgos clave sobre equidad en salud neonatal

Atención perinatal y mortalidad neonatal

- En los países con datos desagregados, la tasa de mortalidad perinatal (TMP) más alta se encuentra en las mujeres bolivianas sin estudios (66 muertes por 1000 nacimientos vivos).
- Las diferencias en las tasas de mortalidad neonatal (TMN) en función del lugar de residencia (zona rural o urbana) son pequeñas. En algunos países, la TMN es más alta en zonas urbanas. Una excepción es Bolivia, donde la TMN en las zonas rurales es 17 puntos porcentuales más alta que en las urbanas.
- Los estudios muestran que las poblaciones indígenas y afrodescendientes tienen una TMN más alta que los otros grupos de población.
- El descenso en la mortalidad neonatal en Brasil ha sido más pequeño en las poblaciones afrodescendientes que en otros grupos. Las diferencias en mortalidad infantil se han explicado en parte por la pobreza, por la atención prenatal inadecuada y por las desigualdades económicas.
- La TMN es más alta en niños que en niñas, pero las diferencias relacionadas con el sexo del niño son menores que las diferencias por nivel económico y educativo y por lugar de residencia.
- En todos los países con datos desagregados, el porcentaje de recién nacidos que ven su peso registrado al nacer es mayor en aquellos cuyas madres pertenecen a los quintiles más ricos, viven en zonas urbanas y han recibido educación secundaria o superior. Los países con menores porcentajes de peso registrado al nacer son Haití (24%) y Bolivia (72%).
- Estudios realizados en Brasil han demostrado que en los niños afrodescendientes, los peores resultados en salud (mayor prevalencia de bajo peso al nacer, de prematuridad y de fetos de pequeño tamaño para su edad gestacional, así como una mayor tasa de mortalidad neonatal e infantil) podían atribuirse a diferencias en la calidad de la atención prenatal recibida.
- En Chile, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la pobreza y la mortalidad fetal y neonatal, con tasas notablemente más altas en la población mapuche. Sin embargo, a pesar de su peor situación socioeconómica y de otras desigualdades documentadas en materia de salud, el establecimiento de un programa de control prenatal contribuyó a reducir la brecha del impacto de las desigualdades sociales en la salud de los niños indígenas y no indígenas de corta edad.
- Los registros del nacimiento desde 2000 hasta 2004 mostraron diferencias de peso entre los recién nacidos indígenas y afroecuatorianos y los recién nacidos mestizos en Ecuador, aunque en Chile no se detectaron diferencias importantes de peso al nacer entre los niños indígenas mapuche y los no indígenas.

Comienzo temprano de la lactancia materna

- En contraste con los indicadores relativos al uso de los servicios de salud y a los resultados en salud, en conjunto, las mujeres

con menos ingresos, con niveles educativos más bajos, de zona rural e indígenas inician la lactancia materna antes y la prolongan durante más tiempo. Sin embargo, ésta no es una cuestión para la complacencia, ya que algunas de las pruebas disponibles indican una tendencia a la baja de la lactancia materna.

- La menor prevalencia del comienzo temprano de la lactancia materna se produce en las mujeres con ingresos más altos de El Salvador (21%) y Brasil (27%). En El Salvador y Perú, las mujeres del quintil más pobre inician la lactancia materna de modo temprano con una prevalencia dos veces superior a la encontrada en las mujeres del quintil más rico (71% frente a 35% en Perú y 42% frente a 21% en El Salvador). Aunque en la mayoría de los países las mujeres en situación de mayor pobreza inician la lactancia materna antes que otras mujeres de sus países, el 62% de las mujeres más acomodadas de Colombia empiezan pronto, frente al 52% de las más pobres.
- En Bolivia, República Dominicana, Honduras, Panamá y Surinam, las mujeres sin estudios o con educación primaria inician la lactancia antes que las mujeres con educación secundaria o superior.
- La prevalencia del comienzo temprano de la lactancia materna es similar para niños y niñas.
- En Guatemala y Panamá, la prevalencia del comienzo temprano de la lactancia materna es más alta en las poblaciones indígenas que en otros grupos (60% en Guatemala y 63% en Panamá). En Panamá, el 41% de los niños afrodescendientes empiezan la lactancia materna de forma temprana, 22 puntos porcentuales por debajo de la prevalencia para niños indígenas y 2 puntos porcentuales por debajo de los niños de otras etnias.
- Aunque las mujeres indígenas de la región mantienen una alta prevalencia de lactancia materna, empieza a ser preocupante la existencia de una tendencia a la baja de la lactancia exclusiva y de la duración media en el ámbito nacional en determinados grupos.
- La exclusividad de la lactancia materna y su duración en América Latina y el Caribe varían debido a numerosos factores, entre los que se incluyen la situación socioeconómica, la educación y la zona geográfica.

Registro del nacimiento

- En 2013, el 8% de los niños menores de cinco años en América Latina y el Caribe no habían sido registrados al nacer, lo que significa que los nacimientos de aproximadamente 4 millones de niños nunca han sido registrados.
- A pesar de que los resultados relativos a los registros del nacimiento son mejores que en otras regiones del mundo y de que no hay grandes diferencias en función de riqueza, residencia o sexo del niño, hay una considerable heterogeneidad tanto dentro de los países de la región como entre ellos.
- De los países que disponen de datos desagregados, la República Dominicana y Haití presentan los mayores contrastes entre grupos sociales, especialmente entre quintiles de riqueza.

- En la República Dominicana, el 35 por ciento de los niños menores de cinco años del quintil más pobre no se registraron en 2013, 33 puntos porcentuales por debajo de los del quintil más rico. La cobertura media de registro para el país es del 84%
- En Haití, el 29% de los niños menores de cinco años pertenecientes al quintil más pobre no se registraron en 2012, 21 puntos porcentuales por debajo de los del quintil más rico. El porcentaje para el país es del 80%.
- En ambos países hay una diferencia de entre 5 y 8 puntos porcentuales entre las zonas rurales y las urbanas.
- No se han publicado datos sobre educación para ninguno de los dos países.
- En otros países para los que se dispone de datos, las diferencias en los registros del nacimiento por nivel económico y lugar de residencia son pequeñas (excepto para Paraguay en 2008).
- En todos los países para los que se dispone de datos, la cobertura de los registros del nacimiento de niños y niñas es similar.
- Muy pocos países disponen de datos sobre registros del nacimiento desagregados por grado de escolaridad de la madre o por etnicidad.

Atención postnatal de madres y recién nacidos

- Se observan grandes diferencias entre países en cuanto al porcentaje de recién nacidos que reciben cuidados postnatales en los dos días siguientes al nacimiento. En Colombia solo es del 7%.
- El porcentaje más bajo de recién nacidos que reciben cuidado postnatal son los niños colombianos de todos los niveles de ingresos (inferior al 8%) y los recién nacidos haitianos de los cuatro niveles con ingresos más bajos (con una variación de entre el 9 y el 20%). Las brechas más amplias entre los más ricos y los más pobres se observan en Bolivia (46 puntos porcentuales), Haití (35), Honduras (24) y Panamá (24).
- La atención postnatal es menor en los recién nacidos de zonas rurales, con la cobertura más baja observable en los recién nacidos haitianos (14%). Las brechas más amplias se aprecian en Bolivia (26 puntos porcentuales), Paraguay (21), Panamá (18), República Dominicana (16), Haití (15) y Honduras (14).
- En todos los países, la atención postnatal es menos frecuente en los recién nacidos de madres sin estudios, especialmente en Haití (9%). Las brechas entre los recién nacidos de madres sin estudios y los nacidos de madres con estudios secundarios o superiores llega a ser de hasta 51 puntos porcentuales en Panamá, 39 en Bolivia, 29 en Honduras, 22 en El Salvador y 20 en Perú.
- Un estudio en Brasil mostró que la mayoría de las muertes postnatales en los niños guaraníes, producidas por infecciones respiratorias agudas y por diarrea, ocurrían en los hospitales y podrían estar asociadas con un acceso tardío a los hospitales o por una atención inadecuada en los mismos.
- La atención postnatal recibida en el tiempo recomendado es similar para niños y niñas en los cuatro países que disponen de datos.
- En Panamá, el 100% de los recién nacidos afrodescendientes reciben atención dentro de los dos días siguientes al nacimiento, pero los niños indígenas se quedan 30 puntos porcentuales por detrás, de modo que solo el 70% de los niños indígenas recién nacidos reciben atención postnatal.

© UNICEF El Salvador/2007-473/G. Bell



4. Hallazgos clave sobre equidad en salud infantil

Mortalidad infantil

- Las mayores brechas en la tasa de mortalidad infantil (TMI) y en la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años (TMM5) se observan entre los quintiles de nivel de ingresos y de estudios:
 - Por lo que respecta a los países que disponen de datos desagregados, en Bolivia la TMI es más alta en los hijos de madres sin estudios, los pertenecientes al quintil más pobre y los originarios de zonas rurales; en la República Dominicana, en los hijos de madres sin estudios y los pertenecientes al quintil más pobre. La TMM5 más alta de entre los países que disponen de datos desagregados corresponde a los niños con menos recursos de Bolivia y Haití.
 - La diferencia en la TMI entre los hijos de madres sin estudios y los hijos de madres con estudios secundarios o superiores llega a ser del séptuple en El Salvador, el triple en Bolivia, Colombia, Guatemala y la República Dominicana y el doble en Perú.
- No hay un patrón claro en los indicadores de mortalidad por residencia urbana o rural:
 - La TMI es más alta en los niños de zonas rurales de Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Perú, más alta en los niños de zonas urbanas de Haití, Guyana y Paraguay y similar en niños de zonas rurales y urbanas en los demás países.
 - La TMM5 es similar en zonas rurales y urbanas, excepto en algunos países. En Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Perú es más alta en las zonas rurales, mientras que en Guyana y Haití es más alta en las zonas urbanas.
- En la mayoría de los países la TMI y la TMM5 son más altas en los niños que en las niñas.

Malnutrición y crecimiento infantil

Desnutrición crónica

- La desnutrición crónica o retraso en el crecimiento (medida en función de altura por edad) causada fundamentalmente por la malnutrición proteínico-energética y la anemia resultante de una carencia de hierro, es la causa más común del retraso en el crecimiento en la región.
- La prevalencia del retraso en el crecimiento es considerablemente mayor en los niños económicamente más pobres que en los niños de los quintiles más ricos. Cuanto más bajo el quintil, mayor la prevalencia de retraso en el crecimiento. La prevalencia más alta se encuentra en Guatemala, donde el 70% de los niños más pobres sufren retraso en el crecimiento (cifra cinco veces superior a la de los más acomodados). Otros países que presentan amplias brechas en la prevalencia de retraso en el crecimiento son El Salvador (el séptuple) y Guatemala, Honduras y Haití (el quintuple). En Belice, Bolivia, Guyana y México está entre el triple y el cuádruple, y en Barbados, Brasil, Colombia, República Dominicana y Surinam es de al menos el doble.
- En la mayoría de los países, la prevalencia de retraso en el crecimiento es mayor en las zonas rurales que en las urbanas. En Perú, el retraso en el crecimiento presenta una prevalencia

cuatro veces más alta en niños de zonas rurales que en niños de zonas urbanas.

- La prevalencia del retraso en el crecimiento es siempre más alta en los hijos de madres sin estudios. La brecha es más amplia en Guatemala, donde el 69% de los hijos de madres sin estudios sufren retraso en el crecimiento (49 puntos porcentuales más y el triple que en los hijos de madres con mayor nivel de estudios), Honduras (38 puntos porcentuales más y el quintuple), Perú (36 puntos porcentuales más y el quintuple) y Bolivia (30 puntos porcentuales más y el cuádruple). La brecha es del triple en Belice, Colombia, El Salvador y Haití.
- La prevalencia del retraso en el crecimiento es similar para niños y niñas.
- En Guatemala, el país con la prevalencia de retraso en el crecimiento más alta de América Latina y el Caribe, se observan amplias diferencias por etnicidad: el 66% de los niños indígenas sufren de retraso en el crecimiento, frente al 36% de los niños no indígenas.

Desnutrición aguda

- La prevalencia más alta de desnutrición aguda o emaciación de la región se observa en los niños más pobres de Barbados, con una prevalencia del 10%. De los 14 países que disponen de datos desagregados, la prevalencia de la desnutrición aguda es mayor en los niños de zonas urbanas de Barbados, donde alcanza el 8% (el doble que en los niños de zonas rurales). En otros países, las diferencias entre niños rurales y urbanos son pequeñas. En la mayoría de los países, las diferencias entre los distintos niveles educativos son pequeñas. La prevalencia de la desnutrición aguda es mayor en los niños que en las niñas, aunque la diferencia es pequeña.

Sobrepeso

- Entre el 20 y el 25 por ciento de los menores de 19 años sufren de sobrepeso u obesidad en América Latina y el Caribe. En los niños menores de cinco años, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad se ha incrementado rápidamente.
- La prevalencia del sobrepeso es más alta en los más ricos, los habitantes de zonas urbanas y los grupos con mayor grado de escolaridad, pero según los datos de las encuestas de hogar las diferencias son pequeñas.

Anemia

- Durante la infancia, los niños indígenas guaraníes en Brasil han mostrado una prevalencia de anemia tres veces superior a la de los niños no indígenas.
- Estudios realizados en Brasil, Colombia y Perú han encontrado una mayor prevalencia de anemia en los niños indígenas que en los no indígenas.
- Datos de Brasil mostraron que los niños de poblaciones socioeconómicamente vulnerables, como comunidades indígenas y residentes de asentamientos rurales y favelas urbanas tienen tres veces más probabilidades de sufrir anemia que la media nacional.

Vacunación y suplementos vitamínicos

- Las mayores brechas en la administración de la vacuna contra la tuberculosis (BCG), de las tres dosis de la vacuna combinada contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) y de la vacuna contra el sarampión se encuentran entre los distintos niveles de riqueza y estudios. La cobertura de la BCG, la DTP3 y la vacuna contra el sarampión es similar en zonas rurales y urbanas, así como en niños y niñas. La mayor brecha en la vacunación contra la tuberculosis se encuentra en Haití, donde el 74% de los niños más pobres y el 91% de los más ricos están vacunados, y donde el 69% de los hijos de madres sin estudios y el 89% de los hijos de madres con estudios secundarios o superiores están vacunados. La mayor brecha en la vacunación contra la DTP se produce entre los más ricos y los más pobres de Surinam, Panamá, Haití y la República Dominicana, así como entre los más altos y los más bajos niveles educativos de Haití, Colombia y Panamá. La mayor brecha en la vacunación contra el sarampión se produce entre los más pobres y los más ricos de Guyana, Panamá y Surinam, y entre los niveles educativos más bajos y más altos de Colombia y Haití.
- En los países que disponen de datos, la prevalencia de los suplementos de vitamina A para los niños menores de cinco años varía entre el 73% de Honduras y el 6% de Perú. Las diferencias en la administración de suplementos de vitamina A por nivel de riqueza, lugar de residencia, nivel de estudios de la madre y sexo del niño son pequeñas, a excepción de Belice, donde el 65% de los hijos de madres con estudios secundarios o superiores reciben suplementos de vitamina A, frente al 46% de los niños de madres sin estudios.

Atención a los niños enfermos

- La prevalencia en la administración de sales de rehidratación oral (SRO) en caso de diarrea es similar en las zonas rurales y urbanas, excepto en Surinam, donde la administración de SRO es mayor en las zonas rurales. La prevalencia es similar en niños y niñas, excepto en Costa Rica, donde los niños reciben SRO con más frecuencia que las niñas.
- Haití tiene la menor prevalencia de niños con síntomas de neumonía que son llevados a un establecimiento de salud (38%), de los que el 51% pertenecen a las clases más acomodadas o son hijos de madres con estudios secundarios o superiores, frente al 23% de las clases más pobres e hijos de madres sin estudios.
- Las mayores diferencias en los niños con síntomas de neumonía atendidos en un establecimiento de salud se observan entre los distintos niveles de riqueza y estudios. Ante los síntomas de una neumonía, los hijos de madres sin estudios son llevados a un establecimiento de salud con menor frecuencia que los hijos de madres con estudios secundarios o superiores.
- No se observa ninguna tendencia específica en función del lugar de residencia (zonas rurales o urbanas).
- En la mayor parte de los países que disponen de datos, no se observan diferencias entre el porcentaje de niños y el de niñas que son llevados a un establecimiento de salud al presentar síntomas de neumonía, excepto en Belice, Costa Rica, República Dominicana y Surinam, donde más niñas que niños son llevadas a recibir atención en salud, y en Jamaica, donde la tendencia es la inversa.

Asma

- La población urbana desfavorecida en América Latina sufre la mayor prevalencia de asma, ya que reside en condiciones de hacinamiento, en viviendas de mala calidad y en barrios sin acceso o con acceso limitado a servicios básicos entre los que se incluyen el agua potable, el saneamiento y la atención en salud.

Condiciones de vida y acceso a la atención en salud en las poblaciones indígenas

- Las poblaciones indígenas de los países de América Latina y el Caribe pueden tener acceso limitado a agua potable e instalaciones de saneamiento, lo que dispara la prevalencia de enfermedades diarreicas en los niños indígenas.
- En las poblaciones indígenas, las pobres condiciones de vida, la inadecuada nutrición y una elevada exposición a las infecciones causan una alta carga de enfermedades en los niños, incluyendo infecciones del aparato respiratorio superior e inferior.
- Además, en estas poblaciones existen desigualdades de acceso a una atención en salud adecuada.

© UNICEF Colombia/2008/M. Quintero



5. Hallazgos clave sobre equidad en salud adolescente

Iniciación sexual temprana y matrimonio precoz

- El matrimonio precoz de niñas adolescentes es otra manifestación de las desigualdades de género que persisten en toda América Latina y el Caribe. Las niñas que se encuentran en uniones formales o informales pueden tener menos oportunidades sociales y económicas, así como un mayor riesgo de sufrir problemas de salud.
- Hay que redoblar los esfuerzos para retrasar la edad del matrimonio. Como la mayoría de las niñas que se ven afectadas por un matrimonio precoz provienen de entornos desfavorecidos, esos esfuerzos probablemente requerirán examinar las desigualdades sociales y de género y aumentar las oportunidades disponibles para las mujeres que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

- Es necesario avanzar en la creación y puesta en funcionamiento de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes en toda América Latina y el Caribe. Para poner en marcha dichos servicios será necesario aplicar una perspectiva de género e igualdad que garantice la igualdad de acceso de los adolescentes de todos los sectores demográficos.
- Los adolescentes indígenas de Bolivia, Guatemala, Ecuador y Nicaragua vieron insatisfechas sus necesidades en materia de anticoncepción en mayor medida que los jóvenes no indígenas.
- Algunos estudios han demostrado que los adolescentes indígenas tenían muchas menos probabilidades de recibir educación sexual en las escuelas, en parte debido a su mayor absentismo escolar. Esta falta de acceso puede surgir de una discriminación generalizada contra las personas indígenas que se filtra en los servicios de atención en salud, de la percepción cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva como inapropiados, y de las normas culturales que estigmatizan la sexualidad adolescente.

Embarazos adolescentes

- Las mayores brechas en la prevalencia de embarazos adolescentes se observan entre niveles educativos: en todos los países que disponen de datos, el embarazo adolescente presenta siempre una mayor prevalencia en las niñas de menor nivel educativo. La segunda mayor brecha se produce entre niveles de riqueza: el embarazo adolescente es siempre más prevalente en las niñas de los grupos económicamente más desfavorecidos en todos los países para los que se dispone de datos. Por el contrario, en todos los países, solo el 12% de las niñas con más ingresos están embarazadas o han tenido hijos. Aunque los embarazos adolescentes tienden a ser más

elevados en las niñas de entornos rurales, las diferencias entre las niñas de entorno rural y urbano son menores que entre las de distintos quintiles educativos o de riqueza.

- Los debates sobre los embarazos adolescentes en América Latina y el Caribe requieren un examen más amplio sobre la igualdad de género. Reducir los embarazos adolescentes puede ser un modo de reducir el desproporcionado índice de pobreza que afecta a las mujeres en América Latina. Las políticas orientadas a fomentar el desarrollo educativo, la igualdad en salud y las oportunidades socioeconómicas probablemente ayuden a reducir la prevalencia de los embarazos adolescentes.
- La prevalencia de los embarazos adolescentes en las poblaciones indígenas se ha reducido en la última década, pero en general sigue siendo más alto que en las mujeres no indígenas.
- La prevalencia de los embarazos adolescentes es cinco veces más alta en las niñas indígenas de Costa Rica (49% frente al 10% de las niñas no indígenas) y casi el doble en Panamá (17% frente al 10% en las niñas no indígenas).
- Según un informe de 2011 del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), la prevalencia de los embarazos adolescentes es más alta que las medias nacionales en las poblaciones afrodescendientes. Al igual que ocurre con las poblaciones indígenas, las diferencias en la prevalencia de los embarazos en adolescentes afrodescendientes se corresponden con distintos grados de escolaridad.

Vulnerabilidad, autonomía y estilo de vida

- La prevalencia de la obesidad y el sobrepeso está aumentando y la edad de inicio en el uso de sustancias se está reduciendo.
- Es necesario realizar estudios adicionales para hacer un seguimiento de estas tendencias y diseñar políticas que se dirijan a las poblaciones más vulnerables, sobre todo teniendo en cuenta la relación existente entre el uso de sustancias y los accidentes y crímenes violentos.
- Las iniciativas dirigidas a reducir el uso de sustancias no solo deberían centrarse en aumentar el conocimiento de los individuos, sino también en corregir las desigualdades sociales y económicas que afectan a los entornos familiares de los adolescentes y a su autonomía.

Vulnerabilidad y VIH

- La epidemia de VIH afecta cada vez más a los adolescentes que sufren desigualdades sociales, económicas y de género en la región de América Latina y el Caribe.
- Para que los esfuerzos por reducir la prevalencia de la transmisión del VIH en los jóvenes de la región puedan tener éxito, será necesario hacer frente a las desigualdades sociales que fomentan esas vulnerabilidades.

- Los esfuerzos de prevención del VIH deberían intentar salvar la brecha entre el conocimiento que los jóvenes tienen del VIH y una actividad sexual sana, así como crear contextos en los que los adolescentes puedan asumir una mayor autonomía en dicha actividad.
- Cada vez más pruebas señalan que los jóvenes indígenas son un sector de población vulnerable a la transmisión del VIH.

Transición de la infancia a la adolescencia para jóvenes con VIH

- El estigma es un factor clave que marca la transición a la adolescencia de los niños con VIH. Mientras que los jóvenes que han adquirido el VIH por vía perinatal suelen ser víctimas de discriminación por su condición de personas con VIH, este estigma también refleja patrones más generales de exclusión social de los adolescentes de sectores de población vulnerables. Es necesario aumentar los esfuerzos por garantizar la igualdad de acceso al tratamiento antirretroviral de todos los adolescentes y apoyar a los cuidadores para que puedan proporcionar el mejor cuidado posible.

Adolescentes LGBT y discriminación

- Aunque cada vez hay más estudios que muestran los problemas que afectan a la juventud lesbiana, gay, bisexual y transexual (LGBT, por sus siglas en inglés) en la región, la discriminación sigue impidiendo a estos adolescentes disfrutar de una salud mental, física y sexual óptima.
- Teniendo en cuenta el alto grado de presencia de esta discriminación en los servicios de salud, los centros educativos y el clima social (áreas todas ellas con un impacto significativo sobre la salud y el bienestar de los adolescentes) es urgente elaborar políticas y estudios que identifiquen las necesidades de los adolescentes LGBT y tomen medidas que permitan satisfacerlas.
- Para combatir la discriminación contra los adolescentes LGBT y evitar la desigualdad que sufren en materia de salud, los países latinoamericanos y caribeños deberían asimismo reexaminar las desigualdades de género y expandir las definiciones de identidad de género que resulten demasiado estrechas.

© UNICEF/UNI186301/Heger



6. Hallazgos clave sobre equidad en salud y violencia

Violencia y abusos a niños con discapacidad

- En América Latina y el Caribe, los niños con discapacidad tienen mayor prevalencia de pobreza, violencia y maltrato, lo cual crea discriminación, exclusión y estigma social.

Abusos sexuales

- Además de la edad, los estudios relacionan la pobreza, el hecho de ser mujer, de tener un bajo nivel educativo o un mal rendimiento académico, baja autoestima, múltiples parejas sexuales y de consumir tabaco o alcohol con una mayor probabilidad de sufrir violencia sexual en adolescentes.
- Se han encontrado evidencias que sugieren que los problemas de salud mental se concentran en las niñas adolescentes de los entornos socioeconómicos más pobres, las niñas indígenas o pertenecientes a otros grupos étnicos minoritarios, las niñas con bajo nivel educativo y las que viven en zonas con altos niveles de violencia o escasas oportunidades de empleo.
- El abuso sexual es a la vez consecuencia de la desigualdad de género y causa primaria de desigualdades de género en materia de salud mental y reproductiva. Se necesitan más estudios e iniciativas programáticas para conseguir reducir el abuso generalizado a adolescentes y ampliar los servicios de ayuda a los jóvenes que ya hayan sufrido abusos sexuales. Dichos programas serán fundamentales para conseguir la igualdad de género en los países de América Latina y el Caribe.
- Algunos estudios han documentado una alta prevalencia de violencia sexual cometida contra niñas indígenas adolescentes, así como de la existencia de normas de género que reducen la capacidad de las mujeres de negociar el uso del condón en las relaciones sexuales.

Violencia de pareja durante el embarazo

- En los países que disponen de datos, la mayor prevalencia de violencia durante el embarazo se encuentra en las mujeres peruanas sin estudios (17%) y la más baja en las mujeres haitianas empleadas que reciben pagos en especie (5%). Aunque no hay patrones claros entre países, la violencia durante el embarazo suele ocurrir con más frecuencia en los grupos económicamente más pobres, urbanos, con menor nivel educativo y empleados con sueldos en efectivo.

Discriminación y violencia en establecimientos de salud

- La violencia y la discriminación generalizada por parte del personal de salud constituyen importantes barreras que impiden a las mujeres de grupos étnicos minoritarios acceder a servicios de salud de calidad en América Latina y el Caribe.
- Las consecuencias de la discriminación ejercida por el personal de salud comprometen directamente el acceso al tratamiento, ya que aquella puede convertirse en un factor clave que disuade a las mujeres de grupos étnicos minoritarios de buscar atención en salud, además de obstruir el desarrollo o la puesta en marcha de políticas de promoción de los derechos indígenas.

Violencia urbana

- Con miles de personas al año afectadas por la violencia, ésta se ha convertido en un problema de salud pública que merece atención inmediata. La violencia en las ciudades de América Latina y el Caribe es en buena parte consecuencia de desigualdades sociales y económicas que dividen las áreas urbanas. Como resultado, los esfuerzos para reducir la violencia urbana deberían tomar en consideración las desigualdades existentes en la distribución de la riqueza, en las oportunidades laborales y en el acceso a una vivienda digna (diferencias que se están haciendo cada vez más evidentes mediante la fragmentación espacial de las ciudades).
- Varios estudios indican que las personas afrodescendientes tienen más probabilidades de ser víctimas de homicidios y de otros crímenes violentos en las áreas urbanas de Brasil.

Introducción

1. Equidad en salud y desigualdad social

Durante los últimos 25 años, los países latinoamericanos han experimentado un ascenso de sus niveles de ingresos² y han mejorado notablemente la cobertura en salud de las personas que viven en situación de pobreza, así como los indicadores en salud de la mayor parte de sus poblaciones.³ A pesar de estos logros, todavía persisten desigualdades sociales dentro de los países y entre ellos,^{2,4-6} lo que provoca desigualdad y exclusión en los sistemas de salud de la región.^{3,7} El concepto de inequidad en salud, que se refiere a diferencias en salud que son “sistemáticas, evitables e injustas”⁸ no tiene un valor neutro⁹ y parte de la premisa de que “idealmente todos deberían tener una oportunidad justa de alcanzar su máximo potencial en salud y, más pragmáticamente, que nadie debería verse perjudicado en su intento de lograr dicho potencial, si puede evitarse”¹⁰ Como estas inequidades son evitables, reducirlas se convierte en un problema de justicia social.¹¹ Aunque a la hora de definir lo que es justo ningún rigor analítico, panel de expertos o muestra representativa puede proporcionar los valores sociales y morales intrínsecos que resultan necesarios para definir una desigualdad como justa o injusta,¹²⁻¹⁴ se han desarrollado recientemente algunos modelos para facilitar esta decisión.¹⁵

Una mayor carga de enfermedad, la aparición de enfermedades crónicas y discapacidades a edades más tempranas y un índice de supervivencia más bajo son más frecuentes en los grupos más marginalizados,¹⁰ tal como las mujeres indígenas y afrodescendientes.¹⁶ En nueve países de la región, el quintil más pobre de la población mostró una prevalencia de retraso de

crecimiento entre 3 y 10 veces superior al quintil más rico, y las provincias más pobres de varios países presentan unos índices de mortalidad materna entre 10 y 44 veces superiores a los de otras zonas.¹⁷ La desigualdad social también interviene en la igualdad de acceso a la atención en salud, definida como “la igualdad de acceso y uso de la atención en salud disponible ante una necesidad igual, y cuidados de igual calidad para todos”,¹⁰ tal y como se ha demostrado en varios análisis de equidad llevados a cabo en la región.¹⁸⁻²⁴ En Brasil, por ejemplo, un estudio encontró que la falta de acceso a la atención en salud y el tiempo de espera para recibir atención eran más altos en los grupos más desfavorecidos y aquellos con menos estudios.²⁵ Por tanto, la desigualdad social es uno de los grandes retos para la equidad en salud en América Latina y el Caribe.

Las desigualdades en nivel de ingresos, riqueza y consumo han solido dominar el debate global sobre las desigualdades sociales, ya que contribuyen directamente al bienestar de los individuos y las familias.²⁶ Sin embargo, hay otras formas de desigualdad social que vienen determinadas por género y etnicidad que provocan importantes diferencias en la salud y que merecen mayor atención. Además de las desigualdades de ingresos y género, los grupos de población indígena y afrodescendiente se ven sometidos a una discriminación y exclusión social generalizada (negación de derechos, recursos y servicios disponibles para los grupos étnicos dominantes basada en un trato racista discriminatorio) que impactan de forma negativa sobre sus resultados en salud.¹⁶

© UNICEF/UNI7791/Pirozzi



2. La importancia de la equidad en salud para lograr cobertura universal de salud, el derecho humano a la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Aunque varios países de América Latina y el Caribe han puesto en marcha medidas para lograr cobertura universal de salud, los informes regionales y nacionales indican que la equidad en salud continúa siendo una meta pendiente y un impedimento para lograr cobertura universal de salud (un movimiento iniciado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2005 para “contribuir a satisfacer las necesidades de la población en materia de atención en salud y mejorar su calidad, reducir la pobreza, alcanzar los objetivos de desarrollo acordados a nivel internacional, incluyendo aquellos contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y conseguir salud para todos”²⁷ Ahora que los Objetivos de Desarrollo Sostenible toman el relevo para el período 2015-2030 y que los gobiernos han decidido reducir la desigualdad tanto dentro de los países como entre ellos (Objetivo 10), alcanzar la igualdad de género (Objetivo 5), garantizar una vida sana (Objetivo 3) y promover la inclusión social (Objetivo 16),²⁸ ha llegado el momento de dedicar mayor atención a la distribución diferencial por gradientes sociales del acceso a la atención en salud y de los resultados en salud (en vez de centrarse en alcanzar objetivos que solo representan medias nacionales) para así reducir y eliminar las brechas de equidad en salud existentes. La atención que ha recibido la equidad en salud se ha extendido a otras iniciativas globales como la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, lanzada en septiembre de 2015 por la OMS.²⁹ Después de todo, los sectores de población excluidos “tienen el mayor potencial de mejorar sus resultados en los indicadores de supervivencia y desarrollo.”³⁰

Tenemos la base de conocimientos necesaria para alcanzar dichas metas. Se ha demostrado que las intervenciones en el sector de la salud en apoyo de los más desfavorecidos han mejorado la equidad en salud³¹ y el progreso general³² al reducir las brechas existentes tanto en el acceso a los servicios de salud como en el estado de salud.³³ Pero reforzar los sistemas de salud y mejorar la cobertura no basta para mejorar el bienestar y la salud de la población.⁶ Tal y como se señala en la Agenda para el Desarrollo Sostenible de 2030, “el desarrollo sostenible reconoce que erradicar la pobreza en todas sus formas y dimensiones, combatir la desigualdad dentro de los países y entre ellos, preservar el planeta, generar un crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible y promover la inclusión social están interrelacionadas y son interdependientes.”²⁸

Para producir información sobre equidad en salud que resulte relevante para los responsables políticos, deben obtenerse y analizarse datos desagregados al nivel administrativo más bajo posible, preferiblemente todos los años.^{12,34} Se han puesto en marcha iniciativas nacionales para medir y monitorizar la equidad en salud en países como Brasil,³⁵ Chile,³⁶ Colombia,³⁷ México³⁸ y Uruguay.³⁹ Pero tal y como se refleja en el presente informe, sigue

siendo necesario realizar esfuerzos adicionales para entender la magnitud de la inequidad en salud, recurriendo para ello a sistemas mejorados de recogida de datos que sirvan de base para el desarrollo de políticas públicas.

© UNICEF/UNI100388/LeMoyne



3. Metodología y limitaciones del informe

Cada sección del informe combina el análisis cuantitativo de encuestas de hogar con la revisión de hallazgos de estudios publicados que ayudan a explicar tanto el contexto de la inequidad en salud en América Latina y el Caribe como los mecanismos por los que las desigualdades socioeconómicas crean falta de equidad en salud. Las encuestas de hogar utilizadas en el informe (listadas en la Tabla 1) incluyen 21 países que disponían de Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Salud Reproductiva (RHS) o Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) publicadas entre 2008 y 2015.¹ Ocasionalmente, algunos indicadores nacionales se han extraído de bases de datos mundiales de UNICEF,⁴⁰ que además de las encuestas mencionadas utilizan otras encuestas adicionales representativas del ámbito nacional. Los datos presentados en este informe se basan en la encuesta más reciente para cada país, excepto cuando aquellas no incluían variables clave o cuando solo se habían publicado datos preliminares; en esos casos, se utilizaron datos de la encuesta anterior.

A pesar del hecho de que las DHS, las RHS y las MICS comparten una metodología similar, no todas usan en igual medida los mismos estratificadores sociales e indicadores en salud. Se han incluido un total de 23 indicadores que aparecen listados en la Tabla 2. Para facilitar el análisis de la equidad en salud durante el curso de vida de las mujeres y los niños y a través de los países de la región, hemos creado para cada uno de esos 23 indicadores gráficos de

brechas de equidad para cuatro estratificadores sociales clave que reflejan condiciones sociales: quintiles de riqueza, residencia rural o urbana, nivel educativo y sexo. La etnicidad también se ha incluido en los pocos casos en los que se disponía de datos. Cada gráfico muestra las diferencias en términos absolutos entre los valores de cada indicador por estratificador y por país, de modo similar al de los equiplots desarrollados por el Centro Internacional para la Equidad en Salud,⁷⁴¹ así como el valor medio de cada uno. Los gráficos de brechas de equidad son una herramienta de visualización sencilla de desigualdades absolutas.

Las diferencias relativas entre los valores más altos y los más bajos se han incorporado en el análisis descriptivo, pero no siempre se han presentado en el informe. Aunque en los círculos económicos está ampliamente aceptado que es deseable utilizar tanto diferencias absolutas como relativas, consideramos que es intrínsecamente diferente medir desigualdades en ingresos que desigualdades en salud. En primer lugar, porque los resultados en salud (desde la esperanza de vida hasta los niveles de glucosa en sangre) no tienen valores infinitos (a diferencia de la riqueza de las élites del siglo XXI). En segundo lugar, porque incluso aunque la mayoría de la gente aspira a una mayor riqueza y salud, la muerte a una edad temprana o por una causa evitable (como es el caso de la mayor parte de las muertes maternas) es, a diferencia de las fortunas, algo irreversible.

Tabla 1. Lista de encuestas de hogar de 21 países de América Latina y el Caribe

País	Año	Tipo de encuesta
Argentina	2011	MICS
Barbados	2012	MICS
Belice	2011	MICS
Bolivia	2008	DHS
	2012	Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición
Colombia	2010	DHS
Costa Rica	2011	MICS
Cuba	2014	MICS
El Salvador	2008	DHS
Ecuador	2011	RHS
Guatemala	2008-09	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
Guyana	2009	RHS
Haiti	2012	DHS
Honduras	2011-12	DHS
Jamaica	2008	DHS
	2011	RHS
Nicaragua	2011-12	MICS
Panamá	2013	DHS
	2009	MICS
Perú	2014	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
Paraguay	2008	DHS
República Dominicana	2013	RHS
Santa Lucía	2012	MICS
Surinam	2010	MICS

Source: Demographic and Health Surveys, Reproductive Health Surveys, Multiple Indicator Cluster Surveys and other national surveys, 2008-2014.⁴⁰

Tabla 2: Lista de los 23 indicadores incluidos en los análisis de brechas de equidad en salud

Salud Reproductiva

1.	Necesidad insatisfecha de anticonceptivos	Mujeres de 15 a 49 años con necesidad insatisfecha de anticonceptivos (para espaciar y limitar la concepción de hijos) (%)
----	---	--

Salud materna

2.	Atención prenatal (al menos cuatro visitas con personal de salud)	Mujeres de 15 a 49 años que han tenido un nacido vivo en los últimos 2 a 5 años y han recibido al menos cuatro visitas prenatales con personal de la salud (%)
3.	Atención del parto por personal calificado	Nacidos vivos en los últimos 2-5 años atendidos por personal calificado (%)
4.	Nacimientos por cesárea	Nacidos vivos por cesárea en los 2 a 5 años previos a la encuesta (%)

Salud neonatal

5.	Mortalidad perinatal	Mortalidad perinatal en los cinco años previos a la encuesta, definida como la suma de muertes prenatales o neonatales tempranas cada 1.000 embarazos
6.	Mortalidad neonatal	Mortalidad neonatal (muertes neonatales cada 1.000 nacidos vivos)
7.	Recién nacidos pesados al nacer	Nacidos vivos más recientes en los dos años previos a la encuesta que fueron pesados al nacer en relación con el número total de los últimos nacidos vivos en esos dos años (%)
8.	Inicio temprano de la lactancia materna	Último niño nacido en los dos años previos a la encuesta que comenzó a amamantar en la hora siguiente a su nacimiento (%)
9.	Registro de nacimientos	Niños de 0 a 4 años cuyo nacimiento se declara registrado (%)
10.	Controles postnatales para los recién nacidos	Último niño nacido en los dos años previos a la encuesta que tuvieron su primer control posnatal en los dos días siguientes al nacimiento (%)

Salud infantil

11.	Mortalidad en menores de 1 año	Muertes de niños menores de un año de edad por cada 1.000 nacidos vivos
12.	Mortalidad en menores de 1 año	Muertes de niños menores de un año de edad por cada 1.000 nacidos vivos
13.	Desnutrición crónica	Niños que padecen retraso en el crecimiento (desviación típica inferior a -2 en la talla para la edad, según el estándar de la OMS) (%)
14.	Desnutrición aguda	Niños que padecen emaciación (desviación típica inferior a -2 en el peso para la talla, según el estándar de la OMS) (%)
15.	Sobrepeso	Niños con sobrepeso (desviación típica superior a +2 en el peso para la edad, según el estándar de la OMS) (%)
16.	Suplemento de vitamina A	Niños de 6-59 meses que recibieron suplementos de vitamina A en los seis meses anteriores a la encuesta (%)
17.	Vacuna BCG	Niños de 12-23 meses que recibieron la vacuna BCG (%)
18.	Vacuna DPT3	Niños de 12-23 meses que recibieron la vacuna DPT3 (%)
19.	Vacuna contra el sarampión	Niños de 12-23 meses que recibieron la vacuna contra el sarampión (%)
20.	Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO)	Niños nacidos en los tres a cinco años previos a la encuesta que han tenido diarrea en las dos semanas previas a la encuesta y han recibido sales de rehidratación oral (%)
21.	Búsqueda de atención ante síntomas de neumonía	Niños nacidos en los tres a cinco años previos a la encuesta que han presentado síntomas de neumonía y han sido llevados a un establecimiento de salud (%)

Salud adolescente

22.	Maternidad precoz	Mujeres adolescentes de 15 a 19 años que han empezado la maternidad (%)
-----	-------------------	---

Violencia

23.	Violencia durante el embarazo	Mujeres que experimentaron violencia durante el embarazo (%)
-----	-------------------------------	--

En el número de visitas prenatales nos hemos centrado en “al menos cuatro visitas” y hemos excluido “al menos una”, porque las mujeres embarazadas que solo tienen una, dos o tres visitas se encuentran en una posición de desventaja a la hora de recibir todas las atenciones recomendadas. Hemos incluido el porcentaje de nacimientos por cesárea dado que la práctica de nacimientos quirúrgicos en la región se encuentra muy por encima de las necesidades médicas de las parturientas. En salud neonatal hemos incluido mortalidad perinatal y neonatal, niños pesados al nacer e inicio temprano de la lactancia materna, entre otros. En salud de la niñez, hemos limitado las vacunaciones a la BCG, DTP3 y el sarampión y en la malnutrición hemos incluido el sobrepeso a causa del incremento de su prevalencia en todos los grupos socioeconómicos de la región. Finalmente, hemos incluido los embarazos adolescentes y la violencia durante el embarazo.

Para la revisión de resultados de publicaciones realizamos búsquedas bibliográficas en español e inglés para los años 2000-2015

en Scielo, Google Académico y Pubmed; para algunas secciones también las realizamos en portugués. La revisión incluyó estudios basados en metodologías cuantitativas y cualitativas que variaban en el tamaño de las muestras; solo se retuvieron los estudios que proporcionaban datos y/o explicaciones sobre los mecanismos que crean desigualdad e inequidad en salud. Al sintetizar los datos de los estudios de investigación, analizamos los contextos que crean una vulnerabilidad inequitativa a la adquisición y el desarrollo de una condición de salud; el acceso inequitativo al diagnóstico y al tratamiento a tiempo, y el impacto inequitativo de las condiciones de salud en otras dimensiones del desarrollo humano. Es el análisis de estos contextos y de los mecanismos de causalidad lo que nos permite juzgar si las brechas en salud entre grupos sociales son injustas, sistemáticas y evitables, en cuyo caso tenemos evidencias para sostener que dichas diferencias no son solo desigualdades en salud sino también inequidades en salud.

© UNICEF Panama/2007-015/G. Bell



1. Salud reproductiva

1.1. Uso de la anticoncepción y acceso al aborto seguro

La fertilidad se ha reducido de modo estable desde al menos la década de 1970 en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe, sobre todo debido al aumento del acceso a métodos modernos de anticoncepción.^{42, 43} Aunque en general los índices de fertilidad y de embarazos no deseados han ido disminuyendo en toda la región, la inequidad en el acceso a la anticoncepción sigue siendo alta en algunos países.^{44, 45} A pesar del descenso en la desatención de las necesidades anticonceptivas (para espaciar los nacimientos o para limitar el número de hijos) que ha generado la disponibilidad de métodos anticonceptivos, siguen existiendo diferencias entre los grupos sociales.

Además de tener más probabilidades de ver insatisfecha su necesidad de acceder a la anticoncepción, las mujeres con menores

niveles educativos y de renta también experimentan mayores niveles de abandono de la anticoncepción. En Colombia, un estudio de 2009 encontró que la discontinuación de los anticonceptivos se asociaba con menores niveles educativos y socioeconómicos; el estudio también encontró que las usuarias de métodos anticonceptivos tradicionales tenían menos probabilidades de practicarlos con regularidad. Otro estudio realizado en Guatemala, Bolivia, Nicaragua, Colombia, Brasil, República Dominicana y Perú encontró que las mujeres con menores niveles educativos tenían más probabilidades de discontinuar los métodos anticonceptivos y de cambiar los anticonceptivos orales por métodos menos eficaces.⁴⁷

Cuadro 1. Brechas en las necesidades anticonceptivas insatisfechas (Gráfico 1)

- La prevalencia de necesidades anticonceptivas insatisfechas es más alta en las mujeres con menores niveles de estudios y renta.

Riqueza:

- Trinidad y Tobago, Haití, Guyana y Surinam tienen la media nacional más alta de necesidades anticonceptivas insatisfechas.
- Las brechas entre los mayores y menores niveles de renta son más del doble en Belice, Bolivia, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Perú y Surinam.

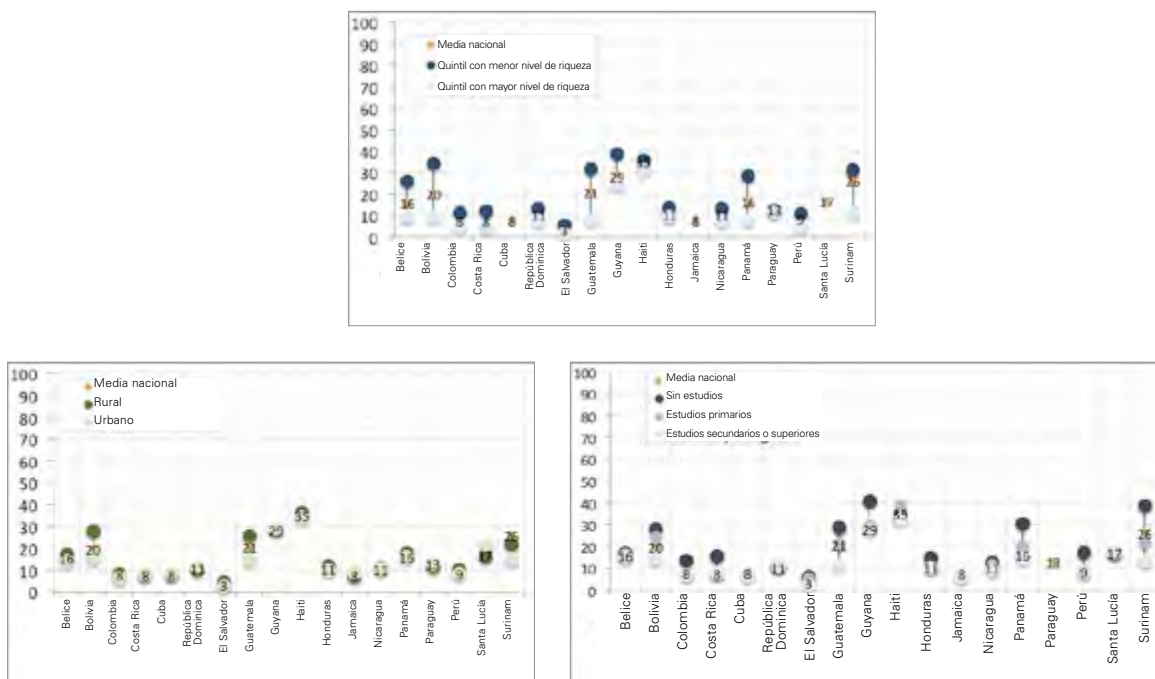
Lugar de residencia:

- En la mayor parte de los países, las diferencias entre las mujeres que viven en zonas rurales y urbanas son pequeñas. Las mayores brechas son 12 puntos porcentuales en Bolivia y 11 en Guatemala.

Educación:

- En Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Panamá, Perú y Surinam, las mujeres sin escolaridad tienen una necesidad anticonceptiva insatisfecha mayor del doble que las mujeres con educación secundaria o superior.

Gráfico 1. Brechas en el porcentaje de mujeres de 15-49 años con necesidades anticonceptivas insatisfechas (de espaciamiento y limitación) en América Latina y el Caribe, por grado de riqueza, lugar de residencia y grado de escolaridad. Encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.

Del mismo modo, la anticoncepción de emergencia no es legal o accesible en toda la región. Chile, Colombia y Ecuador tienen políticas que promueven y legalizan completamente su uso,^{43,45} mientras que otros países o bien prohíben totalmente la anticoncepción de emergencia o tienen leyes que limitan su promoción y uso.^{43,45,48,49} Por ejemplo, Honduras prohíbe expresamente la venta y distribución de la anticoncepción de emergencia.⁴⁵ Aunque países como Argentina, Brasil, Panamá y Perú no han incorporado la anticoncepción de emergencia como parte de los servicios públicos de anticoncepción,^{43,45,48} se encuentra disponible en clínicas privadas, que pueden resultar prohibitivamente caras para las mujeres con bajos ingresos o que viven en zonas rurales,^{43,45,49} creando un acceso inequitativo. En los países que exigen el consentimiento paterno previo para que las adolescentes puedan conseguir el medicamento, es menos probable que éstas lo utilicen.^{43,50} También existe evidencia sobre personal de salud y farmacéutico con desconocimiento sobre cómo utilizar la anticoncepción de emergencia y con prejuicios personales contra su uso, lo que contribuye a su uso limitado.^{51,53}

En muchos países de la región, la atención del aborto es ilegal o solo es legal en circunstancias especiales, como en caso de malformación fetal o cuando el embarazo resulta de una violación.⁵⁴⁻⁵⁶ Siete de los países de la región no permiten el aborto en ninguna circunstancia. Recientemente, más países han adoptado políticas que permiten el recurso al aborto para proteger la salud de la mujer embarazada.^{54,58-60} Actualmente, Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela garantizan legalmente esta "excepción por motivos de salud" para las mujeres que desean abortar. Cuba, Guyana y Puerto Rico no tienen restricciones legales para acceder al aborto.⁵⁷

Múltiples estudios han relacionado los abortos inseguros con las mujeres que viven en situación de pobreza^{61,62}, con bajos niveles educativos,⁶² con altas tasas de fertilidad,^{57,63} con inicio precoz de la actividad sexual,⁵⁷ con embarazos adolescentes,^{62,64} con residencia en zonas rurales,^{57,61} con la violencia sexual⁶⁵ y con barreras culturales y de idioma en el acceso a los servicios de salud.^{57,66} Especialmente en los lugares en los que el aborto es ilegal, las mujeres de poblaciones pobres y vulnerables tienen menor acceso a servicios de aborto seguro que las más ricas, quienes pueden pagar más fácilmente un aborto médico seguro en clínicas privadas o clandestinas, como ocurre en Brasil y Perú.^{59,68,69} Como consecuencia, el aborto inseguro se concentra en las mujeres de baja posición socioeconómica y educativa y en mujeres de etnias minoritarias y de entornos rurales,^{57,62,66,70,71} Para las mujeres con menos ingresos, las barreras al aborto médico incluyen restricciones de acceso al servicio,⁵⁷ falta de experiencia y compasión entre el personal de salud^{53,54,72} y el coste de los servicios.^{69,73,74}

En países con acceso restringido a la atención del aborto, se utiliza misoprostol para inducir abortos con o sin supervisión.^{73,75} Disponible en las farmacias ordinarias como tratamiento para la hipertensión y las úlceras, el misoprostol se utiliza con fines abortivos. Sin embargo, sin garantizar la pauta correcta de dosificación y una atención en salud a tiempo en caso de complicaciones (como es a menudo el caso en mujeres con barreras geográficas, culturales, económicas o de idioma), su utilización puede poner en peligro la vida de la mujer.^{57,74,75}

La proporción de muertes maternas resultantes de los abortos inseguros en América Latina y el Caribe es más alta que en otras regiones del mundo.⁷⁶ Aunque las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad derivadas de los abortos inseguros pueden ser difíciles de evaluar, un estudio estimó que, en la región, más de 1.000 mujeres mueren y más de 500.000 mujeres son hospitalizadas cada año a causa de los abortos.⁷⁷ Sirva como ejemplo el caso de Perú, donde se estima que cada año 350.000 mujeres buscan abortar de forma insegura.⁵⁹ Igualmente, un estudio de 2008 que examinó las circunstancias de las muertes relacionadas con los abortos en Paraná (Brasil), encontró que el 88% de las muertes analizadas podrían haberse evitado con una atención en salud de calidad.⁶³ Tratar las complicaciones de los abortos inseguros es costoso para la sistemas públicos de salud y la mortalidad relacionada con los abortos tiene consecuencias sociales y económicas en las familias y en los hogares de las mujeres fallecidas.

Resumen

Las desigualdades en ingreso, grado de escolaridad y etnicidad afectan la capacidad de las mujeres de acceder a métodos modernos de anticoncepción, a la anticoncepción de emergencia y a los abortos seguros, lo que trae consigo diferencias en los resultados en salud entre grupos socioeconómicos, siendo las mujeres más vulnerables las que tienen que soportar con más frecuencia la carga de embarazos no deseados o inoportunos, así como las complicaciones relacionadas con los abortos y las muertes producidas por abortos inseguros. Por tanto, las brechas existentes en el acceso a las medidas de anticoncepción eficaces y al aborto seguro generan una gran inequidad.

1.2. Factores sociales en las infecciones de transmisión sexual

A lo largo de la pasada década, distintos informes y estudios observaron la feminización del VIH en América Latina y el Caribe,⁷⁸⁻⁸⁴ causada en su mayor parte por transmisión heterosexual.^{79,80,85-89} La feminización del VIH ha sido ampliamente atribuida a la no consideración de las mujeres como grupo vulnerable en los programas y políticas de VIH, así como a la vulnerabilidad biológica de las mujeres frente al VIH y a los roles de género frecuentes que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres frente a la transmisión del VIH.^{80,85,86,90,91} Existen estudios que han documentado que las mujeres tienen menos autonomía que los hombres para decidir sobre el uso del condón, y cada vez más mujeres se contagian del VIH a través de sus parejas masculinas.^{79,85,86,89,92} Algunos de los hombres con los que las mujeres tienen relaciones sexuales son hombres que practican el sexo tanto con hombres como con mujeres,^{93,94} práctica que contribuye a la transmisión del VIH a sus parejas femeninas.^{88,89} Las normas de género y la vulnerabilidad social que menoscaba la autonomía de la mujer para decidir sobre el uso del condón también puede aumentar el riesgo de las mujeres de contagiarse de clamidia, sífilis, virus del papiloma humano (VPH) y otras ITS.^{85,95,96}

Las poblaciones indígenas son especialmente vulnerables al VIH y a otras ITS como la sífilis. Muchos grupos indígenas tienen normas culturales que promueven la iniciación sexual temprana, grandes diferencias de edad entre cónyuges y normas de género que impiden que la mujer tenga autonomía en sus relaciones sexuales.^{93,97} Además, en toda la región, las personas indígenas a menudo carecen de acceso a oportunidades económicas y sociales y están sujetas a discriminación y exclusión generalizada.^{93,98} Especialmente en las poblaciones indígenas que habitan zonas rurales o remotas, las mujeres no disponen de acceso completo a la educación y a servicios de salud reproductiva que resulten prácticos, asequibles y culturalmente adecuados.^{92,98} La prevalencia del VIH y otras ITS puede resultar desproporcionadamente alta en las poblaciones indígenas por los mismos motivos: uso infrecuente del condón, falta de concienciación sobre la salud reproductiva y las ITS, normas culturales y cuestiones más amplias de vulnerabilidad social y económica.^{81,93,97-100}

Numerosos estudios han señalado que la violencia sexual contribuye a aumentar la incidencia del VIH y otras ITS en las mujeres.^{78-80,90,101,102} Un estudio realizado en 2014 en Guatemala encontró que los hombres que ejercían violencia doméstica tenían más probabilidades de estar implicados en infidelidades conyugales o en actividad sexual comercial, lo que a su vez eleva el riesgo de que contagien el VIH a sus parejas femeninas.¹⁰² Asimismo, las mujeres que han sufrido abusos sexuales de niñas tienen más probabilidades de realizar actividades que aumenten su posibilidad de contagiarse de VIH,⁷⁸ como iniciarse a una edad temprana en las relaciones sexuales o tener múltiples parejas.

Cada vez más estudios demuestran que la mano de obra migrante ha contribuido a la propagación del VIH en las mujeres.^{81,89,98,103} En varios países latinoamericanos es frecuente que los hombres de bajo nivel socioeconómico realicen trabajos de temporada en centros urbanos o en otros países; si mantienen relaciones sexuales con hombres o mujeres durante ese período pueden transmitir el VIH a sus parejas cuando regresan a sus lugares de residencia. Se ha documentado este fenómeno en México, Guatemala, Venezuela y Panamá.^{81,103,104} Los trabajadores migrantes que recurren al sexo comercial también pueden aumentar las probabilidades de que tanto ellos como sus parejas se vean contagiados por VIH.¹⁰⁵ Es más probable que todos estos factores afecten a las mujeres con grado de escolaridad y de entornos socioeconómicos más desfavorecidos, lo que destaca la importancia de las inequidades sociales y de género en el riesgo de contagiarse por VIH y otras ITS.^{79,90,96}

Aunque los trabajadores del sexo, tanto hombres como mujeres, han sido uno de los sectores de población más afectados por el VIH en América Latina y el Caribe,^{79,88,105,106} informes recientes han señalado que la prevalencia del VIH en las trabajadoras del sexo femeninas puede estar reduciéndose en muchos países de la región.^{94,99,106} Los consumidores de drogas, que a menudo se ven marginalizados y estigmatizados en sus comunidades y carecen de acceso a servicios de salud y educativos, han sido reconocidos desde hace mucho tiempo como una población vulnerable frente al VIH.¹⁰⁷ La mayor prevalencia de VIH en consumidores de drogas inyectables (CDI) se concentra en el cono sur de Sudamérica y en México.⁹⁴ Los CDI tienen mayor riesgo de adquirir el VIH debido al uso compartido de las agujas y a una baja prevalencia de uso del condón.^{100,107}

Resumen

La desigualdad de género contribuye a incrementar la vulnerabilidad de las mujeres frente a la transmisión del VIH y otras ITS; las mujeres indígenas y aquellas que viven en la pobreza son especialmente vulnerables debido a la superposición de distintos factores: desigualdad de género, exclusión socioeconómica, discriminación y acceso limitado a servicios de salud especialmente adaptados a sus necesidades. Esto sugiere que las políticas que mejoran la equidad social y el acceso a los servicios de salud pueden ayudar a reducir la transmisión del VIH en la región.

1.3. Prevención y tratamiento del cáncer

Pruebas de Papanicolaou y prevención del cáncer de cuello uterino

Todos los años aparecen aproximadamente ^{68,800} nuevos casos de cáncer de cuello uterino en América Latina y el Caribe, que provocan 28.600 muertes anuales,¹⁰⁸ aunque algunas estimaciones elevan ese número en otros 12.200 casos.¹⁰⁹ La infección por VPH es la principal causa del cáncer de cuello uterino.¹¹⁰ En la región, se ha asociado la infección por VPH con una edad temprana de iniciación sexual,^{111,112} y un alto número de parejas sexuales,^{111,112} entre otros factores.^{112,113} En Belice, El Salvador, Ecuador, Nicaragua, Paraguay y Perú, el cáncer de cuello uterino es la causa principal de muerte por cáncer en las mujeres.¹⁰⁹

La incidencia y la mortalidad del cáncer de cuello uterino reflejan las desigualdades sociales y afectan de modo desproporcionado a las mujeres indígenas y afrodescendientes así como a las que viven en situación de pobreza, tienen un bajo nivel educativo y residen en zonas rurales.^{110,112,114-120} Estudios realizados en Argentina y México detectaron una correspondencia entre la falta de seguro médico y una mayor mortalidad por cáncer de cuello uterino¹²¹ y que las mujeres con niveles educativos y posición socioeconómica más alta tenían más probabilidades de realizarse pruebas de Papanicolaou (Pap) de detección del cáncer de cuello uterino que aquellas con niveles de renta más bajos,¹²² lo que sugiere la necesidad de eliminar las barreras de acceso a las pruebas de detección y a los servicios de tratamiento para las mujeres económicamente desfavorecidas.

Varios países latinoamericanos han mejorado la cobertura de los servicios de pruebas de detección Pap, proporcionando tratamiento e introduciendo vacunas contra el VPH.^{109,110,123} Un estudio de 2014 en São Paulo (Brasil) encontró una total equidad en el acceso a las pruebas Pap en participantes pertenecientes a distintos grupos socioeconómicos, lo que es esperanzador.¹²⁴ Sin embargo, la revisión bibliográfica realizada identifica numerosas barreras que crean inequidad en el acceso a estos servicios.

Barreras en el acceso a las pruebas de detección y tratamiento

Incluso en países que disponen de acceso gratuito a las pruebas Pap y a chequeos de revisión, el coste puede ser una barrera para las mujeres de los grupos socioeconómicos más bajos.¹²⁵ En algunos países, ciertas técnicas de diagnóstico requieren que las mujeres visiten el centro de salud varias veces para hacerse pruebas, lo que para las mujeres que viven en la pobreza o en zonas rurales puede resultar prohibitivo por razones financieras o geográficas, y puede contribuir a una alta tasa de abandono de los servicios de detección o de atención en salud.^{118,126-129} Algunos estudios han encontrado que las mujeres indígenas y afrodescendientes tienen menos probabilidades de realizarse pruebas de detección que otras mujeres ^{119,125} y que las mujeres de zonas rurales pueden encontrar barreras geográficas para acceder a los servicios de diagnóstico y tratamiento, que pueden estar situados en zonas urbanas más pobladas.^{118,126,130} Finalmente, en ciertos países, la falta de seguros de salud impide a muchas mujeres obtener atención en salud,^{125,131}

mientras que las mujeres con seguros de salud, que tienen consultas con más regularidad, tienen más probabilidades de acudir a pruebas de detección.¹²⁵

La percepción que tienen las mujeres de las pruebas Pap y de los procesos de diagnóstico, así como del cáncer de cuello uterino, puede dificultar que acudan a los servicios de detección, especialmente aquellas mujeres con bajos niveles educativos y baja posición económica. Varios estudios han resaltado el desconocimiento existente sobre el VPH, las pruebas Pap y el cáncer de cuello uterino en las mujeres con menos nivel de estudios y renta.^{118,122,132,133} El desconocimiento puede provocar miedo, ver el cáncer como una sentencia de muerte o infravalorar las causas y síntomas del cáncer de cuello uterino, todo lo cual puede disuadir a las mujeres de acudir a pruebas de detección.^{126,129,133} Además, en otros estudios las mujeres han señalado la ansiedad que les provoca el procedimiento, el miedo y la vergüenza como barreras a la hora de buscar cuidados médicos.^{129,133}

Cuando las mujeres han decidido buscar atención en salud, pueden encontrar dificultades para acceder a una atención de calidad en los propios establecimientos de salud. Especialmente en zonas rurales, las mujeres declaran tener que esperar mucho tiempo para las consultas y los resultados de las pruebas,¹¹⁸ retrasos a la hora de recibir los resultados de las pruebas,^{118,128} errores en los resultados de las pruebas o mala gestión de los datos,^{110,118,127,134} vergüenza de mostrar partes privadas de sus cuerpos al personal de salud del sexo masculino, condescendencia y comportamientos poco compasivos por parte del personal de salud,^{118,129} y falta de comportamiento culturalmente apropiado por parte del personal de salud con respecto a mujeres indígenas.^{118,126}

Accesibilidad de las vacunas de VPH

Debido a la reciente introducción de las vacunas del VPH en América Latina y el Caribe, en este informe no se encontraron suficientes datos relativos a la equidad de acceso a la vacuna del VPH en la región. En 2012, Argentina, Trinidad y Tobago, México, Panamá, Guyana, Perú y Surinam ya habían incluido la vacuna del VPH como parte de sus programas nacionales de vacunación.¹²³ Otros países han empezado a introducir la vacuna pero aún no la han incluido en sus programas públicos nacionales.¹²³ Algunos retos para promover la vacuna del VPH pasan por rebajar su alto precio actual y aumentar su aceptación social en varias zonas.^{123,130} Además, la mayoría de los países latinoamericanos tienen poca experiencia en la implementación de programas de vacunación orientados a la adolescencia.¹²³ Los programas de vacunación escolar pueden no llegar a los adolescentes que no asisten a la escuela.¹²⁰

Resumen

Las mujeres en situación de pobreza y con bajo nivel de estudios sufren la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino en América Latina. Se necesitan más programas que respondan a las necesidades específicas de la población femenina desfavorecida. Además de mejorar la accesibilidad geográfica y económica de los servicios de salud, deberían existir iniciativas centradas en mejorar el conocimiento del público en

general sobre la prevención y el tratamiento del cáncer de cuello uterino y cambiar las normas sociales para crear entornos de apoyo que motiven a las mujeres a realizarse pruebas de detección.

Cáncer de mama y acceso al tratamiento

A lo largo de la última década, la incidencia y la mortalidad del cáncer de mama han aumentado en América Latina y el Caribe, convirtiéndose en la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de la región,^{109,114} con 43.200 muertes estimadas por año.¹⁰⁸ Como resultado, la mayor parte de los países latinoamericanos y del Caribe han creado programas o políticas de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, que en gran medida se han incorporado a los servicios de atención primaria o a los servicios de salud de la mujer ya existentes.¹³⁵ En 2012, todos los países de la región habían incorporado exámenes de cáncer de mama en las estrategias nacionales de salud y muchos países ofrecían mamografías gratuitas (Brasil, Colombia, Venezuela, Ecuador, Uruguay, Guyana, Cuba, Costa Rica, México, Nicaragua, Barbados, Jamaica, Santa Lucía y Trinidad y Tobago).¹⁰⁹

Hasta ahora, la investigación sobre el cáncer de mama en la región se ha dedicado fundamentalmente a mejorar los servicios de detección con mamografías y exámenes clínicos de la mama. La detección y el tratamiento tempranos del cáncer de mama (dentro de las 12 primeras semanas desde su aparición) mejora enormemente la posibilidad de supervivencia de la mujer. Una revisión de la bibliografía existente sobre el tema indica que todavía quedan barreras y vulnerabilidades que pueden impedir que las mujeres de la región soliciten o acudan a los servicios de prevención temprana, como las mamografías y los exámenes clínicos de la mama.

Acceso a pruebas de detección precoz del cáncer de mama

La cobertura de los seguros de salud es un factor fundamental que afecta el acceso de las mujeres a las pruebas de detección de cáncer de mama. Estudios realizados en Colombia, México y Brasil mostraron que las mujeres con seguros de salud privados tenían muchas más probabilidades de realizarse mamografías con regularidad que las mujeres sin seguro o con seguros públicos o subvencionados.¹³⁶⁻¹³⁸ Del mismo modo, estudios en dichos países mostraron que era mucho más probable que las mujeres con seguros privados acudiesen en fases más tempranas de desarrollo del cáncer de mama.¹³⁹ Por ejemplo, un estudio realizado en 2007 en Bogotá (Colombia), mostró que las mujeres sin seguro médico tenían 7,8 veces más probabilidades de ser diagnosticadas en una fase más tardía de la enfermedad.¹⁴⁰ Un año más tarde, un estudio de ámbito nacional en Colombia mostró que el 39% de las mujeres con seguros contributivos de salud habían accedido a pruebas de detección temprana del cáncer de mama, mientras que solo el 18% de las mujeres pertenecientes al sistema público y el 15% de las mujeres sin seguro se habían realizado pruebas de detección.¹³⁶ Incluso en Brasil, donde las pruebas de detección del cáncer de mama están cubiertas por el sistema universal de salud pública, estudios de 2012 y 2014 señalaron que las mujeres que recurrían a los servicios de pública tenían más probabilidades de presentarse en fases más avanzadas del cáncer de mama que aquellas que disponían de seguros privados.¹⁴¹⁻¹⁴³

Los diferentes niveles de acceso observados en mujeres con distinta cobertura en sus seguros de salud pueden reflejar desigualdades más amplias en materia de salud, educación y exclusión social. Con frecuencia, las mujeres con una posición socioeconómica más baja tienen menos probabilidades de realizar mamografías o exámenes clínicos de mama con regularidad.¹⁴⁴ En los distintos países estudiados, las mujeres sin seguro o con seguros subvencionados (en Colombia) o atención pública (en Brasil), tienen más probabilidades de tener niveles más bajos de riqueza y educación y de pertenecer a etnias indígenas o afrodescendientes.^{136,141}

Con independencia del tipo de seguro médico, los datos sugieren que la educación, la riqueza y la etnicidad se asocian con el nivel de utilización de las mamografías y otras pruebas de detección.^{136,145-148} En Argentina, México, Barbados, Chile, Brasil y Uruguay, una investigación mostró que las mujeres con bajos niveles educativos tienen menos probabilidades de recibir pruebas de detección, al igual que las mujeres de baja posición socioeconómica y las de mayor edad.¹⁴⁹ Otros estudios han relacionado el analfabetismo con un menor acceso a las pruebas de detección del cáncer de mama en Colombia.¹³⁷

Además, numerosos informes destacan la pertenencia a un grupo étnico minoritario como uno de los factores clave que se relacionan con la reducción o el retraso en las pruebas de detección.^{119,144} Un estudio realizado en Brasil en 2007 mostró que la afrodescendencia era el factor primario asociado con una menor frecuencia de los exámenes clínicos de mama,¹⁴⁴ mientras que otro estudio de 2011 en el mismo país mostró que las mujeres afrodescendientes acudían en fases más avanzadas del cáncer de mama.¹¹⁹ Otros estudios realizados en Colombia han mostrado fenómenos similares en las mujeres indígenas y afrodescendientes.^{137,139} En estos países, las mujeres pertenecientes a grupos étnicos minoritarios viven a menudo en comunidades marginalizadas y con bajos ingresos que pueden sufrir exclusión y discriminación.

La falta de suministros y de instrumental, así como la escasez de personal calificado son barreras fundamentales que limitan la eficacia de los programas de detección del cáncer de mama en Brasil y México.^{142,150} Estudios de estos países, al igual que de Chile, han documentado la inexistencia de campañas de educación comunitaria y han señalado que en ocasiones las mujeres no saben dónde acceder a servicios de mamografía, desconocen los síntomas y señales del cáncer de mama y sienten ansiedad sobre los procedimientos y los resultados de las pruebas de detección.^{150,151} Las mamografías pueden resultar prohibitivas económicamente para las mujeres de los países que no proporcionan acceso gratuito a este servicio.^{137,139}

Resumen

Los bajos niveles educativos y de ingresos y la pertenencia a un grupo étnico minoritario se asocian con una menor cobertura de mamografías y otras pruebas de detección. La falta de suministros y equipos, unido a la escasez de personal calificado, son barreras muy importantes que limitan la eficacia de los programas de detección de cáncer de mama, creando un acceso inequitativo al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Las políticas de salud deberían plantearse la posibilidad de incluir la cobertura de este tipo de cáncer en los planes de salud pública para mejorar así la equidad en el acceso a su diagnóstico y tratamiento

2. Salud materna

2.1. Atención prenatal y atención calificada durante el parto

Atención prenatal

En América Latina y el Caribe, la cobertura de la atención prenatal (APN) entre 2009 y 2013 fue del 97% para al menos una visita y del 90% para al menos cuatro visitas, aunque algunos países muestran una media nacional de al menos cuatro visitas inferior, como Ecuador, con un 58% y Haití y Surinam con un 67% cada uno.¹⁵² Hasta 2016, la OMS recomendaba un mínimo de cuatro visitas APN: “la atención prenatal puede ayudar a las mujeres a prepararse para el parto y a entender las señales de alerta durante el embarazo y el parto. Puede ser la fuente para la suplementación con micronutrientes, tratar la hipertensión para prevenir la eclampsia, vacunar contra el tétanos, realizar el tamizaje del VIH y de

proporcionar medicamentos para prevenir la transmisión perinatal del VIH en caso de mujeres embarazadas seropositivas. En zonas endémicas de malaria, el personal de salud también puede proporcionar a las mujeres embarazadas medicamentos y mosquiteras impregnadas de insecticida para ayudar a prevenir esta enfermedad debilitante y en ocasiones letal.¹⁵³

En toda América Latina, las mujeres embarazadas pertenecientes a los quintiles socioeconómicos más bajos tienen menos probabilidades de recibir atención prenatal que las mujeres del quintil más alto.^{41,154-161}

Cuadro 2. Brechas en el acceso a al menos cuatro visitas prenatales (Gráfico 2)

- Más de la mitad de las mujeres de los 21 países Latinoamericanos y del Caribe efectúan al menos cuatro visitas prenatales con independencia del nivel de riqueza o estudios y del lugar de residencia, pero los datos desagregados muestran la existencia de grandes desigualdades.
- La menor cobertura de cuatro o más visitas prenatales se encuentra en las mujeres sin estudios de Panamá (41%), Haití (50%) y Surinam (52%), así como en las mujeres haitianas pertenecientes al quintil más pobre (51%).

Riqueza:

- En Haití y Nicaragua, hay una brecha de más de 30 puntos porcentuales entre las mujeres más ricas y las más pobres que realizaron al menos cuatro visitas prenatales.
- En Bolivia y Panamá, las brechas se sitúan entre 20 y 23 puntos porcentuales.

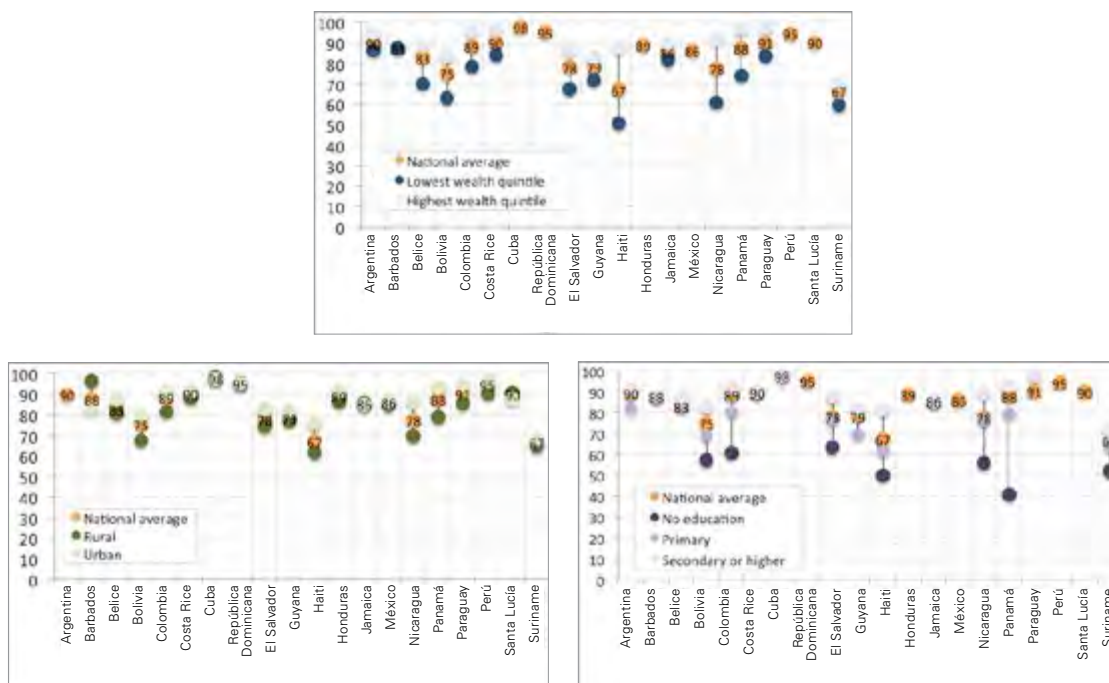
Lugar de residencia:

- Las mujeres de zonas rurales reciben menos visitas prenatales, especialmente en Bolivia, Haití, Nicaragua y Surinam, donde entre el 62 y el 70% de las mujeres de zonas rurales reciben al menos cuatro visitas prenatales.
- Menos mujeres haitianas de zonas rurales tienen al menos cuatro visitas prenatales (62%).

Educación:

- En Colombia, Haití, Nicaragua y Panamá, las mujeres sin grado de estudios que reciben al menos cuatro visitas prenatales se sitúan más de 30 puntos porcentuales por detrás de las mujeres con estudios secundarios o superiores.

Gráfico 2. Brechas en el porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años con un nacido vivo en los últimos 2-5 años con al menos cuatro visitas prenatales con personal de salud en los países de América Latina y el Caribe por nivel de riqueza, lugar de residencia y estudios, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014

Algunos estudios han mostrado que el número de visitas prenatales se incrementa de modo proporcional a la riqueza del hogar^{154,156,159} y que las mujeres pobres inician la atención prenatal en una fase más avanzada del embarazo.^{158,161} Un análisis de las encuestas de hogar de América Latina y el Caribe desde 2001 hasta 2012 mostró que la atención prenatal, junto con la satisfacción de las necesidades anticonceptivas y la atención calificada durante el parto, presentaban mayores brechas por ingresos que las intervenciones dirigidas a la niñez.⁴¹ Además, las mujeres embarazadas de entornos socioeconómicos desfavorecidos reciben atención prenatal de peor calidad.^{158,159,161} Estudios realizados en Brasil han mostrado que las mujeres de los quintiles más bajos de riqueza tenían menos posibilidades de recibir las intervenciones de APN recomendadas, tal como vacunaciones y exámenes pélvicos y mamarios.^{159,161} Un estudio de 2009 en Río Grande, en Brasil, mostró que a pesar de que el 96% de las mujeres embarazadas asistían a consultas de APN, solo el 27% de dichos servicios proporcionaban asesoramiento, procedimientos y exámenes clínicos adecuados.¹⁵⁹ Aunque numerosos estudios han demostrado que la atención prenatal integral puede ayudar a alcanzar resultados óptimos en salud materna y perinatal,^{162,163} las poblaciones de mujeres vulnerables con las mayores necesidades de atención en salud tienen un acceso inequitativo a los servicios de APN integrales y de calidad.

Para las mujeres de grupos socioeconómicos bajos, las principales barreras a la hora de acceder a la atención clínicamente adecuada incluyen la cobertura insuficiente de los seguros de salud y la menor calidad de la atención proporcionada en los servicios públicos. Por ejemplo, en algunos países como Colombia, los costes adicionales asociados con la obtención de atención prenatal, como medicamentos y tarifas de transporte, pueden ser prohibitivamente caros.^{155,164} Además, el proceso de inscripción en el seguro subvencionado de salud en Colombia puede retrasar el inicio de las visitas de APN; un estudio realizado en Manizales y Cali encontró que las mujeres que no estaban inscritas en el seguro público de salud al inicio del embarazo tenían 3,9 veces más probabilidades de retrasar la búsqueda de atención prenatal.¹⁵⁵ Incluso cuando las mujeres están inscritas en el régimen subvencionado, pueden seguir encontrando barreras para acceder a la atención prenatal de calidad: un estudio realizado con datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia de 2005 encontró que las mujeres embarazadas aseguradas a través del sistema subvencionado de salud del país recibieron con menos frecuencia las pruebas de detección del VIH que las mujeres del régimen contributivo y que las mujeres sin seguro.¹⁶⁶ Otros datos de Colombia,¹⁶⁰ México,¹⁵⁷ Guatemala¹⁶⁶ y Brasil^{158,167} muestran que las mujeres embarazadas con seguros privados o contributivos reciben más consultas prenatales y servicios de mejor calidad que las mujeres sin seguro o con seguro público o subvencionado.

El lugar de residencia de las mujeres también puede limitar la frecuencia con la que pueden realizar visitas de APN. Tal y como se muestra en el Gráfico 2, las mujeres embarazadas que viven en zonas rurales asisten a consultas prenatales con menos frecuencia que las que viven en zonas urbanas. Varios factores contribuyen a esta desigualdad. El principal es que en la mayor parte de los países los servicios de salud están concentrados en las zonas urbanas, como es el caso en Perú, Haití y Colombia.^{160,168-170} Como consecuencia, las mujeres embarazadas que residen en zonas remotas deben viajar distancias potencialmente largas para realizar las consultas, y el mayor coste y tiempo que esto supone pueden resultar prohibitivos para mujeres con escasos recursos financieros. Por ejemplo, un estudio

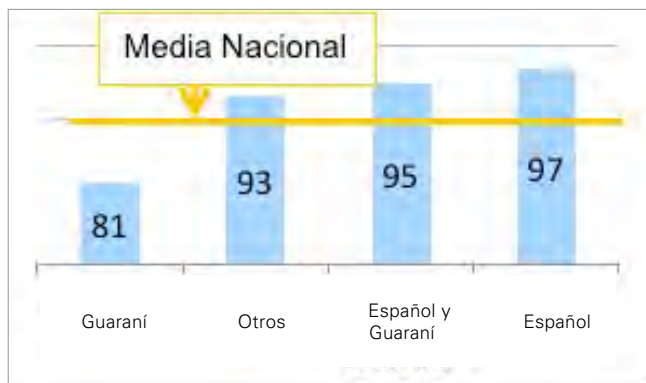
realizado en la zona costera de Colombia reveló que las mujeres tenían que pagar hasta un tercio o incluso la mitad de los ingresos mensuales de su familia para viajar a zonas con mejor atención materna; como resultado, el porcentaje de utilización de la APN en esta zona era un 20% más baja que la media nacional.¹⁶⁰ El estado de la infraestructura de transporte y de la red de carreteras del país puede agravar todavía más este problema. Dos estudios de Haití y Perú descubrieron que las mujeres embarazadas mencionaron el mal estado de las carreteras, especialmente durante la temporada de lluvias, como uno de los principales elementos disuasorios a la hora de buscar atención en salud.^{168,170} Finalmente, ante la ausencia de establecimientos de salud bien equipados, las zonas rurales y remotas pueden depender de los puestos de salud o de equipos de brigadas comunitarias para recibir atención prenatal.^{160,168-170} Los puestos de salud pueden carecer del equipo y de los suministros médicos necesarios, así como de personal calificado.¹⁷⁰

También existen desigualdades a la hora de recibir atención prenatal en mujeres de distintos grados de escolaridad. En toda la región, la frecuencia con la que las mujeres embarazadas asisten a visitas de APN aumenta con su grado de escolaridad.^{154-156,158,160,164,167,169,171} El Gráfico 2 ilustra estas inequidades en varios países, lo que significa que las mujeres con niveles educativos más bajos tienen menos acceso a los servicios de atención prenatal y/o que son menos propensas a buscar dicha atención. Además, datos de Brasil muestran que un mayor nivel educativo puede estar relacionado con la búsqueda de atención prenatal en etapas más tempranas del embarazo.¹⁵⁸ Dada la conexión existente entre el nivel educativo y la búsqueda de atención prenatal, aumentar los esfuerzos para garantizar el acceso universal a la educación puede ayudar a mejorar la cobertura general y reducir las desigualdades.^{155,156,171} Por ejemplo, un estudio de 2014 en la ciudad brasileña de Niteroi atribuyó su mayor nivel de atención en APN en parte a la mejora de los sistemas educativos.¹⁷¹ Igualmente, un análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2010 de Colombia mostró que el nivel educativo medio de las comunidades afectaba la probabilidad de que las mujeres realizasen al menos cuatro visitas de APN.¹⁵⁶ Por último, un informe de 2005 de Haití mostró que el nivel educativo de la pareja de una mujer contribuye a su búsqueda de servicios de APN.¹⁶⁹

Aunque la región carece de datos desagregados sobre este tema, varios estudios sugieren que las mujeres embarazadas de grupos étnicos minoritarios, como indígenas o afrodescendientes, pueden tener un acceso desigual a la atención prenatal.^{16,158,163,166,167,171-173} En Brasil, varios estudios mostraron no solo que las mujeres de ascendencia europea reciben APN con más frecuencia que las mujeres de ascendencia predominantemente africana o mixta, sino también que las mujeres afrodescendientes tienen menos probabilidades de recibir los exámenes y procedimientos de APN recomendados.^{158,163,171,172} Por ejemplo, una investigación de 2007 en São Paulo mostró que mientras que el 97% de las mujeres de ascendencia predominantemente europea recibía APN adecuada, solo el 86% de las mujeres afrobrasileñas llegaban al número recomendado de visitas.¹⁷² Tanto este estudio como un informe de 2013 señalaron que las mujeres afrodescendientes recibían una atención de menor calidad y tenían menos posibilidades de recibir las pruebas prenatales recomendadas.^{158,172} Un estudio realizado en Niteroi en 2014 mostró que el 69% de las mujeres afrodescendientes recibieron una atención prenatal adecuada, frente al 91% de las mujeres de ascendencia predominantemente europea.¹⁷¹ Se han documentado resultados similares en el caso de las mujeres indígenas de Guatemala, especialmente en aquellas que no hablan español.^{166,173} El Gráfico

3 muestra el diferente acceso a al menos cuatro visitas prenatales según el idioma en Paraguay. Las barreras que dificultan el acceso de las mujeres indígenas y afrodescendientes a la atención prenatal están relacionadas con tendencias más amplias de discriminación y vulnerabilidad que afectan a estas poblaciones.

Gráfico 3. Brechas en el porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacimiento viable en los últimos dos años con al menos cuatro visitas prenatales con personal de salud, por idioma hablado, Paraguay 2008.



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva de Paraguay, 2008.¹⁷⁴

Resumen

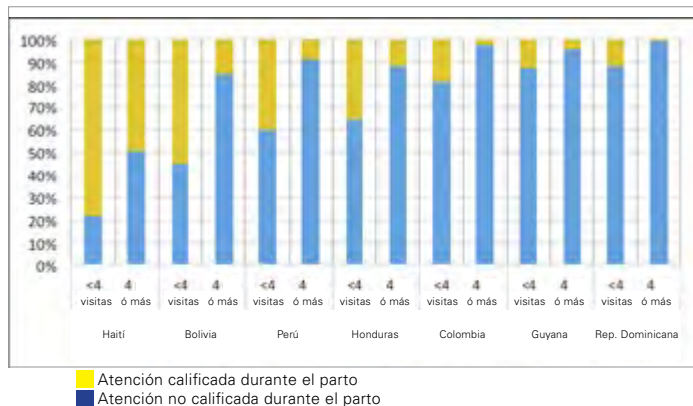
En toda América Latina, las mujeres embarazadas pertenecientes a los quintiles socioeconómicos más bajos, residentes en zonas rurales, con un nivel de estudios más bajo y de grupos étnicos minoritarios tienen menos posibilidades de acceder a la atención prenatal que otras mujeres. Existen estudios que muestran que la falta de seguro de salud, la distancia, las infraestructuras de carreteras y los costes asociados, como los de transporte, constituyen barreras que dificultan el acceso a la APN. Incluso cuando las mujeres reciben atención prenatal, los estudios indican que las mujeres de entornos desfavorecidos tienen menos probabilidades de obtener las pruebas y procedimientos recomendados. Se han relacionado los niveles más altos de estudios con una búsqueda de APN en fases más tempranas del embarazo.

Atención calificada durante el parto

Uno de los modos en que la atención prenatal mejora los resultados en salud materna y perinatal es mediante la promoción de la utilización de personal calificado para el parto y de establecimientos de salud.^{161,170,175} La atención calificada durante el parto se ha relacionado desde hace tiempo con mejores resultados en salud materna y neonatal; como la mayor parte de las muertes son consecuencia de complicaciones obstétricas, la presencia de personal de salud calificado y de servicios en establecimientos de salud proporciona un entorno más seguro para la gestión de las emergencias.^{154,178,180} A nivel mundial, las mujeres que reciben al menos cuatro visitas prenatales tienen 7,3 veces más probabilidades de dar a luz en un establecimiento de salud.¹⁵⁴

El Gráfico 4 muestra la conexión entre la atención prenatal y la presencia de personal de salud calificado durante el parto en América Latina y el Caribe. En toda la región, las mujeres que reciben al menos 4 visitas prenatales tienen una probabilidad ligeramente superior de dar a luz asistidas por personal de salud calificado, como se observa en

Gráfico 4. Porcentaje de mujeres de 15-49 años con un nacido vivo en los últimos dos años por tipo de atención durante el parto, entre las que realizaron al menos cuatro visitas prenatales en Bolivia, Colombia, República Dominicana, Guyana, Haití, Honduras y Perú, encuestas de hogar 2008 – 2013.



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud de Honduras 2012, Haití 2012, República Dominicana 2013, Perú 2012, Bolivia 2008, Colombia 2010 y Guyana 2009.¹

Honduras y la República Dominicana. Las mujeres que reciben menos de cuatro visitas de APN tienen el peor porcentaje de acceso a la atención calificada durante el parto y al parto institucional.

Las principales barreras a la hora de obtener atención calificada durante el parto incluyen la escasa presencia de personal médico en áreas rurales y de bajos ingresos,^{170,176,177} las distancias largas y dificultades logísticas de los viajes hasta los establecimientos de salud,^{160,170,177-182} los costes asociados con la búsqueda de atención en salud^{160,178,181,182} y la baja percepción de la calidad del tratamiento disponible en los

Cuadro 3. Brechas en la atención calificada del parto (Gráfico 5)

- Existen brechas en el acceso a la atención calificada del parto entre mujeres de diferentes zonas geográficas, niveles educativos e ingresos. Estas brechas son más evidentes en Haití.
- La menor cobertura de la atención calificada durante el parto corresponde a las mujeres haitianas del quintil más pobre (10%) y sin escolaridad (14%).

Riqueza:

- Las desigualdades en el acceso a la atención calificada durante el parto están marcadas especialmente por la riqueza. La brecha entre las más pobres y las más ricas es de 75 puntos porcentuales en Guatemala, 69 en Haití, 42 en Bolivia y 41 en Honduras.
- En Perú, a pesar de disponer de un 90% de atención calificada durante el parto, las mujeres del quintil más pobre se sitúan 32 puntos porcentuales por detrás de las mujeres del quintil más rico.

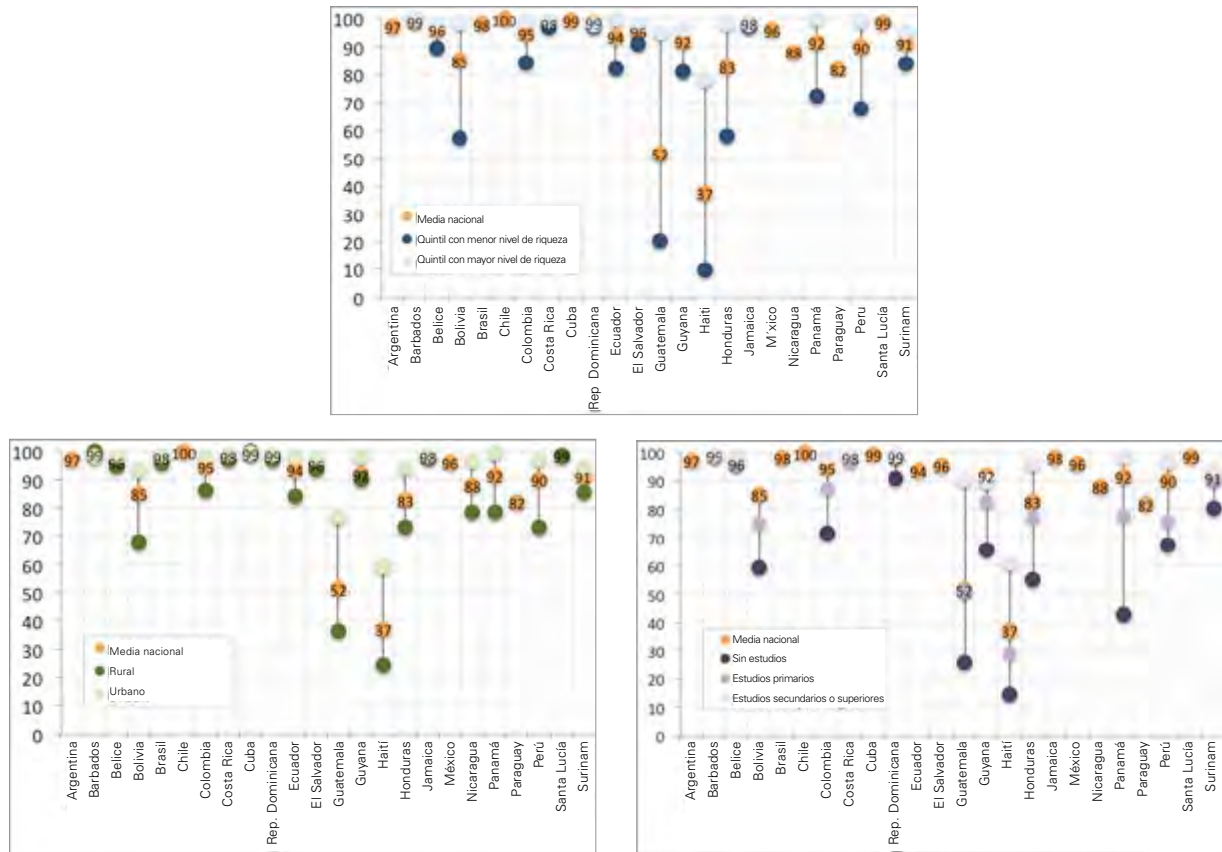
Lugar de residencia:

- La mayor brecha entre las mujeres urbanas y rurales se produce en Guatemala (41 puntos porcentuales), Haití (35) y Bolivia (26).

Educación:

- Existe una gran diferencia en la cobertura de la atención calificada durante el parto por grado de escolaridad, especialmente en Guatemala (65 puntos porcentuales), Panamá (56), Haití (47) y Honduras (41).

Gráfico 5. Brechas en el porcentaje de nacimientos vivos en los últimos 2-5 años atendidos por personal calificado en los países de América Latina y el Caribe por nivel de riqueza, lugar de residencia y grado de escolaridad, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.

establecimientos de salud.^{166,178,182}

Tanto el retraso en la decisión de buscar atención en salud como el largo tiempo necesario para llegar a un establecimiento de salud obligan a muchas mujeres de zonas rurales y bajos ingresos a dar a luz en sus casas o comunidades, con un miembro de su familia o localidad ejerciendo de matrona.^{160,170,177,179,182} Por ejemplo, en la región de la costa del Pacífico

Gráfico 6. Porcentaje de mujeres indígenas y no indígenas con atención calificada durante el parto en Bolivia, Colombia, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay y Perú, 2004-2012.



Fuente: Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing Equitable Care for Indigenous and Afrodescendant Women in Latin America. Pan Am J Public Health, 2015 16, basado en CEPAL. Guaranteeing Indigenous People's Rights in Latin America. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2014.¹⁸⁵

de Colombia, una zona de bajos ingresos y geográficamente remota, el 38% de los nacimientos de 2010 fueron atendidos por comadronas locales, una cifra significativamente superior a la de la media nacional, del 6%.¹⁸³ En zonas urbanas de la Amazonía peruana, sobre el 83% de los nacimientos de 2009 tuvieron lugar en establecimientos médicos, frente a solo el 43% de las áreas rurales de la región.¹⁷⁷ Por último, un estudio de 2009 en la región Ypacaní de Bolivia encontró que el 67% de las participantes en el estudio expresaron su preferencia por dar a luz en un establecimiento médico, estadística que contrasta fuertemente con la prevalencia de atención calificada durante el parto de la zona, de un 37%.¹⁸² Las participantes que no pudieron dar a luz con atención calificada citaron como causas principales los costes, la larga distancia a los establecimientos de salud, el miedo a no ser bien tratadas y la baja calidad percibida de los servicios.¹⁸² Las barreras a las que deben hacer frente estas poblaciones para poder recibir atención calificada durante el parto pueden ser especialmente duras para las mujeres indígenas, muchas de las cuales viven en entornos rurales y de bajos ingresos. Tal y como muestran los Gráficos 6, 7 y 8, las mujeres indígenas de varios países de América Latina tienen menos probabilidad de dar a luz en establecimientos médicos, incluso tras haber recibido atención prenatal.^{166,173,177-179,184}

Como se observa en el Gráfico 8, la prevalencia de atención calificada durante el parto de las mujeres indígenas en México y Perú se ha incrementado de forma notable en la última década, aunque todavía se mantienen las desigualdades entre grupos étnicos. Las mujeres indígenas

se enfrentan a barreras de diversa índole para acceder a la atención en salud. En primer lugar, varios estudios han demostrado que la percepción de la calidad del servicio puede disuadir a las mujeres indígenas de buscar atención.^{166,173,178,184} Las mujeres pueden tener miedo de sentir vergüenza de exponer su cuerpo a extraños,^{173,179} de sufrir discriminación o maltrato por parte del personal de salud,^{178,179,184} del rechazo médico a las prácticas tradicionales del parto o de verse sometidas a intervenciones de cesárea o episiotomía innecesarias.^{181,184} Además, las barreras del idioma en los establecimientos de salud puede ser un factor disuasorio para aquellas mujeres que solo hablan lenguas indígenas.^{166,177,179} Por último, las mujeres indígenas sufren a menudo retrasos para llegar a los establecimientos de salud debido a la distancia y a los costos derivados de la búsqueda de atención para el parto en un establecimiento de salud.^{178,184} Como en el caso de la atención prenatal, todas estas barreras para acceder a la atención calificada del parto reflejan desigualdades sociales y económicas que afectan la salud materna de las mujeres indígenas.¹⁶

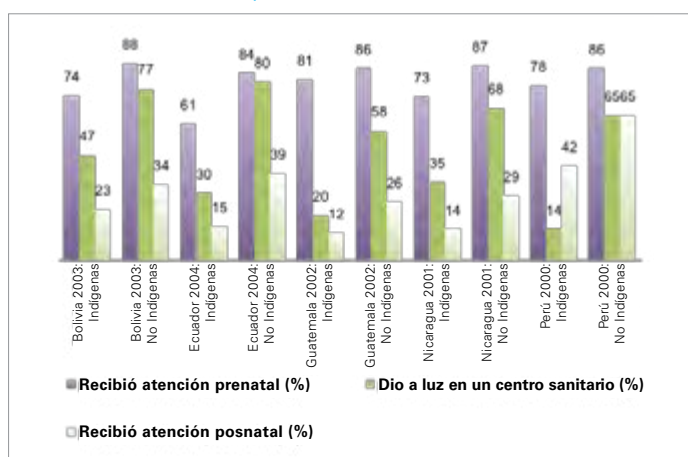
En general, la atención en salud durante el embarazo y el parto es crítico para la salud de la mujer embarazada y el recién nacido,¹⁸⁸ pero aún así las mujeres de grupos demográficos minoritarios o desfavorecidos deben enfrentarse a numerosas barreras para poder acceder a esta atención. En este sentido, la baja prevalencia de la atención prenatal y de la atención calificada durante el parto reflejan las inequidades sociales que coartan los deseos y la capacidad de las mujeres de obtener atención en salud materna. Aunque numerosos países de América Latina y el Caribe han hecho mejoras en este campo, es necesario aumentar los esfuerzos para reducir la inequidad y la marginalización social de modo que se garantice un acceso equitativo a una atención de calidad. Las iniciativas no solo deberían dirigirse a mantener y mejorar la atención prenatal, sino que también deberían intentar facilitar la conexión entre los servicios prenatales y los de maternidad.

Este informe plantea dos cuestiones que necesitan una investigación más detallada. En primer lugar, en el caso de las mujeres que reciben más de una pero menos de cuatro visitas prenatales, ¿cuáles son las barreras que les impiden alcanzar el número recomendado de visitas? Una investigación en Brasil encontró que las mujeres fijaban su próxima visita prenatal al salir de la visita prenatal que estaban realizando, por lo que si faltaban a una no podían fijar otra.¹⁵⁸ Otros estudios sugieren que las mujeres podrían complementar las visitas prenatales infrecuentes con consultas a matronas o asistentes locales.^{166,173} Estos temas merecen una investigación más detallada, ya que pueden reflejar inequidades en el acceso a servicios de salud materna. Tal y como muestra el Gráfico 7, en el caso de las mujeres indígenas se han encontrado grandes diferencias entre la atención prenatal y los partos en establecimientos de salud. A pesar de que las cifras pueden haber variado desde el momento en que se recogieron, las desigualdades dan pie a introducir la segunda cuestión: ¿por qué algunas mujeres indígenas reciben atención prenatal y después dan a luz sin atención calificada? Esta brecha indica un problema de equidad con respecto a la continuidad de la atención prenatal y del parto, así como con la calidad de la atención que reciben las mujeres indígenas, por lo que merece estudios en mayor profundidad.

Resumen

Las desigualdades en el acceso a la atención calificada del parto están especialmente marcadas por la riqueza, el lugar de residencia, el grado de escolaridad y la etnicidad. Las principales barreras a la atención calificada del parto incluyen la escasa presencia de personal médico en áreas rurales y de bajos ingresos, distancias de viaje hasta los establecimientos de salud largas y difíciles desde un punto de vista logístico, los costos asociados a la búsqueda de atención en salud y la baja percepción de la calidad del tratamiento disponible en los establecimientos de salud. Las mujeres indígenas de varios países latinoamericanos tienen menos probabilidad de recibir atención calificada durante el parto. En toda América Latina y el Caribe, las mujeres que han recibido como mínimo cuatro visitas de APN tienen una probabilidad significativamente más alta de dar a luz asistidas por personal calificado.

Gráfico 7. Porcentaje de mujeres embarazadas indígenas y no indígenas de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú que recibieron atención prenatal, dieron a luz en un establecimiento de salud y recibieron atención postnatal, 2000-2004.



Fuente: Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing Equitable Care for Indigenous and Afrodescendant Women in Latin America. *Pan Am J Public Health*, 2015 16, basado en Oyarce AM RB, Pedrero M. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: Aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural [Maternal and child health of indigenous and Afrodescendant populations in Latin America: contributions for a rereading of the right to cultural integrity]. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2010.¹⁸⁶

Gráfico 8. Porcentaje de mujeres con atención calificada durante el parto en México y Perú por etnicidad, 2000-2012.



Fuente: Análisis basado en el Informe 2015 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York, Naciones Unidas, 2015.¹⁸⁷

El auge de las cesáreas

Las cesáreas son cirugías vitales que ayudan a asegurar resultados óptimos de salud materna y perinatal en los embarazos y partos médicamente complicados. Una proporción de partos por cesárea inferior al 5 por ciento puede indicar que no todas las mujeres que lo necesitan reciben una cesárea de emergencia.¹⁸⁹ Sin embargo, según la OMS, “el aumento de las cesáreas hasta el 10-15% a nivel de población se asocia

con disminuciones en la mortalidad materna, neonatal e infantil. Por encima de este nivel, una proporción creciente de cesáreas ya no está asociada con una reducción de la mortalidad”¹⁹⁰ A lo largo de América Latina y el Caribe, las cesáreas han crecido rápidamente y con frecuencia superan el rango recomendado, excepto en Haití, donde algunas mujeres y recién nacidos pueden sufrir complicaciones e incluso mueren por falta de acceso a una cesárea.¹⁹¹

Cuadro 4. Brechas en los nacimientos por cesárea (Gráfico 9)

- A pesar del aumento desorbitado de las cesáreas en la región, esta cirugía para salvar vidas es menos frecuente en mujeres de los quintiles más pobres y sin estudios.
- Haití es el único país de la región con una media nacional de nacimientos por cesárea (6%) inferior al 10%. La menor proporción de cesáreas se observa en las mujeres haitianas pertenecientes a los cuatro quintiles más pobres (entre el 1 y el 8%), de zonas rurales (3%) y sin estudios (1%) o con estudios primarios (4%).

Riqueza:

- Además de Haití, menos del 10% de las mujeres de los quintiles más pobres de Bolivia, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua y Perú dan a luz mediante cesárea.

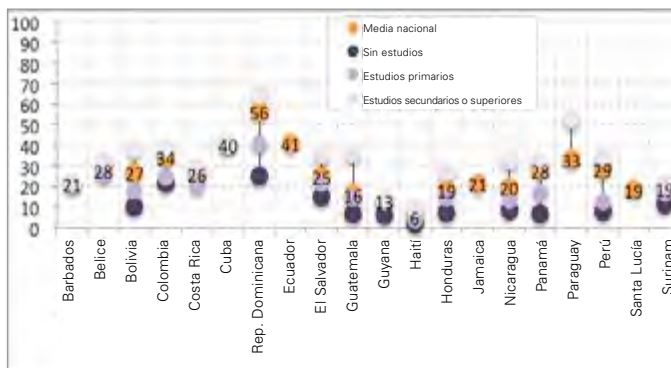
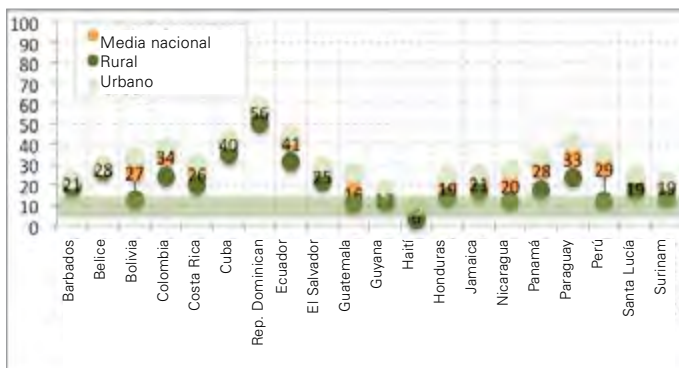
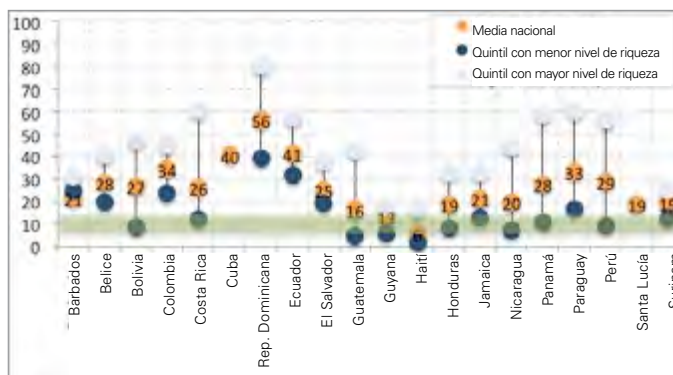
Lugar de residencia:

- Haití es el único país en el que las mujeres rurales tienen menos del 10% de nacimientos por cesárea.

Educación:

- Además de Haití, las mujeres sin grado de estudios de Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua, Panamá y Perú tienen menos del 10% de nacimientos por cesárea.

Gráfico 9. Brechas en el porcentaje de nacidos vivos en los 2-5 años precedentes a la encuesta nacidos por cesárea en los países de América Latina y el Caribe, por nivel de riqueza, lugar de residencia y grado de escolaridad, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014¹

Nota: La zona sombreada representa el porcentaje de 5-15% de cesáreas recomendadas a grado de población.

Sin embargo, sin indicación médica, las cesáreas pueden tener de hecho consecuencias negativas para la salud tanto de la mujer embarazada como de sus hijos. Numerosos estudios han relacionado las intervenciones innecesarias por cesárea con un aumento de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal.^{190,192-200} Para poner algunos ejemplos, en 2006, un estudio atribuyó 100 de las muertes maternas de la región y 40.000 casos de morbilidad respiratoria neonatal a las cesáreas innecesarias.¹⁹³ Ese mismo año, otro estudio asoció las cesáreas voluntarias con el 21,2 de las muertes neonatales de prematuros desde 1996 a 2003 en toda la región.¹⁹² Más recientemente, una investigación en Santa Catalina (Brasil) determinó que las mujeres que daban a luz mediante cesárea tenían el doble de posibilidades de sufrir complicaciones postparto que aquellas que habían dado a luz por vía vaginal.¹⁹⁸ Las cesáreas innecesarias son especialmente peligrosas para las mujeres de zonas con bajos recursos, ya que pueden carecer de los recursos financieros o de un entorno de apoyo que les permita cuidar adecuadamente las heridas postoperatorias o tratar cualquier complicación que pueda surgir.^{190,198} Por último, las cesáreas pueden relacionarse con una menor iniciación de la lactancia materna en América Latina y el Caribe, especialmente entre las mujeres de los grupos socioeconómicos más bajos.²⁰⁰

Una alta proporción de nacimientos por cesárea implica que muchas de dichas intervenciones se realizan sin necesidad médica. En apoyo de esta afirmación, un estudio de 2009 en ocho países latinoamericanos descubrió que el 45% de todas las cesáreas no eran necesarias desde un punto de vista médico.²⁰¹ En la República Dominicana, un estudio de 1.531 mujeres que tuvieron cesárea en el servicio de maternidad de un hospital público en 2011 desveló que la decisión de realizar una cesárea se tomó una vez iniciado el parto en el 39% de los casos,²⁰² lo que sugiere que la mayor parte de las cesáreas no se realizaron por causas de emergencia. Un informe de 2006 de Perú señaló que el 48,5% de los nacimientos que tuvieron lugar en clínicas privadas entre 2002 y 2005 se produjeron por cesárea, incluso a pesar de que solo el 17,8% tenían indicación clínica para una intervención por cesárea.²⁰³ Finalmente, un estudio de tres ciudades de Brasil encontró que en casi un tercio de las intervenciones realizadas a 96 mujeres que habían expresado su preferencia por un parto vaginal, pero a las que se les había efectuado una cesárea, no se justificaban por razones médicas.²⁰⁴ Las evidencias sugieren que las cesáreas no justificadas por razones médicas continúan aumentando.^{190,205-207}

Además de los resultados negativos para la salud que se derivan de las cesáreas innecesarias, demasiadas cesáreas pueden suponer una carga financiera para los sistemas de salud y sus usuarios.^{191,194,208} A diferencia de los partos por vía vaginal, las cesáreas no solo necesitan más personal médico, niveles más avanzados de formación del personal y estancias hospitalarias más largas para las mujeres, sino que también requieren un entorno operatorio estéril, equipo quirúrgico y sangre para transfusiones. Las cesáreas pueden resultar costosas para las pacientes, quienes en ocasiones deben pagar de su bolsillo los medicamentos o el tiempo de hospitalización adicionales.¹⁹⁵ Dos publicaciones han señalado que las mujeres de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y de zonas rurales que dieron a luz por cesárea podrían tener más problemas para obtener atención en salud de seguimiento o para acceder a servicios médicos con buenas condiciones higiénicas.^{190,198} En total, el coste económico de las cesáreas innecesarias en los países de América Latina y el Caribe se estima que es muy elevado; en 2010, Brasil gastaba 226,8 millones de dólares al año en cesáreas innecesarias, Argentina 32,7 millones y la República Dominicana 16,1 millones.¹⁹¹ Recientemente,

varios países han aprobado políticas para reducir el número de cesáreas injustificadas desde un punto de vista médico, reduciendo los reembolsos que reciben los proveedores públicos de salud por llevar a cabo las intervenciones.^{203,205,209} Estas políticas, sin embargo, no conllevan consecuencias suficientes para los proveedores del sistema privado.

Incluso aunque las mujeres de posiciones socioeconómicas más altas y de zonas urbanas tienen menos probabilidades de experimentar morbilidades maternas que requieran intervenciones médicas como las cesáreas, una plétora de estudios confirman que el exceso de cesáreas se concentra principalmente en las mujeres de estratos socioeconómicos más elevados, con mayor grado de escolaridad, de grupos étnicos dominantes y zonas urbanas.^{193,195,198,203,205,207,209-214} Por ejemplo, un estudio de cohortes de más de 4.000 mujeres realizado en 2011 en Pelotas (Brasil) encontró una relación significativa entre las cesáreas y los quintiles más altos de riqueza, mujeres de ascendencia europea y de mayores niveles educativos.²⁰⁵ Incluso en el subgrupo de mujeres que recurren a centros públicos, las mujeres con más de cinco años de educación tenían un 59% más de probabilidades de tener una operación de cesárea que las mujeres con menor nivel educativo.²⁰⁵ Se encontraron resultados similares en estudios realizados en otras zonas de Brasil, incluyendo São Leopoldo,²¹⁴ Santa Catarina,¹⁹⁸ Pelotas,²¹⁰ São Paulo,²¹¹ Rio Grande do Sul y Minas Gerais.²¹⁵ En Colombia, las mujeres con estudios secundarios tenían un 31% más de probabilidades de recibir una cesárea que las mujeres con menor grado de escolaridad.²⁰⁷

Esta desigualdad de acceso a las cesáreas se aprecia todavía más en las diferentes proporciones de nacimientos por cesárea entre los sistemas de salud públicos y privados. En la mayor parte de los países latinoamericanos, las mujeres con seguros médicos privados suelen pertenecer a entornos más acomodados y pueden tener un menor riesgo de morbilidad materna.^{211,215-217} Sin embargo, las mujeres de grupos demográficos más privilegiados reciben un número mayor de cesáreas electivas y no justificadas desde un punto de vista médico. Los casos más extremos de esta tendencia se han documentado en Brasil. En 2011, un estudio encontró que el 80% de las mujeres que acudían a centros privados daban a luz mediante cesárea, frente al 35% de las mujeres que lo hacían en centros públicos.²⁰⁵ Un estudio de 2008 encontró una proporción de un 72% de cesáreas en centros privados de Porto Alegre, Belo Horizonte, Natal y São Paulo, frente a un 31% de intervenciones en centros públicos. Otro estudio de 2008 incluso señaló que varias ciudades brasileñas tenían un índice de cesáreas de hasta el 90% y que en el ámbito nacional estas intervenciones fueron 4,4 veces más frecuentes en centros privados que en centros públicos.²¹³ Niveles de desigualdad menos impresionantes pero aún así significativos se encontraron en Argentina, Perú, Ecuador, Cuba, Nicaragua y Paraguay.^{194,203} Irónicamente, a pesar de que en teoría los centros privados ofrecen una atención de la mejor calidad posible, las cesáreas innecesarias y excesivas que se llevan a cabo en estos centros pueden de hecho exponer a las mujeres más privilegiadas a sufrir consecuencias negativas para su salud.

Se ha debatido mucho sobre las causas subyacentes al creciente número de cesáreas y a las inequidades que generan. Por una parte, algunos datos sugieren que algunas mujeres de América Latina y el Caribe eligen tener una cesárea porque para ellas puede representar acceder a una atención de mayor calidad que les garantice unos resultados en salud óptimos y una rápida recuperación.^{159,205,206,209,210,219} Además, es posible que algunas mujeres embarazadas soliciten la intervención para evitar los dolores del parto.^{199,205,206,209,210,219} El miedo al dolor puede provenir

de muchas fuentes, como experiencias de partos anteriores,²¹⁹ la falta de información adecuada sobre el parto^{195,199,219} y normas sociales que describen el parto como un hecho doloroso o traumático.^{195,206,219} Por último, una publicación señaló una posible relación entre los embarazos no deseados y la alta proporción de partos por cesárea.²⁰⁶

Sin embargo, también es posible que la frecuencia de cesáreas no refleje las preferencias de las mujeres sino del personal médico.²²⁰ Las cesáreas pueden resultar más prácticas para los médicos, que pueden programar múltiples intervenciones a las horas que les resulten más convenientes, como durante el horario estándar de trabajo.^{203,204,209,213,221} Los médicos, especialmente en el sector privado pueden también promover las cesáreas si creen que sus pacientes esperan recibir las por ser pacientes de la salud privada.^{204,213} Por último, puede ocurrir que los médicos perciban pagos más altos por realizar cesáreas que por asistir en partos por vía vaginal.^{204,205,217,218} Al final, la proporción de partos por cesárea sigue siendo pertinazmente elevada.

Las preferencias, tanto de las mujeres como del personal médico, reflejan la excesiva medicalización del parto. Hay mujeres y médicos en la región que asocian equivocadamente las cesáreas con una atención de mejor calidad. Sin embargo, la excesiva medicalización de los partos perpetúa las desigualdades de género en la región, ya que ponen en riesgo la capacidad de las mujeres para ejercer sus derechos en materia de salud reproductiva. La dependencia de las cesáreas refleja la idea de que las mujeres son incapaces de dar a luz sin atención médica.²²⁰

Además, el constante incremento del número de operaciones por cesárea hace que se considere que el parto es algo peligroso y que para obtener la mejor calidad de atención en salud las mujeres deben someterse a una cirugía invasiva potencialmente innecesaria. Por último, sea por propia conveniencia, por beneficios económicos o por creencia profesional, los médicos que promueven en demasía las cesáreas ponen en riesgo la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su propia atención en salud e impiden a las mujeres dar a luz según sus preferencias. De este modo, puede considerarse que las cesáreas innecesarias son incluso una forma de violencia obstétrica, ya que las mujeres se ven sometidas a operaciones que violan su integridad corporal.²²⁰

Resumen

A pesar del aumento desorbitado de las cesáreas en la región, avivado en parte por incentivos mal planteados, las mujeres de los quintiles más pobres y sin estudios tienen un acceso limitado a esta cirugía para salvar vidas. Reducir la alta proporción de cesáreas requerirá iniciativas en múltiples esferas destinadas a mejorar la igualdad de género y la humanización del parto para las mujeres de todos los sectores demográficos en toda América Latina y el Caribe.

© UNICEF/UNI64495/LeMoyne



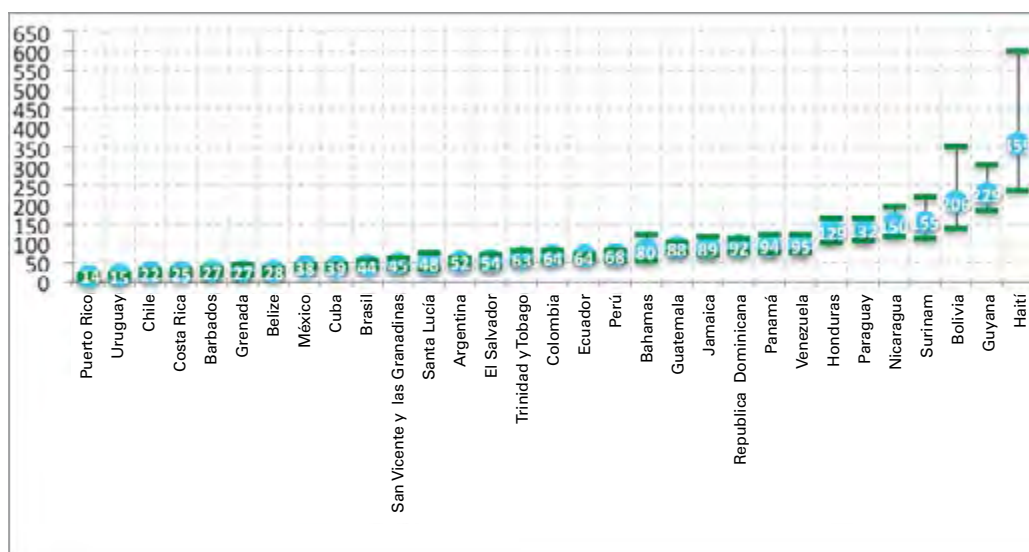
2.2. Mortalidad y morbilidad materna

Entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM), o número de muertes por cada 100.000 nacidos vivos, se redujo en un 52%, de 125 a 69 por cada 100.000 nacidos vivos en América Latina y en un 37%, de 276 a 175 por 100.000 nacidos vivos, en el Caribe,²²² lo que significa que la región no logró alcanzar el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (una reducción del 75% de la RMM entre 1990 y 2015). Buena parte de este relativo progreso se ha atribuido a los esfuerzos nacionales y regionales para aumentar el acceso a los servicios de salud materna y reproductiva y su calidad, así como a las mejoras en saneamiento, nutrición, educación y otros factores que intervienen en la salud.^{205,223} Aún así, se estima que 7.300 mujeres murieron por causas relacionadas con la maternidad en América Latina y el Caribe en 2015.²²²

estadísticas vitales datos médicos y socio-demográficos sobre cada muerte materna de manera sistemática.²²⁴ Según dichos datos, la RMM en 2010 fue 1,9 veces más alta en las zonas rurales que en las urbanas y 9,5 veces mayor en las mujeres sin estudios que en aquellas con estudios secundarios o superiores, tal y como se muestra en el Gráfico 11.

Los estudios de investigación a menor escala corroboran la presencia de estas desigualdades en otros países de la región. Varias publicaciones de México,²²⁵ Bolivia,²²⁶ Argentina,²²⁷ Costa Rica,²²⁷ Colombia,²²⁷ Ecuador²²⁸ y Brasil^{227,229-232} han asociado pobreza y bajos niveles educativos con una mayor probabilidad de mortalidad y morbilidad materna.

Gráfico 10. Razón de mortalidad materna con estimaciones del nivel superior e inferior en los países de América Latina y el Caribe, 2015

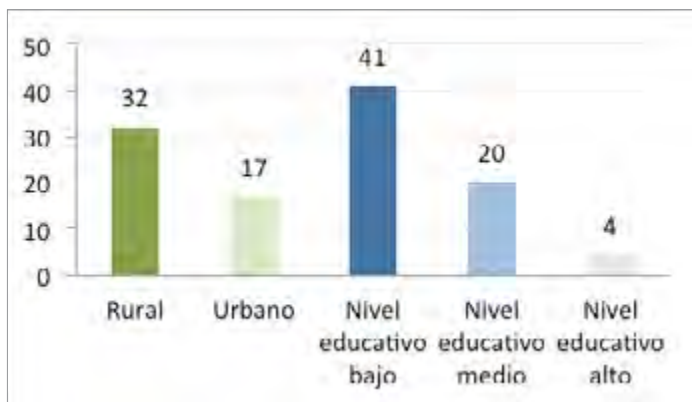


Fuente: Análisis basado en OMS, UNICEF, UNFPA, Bank W. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimaciones realizadas por OMS, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015.²²²

Las estadísticas regionales enmascaran las desigualdades en salud materna que existen tanto dentro de los países de América Latina y el Caribe como entre ellos. Por ejemplo, dentro del Caribe, la RMM varía desde los 27 por 100.000 nacidos vivos de Barbados [margen de incertidumbre 19-37] y Granada [19-42], los 39 [33-47] de Cuba, los 92 [77-111] de la República Dominicana hasta llegar a los 359 [236-601] de Haití,²²² con la alta RMM de Haití distorsionando hacia lo alto la media del Caribe. De modo similar, en Centroamérica, la RMM varía desde los 25 [20-29] de Costa Rica hasta los 150 [115-196] de Nicaragua. En Sudamérica, Uruguay (15 y margen 11-19) y Chile (22 y rango 18-26) tienen RMM inferiores a 25, mientras que la RMM supera los 200 en Bolivia (206 y rango 140-351) y Guyana (229 y rango 184-301).²²² Estas estadísticas se ilustran en el Gráfico 10.

Existen inequidades en los resultados en salud materna entre las mujeres de diferentes entornos socioeconómicos, de etnicidad y de grupos de edad. Hasta donde nosotras sabemos, Chile es el único país Otros

Gráfico 11. Razón de mortalidad materna en Chile por lugar de residencia y grado de escolaridad, 2010.



Fuente: DEIS. Defunciones y Mortalidad en el embarazo, parto o puerperio, según grupo de causas. Chile, 2000 a 2012. Santiago, Chile: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud, 2015.²²⁴

estudios han documentado mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna en las mujeres indígenas y con afrodescendencia.^{173,184,230,233} Por ejemplo, un informe de 2010 señaló que las mujeres afrobrasileñas en el estado brasileño de Paraná tenían tres veces más riesgo de muerte materna que las mujeres de ascendencia europea²³³ y algunas estimaciones indican que las mujeres indígenas de Guatemala pueden tener una RMM tres veces superior a la de sus compatriotas no indígenas.¹⁷³ Por último, las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años aparecen de forma consistente como grupos de edad vulnerables a la mortalidad materna^{225,229-231,234,235} y los datos sugieren que las mujeres que habían tenido embarazos previos pueden tener un mayor riesgo de tener complicaciones de salud.^{225,227} Ambas tendencias pueden indicar brechas en el acceso a los servicios de anticoncepción.²³⁵

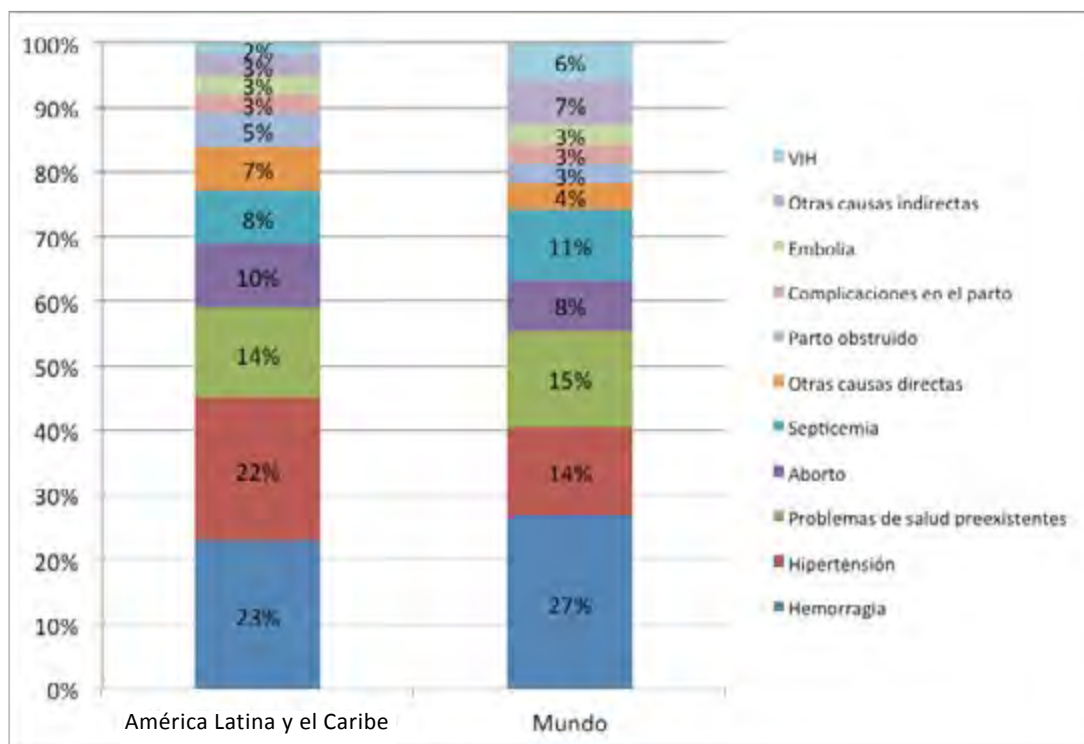
Las muertes y la morbilidad maternas tienen un impacto tremendo no solo en las mujeres que mueren de forma prematura o quedan discapacitadas, sino también en sus dependientes y en sus comunidades. La gran mayoría de muertes maternas en América Latina y el Caribe pueden prevenirse con una atención obstétrica de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio.^{227,235-237} Aún así, estas muertes evitables continúan concentradas en las mujeres de ciertos sectores de población desfavorecidos que se encuentran en situación de inequidad para acceder a los servicios adecuados de salud materna y reproductiva. En este sentido, un examen de las causas de la mortalidad y morbilidad materna ayuda a comprender las principales desigualdades económicas, sociales y de género que son prevalentes en toda América Latina y el Caribe y proporciona un poderoso argumento a favor de la justicia social y la igualdad de género.

Causas directas e indirectas y la calidad de la atención en salud

Las causas directas provocan aproximadamente el 81 % de las muertes maternas en América Latina y el Caribe, tal y como se muestra en el Gráfico 12. Estos problemas de salud incluyen hipertensión, hemorragias, abortos inseguros y septicemia, entre otros. Las causas indirectas explican el resto de muertes maternas e incluyen principalmente el VIH, problemas cardiovasculares, anemia y otros problemas de salud preexistentes como malaria y tuberculosis.^{184,229,238} A pesar de que la distribución de estas causas sigue en gran medida los patrones mundiales, la región de América Latina y el Caribe es única por su tasa anormalmente elevada de mortalidad materna provocada por los trastornos hipertensivos del embarazo como la eclampsia y la pre-eclampsia.

La gran mayoría de las causas directas e indirectas de mortalidad y morbilidad materna pueden solucionarse con una atención obstétrica de calidad. Sin embargo, los datos sugieren que las mujeres de sectores de población en situación de pobreza y marginación pueden tener un mayor riesgo de sufrir y morir por una causa relacionada con la maternidad.^{227,232,240,242} Por ejemplo, un estudio de 2014 en Cuenca (Ecuador) encontró que el 93% de las adolescentes diagnosticadas con eclampsia o pre-eclampsia eran de extracción socioeconómica más baja y que la morbilidad se relacionaba con una etnicidad mixta y con la residencia en zonas rurales.²⁴¹ También se relacionó la baja posición socioeconómica con los trastornos hipertensivos en México^{242,243} y Brasil,²³² y la pertenencia a un grupo étnico afrodescendiente se perfiló por sí mismo como un factor de riesgo de pre-eclampsia en las mujeres que recibieron atención en salud en Lima (Perú).²⁴⁰

Gráfico 12. Distribución de las muertes maternas, por causa, en América Latina y en el mundo, 2013



Fuente: Análisis basado en Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health* 2014;2(6):e323-e33. ²³⁹

Un bajo grado de escolaridad también puede aumentar el riesgo de que una mujer muera de eclampsia o hemorragia, tal y como mostraron estudios en México,²⁴² Ecuador²²⁸ y Brasil.^{230,232} Estas inequidades son todavía más evidentes cuando observamos las diferencias entre las distintas regiones y departamentos de cada país. Para dar solo algunos ejemplos, las RMM más altas de Brasil se encuentran en las zonas norte y noreste, dos de las regiones más pobres.²⁴⁴ Igualmente, un informe de 2007 señaló que las regiones peruanas de Puno y Huancavelica, de población mayoritariamente indígena, tenían una RMM más de seis veces superior a la del departamento de la capital del país.¹⁸⁴ Colombia también tiene mayores concentraciones de morbilidad y mortalidad materna en las regiones más rurales y menos ricas.²⁴⁵ En general, este informe encontró poca información sobre equidad en las causas directas de la morbilidad y mortalidad materna.

Los mecanismos que contribuyen a que los sectores vulnerables de población femenina tengan mayores probabilidades de sufrir muerte y enfermedades relacionadas con la maternidad se constatan más claramente en el “modelo de los tres retrasos”. Según este modelo, los resultados en salud materna se ven amenazados por tres retrasos que las mujeres pueden sufrir durante el parto: el retraso en buscar atención en salud, el retraso en llegar al establecimiento de salud y el retraso en recibir la atención necesaria.²⁴⁶ Como los retrasos en buscar atención obstétrica y en llegar al establecimiento de salud afectan fundamentalmente a mujeres con bajos ingresos, bajo grado de escolaridad, residencia rural y perteneciente a un grupo étnico minoritario, estas pueden desconfiar de los establecimientos de salud, encontrar obstáculos de distancia y transporte para llegar al establecimiento de salud o carecer de los recursos financieros que les permitan hacer frente a los costes directos e indirectos derivados de la atención en salud. Como resultado de estos retrasos, las mujeres pueden morir fuera de un establecimiento de salud o llegar al mismo en un estado tan grave que sus posibilidades de sobrevivir queden reducidas.

A continuación, cuando las mujeres llegan a los establecimientos de salud, las mujeres de entornos pobres o marginales pueden tener más probabilidad de sufrir retrasos a la hora de ser atendidas y recibir cuidados de peor calidad. En toda la región, la mayoría de los países han puesto en marcha programas para extender los servicios de salud materna a todas las mujeres. Las mujeres con bajos ingresos a menudo dependen de los centros públicos para obtener atención obstétrica, mientras que las mujeres de grupos demográficos más ricos pueden optar por recurrir a servicios privados más caros. Sin embargo, numerosos estudios han encontrado problemas clínicos y estructurales en los sistemas de salud pública materna en toda América Latina. Principalmente, las mujeres que sufren eclampsia, hemorragia u otras complicaciones durante el parto en Haití²⁴⁷ Bolivia,²²⁶ República Dominicana,²⁴⁸ México,²³⁵ Brasil,²¹¹ y Colombia²²⁷ pueden experimentar retrasos a causa de una valoración incorrecta, así como a la hora de ser derivadas a establecimientos médicos más avanzados.

Otro problema lo constituye la falta de recursos humanos y de tecnología avanzada en las zonas rurales o de bajos recursos.^{173,184,227,249} Por ejemplo, a pesar de que en 2007 las dos terceras partes de la población del departamento peruano de Huancavelica vivían en zonas rurales, las únicas instalaciones del departamento con equipos lo suficientemente avanzados como para proporcionar atención obstétrica de emergencia se encontraban en su capital.¹⁸⁴ Un estudio posterior encontró que los establecimientos situados en las zonas rurales de Colombia carecían

de suministros de sangre adecuados, un elemento fundamental para el tratamiento de la hemorragia y otras complicaciones.²²⁷ Además, un estudio de la República Dominicana descubrió una gran falta de higiene en los centros públicos de maternidad²⁴⁸ y otros estudios de la región han documentado tasas ocultas incluidas en los servicios de salud “gratuitos” que comprometen la atención e impiden que las mujeres sin recursos económicos reciban el alta.^{181,182,250,251}

La calidad de la atención necesaria para luchar contra las causas directas e indirectas de la mortalidad materna también se ve afectada por diversos problemas clínicos. En primer lugar, se ha prestado mucha atención a la excesiva medicalización del parto y al recurso innecesario a intervenciones como cesáreas y episiotomías.^{211,248,252} Aunque ambas intervenciones pueden salvar vidas en determinadas circunstancias, su aplicación innecesaria puede causar complicaciones adicionales para las mujeres y costes extras a los sistemas de salud.²¹¹ Las episiotomías en concreto pueden resultar especialmente frecuentes en las mujeres de bajos ingresos que recurren a los establecimientos públicos de salud, y se han documentado casos en los que las mujeres son sometidas a la intervención sin su consentimiento o sin anestesia.^{211,248} Además, un estudio de la República Dominicana señaló que a menudo los hospitales públicos no se molestaban en ofrecer un tratamiento especial (como habitaciones privadas o con luz atenuada) a las mujeres que presentaban complicaciones como la eclampsia.²⁴⁸ Por último, la inadecuada provisión de asesoramiento o atención postparto también puede poner en riesgo los resultados en salud de las mujeres. Un estudio en Argentina encontró que la décima parte de las muertes maternas estudiadas se produjeron después de que las mujeres hubieran recibido el alta médica sin haber sido informadas sobre los signos de alarma que requieren seguimiento médico.²⁵³ Considerando que algunas morbilidades, como la hemorragia, pueden causar la muerte después del parto, una atención de calidad debería incluir la educación de la paciente y cuidados de seguimiento.

Los problemas de calidad de la atención y de discriminación en los establecimientos de salud comprometen directamente los resultados en salud y tienen consecuencias negativas para la futura búsqueda de atención obstétrica por parte de las mujeres.¹⁶ Diversos estudios han observado que las mujeres tienen menos posibilidades de buscar atención obstétrica si sienten que dicha atención no es cordial, respetuosa o eficaz.^{16,182,184,250} Como consecuencia, las mujeres con episodios futuros de morbilidad materna grave pueden verse enfrentadas al primer retraso en el modelo de los tres retrasos y posponer la búsqueda de atención en salud hasta encontrarse en una fase avanzada de su condición.

Resumen

Las mujeres de sectores de población desfavorecidos social y económicamente tienen más probabilidades de experimentar retrasos a la hora de buscar cuidados de salud materna, de llegar a los establecimientos de salud y de recibir una atención apropiada en estos establecimientos. Especialmente dentro de los establecimientos de salud, las mujeres más pobres reciben con frecuencia una atención de peor calidad que puede suponer una valoración incorrecta, una atención deshumanizada y la falta de recursos humanos o tecnológicos. Todos estos retrasos aumentan las probabilidades de que las mujeres desfavorecidas sufran mortalidad o morbilidad materna. Se necesitan más datos con perspectiva de equidad para analizar estas tendencias, así como las causas directas e indirectas de la morbilidad y mortalidad materna.

Aborto inseguro y condiciones sociales

Según la OMS, los procedimientos de aborto seguro y de calidad deberían incluir consultas previas, atención calificada durante la intervención, evaluación profesional de la necesidad de cuidados complementarios y asesoramiento anticonceptivo con posterioridad a la intervención.²⁵⁴ Sin embargo, como el aborto está muy restringido en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe^{54,255,256} las mujeres que buscan poner fin a un embarazo no deseado no pueden acceder a estos servicios y deben recurrir a métodos clandestinos que pueden carecer de la supervisión médica necesaria, no utilizar procedimientos seguros o no disponer de atención en caso de complicaciones.^{74,77,257-260} Por ello, los abortos inseguros son una causa principal de morbilidad y mortalidad materna en la región.^{77,254,261-264}

Resulta difícil obtener datos sobre las consecuencias para la salud de los abortos inseguros, dado que con frecuencia se realizan en lugares clandestinos.^{205,265-267} Sin embargo, los datos disponibles muestran que es probable que exista una proporción extremadamente alta de abortos inseguros y de consecuencias negativas para la salud.^{77,261,262,265} Las Naciones Unidas estiman que el aborto causa el 10% de las muertes maternas en la región, lo que representa una tasa más elevada que la media mundial del 8%,²³⁹ como muestra el Gráfico 12.

El Instituto Guttmacher atribuyó el 12% del número total de muertes maternas que se produjeron en América Latina y el Caribe en 2008 a los abortos inseguros.²⁶¹ De los 4,4 millones de abortos que se realizaron en la región durante ese año, el Instituto estimó que el 95% de dichas intervenciones no fueron seguras.²⁶¹ Si analizamos los países individualmente, encontramos que un estudio de 2010 asignó el 24% de las muertes maternas en Argentina a abortos inseguros²⁶⁸ y un informe de 2006 citó el aborto como la tercera causa más frecuente de muerte materna en Guatemala.²⁵⁸ Los datos sugieren que la mortalidad relacionada con el aborto se concentra fundamentalmente en las mujeres adultas de entre 20 y 35 años, aunque también afecta a las adolescentes.^{255,257,269}

En el ámbito regional, la mortalidad y morbilidad materna causada por los abortos inseguros se concentra en las mujeres de sectores de población desfavorecidos y marginalizados. Mientras que las mujeres de entornos socioeconómicos ricos tienen más posibilidades de disponer de los recursos económicos necesarios para acceder a abortos seguros en clínicas privadas o encubiertas,^{260,263,270,271} las mujeres de sectores de población más desfavorecidos a menudo encuentran barreras para acceder a servicios de aborto seguros, como el alto coste de la atención en salud,^{69,73,74,261,272} el miedo a las consecuencias legales,²⁶¹ el estigma que rodea los abortos,^{73,261,265} la situación geográfica de los establecimientos de salud²⁵⁸ y las restricciones legales en cuanto a la disponibilidad de los servicios.⁵⁷ Estas barreras afectan sobre todo a mujeres con bajos niveles educativos y de grupos socioeconómicos pobres, residentes en zonas rurales y de grupos étnicos minoritarios y obligan a muchas mujeres a buscar abortos auto-inducidos y peligrosos.^{57,70,71,77,260,273}

La inequidad en el acceso al aborto seguro se refleja en la desigual distribución de las intervenciones inseguras entre los sectores de población y en la prevalencia de sus complicaciones. Por ejemplo, en Guatemala, las mujeres que viven en zonas rurales y de bajos recursos tienen tres veces más probabilidades de recurrir a una persona sin formación para abortar que las mujeres de mayores ingresos y zonas urbanas.²⁶¹ Igualmente, entre el 42 y el 67% de las mujeres con bajos ingresos en Guatemala y México sufren complicaciones derivadas de los abortos que requieren atención en salud, frente a entre el 28 y el 38% de las mujeres con

mayores ingresos.²⁶¹ Numerosas publicaciones de Brasil han mostrado que los abortos inseguros o las complicaciones derivadas del aborto son más frecuentes en las mujeres afro-brasileñas o de etnicidad mixta y en las de bajos niveles de estudios y renta.^{205,259,260,273-275} Una revisión bibliográfica de 2008 también encontró inequidades en el riesgo de sufrir complicaciones derivadas de los abortos entre sectores de población rural y urbana de Perú, Guatemala y Argentina.²⁷²

A pesar de tener un mayor riesgo de sufrir complicaciones médicas causadas por abortos inseguros, las mujeres de entornos marginalizados también pueden carecer de acceso a una atención postaborto de calidad. En primer lugar, las mujeres con bajos ingresos y de zonas rurales pueden tener más probabilidades de retrasar la búsqueda de atención en salud para abortar, probablemente por miedo a las posibles consecuencias legales impuestas por el personal médico de los establecimientos de salud públicos,²⁶⁶ por depositar más confianza en los curanderos locales tradicionales,^{57,264} por el coste de acceder a los servicios médicos²⁶³ y por la logística necesaria para trasladarse al establecimiento de salud.²⁶⁵ En total, se estima que entre el 10 y el 20% de las mujeres de la región no recibieron atención en salud en 2012 por complicaciones relacionadas con un aborto.²⁶¹ Además, las mujeres con bajos niveles de estudios y rentas, las residentes en zonas rurales y las de grupos étnicos minoritarios pueden recibir una atención postaborto de peor calidad. Esta baja calidad normalmente se deriva tanto de las actitudes y prácticas del personal médico, como de la infraestructura de las instalaciones que proporcionan los servicios. Testimonios de diferentes países coinciden en señalar que el personal médico puede discriminar o expresar su desaprobación a las mujeres que buscan atención por complicaciones derivadas de un aborto, ya se trate de un aborto espontáneo o inducido.^{255,257,260, 263,265,266,276} Esta discriminación puede dirigirse especialmente hacia mujeres solteras, jóvenes o pobres, quienes además pueden recibir cuidados de salud materna menos compasivos.^{75,276} Otros estudios han señalado que los establecimientos de salud de zonas rurales a menudo carecen de personal calificado, equipamiento o infraestructura necesarios para tratar las complicaciones derivadas de un aborto.^{77,258,264} Estos establecimientos de salud pueden utilizar técnicas médicas inapropiadas, como el raspado en vez de los abortos médicos o las aspiraciones,^{258,261} y a veces las mujeres pueden verse obligadas a esperar un largo período de tiempo antes de recibir atención.^{255,265,266} Por último, los datos sugieren que no se han integrado los consejos anticonceptivos dentro de los servicios de atención postaborto, tal y como recomienda la OMS.^{57,64,255}

Resumen

La ilegalización del aborto perpetúa la desigualdad social, ya que las mujeres con bajos ingresos o en situación de marginación tienen menos oportunidades de procurarse abortos seguros y atención en salud postaborto de calidad, por lo que sufren morbilidad y mortalidad materna de forma inequitativa. Estas tendencias también reflejan potenciales desigualdades de género, ya que las mujeres deben soportar intervenciones potencialmente peligrosas para ejercer sus derechos reproductivos, pero las leyes que regulan el aborto no afectan a los hombres implicados en embarazos no deseados y las políticas contribuyen a que la anticoncepción se considere como un “asunto de mujeres”. La extensión del acceso al aborto beneficiaría sobre todo a mujeres con bajos ingresos, de zonas rurales y de otros sectores de población vulnerables y ayudaría a mitigar las inequidades regionales en materia de salud materna.

Anemia

La anemia durante el embarazo es un importante problema de salud global que afecta principalmente a las mujeres de baja posición socioeconómica. Según los criterios de la OMS, la anemia afecta al 52% de las mujeres embarazadas de países de renta baja y media frente al 20% de las mujeres de países de renta alta. Un estudio realizado en América Latina y en el Caribe estimó que cerca del 40% y el 30% respectivamente de las mujeres embarazadas sufren de anemia.²²⁷ La causa patológica de la anemia gestacional más frecuente en todo el mundo es la deficiencia en hierro, resultante de un mayor consumo de hierro por parte del feto. En los países de renta baja, otras causas frecuentes de anemia durante el embarazo pueden ser la anquilostomiasis, el parásito de la malaria, el VIH, las deficiencias en otros micronutrientes o las complicaciones asociadas con el embarazo.²⁷⁷ La anemia gestacional se ha relacionado con bajo peso al nacer y con partos prematuros, lo que contribuye a la morbilidad y mortalidad perinatal.

Algunos estudios realizados durante la pasada década en la región de América Latina y el Caribe han mostrado repetidamente una relación entre la anemia y una baja posición socioeconómica. Un estudio de casos y controles en Ciudad Obregón (Sonora, México) en 2005 demostró la asociación entre la anemia gestacional y una serie de factores relacionados con la deficiencia en hierro, pobres condiciones de vida, mal estado nutricional, malos hábitos alimentarios y otros factores como la no utilización de la atención prenatal y cambios en la dinámica familiar.²⁷⁸ En un estudio transversal retrospectivo se mostró que la edad, el estado civil, el número de embarazos previos, el estado nutricional y el trimestre de gestación se relacionaban con los niveles de hemoglobina en mujeres embarazadas que acudían a los servicios de salud de dos ciudades de las regiones del sur y del centro-oeste de Brasil. El estudio reveló diferencias regionales en la prevalencia de la anemia, que estaban determinadas por

factores sociales; en una ciudad, las mujeres embarazadas eran a la vez mucho más pobres y con una prevalencia más alta de anemia.²⁷⁹

Las adolescentes pueden estar especialmente en riesgo. En un estudio de casos y controles llevado a cabo en 23 hospitales dependientes del Ministerio de Salud del Perú, el embarazo adolescente se asoció con bajas condiciones socio-demográficas, como bajo nivel educativo y alta dependencia económica, y con un pobre estado nutricional. Entre los efectos negativos de la maternidad en las adolescentes se encontraba la anemia, que también puede ser más común debido a una alimentación inadecuada relacionada con las malas prácticas alimentarias que son frecuentes en este grupo de edad.²⁸⁰

Alimentarse de forma adecuada, consumir suplementos, y conocer los hábitos alimenticios recomendados durante el embarazo son factores importantes para prevenir las distintas formas de anemia gestacional. Sin embargo, los bajos niveles educativos y de ingresos se han relacionado con un reducido consumo de frutas, vegetales y fuentes de hierro y calcio.²⁸¹ Incluso cuando los programas de salud ofrecen suplementos nutricionales, la utilización de estos recursos puede ser menor en las mujeres de zonas rurales y con bajos niveles educativos.²⁸² Un estudio mostró que un bajo nivel educativo imposibilitaba una comprensión adecuada tanto de las instrucciones como de la necesidad y ventajas de los suplementos.²⁸³

Resumen

En América Latina y el Caribe existe una relación entre la anemia y la baja posición socioeconómica. Las mujeres de entornos socioeconómicos bajos pueden encontrarse con barreras para acceder a dietas nutricionalmente sanas o a suplementos de hierro durante el embarazo.

© UNICEF/UNI139080/Markisz



2.3. Muertes fetales, mortinatalidad y salud de la mujer embarazada

En 2015 se estimó que la prevalencia de la mortinatalidad en América Latina era de 8,2 por 1.000 nacidos vivos, lo que supuso un total de 91.000 partos de mortinatos durante ese año.²⁸⁵

Estudios realizados en América Latina centrados en las muertes fetales durante los últimos 15 años han explorado la relación entre la mortinatalidad y ciertos factores de riesgo. En una gran cohorte de mujeres que habían tenido partos de un solo feto registrados en la base de datos del Sistema de Información Perinatal del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) entre 1985 y 1997, los principales factores de riesgo asociados con la muerte fetal fueron la falta de atención prenatal y el pequeño tamaño para la edad gestacional. Las mujeres que no realizaron visitas de atención prenatal tuvieron un riesgo de muerte fetal cuatro veces superior al de las mujeres que realizaron cinco o más visitas. Otros factores de riesgo asociados con la mortinatalidad fueron: sangrado durante el tercer trimestre, eclampsia, hipertensión crónica, pre-eclampsia, sífilis, diabetes mellitus gestacional, isoimmunización Rh, intervalo intergenésico de menos de seis meses, paridad de cuatro o más, edad de la madre igual o superior a los 35 años, analfabetismo, ruptura prematura de las membranas, índice de masa corporal de 29 o más, anemia materna, abortos previos y resultados perinatales adversos previos. Las mujeres de 35 o más años tenían un 53% más de posibilidades de muerte fetal que las mujeres de entre 20 y 34. El analfabetismo de la madre se asoció con un riesgo de muerte fetal 36% superior que el de las mujeres con 12 o más años de estudios.²⁸⁶

Investigaciones más recientes han confirmado estos primeros resultados. Un estudio de 2008 analizó la prevalencia de mortinatos en una gran muestra de nacimientos registrados en la base de datos del CLAP entre 2005 y 2006 en cuatro ciudades a diferentes altitudes en el Perú.²⁸⁷ Un bajo nivel educativo materno y vivir a una mayor altitud se relacionó con un alto riesgo de mortinatalidad. Como la educación materna era la única variable disponible para evaluar diferencias sociales, se desconoce si algún otro factor social podría explicar las diferencias entre las ciudades.²⁸⁷ Además, un estudio de casos y controles realizado entre 2004 y 2009 en el Hospital Civil de Guadalajara, en Guadalajara (México), encontró los siguientes factores de riesgo asociados con la muerte fetal: edad de la madre superior a los 35 años, bajo nivel de escolaridad, trabajo en el hogar, multiparidad, antecedentes de aborto y mortinatalidad, mala atención prenatal y complicaciones durante el embarazo. El estudio concluyó que la mejora de la atención prenatal no solo facilitaría un diagnóstico y tratamiento temprano de las complicaciones relacionadas con el embarazo, sino que además las visitas prenatales ayudarían también a los profesionales a identificar otros factores de riesgo y a prestar especial atención a las necesidades educativas y de salud de la mujer embarazada.²⁸⁸ Por último, un estudio de cohortes en la región amazónica del Perú relacionó la mortinatalidad con una edad de la madre igual o superior a los 40 años y con no haber recibido atención prenatal según el programa recomendado. Es importante señalar que la

zona de residencia fue la única variable socioeconómica que pudo obtenerse del registro de nacimiento y que se necesitan más datos para entender la relación entre las variables socioeconómicas y la mortinatalidad en la zona.²⁸⁹

Mucha de la información disponible relativa a las muertes fetales se recogió en Brasil. Según una revisión sistemática de los estudios brasileños sobre muertes fetales publicados entre 2003 y 2013, las desigualdades persisten aún a pesar de un descenso en el número de muertes fetales en el país.²⁹⁰ La inadecuada atención prenatal o su ausencia, el bajo grado de escolaridad, la morbilidad materna y un historial reproductivo adverso fueron los principales factores asociados con las muertes fetales. Los certificados de muerte fetal no se completaron de forma adecuada con respecto a dos variables, en concreto las variables socioeconómicas y las causas subyacentes de la muerte. Este informe, publicado en 2015, concluyó que es necesario cumplimentar correctamente los certificados de muerte fetal e invertir en los comités responsables de investigar las muertes fetales y de neonatos para aumentar la visibilidad del problema.²⁹⁰ En los estudios realizados en Brasil durante el período cubierto por el informe se incluye un estudio descriptivo de la mortalidad fetal en Pato Branco entre 2000 y 2008, que encontró varios factores de riesgo materno como: placenta previa, hipertensión inducida por el embarazo, edad inferior a los 20 años o superior a los 30, tener hasta tres años de estudios y ser ama de casa.²⁹¹ Un estudio de casos y controles anidado analizó las causas de muerte fetal en usuarias de los servicios públicos de Río de Janeiro de 2002 a 2004. El estudio encontró que la calidad de la atención prenatal tenía un efecto altamente protector y concluyó que la atención prenatal debería ser una estrategia fundamental para reducir la mortalidad fetal en los sectores de población de bajo nivel socioeconómico. Los factores de riesgo que se relacionaron con la muerte fetal fueron la violencia doméstica, la morbilidad materna y las limitaciones en el crecimiento intrauterino, mientras que la estabilidad en el empleo y en el estado civil, la presencia de la pareja durante la admisión y una atención prenatal adecuada tuvieron un efecto protector contra la muerte fetal.²⁹² Los principales factores asociados con la muerte fetal en un estudio observacional de casos y controles realizado en la ciudad de Recife, en Pernambuco, desde 2004 hasta 2005 fueron: malformación, haber realizado menos de seis visitas prenatales, síndromes hemorrágicos, historial de atención previa a la admisión en el hospital, edad de la madre igual o superior a los 35 años y escolarización de menos de ocho años.²⁹³

No se puede ignorar la relación entre la mortalidad materna y la mortinatalidad.²⁹⁴ Un análisis de datos de países realizado por la OMS en 188 países de ingresos altos y bajos encontró que la mortinatalidad se relacionaba con frecuencia con la mortalidad materna. Mientras que la razón a nivel mundial era de cinco casos de partos de mortinatos por muerte materna, esta descendía a dos partos de mortinatos por muerte materna en los países de menor renta y se incrementaba a 50 por una en los de renta más alta.²⁹⁵

Si se presta más atención a la mortinatalidad, a los nacimientos prematuros y a la eficacia de las intervenciones, al tiempo que se aumenta la inversión en las mujeres, mejorarán los resultados en salud fetal y materna.²⁹⁴

A pesar de ser uno de los malos resultados del embarazo más frecuentes, la mortinatalidad se encuentra entre los menos estudiados. Un informe de 2009 sobre la mortinatalidad y la mortalidad perinatal en los países de renta baja entre 2003 y 2008 reveló que a pesar de los millones de casos de partos de mortinatos que se producen cada año en esos países, este problema ha recibido muy poca atención.²⁹⁶ Aunque se cree que la prevalencia en muchos países de renta baja es al menos 10 veces superior que en los de renta alta, numerosos países no incluyen la mortinatalidad en sus sistemas de reporte sobre estadísticas vitales. Incluso cuando sí se incluye, a menudo no se declaran todos los casos. Identificar la causa de cada uno de los casos de mortinatalidad no siempre es fácil ni posible, incluso en las condiciones adecuadas, pero en aquellos países que tienen un alto índice de partos en casa, la causa es a menudo imposible de conocer. Como paso previo, es importante que los países registren todos los nacimientos y todos los casos de partos de mortinatos, y que evalúen sus causas.^{290,296} Las inconsistencias en la terminología y los múltiples sistemas de clasificación utilizados también dificultan las comparaciones entre países. Es necesario mejorar los registros vitales y los registros de datos para poder avanzar.²⁹⁵ Una revisión sistemática de los estudios publicados en inglés entre 2000 y 2013 que reportaban los factores asociados con la mortinatalidad y sus

causas en los países con ingresos medios y bajos analizó un total de 142 estudios, un 2% de los cuales se referían a entornos de bajos ingresos. Se utilizaron varias definiciones de mortinatalidad y siete sistemas de clasificación diferentes, aunque muchos casos de partos de mortinatos permanecieron “inclasificados” (entre el 4 y el 58%).²⁹⁷ En 2008, un estudio de la información contenida en los registros de mortinatos en el término municipal de São Paulo, en Brasil, encontró que las variables recogidas eran el sexo, el lugar de residencia y el número de partos previos, mientras que las que se recogían con menos frecuencia eran la edad de la madre y su nivel de estudios, con un 20 y un 18 por ciento respectivamente de respuestas registradas. La inadecuación de las variables socioeconómicas y de las causas subyacentes de muerte fetal proporcionadas en los registros de mortinatos funciona como una barrera que dificulta que la muerte fetal y sus factores de riesgo asociados reciban la atención necesaria para hacer frente a estos problemas.²⁹⁸

Resumen

Las muertes fetales son un problema frecuente, pero a menudo olvidado en toda América Latina y el Caribe. Los datos sugieren que las muertes fetales se relacionan con una baja utilización de los servicios prenatales y con un bajo grado de escolaridad de las madres. La mortinatalidad no se suele declarar y está asociada con la mortalidad materna. La falta de registros es también una barrera que dificulta la posibilidad de comprender plenamente la prevalencia de las muertes fetales y de los factores de riesgo asociados.

© UNICEF/UNI64541/LeMoyne



2.4. Diagnóstico y tratamiento del VIH y de la sífilis durante el embarazo

Se estima que en 2013 el 74% de las mujeres embarazadas de América Latina y el Caribe se hicieron la prueba del VIH y que entre el 47 y el 95% se realizaron la prueba de la sífilis.²⁹⁹ El 93% [51 a 100%] de las que dieron positivo al VIH recibieron tratamiento antirretroviral (TAR) para su salud y para evitar la transmisión perinatal del VIH. La mayoría de los países no reportan todos los casos tratados de sífilis. Cuando a una mujer embarazada se le diagnostica VIH antes o durante la atención prenatal y recibe TAR para mejorar su estado de salud, aumentan sus oportunidades de disfrutar de una vida más larga y saludable y la reducción de su carga viral a medida que responde al tratamiento reduce el riesgo de que transmita el VIH al feto y al recién nacido, a su pareja sexual actual o futura y, en caso de que vuelva a quedarse embarazada, a sus hijos siguientes; administrar el TAR desde las fases iniciales del embarazo contribuye a reducir el número de niños nacidos con VIH.⁸⁴

La sífilis es una ITS crónica y a menudo latente con fases clínicamente reconocibles. Si no se trata, puede convertirse en una enfermedad neurológica y cardiovascular. Las mujeres embarazadas con sífilis (sífilis materna o gestacional) no tratada pueden transmitir la infección al feto en el útero o por contacto directo con una herida durante el parto; la sífilis congénita resultante es la forma de infección neonatal transmitida por vía perinatal más frecuente en el mundo. El 97% de todos los casos de sífilis congénita podrían evitarse si todas las mujeres embarazadas se hicieran la prueba de la sífilis y recibieran tratamiento con al menos una dosis de penicilina el mismo día del diagnóstico.³⁰⁰ Cuando no se trata, la sífilis puede tener resultados adversos muy graves para el embarazo, dependiendo del tiempo que haya transcurrido desde la transmisión y de la edad gestacional. La infección por sífilis durante el embarazo se asocia con resultados adversos mucho más serios que la infección anterior al embarazo, y con un riesgo de transmisión de hasta el 80%. Se estima que al menos el 25% de las mujeres con sífilis no tratada sufrirán un parto de mortinato o un aborto espontáneo y al menos el 25% resultará en una infección neonatal grave o en bajo peso al nacer, ambos factores asociados con un mayor riesgo de muerte perinatal. Los niños con sífilis congénita que sobreviven pueden desarrollar discapacidad intelectual, sordera y ceguera entre otras patologías. Además, algunos estudios sugieren que la sífilis materna se relaciona con un mayor riesgo de transmisión perinatal del VIH.⁸⁴

América Latina y el Caribe es la región con la mayor incidencia de sífilis y registra hasta el 25% de los dos millones de casos anuales de sífilis gestacional.³⁰¹ El nacimiento de miles de niños con VIH y sífilis congénita indican la falta de una atención prenatal adecuada, la escasez de suministros (pruebas y reactivos para el VIH y la sífilis, kits para las cesáreas) y de medicamentos (antirretrovirales, penicilina), la centralización de los servicios especializados y de laboratorio, como servicios obstétricos de alto riesgo y de VIH y la falta de coordinación (incluyendo la referencia y la contrarreferencia) en los servicios de atención obstétrica y de VIH.⁸⁴ Las barreras existentes en la atención en salud tienen como consecuencia que no se proporcionen pruebas del VIH y de la sífilis a las mujeres como parte de los procedimientos sistemáticos, que se produzcan retrasos a la hora de obtener los resultados de las pruebas, la existencia de brechas en la profilaxis de seguimiento y en el tratamiento y en la no realización de

un seguimiento a los niños expuestos al VIH o a la sífilis y a sus madres. Estas limitaciones se producen en un contexto de infraestructura limitada y de programas de salud no integrados que constituyen la norma para la mayoría de entornos de bajos y medios ingresos. La inestabilidad política, que provoca interrupciones en los servicios de salud, cambios frecuentes a la cabeza del ministerio de salud y la inexistencia de una atención universal para las mujeres y los niños contribuyen a que los programas de prevención de la transmisión perinatal del VIH tengan una cobertura limitada en muchos lugares.⁸⁴ También indica que la atención prenatal no se utiliza todo lo que se podría como punto de entrada para promover el diagnóstico temprano de la infección por VIH y sífilis en las mujeres embarazadas, lo que permitiría realizar intervenciones no solo para evitar la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis, sino también para iniciar el tratamiento de penicilina y el TAR, que se prolongará durante toda la vida de las mujeres que necesiten tratamiento. Además, los programas de prevención de la transmisión perinatal se han solido centrar en prevenir la transmisión del VIH al niño, sin prestar la debida atención al seguimiento de la mujer embarazada o puérpera.⁸⁴

Es posible que las mujeres no busquen atención o pruebas prenatales y que no mantengan el tratamiento debido a la necesidad de priorizar la atención a los niños o el trabajo pagado sobre la búsqueda de atención en salud. Incluso cuando las mujeres acceden al sistema de salud, es posible que la atención prenatal se preste mediante una serie de visitas largas y complejas que suponen una carga adicional para las mujeres embarazadas, quienes deben embarcarse en un proceso largo y costoso. Las mujeres que sí participan en programas de VIH pueden perderse para el sistema de salud, al igual que sus hijos, si dan a luz en casa o en un hospital diferente en el que el personal desconozca su estado de infección por el VIH o la sífilis, desaprovechando la oportunidad de proporcionar una profilaxis a tiempo al recién nacido.⁸⁴ En algunos casos, debido al desconocimiento de la gravedad del VIH o la sífilis, por temor a que se revele su condición, a causa del estigma relacionado con el VIH o por miedo de sufrir violencia doméstica o política, las mujeres embarazadas a las que se les diagnostica con VIH pueden preferir mantenerse alejadas de los establecimientos de salud, en especial si están situados en sus vecindarios, privándose así tanto ellas como sus hijos de recibir atención para el VIH. Incluso las mujeres que llevan a sus hijos a los establecimientos de salud pueden evitar mencionar su exposición al VIH o a la sífilis, en especial si el niño no muestra síntomas que la madre pueda reconocer.⁸⁴

Pocos estudios recientes resaltan la relación entre las barreras a la hora de hacerse las pruebas del VIH y de la sífilis durante el embarazo y la pobreza, el bajo grado de escolaridad y la desigualdad de género. En Brasilia (Brasil) un estudio descriptivo retrospectivo sobre los casos registrados en el Sistema de Información sobre Enfermedades de Notificación Obligatoria reveló que, de los 133 casos encontrados de sífilis congénita, 116 mujeres habían recibido atención prenatal, a 70 se les había diagnosticado sífilis durante el embarazo y solo una mujer recibió un tratamiento adecuado. Aunque más de la mitad de las mujeres tuvieron acceso a los servicios médicos y recibieron un diagnóstico positivo, más del 90% de las parejas de las mujeres no recibieron

tratamiento adecuado, no recibieron tratamiento en absoluto o se ignoró la información, incrementando así el riesgo de transmisión perinatal como consecuencia de una nueva exposición de la mujer embarazada.³⁰² Un estudio cuantitativo realizado con datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia de 2005 encontró que las mujeres que tenían acceso al sistema subvencionado públicamente (que cubre a las personas identificadas como pobres en un índice de riqueza) tenían muchas menos probabilidades que las mujeres sin ningún tipo de seguro de que se les ofreciese, y de que se les realizase, una prueba de VIH durante la atención prenatal (proporción de probabilidades ajustadas de 0,820, $P < 0,001$), al controlar las otras variables independientes.¹⁶⁵ El hecho de que el personal de salud solicitase una prueba del VIH para las mujeres embarazadas dependió en gran medida de la riqueza, la residencia en zonas urbanas, el año de nacimiento del niño y el tipo de proveedor de salud consultado durante la visita de atención prenatal. Aunque el personal de salud tenía instrucciones de ofrecer una prueba de VIH a todas las mujeres embarazadas con independencia del tipo de seguro médico del que dispusiesen, algunas empresas de seguros de salud que afiliaron a los grupos de población del régimen subvencionado exigían una autorización por escrito antes de que se pudiese realizar la prueba del VIH. En esos casos, la mujer embarazada tenía que solicitar

personalmente la autorización del asegurador de salud, lo que en ocasiones requería viajar a diferentes localidades y dificultaba el acceso a la prueba a causa del incremento de los costes de transporte y del tiempo dedicado a la atención prenatal. En contraste, las mujeres embarazadas que carecían de seguro y recibían atención en salud en establecimientos públicos no necesitaban autorización escrita.¹⁶⁵

Resumen

La atención prenatal inaccesible o inadecuada limita el acceso de las mujeres a las pruebas de detección del VIH o de la sífilis durante el embarazo. Además de tener que enfrentarse a problemas estructurales en los propios sistemas de salud materna, las mujeres con VIH o sífilis pueden también evitar los centros médicos de atención prenatal o no revelar su condición de enfermas. La inequidad en el acceso a las pruebas de detección y al tratamiento del VIH y la sífilis durante el embarazo afecta con más frecuencia a las mujeres con bajos niveles educativos y de grupos demográficos más pobres.



3. Salud neonatal

3.1 Mortalidad neonatal, bajo peso al nacer y acceso a cuidados perinatales

Se estima que en 2015 murieron en América Latina y el Caribe 102.000 recién nacidos de una edad no superior a los 27 días, lo que se traduce en una tasa de mortalidad neonatal (TMN) en la región de 9 muertes por 1.000 nacidos vivos, un descenso con respecto a las 255.000 muertes neonatales o la TMN de 22 registradas en 1990.^{303,304} Tal y como se muestra en el Gráfico 13, Haití, Guyana, la República Dominicana y Bolivia tienen las TMN más elevadas.

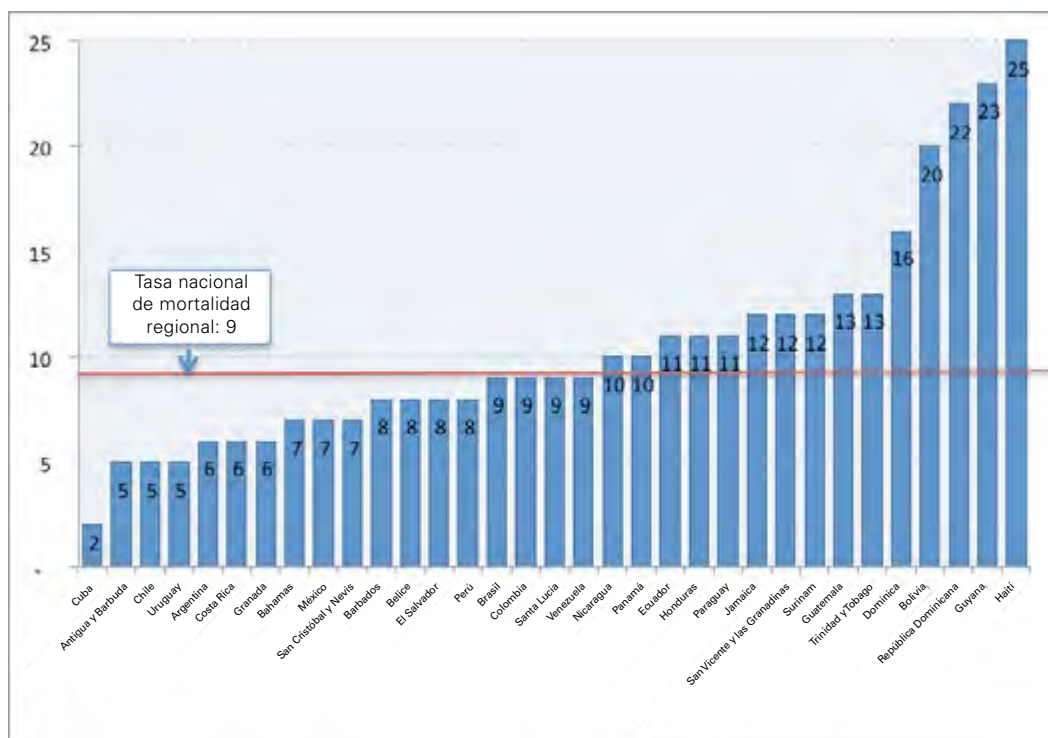
En el mundo, la mortalidad neonatal también se ha reducido a lo largo del tiempo³⁰⁵, pero como la supervivencia de los niños de 28 o más días sigue mejorando a un ritmo más rápido que la de los neonatos, la proporción de muertes de los niños menores de cinco años que se producen durante los primeros 27 días de vida se ha ido incrementando de forma constante y se espera que continúe haciéndolo.³⁰⁶⁻³⁰⁸ En América Latina y el Caribe, las muertes neonatales supusieron el 52% del número total de muertes en los niños menores de cinco años en 2015, una subida con respecto al 41% de 1990.^{303,304} Según datos de 2015, en América Latina, al igual que en el resto del mundo, las complicaciones relacionadas con los nacimientos prematuros fueron la causa principal de las muertes neonatales, seguidas por las anomalías congénitas, las complicaciones durante el parto y la septicemia.³⁰⁴

A pesar de los avances realizados en la identificación de los procesos y causas fundamentales de la mortinatalidad y de la

muerte neonatal, los esfuerzos para prevenir estas muertes han sido inferiores a los realizados para prevenir la muerte materna y postneonatal de los niños menores de cinco años.³⁰⁹ Las prioridades clave para la supervivencia, la salud y el desarrollo de los recién nacidos incluyen mejorar la cobertura, la calidad y la equidad de la atención durante el parto,³¹⁰ en especial con la presencia de personal calificado y equipado en todos los partos y la atención hospitalaria en caso de emergencia; las intervenciones durante el periodo prenatal, el nacimiento y la primera semana de vida; y la atención en salud para los recién nacidos pequeños y enfermos, en especial con las intervenciones de alto impacto como el apoyo a la lactancia materna y el método madre canguro.³¹¹ Las prioridades de mayor impacto para las intervenciones deberían centrarse en los desórdenes neonatales y en las enfermedades infecciosas; las intervenciones específicas, como la reanimación neonatal y los corticoides prenatales para los partos prematuros, deben implementarse con énfasis en la calidad de la atención durante el parto, de modo que se mejore la supervivencia neonatal.³⁰⁸

La mortalidad perinatal se refiere a la suma de partos de mortinatos y de muertes neonatales tempranas (muertes que ocurren durante la primera semana de vida). En América Latina y el Caribe, la tasa de mortalidad perinatal (TMP) se estimó en 21 por 1.000 nacidos vivos en 2008.³¹²

Gráfico 13. Tasa de mortalidad neonatal (muertes por 1.000 nacidos vivos) en países de América Latina y el Caribe, 2015.



Fuente: Análisis basado en UNICEF, Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2015. Nueva York: UNICEF, 2015.³⁰⁴ y UNICEF, Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimaciones desarrolladas por el Grupo Interinstitucional de Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME). Nueva York: UNICEF, 2015.³⁰³

Cuadro 5. Brechas en la mortalidad perinatal (Gráfico 14)

- En los ocho países con datos desagregados, la TMP es más alta en las mujeres bolivianas sin escolaridad (72 muertes por 1.000 nacidos vivos).

Riqueza:

- La TMP suele descender a medida que aumenta la riqueza.

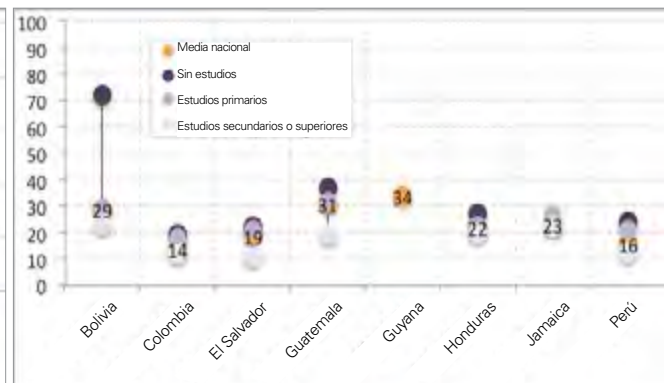
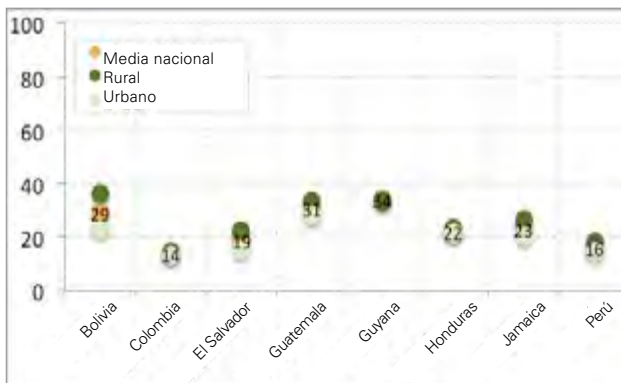
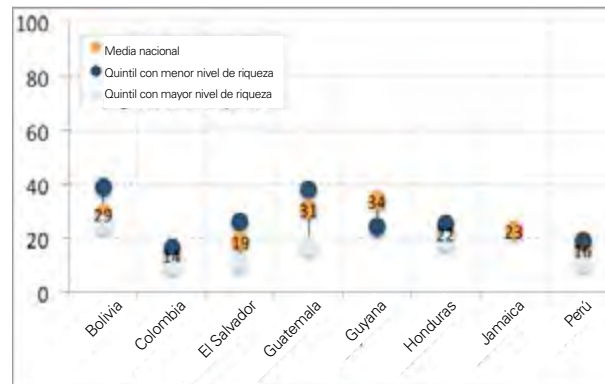
Lugar de residencia:

- Las diferencias en la TMP por zona de residencia son pequeñas excepto en Bolivia, donde la brecha es de 13 puntos porcentuales.

Educación:

- La TMP es tres veces más alta en las mujeres sin escolaridad que en las que tienen estudios secundarios o superiores en Bolivia, y dos veces más alta en El Salvador, Guatemala y Perú.

Gráfico 14. Brechas en la tasa de mortalidad perinatal durante los cinco años anteriores al estudio, definida como la suma de partos de mortinatos y de muertes neonatales tempranas por 1.000 embarazos en los países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y grado de escolaridad de la madre, encuestas de hogar 2008-2012.



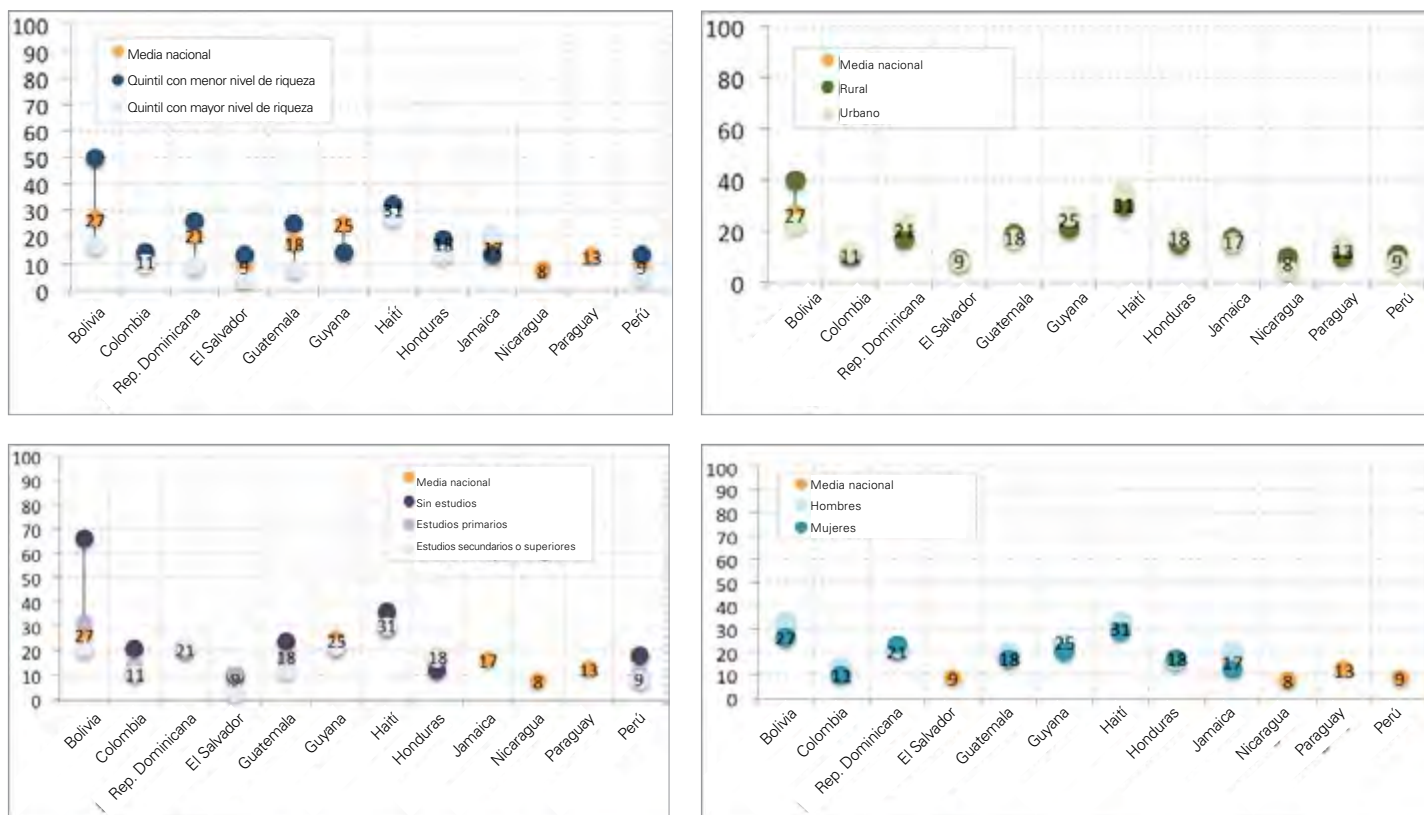
Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud y Encuestas de Salud Reproductiva, 2008-2012.¹

Cuadro 6. Brechas en la mortalidad neonatal (Gráfico 15)

- En los 12 países con datos desagregados, la mayor TMN se produce en las mujeres bolivianas sin estudios (66 muertes por 1.000 nacidos vivos) y del quintil más pobre (50 muertes por 1.000 nacidos vivos).
- Las diferencias en grado de escolaridad y de riqueza representan las mayores brechas en la TMN, en especial en Bolivia, donde la TMN es tres veces más alta en los más pobres que en los más ricos, y en los recién nacidos de madres sin estudios que en aquellos cuyas madres tienen estudios secundarios o superiores.
- La TMN es tres veces mayor en los recién nacidos de los sectores de población más pobres que en los de los más ricos en la República Dominicana (26 por 1.000 nacidos vivos), El Salvador (13) y Guatemala (25).

- Excepto en Bolivia, donde la TMN es 40 en las zonas rurales y 23 en las urbanas, las diferencias por lugar de residencia son pequeñas; en algunos países, la TMN es más elevada en las zonas rurales, mientras que en otros es más alta en zonas urbanas.
- Además de Bolivia, otros países con altas diferencias relativas entre niveles educativos incluyen El Salvador (donde la TMN es tres veces mayor en los recién nacidos cuyas madres no tienen escolaridad con respecto a las que tienen estudios secundarios o superiores) y Perú, Guatemala y Colombia, donde es dos veces superior.
- La TMN es mayor en los niños que en las niñas, aunque la diferencia es pequeña.

Gráfico 15. Brechas en la tasa de mortalidad neonatal (muertes neonatales por 1.000 nacidos vivos) en los países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel educativo de la madre, encuestas de hogar 2007-2012.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud y Encuestas de Salud Reproductiva, 2008-2013.¹

Hay una considerable y persistente inequidad en la mortalidad neonatal en los países de América Latina y el Caribe, así como entre ellos. A pesar de un considerable descenso de la mortalidad infantil entre 1955 y 1995, los niveles de desigualdad en la mortalidad infantil entre los países se mantuvieron casi constantes en la región.³¹³ Los sectores de población marginalizados (como los residentes de zonas urbanas o rurales que viven en situación de pobreza y las personas indígenas o afrodescendientes) tienen menos acceso a oportunidades educativas básicas, infraestructuras y servicios básicos de salud. Como estos grupos de población se solapan, las inequidades se intensifican.³¹⁴ Un estudio de 2014 que analizó las muertes neonatales en cohortes de nacimientos vivos en Brasil entre febrero de 2011 y octubre de 2012 encontró que mejorar la calidad de la atención en salud, en especial durante el parto, constituía el mayor reto de política pública para reducir la mortalidad y las desigualdades en Brasil. Las TMN más elevadas se registraron en las regiones norte y nordeste del país y en los sectores de población más pobre.³¹⁵ En el municipio nicaragüense de León, las encuestas reproductivas vinculadas de ámbito comunitario realizadas entre 1993 y 2002 ayudaron a comprender la mortalidad neonatal y en la niñez en la comunidad. Mientras que la tasa de mortalidad en la niñez en la comunidad experimentó décadas de rápido descenso primero y de reducción más gradual a continuación, la mortalidad neonatal aumentó hacia el final del período, a pesar de la buena cobertura en atención calificada para el parto existente entre 1994 y 2005. La otrora reducida brecha en supervivencia neonatal entre hijos de madres de distintos niveles educativos se amplió, lo que hizo que se planteasen cuestiones sobre la equidad en el acceso a los servicios perinatales y la calidad de la atención recibida.³¹⁶

A medida que la región de América Latina y el Caribe ha ido progresando hacia la reducción de las inequidades en salud materna, neonatal y de la niñez, se han requerido esfuerzos de todos los actores involucrados. En El Salvador, para hacer frente a los nacimientos prematuros, las anomalías congénitas y las infecciones durante el nacimiento en zonas vulnerables del país, el gobierno movilizó una Alianza Neonatal que ayudó a aumentar las intervenciones y a implicar y apoyar a los responsables políticos, al sector privado, a las organizaciones de la sociedad civil y a ciudadanos individuales.³¹⁷ En Chile se ha avanzado en la reducción de la mortalidad neonatal y la inequidad; datos del Ministerio de Sanidad chileno acerca de todos los embarazos registrados entre 1990 y 2004 muestran una reducción significativa de la mortalidad y la inequidad en el país.³¹⁸ Se redujeron las desigualdades en las estadísticas de mortalidad entre los quintiles más pobres y los más ricos, siendo el quintil más pobre el que mostró una mayor reducción de la mortalidad. Las tasas de mortalidad general descendieron, aunque las tasas de mortalidad y de mortalidad neonatal lo hicieron en menor medida que la mortalidad infantil y de la niñez. Los resultados positivos en salud se han relacionado con varias intervenciones y reformas dirigidas a mejorar la salud materna y de la niñez durante ese período, que también fue una época de desarrollo socioeconómico.³¹⁸

Desigualdades por grupo étnico en la mortalidad neonatal

Las desigualdades por grupo étnico que se reflejan en los sectores de población minoritarios, como la población indígena o afrodescendiente, existen mundialmente y a menudo se expresan en resultados en

salud inequitativos.³¹⁹ Un estudio de 2008 con datos de tres cohortes de nacimientos realizado en Pelotas (Brasil) mostró que entre 1982 y 2004, a pesar de que se redujo la mortalidad neonatal en su conjunto, ésta descendió un 47% en los recién nacidos de ascendencia predominantemente europea y solo un 11% en afrodescendientes. En 1993 y 2004, las diferencias en mortalidad neonatal se explicaron en parte por diferencias en el nivel de riqueza y por una inadecuada atención prenatal.³²⁰ En otro estudio con los mismos datos de la cohorte de 1993, los niños afrodescendientes (28% de los participantes), tuvieron peores resultados en salud que los niños de ascendencia predominantemente europea, incluyendo una mayor prevalencia de bajo peso al nacer, de prematuridad y de pequeña talla para la edad de gestación, así como una mayor mortalidad neonatal temprana e infantil; las diferencias en la calidad de la atención prenatal recibida fueron importantes para explicar estas diferencias.³²¹ Utilizando un modelo de descomposición para cuantificar las contribuciones de los efectos socioeconómicos, de salud, demográficos y geográficos sobre las desigualdades por grupo étnico en la prevalencia del bajo peso al nacer y de la prematuridad en Brasil, un estudio de 2013 mostró que la atención prenatal y la localidad geográfica eran generalmente los factores más importantes en las desigualdades de salud entre los niños afrodescendientes y los de ascendencia europea.³²²

En un estudio realizado sobre la población mapuche en Chile, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la pobreza y la mortalidad fetal y neonatal. Los datos recogidos entre 1996 y 2005 en la Araucanía, en Chile, indicaron que el mayor número de muertes perinatales se correspondía con mayores niveles de pobreza, que eran significativamente más altos en la población mapuche que en la no mapuche.³²³ En las regiones sur y sureste de Brasil, en la población guaraní la tasa de mortalidad postnatal en 2004 fue cuatro veces más alta que la tasa de mortalidad neonatal temprana, mientras que en los niños no indígenas se observó la tendencia opuesta; la tasa de mortalidad neonatal temprana fue 1,5 veces superior a la tasa de mortalidad postnatal.³¹⁹ La mayor parte de las muertes postnatales en los guaraní, que fueron causadas por infecciones respiratorias agudas y diarrea, ocurrieron en los hospitales y pueden haber estado relacionadas con una atención tardía o inadecuada en el hospital.

Desigualdades socioeconómicas en la supervivencia neonatal

La pobreza afecta tanto al contexto en el que nace un niño como a la calidad de la atención durante el nacimiento. Tanto el contexto como la calidad contribuyen a un riesgo diferencial de mortalidad infantil en momentos diferentes durante el primer año de vida, pero resulta muy difícil distinguir sus efectos sobre la mortalidad neonatal e infantil.³²⁴ Numerosos estudios han examinado la relación entre la posición socioeconómica y los resultados en salud neonatal e infantil durante las dos últimas décadas en Brasil, donde los resultados en salud han mejorado en décadas recientes. Un estudio de las desigualdades socioeconómicas y de salud en varios países, incluyendo Brasil, que analizó datos de entre 1990 y 2010, encontró que tanto la mortalidad infantil como las desigualdades de renta en la mortalidad infantil se redujeron de forma considerable.³²⁵ Algunos de los factores principales que contribuyeron a estas mejoras fueron la creación de un sistema de salud nacional unificado y centrado en la atención primaria, así como la incorporación de programas específicos para determinadas enfermedades, las mejoras en las condiciones sociales del país (crecimiento económico,

reducción en las desigualdades de renta, en la educación de las mujeres y en la fecundidad) y las intervenciones realizadas en otros sectores (transferencias monetarias condicionadas, agua y saneamiento).³²⁶

Algunos estudios han examinado la relación entre el nivel de estudios de la madre y la salud neonatal e infantil. Un estudio que recogió datos de todos los nacimientos vivos entre 1995 y 1999 en cinco zonas geográficas diferentes de Porto Alegre, en el sur de Brasil, mostró que la tasa de mortalidad infantil (TMI) se redujo con el tiempo, y que el mayor descenso lo experimentó la mortalidad postnatal. También se redujeron las desigualdades sociales en la TMI, al producirse bruscos descensos tanto en la mortalidad neonatal como postnatal en zonas con bajos niveles de escolarización materna.³²⁷ En el otro estudio, las desigualdades en la TMN en Río de Janeiro se analizaron en función del grado de escolaridad de la madre, utilizando datos del año 2000. En las madres que no sabían leer ni escribir, el 14% tuvo hijos con bajo peso al nacer y la TMN fue de 98 por 1.000 nacidos vivos, mientras que, de las mujeres con estudios superiores al segundo grado, el 9% tuvo hijos con bajo peso al nacer y la TMN fue de 9 por 1.000 nacidos vivos.³²⁸

Otro estudio en Embu (Brasil) examinó la relación entre empleo y resultados en salud entre 1996 y 1997.³²⁹ La situación de las familias con hijos que murieron en el primer año de vida (incluyendo ingresos, trabajo sin contrato formal y acceso a planes privados de salud) fueron estadísticamente diferentes que la de las familias con hijos que sobrevivieron. Estas afectaron al acceso a los servicios de salud y a su calidad, así como a la estabilidad familiar. Se asoció la mayor mortalidad con un menor acceso a la atención en salud, específicamente en las mujeres que tuvieron menos de seis consultas prenatales. De las madres cuyos hijos murieron en los períodos neonatal y postnatal, el 54 y el 48 por ciento, respectivamente, realizaron menos de seis consultas prenatales, frente al 33% de la población total del estudio.³²⁹

Las condiciones de vida, incluida la vivienda, también se han asociado con los resultados en salud en los primeros momentos de la vida. Los datos recogidos entre 2000 y 2006 en Salvador de Bahía (Brasil) demuestran la existencia de una relación entre peores condiciones de vida y mayor riesgo de mortalidad neonatal. Se encontró que las condiciones de vida muy bajas, bajas y medias estaban relacionaban con riesgos de un 53, 56 y 59 por ciento más elevados de mortalidad neonatal, respectivamente, que las altas condiciones de vida.³³⁰

Otros estudios en la región, incluyendo dos en Chile, han apoyado la existencia de una relación entre posición socioeconómica y resultados en salud. Los niños socioeconómicamente desfavorecidos tenían un mayor riesgo de morir por enfermedades infecciosas y traumas durante el primer mes de vida que los no desfavorecidos, según datos de entre 1990 y 2005; las mejoras en la TMI en el ámbito nacional se estancaron debido a los altos niveles de mortalidad en los hijos de madres sin estudios, a pesar del descenso observado en las madres con alto nivel educativo.³³¹ Datos recogidos en el año 2000 en la provincia de Santiago de Chile demostraron la existencia de una correlación positiva entre la mortalidad infantil y los sectores de población en situación de pobreza y desempleo: la comunidad más pobre de la provincia tenía una TMI 2,2 veces superior a la de la más rica, una diferencia de 6,6 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos.³³²

Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer se define como un peso en el momento del nacimiento inferior a 2.500 gramos o 5,5 libras.³³³ Es el resultado del nacimiento prematuro de un niño (definido como el nacimiento que se produce antes de la semana 37 de gestación) o de un reducido crecimiento fetal.³³³ Un niño nacido con un bajo peso tiene aproximadamente 20 veces más probabilidades de morir que un recién nacido con más peso. El bajo peso al nacer se asocia con problemas a lo largo de toda la vida, desde morbilidad y mortalidad fetal y neonatal u obstáculos al crecimiento y al desarrollo cognitivo, hasta enfermedades crónicas en momentos posteriores de la vida.

La incidencia del bajo peso al nacer está subestimada, ya que en 2011 más de la mitad de los recién nacidos del mundo no fueron pesados al nacer, lo que refleja una baja calidad de atención al recién nacido.³³

Aunque el bajo peso al nacer lleva mucho tiempo utilizándose como un importante indicador de salud pública, también es un importante indicador de salud individual. A menudo, los factores que afectan la duración de la gestación y al crecimiento fetal se relacionan con la salud de la mujer durante la concepción y el embarazo. Una mujer que viva en una situación socioeconómica desfavorecida tiene un mayor riesgo de dar a luz a un niño con bajo peso al nacer, y su mala salud antes y después del embarazo puede ser consecuencia de una desnutrición materna de larga duración, de un duro trabajo físico o de una atención prenatal de baja calidad.^{333,335}

Cuadro 7. Brechas en el registro del peso al nacer (Gráfico 16)

- En todos los países que disponen de datos desagregados, el porcentaje de recién nacidos con peso registrado es más alto en aquellos cuyas madres pertenecen al quintil más rico, viven en zonas urbanas y tienen estudios secundarios o superiores.
- Los países con menor cobertura son Haití (24%) y Bolivia (72%), donde las brechas son mayores, seguidas por Surinam (81%), Nicaragua (82%), Honduras (83%) y Guyana (84%).

Riqueza:

- En Haití, se pesa al nacer a los recién nacidos del quintil más rico hasta siete veces con más frecuencia que a los del quintil más pobre, y en Bolivia hasta dos veces más.

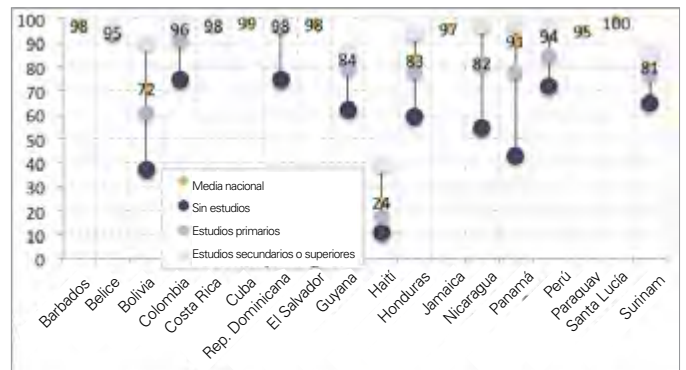
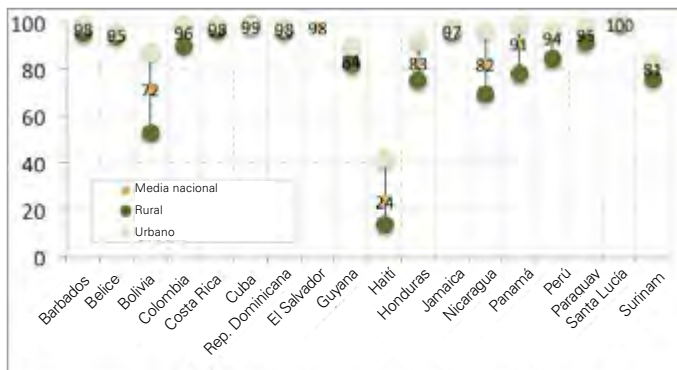
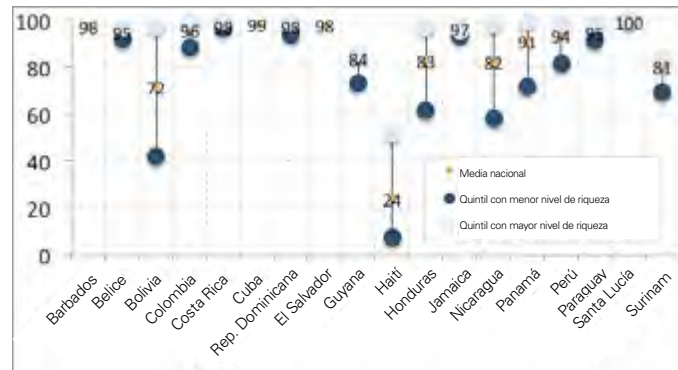
Lugar de residencia:

- En Haití, se pesa al nacer a los recién nacidos de zonas urbanas hasta 3 veces con más frecuencia que los de zonas rurales.

Educación:

- Se pesa al nacer a los recién nacidos cuyas madres tienen estudios secundarios o superiores hasta cuatro veces con más frecuencia que a los recién nacidos de madres sin estudios en Haití y hasta dos veces más en Bolivia y Panamá.

Gráfico 16. Brechas en el porcentaje de nacidos vivos más recientes en los últimos dos años pesados al nacer por número total de nacidos vivos más recientes en los últimos dos años en los países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y nivel educativo de la madre, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

Si se identifican los factores que determinan el bajo peso al nacer, podrán diseñarse intervenciones de salud pública más eficaces, que ayuden a evitar los problemas de salud neonatal y fetal y a corregir la falta de equidad entre los grupos de población que resulta del bajo peso al nacer.^{336,337}

Dos factores de salud materna que se han identificado como relevantes para el peso al nacer son la nutrición materna y el aumento de peso durante el embarazo. Un estudio de casos y controles en un hospital materno en La Habana (Cuba) realizado entre 2004 y 2006 mostró la existencia de una relación entre el bajo peso al nacer por una parte y la malnutrición materna al inicio de la gestación y un insuficiente aumento de peso durante el embarazo por otra; otros factores fueron un breve período intergenésico, tabaquismo, una edad de la madre inferior a los 20 años o superior a los 35, baja altura de la madre, bajo nivel educativo e historial materno de hijos con bajo peso al nacer.³³⁸ Otros estudios realizados en Perú y Cuba también han identificado la relación entre el bajo peso al nacer y la malnutrición y el aumento de peso de la madre.^{339,340}

Mientras que se ha mostrado la interacción de varios factores maternos en el bajo peso al nacer, se sigue debatiendo el papel de los factores socioeconómicos. Utilizando la posesión de bienes y tener un trabajo como indicadores de posición socioeconómica, un estudio de casos y controles sobre bajo peso al nacer realizado en tres hospitales de Ciudad de México en 1996 encontró que la posición socioeconómica es el factor de riesgo más importante para el bajo peso al nacer y que es independiente de otros factores como las características reproductivas y nutricionales, tabaquismo, la morbilidad durante el embarazo y el acceso a los servicios de salud y de atención prenatal. El estudio, publicado en 2005, mostró que las mujeres de posición socioeconómica baja tenían un mayor riesgo de tener un hijo o una hija de bajo peso al nacer que las de posición socioeconómica media y alta.³³⁷ Sin embargo, un estudio realizado a mujeres en ocho hospitales del oeste de México en 2001 determinó que los factores socioeconómicos no eran significativamente predictivos de un bajo peso al nacer. Haber recibido o no atención prenatal, fumar durante el embarazo y el aumento de peso resultaron todos altamente significativos para predecir las probabilidades de un bajo peso al nacer. Los factores socioeconómicos, sin embargo, sí que resultaron importantes a la hora de determinar la utilización de la atención prenatal.³³⁵

Se ha demostrado de forma repetida que las visitas de atención prenatal tienen una relación positiva con el peso al nacer, mientras que la inexistencia de visitas o su mala calidad se asocian con un bajo peso al nacer. Las conclusiones de un estudio de 2014 realizado en ocho países sudamericanos, en el que se examinaba la relación entre las visitas de atención prenatal y el crecimiento fetal determinado por el peso al nacer, sugirieron que los cálculos de la relación entre atención prenatal y crecimiento fetal son específicos a cada grupo de población y no pueden generalizarse a poblaciones distintas. Mientras que las visitas prenatales se asociaron de modo significativo y positivo con un peso adecuado al nacer y la ausencia de visitas con un bajo peso al nacer, la fortaleza de dichos vínculos variaba entre los distintos países.³⁴¹ Estudios específicos de país en Cuba, Colombia y Perú

ayudan a entenderlo mejor. Un estudio de caso elaborado entre 1997 y 2000 en el hospital provincial materno-infantil de Sancti Spiritus, en Cuba, mostró una relación significativa entre el bajo peso al nacer y una patología materna (como anemia o infección del tracto urinario), un bajo aumento de peso durante el embarazo, fumar durante el embarazo, un historial de hijos anteriores con bajo peso al nacer y una inadecuada programación de las visitas de seguimiento de atención prenatal.³⁴⁰ Los factores asociados con el bajo peso al nacer en la unidad de atención y protección materno-infantil de un hospital universitario en Medellín (Colombia) fueron una atención prenatal inadecuada, fumar durante el embarazo y cualquier tipo de patología materna presente durante el período de gestación, según un estudio transversal retrospectivo de 2006.³³⁶ La incidencia del bajo peso al nacer en los hospitales públicos del Perú, tal y como se demostró en un estudio de casos y controles de 2007, también se relacionó con visitas prenatales de baja calidad o inexistentes, así como con malnutrición y otras morbilidades de la madre. Otros factores de riesgo relevantes identificados fueron el bajo nivel educativo de la madre y la residencia en una zona montañosa o selvática.³³⁹

También se han encontrado desigualdades entre grupos étnicos. Un estudio de 2003 en Ecuador comparó los resultados de crecimiento de los recién nacidos de mujeres indígenas y afrodescendientes con aquellos nacidos de mujeres mestizas. Aunque no se encontró ningún exceso de riesgo de bajo peso al nacer o de retraso en el crecimiento lineal en los recién nacidos de grupos étnicos minoritarios en comparación con los mestizos, los primeros pesaron significativamente más al nacer que los mestizos (una media del 3 al 5 por ciento más). Las mujeres afroecuatorianas dieron a luz niños más pesados y más gordos que las mujeres mestizas, aunque las causas deben ser examinadas con más atención.³⁴² Aunque en Ecuador existen diferencias de peso entre los recién nacidos indígenas y afroecuatorianos por una parte y los recién nacidos mestizos por otra, en Chile, tras examinar los registros del nacimiento entre 2000 y 2004, no se apreciaron diferencias significativas en el peso y la altura al nacer entre los recién nacidos indígenas mapuche y los no indígenas. A pesar de las desigualdades socioeconómicas y de salud documentadas, un programa de control prenatal bien desarrollado contribuyó a reducir en gran medida el impacto de las desigualdades sociales sobre la salud reproductiva entre los niños indígenas y los no indígenas.³⁴³ En un estudio de cohortes sobre la natalidad en Brasil, los neonatos afrodescendientes mostraron un estado de salud mucho peor que los de ascendencia europea, incluyendo una mayor prevalencia de bajo peso al nacer, de niños prematuros y pequeños para la edad de gestación y unas tasas de mortalidad neonatal temprana e infantil más elevadas. Las variables socioeconómicas jugaron un papel importante a la hora de determinar las desigualdades existentes entre estos grupos étnicos.³²⁰

Por último, hace tiempo que se estudia la relación entre altitud y peso al nacer, y los datos han indicado repetidamente que los niños nacidos a mayores altitudes (más de 2.000 metros) tienen hasta dos veces más riesgo de nacer con bajo peso que los nacidos al nivel del mar. Sin embargo, las diferencias demográficas entre las poblaciones que residen a alta y baja altitud sugieren que otros factores bien documentados que intervienen en el bajo peso al nacer (como la

falta de atención prenatal, la hipertensión materna y la condición de fumadora de la madre) podrían interactuar con la altitud.³⁴⁴ Un estudio de 1982 a 1999 sobre una muestra de niños de La Paz (Bolivia) (3.600 metros) y Bogotá (Colombia) (2.600 metros) concluyó que la altitud era el principal factor del peso al nacer.³⁴⁴ Otro estudio sobre la relación entre la altitud y el peso al nacer usó datos de cuatro ciudades peruanas (Lima, a 150 metros, Huancayo, a 3.280, Cuzco, a 3.400 y Juliaca, a 3.800), recogidos entre 1995 y 2002. Tras controlar todos los factores socioeconómicos (incluyendo la edad materna, el estado marital, el número de partos previos y el nivel educativo) se encontró que el peso al nacer fue siempre más bajo en todas las ciudades situadas a mayor altitud que Lima. Estas diferencias se apreciaron a partir de la semana 36 de gestación y se cree que se relacionan con la oxigenación de la madre, que se mantuvo mejor durante el embarazo en aquellas que habían vivido a altitudes elevadas durante al menos las tres últimas generaciones, lo que resultaba en pesos más altos al nacer.³⁴⁵ Al igual que los estudios de Bolivia, Colombia y Perú, un estudio de 2010 formado por dos grandes muestras de niños nacidos tanto a baja (entre 5 y 1.280 metros) como a elevada altitud (entre 1.854 y 3.600 metros) en seis países encontró una relación negativa entre la altitud y el peso al nacer. Este estudio, sin embargo, señaló que las características

socioeconómicas, demográficas, de salud y de atención en salud de la madre explicaban en buena medida los efectos negativos de la altitud en los resultados de los nacimientos. Excluir estas características relevantes puede llevar a sobrevalorar los efectos negativos de la altitud.³⁴⁶

Resumen

La mortalidad y la morbilidad neonatal en América Latina y el Caribe ayudan a comprender la naturaleza intergeneracional de las desigualdades sociales y económicas en toda la región. Las tasas de mortalidad neonatal y perinatal son más elevadas en las mujeres con menor nivel educativo y una baja posición socioeconómica se asocia con la mortalidad neonatal y con el bajo peso al nacer. La mortalidad neonatal es también más prevalente en las mujeres indígenas y afrodescendientes, debido a los altos niveles de pobreza, a una menor frecuencia de utilización de los servicios de atención prenatal y a la lejanía geográfica que afecta a los grupos étnicos minoritarios. En suma, las desventajas sociales y la marginalización experimentadas por las mujeres tienen un efecto directo sobre la salud de sus hijos, lo que crea un círculo de inequidad que afecta a las personas desde el día en que nacen.

© UNICEF/UNI137135/Dormino



3.2. La lactancia materna y sus alternativas

Las recomendaciones internacionales para la alimentación óptima de recién nacidos y niños muy pequeños incluyen iniciar la lactancia materna dentro de la primera hora de vida, la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y la lactancia continuada hasta la edad de dos años o más junto con alimentos apropiados para su edad desde los seis meses de edad.³⁴⁷ Se ha mostrado que el comienzo temprano de la lactancia materna beneficia tanto a la madre como al recién nacido. Al potenciar el sistema inmunitario del niño, el calostro (leche rica en nutrientes producida por la madre durante el embarazo y los primeros días tras el parto) reduce el riesgo de mortalidad neonatal. Esta práctica también promueve la producción temprana de leche, reduce el riesgo de hipotermia del recién nacido, reduce la probabilidad de sangrado uterino y refuerza los lazos de unión entre madre e hijo.³⁴⁷ En América Latina y el Caribe, el 49% de

los recién nacidos empiezan la lactancia dentro de la primera hora de vida.³⁴⁸ En la región, el inicio temprano de la lactancia es más prevalente en las mujeres de los quintiles más pobres (un patrón observado también en Oriente Medio y el norte de África, así como en el este de Asia y el Pacífico) y que es lo opuesto a la media mundial.³⁴⁸

En América Latina y el Caribe, el porcentaje de recién nacidos que han recibido lactancia materna no presenta grandes diferencias entre quintiles de riqueza, lugar de residencia, nivel educativo de la madre y sexo del niño. Al menos el 88% de los niños de todos los sectores socioeconómicos, el 92% de los niños de zonas rurales y el 88% de los de zonas urbanas reciben lactancia materna.³⁴⁸

Cuadro 8. Brechas en el inicio temprano de la lactancia materna (Gráficos 17 y 18)

Riqueza:

- El inicio temprano de la lactancia materna es más alto en las mujeres del quintil más pobre en todos los países con datos desagregados, excepto en Colombia.
- La menor prevalencia del comienzo temprano de la lactancia materna se encuentra en las mujeres más ricas de El Salvador (21%) y Brasil (27%).
- En El Salvador y Perú, las mujeres del quintil más pobre tienen una prevalencia de inicio temprano de la lactancia materna dos veces más alta que las del más rico: 71 frente a 35 por ciento en Perú y 42 frente a 21 por ciento en El Salvador.

Lugar de residencia:

- En la mayor parte de los países, el inicio temprano de la lactancia materna es más común en las mujeres rurales que en las urbanas.

Educación:

- En Bolivia, República Dominicana, Honduras, Panamá y Surinam, las mujeres sin estudios y aquellas con estudios primarios inician la lactancia antes que las mujeres con estudios secundarios o superiores.

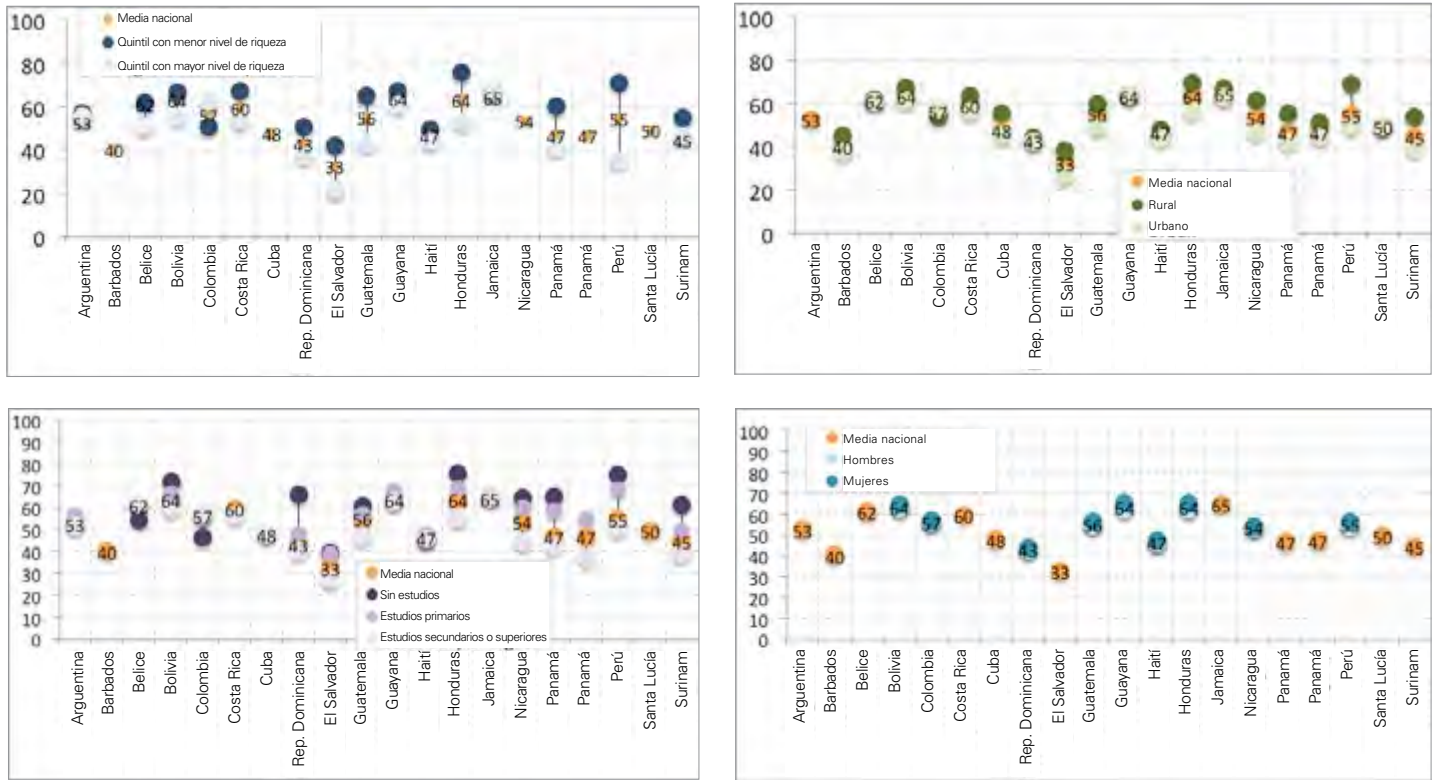
Sexo del niño:

- La prevalencia de la iniciación temprana de la lactancia materna es similar para niños y niñas.

Etnicidad:

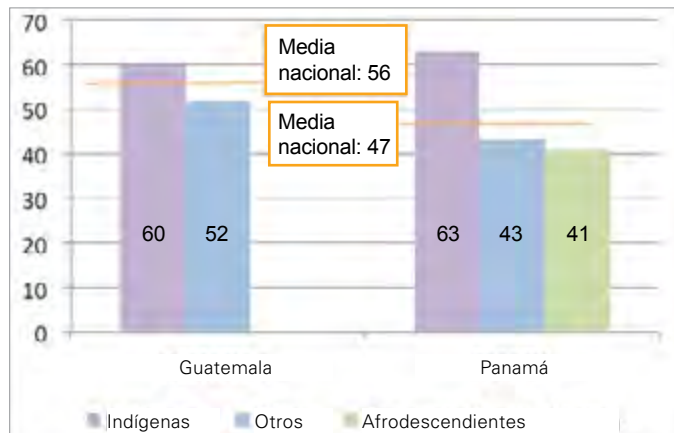
- Tanto en Guatemala como en Panamá, la prevalencia del inicio temprano de la lactancia materna es más alta en las poblaciones indígenas (60 y 63 por ciento respectivamente) que en otros grupos.
- En Panamá, el 41% de los niños afrodescendientes tienen un inicio temprano de la lactancia materna, 22 puntos porcentuales por debajo de la prevalencia de los niños indígenas y 2 puntos porcentuales por debajo de la prevalencia de los niños de otros grupos étnicos.

Gráfico 17. Brechas en el porcentaje de nacidos vivos más recientes en los dos años anteriores a la encuesta que empezaron la lactancia materna en la primera hora de vida en los países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y nivel educativo de la madre, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

Gráfico 18. Brechas en la iniciación temprana de la lactancia materna entre los grupos de población indígena, afrodescendiente y otros en Guatemala (2009) y Panamá (2013).



Fuente: Análisis basado en datos de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala (2009) y la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados de Panamá (2013).¹

Características socioeconómicas de la iniciación y duración de la lactancia materna

Las características socioeconómicas de la madre se han relacionado con las prácticas de lactancia materna. Algunas de dichas características incluyen el grado de escolaridad, la edad, trabajar fuera de casa, la situación socioeconómica, el uso de anticonceptivos orales y la residencia en zona rural o urbana.

Para entender las tendencias en la práctica de la lactancia materna, es importante señalar que la región de América Latina y el Caribe ha mejorado enormemente en materia de educación de la mujer. En un estudio de ocho países de la región entre 1986 y 2005, la proporción de mujeres sin estudios se redujo del 15 al 7 por ciento, al tiempo que aumentó la proporción de mujeres con educación secundaria o post-secundaria.³⁴⁹

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida beneficia enormemente a la madre y al niño. Los niños alimentados exclusivamente con leche materna tienen menos probabilidades de morir de diarrea y neumonía (dos de las causas principales de muerte en niños menores de cinco años) y tienen 14 veces menos probabilidades de morir por cualquier causa que los niños que no reciben lactancia materna.³⁴⁷ Estas recomendaciones también se aplican a las mujeres con VIH, aunque se aconseja que la madre reciba tratamiento con tratamiento antirretroviral para su propia salud y para evitar la transmisión del VIH a su hijo.³⁵⁰ En América Latina y el Caribe, el 35% de los menores de un año reciben lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.³⁴⁸

El grado de escolaridad de la madre es uno de los factores más importantes en el inicio y la duración de la lactancia materna. Un grado de escolaridad más alto se asocia con una menor probabilidad de iniciar la lactancia materna a cualquier edad del niño.^{349,351,352} En las primeras encuestas, la probabilidad de que la madre sin estudios amamantase a sus hijos era 2,7 veces superior que la de las madres con 12 o más años de estudios.³⁴⁹ Aunque esta relación negativa se observó en todos los países y años de las encuestas, la diferencia se redujo en las encuestas más recientes.³⁴⁹ Esto se reprodujo en un estudio de 2003 de los países de América Latina y el Caribe, donde se observó que, aunque las mayores mejoras en la duración de la lactancia materna se habían producido en las mujeres con más estudios, seguía existiendo una relación inversa entre el nivel de estudios y la duración de la lactancia materna.³⁵² En un estudio reciente en el sureste de Brasil se encontró una relación significativa entre un bajo nivel y educativo y el abandono de la lactancia materna exclusiva al cuarto mes.³⁵³ En Santiago de Chile, se asoció la lactancia exclusiva durante los seis primeros meses con variables socioeconómicas, en particular con los niveles más bajos de educación materna.³⁵⁴

En una pequeña comunidad maya que practica agricultura de subsistencia en México, las entrevistas con las madres revelaron que, a pesar de mantener prácticas de lactancia materna intensiva, en las madres más jóvenes han aparecido y se han hecho más comunes otros patrones de alimentación subóptimos. Las madres más jóvenes amamantan durante menos tiempo e introducen antes las fórmulas sustitutas de la lactancia materna y otros alimentos complementarios.³⁵⁵ Las consecuencias de la edad materna, sin embargo, no se limitan a las comunidades indígenas. Un estudio de siete países de América Latina y el Caribe entre 1986 y 2005 mostró tanto una tendencia general ascendente en la edad de las madres como la existencia de una relación directa con la lactancia materna: los hijos de madres de 35 años o más tenían entre 1,4 y 2,8 veces más probabilidades de recibir lactancia materna que los hijos de madres menores de 25 años.³⁴⁹ En un estudio sobre adolescentes mexicanas, la prevalencia de la lactancia exclusiva durante el primer mes fue del 66% y al final del período de seis meses, del 39%; solo el 39% había seguido un curso prenatal sobre lactancia materna.³⁵⁶ En Ribeirão Preto, en Brasil, el 84% de las madres adolescentes con hijos menores de 180 días declararon estar amamantando. De éstas, el 19% declaró utilizar la lactancia exclusiva, el 17% declaró estar amamantando predominantemente y el 16% ya había destetado a sus hijos.³⁵⁷ Aunque la mayoría de estas madres que iniciaron la lactancia exclusiva no trabajaban fuera del hogar y tenían solo un hijo, a menudo no siguieron las recomendaciones sobre lactancia materna

por inquietud por la salud del niño o por falta de apoyo de sus familias o de los equipos de salud.³⁵⁷

El trabajo materno fuera del hogar se ha asociado con una menor duración de la lactancia materna exclusiva en toda la región y en el resto del mundo. Ciertos factores socioeconómicos como la mayor edad materna, el trabajo de las madres fuera del hogar y una posición socioeconómica más alta se relacionaron con una menor probabilidad de lactancia materna exclusiva al quinto día en zonas semirurales de Morelos (México) en 2005.³⁵⁸ Un estudio de 2014 en el sureste de Brasil encontró una relación significativa entre la vuelta al trabajo y no ser propietaria de una casa propia con el abandono de la lactancia materna exclusiva en el cuarto mes.³⁵³ En el Chile rural, las “razones de trabajo” se mencionaron entre las razones principales de la lactancia exclusiva reducida, y las madres menores de 26 años mostraron una duración reducida de lactancia materna exclusiva.³⁵⁹ A pesar de la creciente promoción de los permisos de maternidad en ámbitos nacionales, en la práctica las políticas o estructuras institucionales pueden dejar a las mujeres sin apoyo. En Brasil, por ejemplo, el Congreso aprobó en 2010 una extensión del permiso de maternidad de 120 días a 180 a través de incentivos fiscales. Sin embargo, los datos muestran que dos años después solo el 10% de las empresas elegibles estaban participando. Muchas mujeres con un trabajo asalariado no se benefician de las bajas por maternidad porque los patronos no cumplen la ley o porque están contratadas de modo informal.³⁵³ El apoyo, la educación y la existencia de instalaciones adecuadas para extraer y almacenar la leche materna también son necesarias para que las mujeres que continúan trabajando o vuelven al trabajo puedan seguir amamantando.³⁵³

Los cambios producidos en la región son consecuencia de cambios en las prácticas y tamaño de los grupos socioeconómicos, y factores como la creciente urbanización y la educación y el empleo de la mujer tienen un escaso impacto negativo. Además, las mejoras en la duración de la lactancia materna en Bolivia, Brasil, Colombia y Perú son mayores en las mujeres que viven en zonas urbanas y que tienen un mayor nivel educativo y de utilización de atención prenatal, frente a las mujeres rurales y a las que tienen menor grado de escolaridad y de atención prenatal.³⁶⁰

Entre 1986 y 2004, la lactancia materna en Guatemala y Haití aumentó en mayor medida en los grupos más ricos, mientras que en Nicaragua lo hizo en mayor medida en los más pobres.³⁶¹ A pesar de que las prácticas de alimentación de los recién nacidos y niños muy pequeños han mejorado con el tiempo, en Perú, en 2011 la prevalencia de la lactancia materna exclusiva era más de dos veces mayor en los niños más pobres que en los más ricos.³⁴⁷ La prevalencia de la lactancia materna en los grupos indígenas, especialmente vulnerables a las inequidades en salud causadas por diferencias socioeconómicas, ha mostrado una preocupante tendencia a la baja. En México, entre 1999 y 2006, la duración media de la lactancia materna se mantuvo relativamente inalterada en 10 meses en el ámbito nacional, pero descendió de 21 meses a 13 meses en la población indígena. La misma tendencia se observó en la lactancia exclusiva: mientras que el porcentaje nacional de niños menores de seis meses alimentados exclusivamente con lactancia materna se mantuvo estable entre el 20 y el 22%, en la población indígena cayó del 46% en 1999 al 35% en 2006.³⁶²

El tipo de anticoncepción utilizada es otro factor que interviene en la duración de la lactancia materna, según un estudio de 2002 de Perú. Las

madres que usaban anticonceptivos orales amamantaban durante mucho menos tiempo que aquellas que utilizaban otros métodos, mientras que las madres que recurrían a la abstinencia periódica o al coito interrumpido amamantaban durante más tiempo que las que usaban otros métodos o que no usaban ninguno. El período más largo de duración de la lactancia materna, de 18 meses, se observó en las madres que cambiaban el método anticonceptivo por la abstinencia o la interrupción mientras amamantaban al mismo niño.³⁶³

Un estudio de 2003 realizado con datos de encuestas demográficas y de salud de 12 países de América Latina y el Caribe entre mediados de los años 80 y mediados de los años 90 reveló que la duración de la lactancia materna se había incrementado en la región cuando se había predicho lo contrario, dada la creciente urbanización de la región. Aunque la duración media de la lactancia materna fue mayor en las zonas rurales, las mejoras en su duración a lo largo del tiempo fueron mayores en las zonas urbanas que en las zonas rurales, lo que redujo las diferencias en la mayor parte de los países examinados.³⁶² La duración media de la lactancia materna fue también siempre mayor en las zonas rurales según un estudio de siete países de la región desde 1986 hasta 2005; sin embargo, a diferencia del estudio anterior, en los últimos años de este estudio se observó que la duración de la lactancia materna en las madres de zonas rurales se reforzó.³⁴⁹ A pesar de que algunos estudios siguen mostrando que las mujeres rurales amamantan durante un período de tiempo considerablemente más largo que las urbanas, como en un estudio de 2006 en Nicaragua,³⁶⁴ otros muestran el aumento de la lactancia materna en las zonas urbanas. Un estudio realizado en Perú entre 1986 y 2004 encontró que la duración de la lactancia materna en las mujeres de zonas rurales se redujo en medio mes, mientras que se incrementó en 10 meses en las mujeres de zonas urbanas.³⁶¹

Las características de la duración de la lactancia materna y las tendencias de la lactancia materna exclusiva son diferentes, y los factores que se han asociado históricamente con la primera ya no son significativos para explicar las tendencias de la segunda.

Características del niño en la iniciación y duración de la lactancia materna

Se ha mostrado que las características del niño, como el sexo, el peso al nacer y el estado nutricional, afectan tanto el inicio temprano de la lactancia materna como la duración de la lactancia exclusiva. En un estudio observacional y prospectivo de seis países, los niños de Argentina y Guatemala tenían muchas menos probabilidades de recibir lactancia materna temprana que las niñas. Aunque la razón de este comportamiento no estaba clara, se cree que las creencias culturales que rodean el nacimiento de niños podrían desaconsejar la lactancia materna inmediata.³⁶⁵ Además, en Guatemala, al igual que en otros países, los factores culturales pueden actuar como barreras que dificultan el inicio temprano de la lactancia materna, como los relacionados con la creencia de que el calostro es "sucio".³⁶⁵ En un estudio sobre madres atendidas en establecimientos de salud públicos y privados en Santiago de Chile, uno de los factores asociados con la lactancia exclusiva hasta la edad de seis meses era el hecho de que fuera una niña.³⁶⁴ Entre los factores asociados con la no iniciación de la lactancia materna temprana, el bajo peso del recién nacido fue uno de los factores encontrados en Guatemala y en otros cinco países del mundo.³⁶⁵ En Morelos (México), el estado nutricional del menor de un año y la prevalencia de la diarrea se relacionaron con la duración de la lactancia materna exclusiva.³⁵⁸

Experiencias perinatales e iniciación y duración de la lactancia materna.

Las experiencias que una mujer vive durante el parto y en el período que lo rodea juegan un papel importante en la iniciación de la lactancia materna, en su duración y en la frecuencia de las tomas. Los componentes de la experiencia del parto incluyen dónde se produce (en un hospital público o privado o en casa), si se encuentra o no presente el personal de salud calificado y el tipo de parto (vaginal o mediante cesárea). En las mujeres mayas de la zona rural de Campeche, en México, los partos vaginales en el hospital se asociaron con una iniciación temprana y una mayor duración de la lactancia materna que los partos por cesárea y los partos en casa; los partos por cesárea también se asociaron con una mayor alimentación con fórmulas sustitutas de la leche materna que los partos vaginales hospitalarios.³⁶⁵ Un estudio longitudinal en el sureste de Brasil también asoció las experiencias traumáticas durante el parto con el abandono de la lactancia materna exclusiva a los dos meses.³⁶³ En las mujeres indígenas mayas mam de las zonas altas occidentales de Guatemala, las prácticas culturales locales también afectan el inicio temprano de la lactancia materna. Las mujeres que dieron a luz en la casa de una partera tradicional y las que no creían en la transmisión del susto mediante la leche materna tenían más probabilidades de iniciar la lactancia materna en la primera hora desde el parto. En este estudio, la única práctica de alimentación infantil asociada positivamente con la lactancia materna exclusiva fue el inicio de la lactancia en la primera hora de vida.³⁶⁶

Tanto el acceso a la atención prenatal como la atención calificada durante el parto se asocian con prácticas de lactancia materna positivas. En siete países Latinoamericanos y del Caribe se encontró que, entre 1986 y 2005, recibir atención prenatal o atención calificada durante el parto incrementaba la lactancia materna, mientras que encuestas más recientes mostraban la existencia de una relación directa entre ambos factores y la lactancia materna.³⁴⁹ En Perú, las mujeres que recibían atención prenatal incrementaron la duración de la lactancia materna en seis meses entre 1986 y 2004, pero las mujeres que no recibieron atención prenatal solo la incrementaron en cuatro meses.³⁶¹

También se ha demostrado repetidamente que las experiencias vividas en torno al momento del nacimiento (como la introducción de alimentos prelácteos, el uso de calostro, la introducción de sustitutos de la leche materna, el retraso en el primer contacto madre-hijo y la educación sobre la lactancia materna) afectan las prácticas de lactancia materna. Un estudio realizado en siete países de la región mostró que el 23% de los recién nacidos recibieron alimentos prelácteos a base de leche en los tres primeros meses de vida, con una prevalencia del 55% en la República Dominicana.³⁶⁷ La alimentación preláctea (proporcionar alimentos distintos a la leche materna antes del comienzo de la lactancia materna) aumenta la mortalidad neonatal y el riesgo de que fracase la lactancia materna. Las mujeres de posición socioeconómica baja que tienen un parto por cesárea tienen un mayor riesgo de introducir los alimentos prelácteos a base de leche y por tanto pueden necesitar un apoyo adicional para evitarlo.³⁶⁷ En La Paz, Bolivia, el uso de los alimentos prelácteos y el no alimentar al recién nacido con calostro se asociaron con una menor duración de la lactancia materna exclusiva.³⁶⁸ Las mujeres rurales de Bolivia descartaron el calostro cuatro veces más que las mujeres de zonas urbanas. Mientras que la prevalencia de la lactancia materna exclusiva en los recién nacidos bolivianos cayó rápidamente durante los primeros meses de vida, no alimentar al recién nacido con

el calostro se asoció con una menor duración de la lactancia materna exclusiva.³⁶⁸ Ser alimentado con el calostro fue uno de los factores que se asoció con una mayor duración de la lactancia materna exclusiva en un estudio de 2005 en Morelos (México).³⁶⁸

Los obstáculos a la lactancia materna en los servicios de salud, el retraso en el contacto entre madre e hijo, la introducción de sustitutos de la leche materna y la falta de educación sobre la lactancia materna se han asociado con prácticas de lactancia materna negativas. En diferentes regiones incluidas en un estudio multirregional de seis países, los factores asociados con el fracaso del inicio temprano de la lactancia materna incluyeron el parto por cesárea, la reanimación con bolsa y mascarilla y el no haber colocado al recién nacido sobre el pecho de la madre tras el parto.³⁶⁵ Los factores asociados con la retirada de la lactancia materna en un estudio de madres e hijos en Córdoba (Argentina) incluyeron la introducción de sustitutos de la leche materna en los primeros treinta días tras el parto y un retraso en el contacto entre madre e hijo superior a los 90 minutos.³⁶⁹ El uso del biberón en el hospital por parte de las mujeres pobres de zona urbana en Colombia también se identificó como un factor importante en la duración de la lactancia exclusiva.³⁷⁰ Además de la introducción de sustitutos de la leche materna y del uso del biberón en el hospital, la falta de educación sobre la lactancia materna causa que las madres no estén preparadas para amamantar cuando les dan el alta. La prevalencia del abandono de la lactancia materna exclusiva en el cuarto mes después del parto revelado por un estudio en el sureste de Brasil se asoció con el no haber recibido asesoramiento sobre la lactancia materna en el período postparto.³⁵³ Las mujeres de cuatro comunidades con bajos ingresos en Tijuana (México) revelaron múltiples obstáculos a la lactancia materna en los establecimientos de salud, tal como “información errónea, falta de formación y supervisión, actitudes negativas, malentendidos

entre personal de salud y pacientes, prácticas médicas nocivas, como el reparto gratuito de sustitutos de la leche materna en los hospitales y la existencia de conflictos de interés entre los fabricantes de alimentación infantil y el personal de salud.”³⁷¹

A pesar de que las prácticas de lactancia materna están lejos de ser óptimas en la región y de sus beneficios reconocidos, el progreso se ve obstaculizado por una falta de datos exhaustivos sobre la cobertura de las intervenciones. Solo se disponen de datos sobre una pequeña porción de las intervenciones y estos muestran básicamente una baja cobertura.³⁷² La promoción de la lactancia materna es diferente de otras intervenciones de salud de la niñez ya que requiere menos infraestructura de salud y una mayor comprensión de las complejas ideas culturales existentes para poder implementarla con éxito.³⁷³ La lactancia materna es un acto social y para entender por qué las intervenciones fracasan o tienen éxito hay que comprender mejor las creencias, los valores y los roles sociales de las distintas culturas, así como las estructuras sociales. Se necesitan más datos sobre intervenciones eficaces en toda la región para hacer frente a las prácticas deficientes en lactancia materna.

Resumen

La duración y la exclusividad de la lactancia materna en América Latina y el Caribe varían debido a factores como la situación socioeconómica, la educación, la geografía y la cultura. En general, las mujeres de sectores demográficos más ricos tienen más probabilidades de empezar la lactancia materna más tarde y las mujeres con mayores niveles educativos tienen menos probabilidades de amamantar a sus hijos. Para mejorar las tendencias en lactancia materna en las mujeres de todos los sectores demográficos, deben producirse cambios fundamentales en las normas y prácticas sociales relativas a la lactancia materna.

© UNICEF El Salvador/2007-475/G. Bell



3.3. Registro del nacimiento y derecho a una identidad

El registro del nacimiento constituye el reconocimiento legal de la existencia de una persona y permite el derecho humano fundamental a tener un nombre y una nacionalidad. El registro y el certificado de nacimiento que lo acompaña permiten a una persona ejecutar sus derechos más fundamentales y beneficiarse de las ventajas de vivir en sociedad, como acceder a los sistemas educativos y de salud y

participar en los procesos políticos.^{375,376} En 2013, el 8% de los niños de entre 0 y 4 años en América Latina y el Caribe (aproximadamente cuatro millones de niños) no tienen el nacimiento registrado.³⁷⁷ A pesar de tener unos resultados de registro de nacimientos más favorables en comparación con otras regiones del mundo, se observa una gran heterogeneidad dentro de los países de la región y entre ellos.

Cuadro 9. Brechas en los registros del nacimiento (Gráficos 19 y 20)

Riqueza:

- La menor prevalencia de registros del nacimiento se observa en el quintil más pobre de la República Dominicana (65%) y de Haití (71%). Es también en esos dos países donde se aprecian las mayores diferencias entre los más pobres y los más ricos (33 puntos porcentuales en la República Dominicana y 21 puntos porcentuales en Haití).
- La inscripción en el registro de nacimientos es más alta en los más ricos en todos los países.

Lugar de residencia:

- En la mayor parte de los países, la inscripción en el registro de nacimientos es más baja en los niños de zonas rurales. Las brechas más amplias se observan en México (16 puntos porcentuales), Haití (8) y la República Dominicana (5).

Educación:

- Solo Argentina, Belice, Costa Rica, El Salvador, Panamá y Surinam disponen de datos completos en los registros del nacimiento sobre el escolaridad de la madre. Las diferencias en esos países son pequeñas, excepto en Panamá, donde el 82% de los niños con madres sin estudios ven registrado su nacimiento (15 puntos porcentuales por debajo de los hijos de madres con estudios secundarios o superiores).

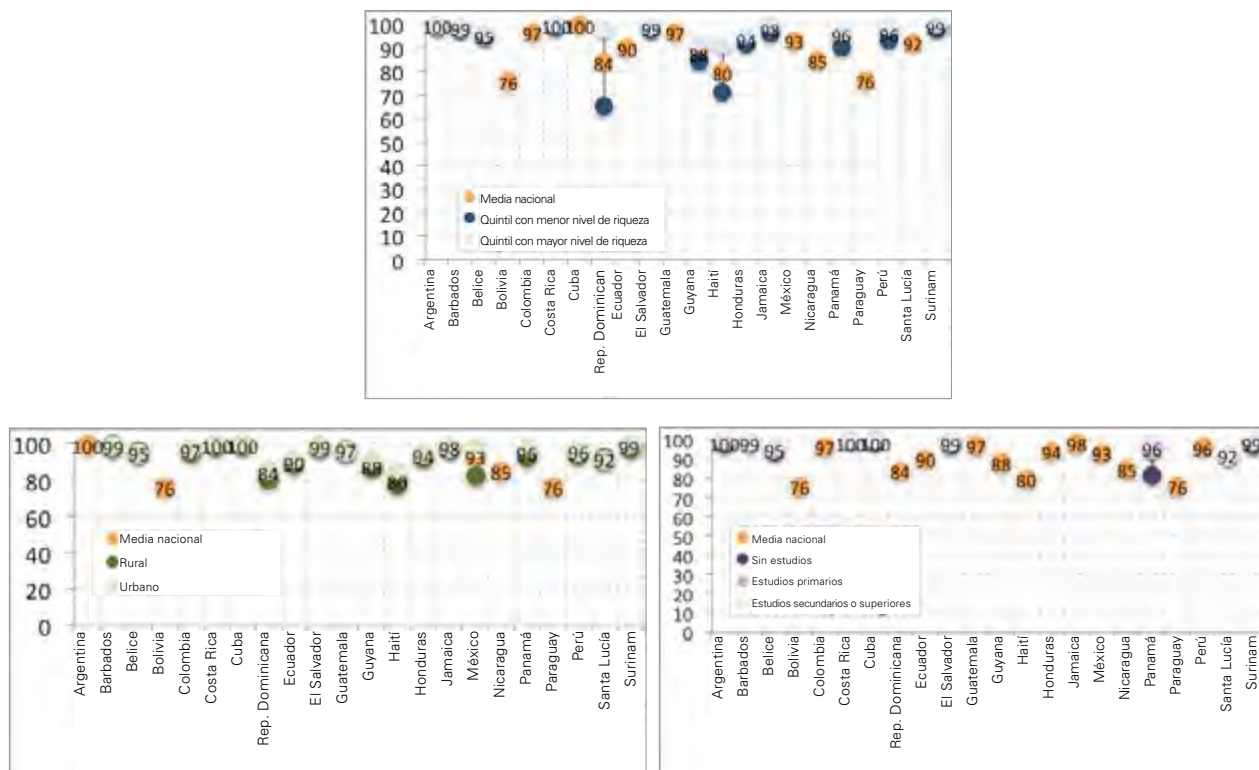
Sexo del niño:

- La inscripción en el registro de nacimientos es similar para niños y niñas.

Idioma hablado:

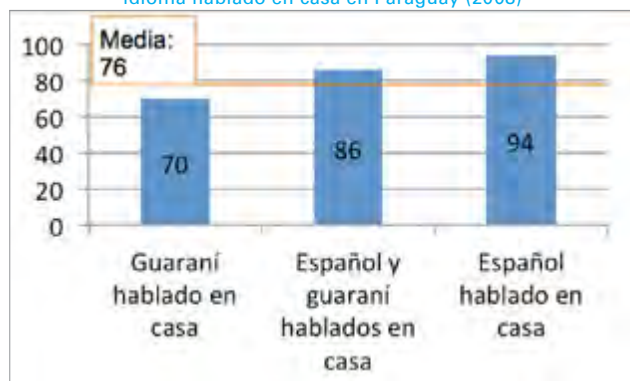
- En Paraguay, el 70% de los nacimientos de niños cuyas familias hablan guaraní en casa se registran (17 puntos porcentuales por debajo de los que hablan guaraní y español y 24 puntos porcentuales por debajo de los que hablan español).

Gráfico 19. Brechas en la prevalencia de los niños de entre 0 y 4 años cuyos nacimientos se han registrado en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel educativo de la madre, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

Gráfico 20. Brechas en el porcentaje de niños registrados al nacer por idioma hablado en casa en Paraguay (2008)



Fuente: Análisis basado en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva de Paraguay, 2008.¹

Los nacimientos registrados varían entre el 76% de los niños menores de cinco años en Bolivia y Paraguay y el 100% en Argentina, Costa Rica, Cuba y Uruguay.³⁷⁷ Existen inequidades entre países debido a barreras de acceso geográficas, económicas, sociales, culturales e institucionales, lo que crea diferencias significativas en la región.

Barreras al registro en la región

La accesibilidad geográfica, como la localización, el terreno y la distancia a la oficina de registro más cercana, constituye una barrera importante que dificulta el registro de los nacimientos, tanto en el ámbito regional como mundial.³⁵¹⁻³⁵³ La presencia institucional de una oficina de registro o de identificación tiene un impacto sobre la prevalencia del registro, con independencia de que se resida en una zona rural o urbana.³⁵⁴ Los países de la región y dentro de un mismo país pueden disponer de distintos tipos de centros para el registro. El registro de los nacimientos puede hacerse en el mismo hospital en el que la mujer da a luz, en una oficina notarial instalada en el establecimiento de salud o puede haber un centro específico para el registro civil fuera del hospital.³⁵⁵ En Bolivia y la República Dominicana se ha mostrado que la existencia de una distancia larga entre el hogar y los centros de registro constituye una barrera para el registro.^{349,353} Los resultados de un estudio de 2012 sugieren que “incrementar la distancia a la oficina de registro más cercana en 25 kilómetros se asocia con un aumento de 4 puntos porcentuales en la probabilidad de no registrar el nacimiento de un niño en Bolivia y de 12 puntos porcentuales en la República Dominicana”.³⁵³ Se mostró que este factor era tan o más importante que los niveles educativos de la madre y que la posibilidad de dar a luz en un hospital, que también afectan el registro de los nacimientos.³⁵³ A medida que aumenta la distancia al centro de registro también lo hacen los costes en oportunidad y dinero para la familia.³⁵² Las condiciones de pobreza se ven exacerbadas y el acceso al registro de nacimientos se hace más difícil cuando los servicios públicos no están distribuidos de forma equitativa.³⁵⁶

En toda la región se aprecian diferencias en la tasa de registro entre las zonas rurales y urbanas, tanto dentro de los países como entre ellos, ya que las zonas urbanas sufren menos problemas de accesibilidad geográfica.^{351,352,354,355} Mientras que las poblaciones rurales están más dispersas geográficamente, lo que a menudo lleva a un nivel muy alto de falta de registro,³⁵⁴ en muchos países el registro de los nacimientos es casi universal en la capital y otras grandes ciudades.^{349,351} En un estudio de seis países de la región realizado en 2006, se encontró que todos ellos mostraban diferencias en las tasas de registro entre las zonas urbanas y las

rurales.³⁵⁵ El estudio mostró sorprendentes diferencias regionales dentro de los países, en zonas caracterizadas por diversidad geográfica, educativa, económica y étnica.³⁵⁵

La región presenta tasas de registro relativamente altas en todos los niveles de riqueza; sin embargo, la riqueza del hogar sigue interviniendo en la ausencia de registro^{351,353,354} y las inequidades entre los sectores más ricos y los más pobres son persistentes.^{351,352,355} En conjunto, los niños más ricos tienen más del doble de probabilidades de estar registrados que los más pobres, según un informe de 2013 de UNICEF.^{351,357} Aunque la falta de registro de los niños en Perú y la República Dominicana está más relacionada con la pobreza que con la zona de residencia, la alta prevalencia de la pobreza en las zonas rurales requiere la puesta en marcha de programas de registro en las zonas rurales destinados a los niños indocumentados.³⁵⁴

Los estudios han mostrado que ciertas características de la madre se relacionan con la probabilidad de que se registre el nacimiento de un niño, como su grado de escolaridad, su edad, la utilización de los servicios de atención materna y su estado de documentación. El grado de escolaridad de la madre tiene un impacto significativo en la salud y el bienestar de su familia y en la probabilidad de que su hijo sea registrado al nacer.^{349,351-353} Una madre con un mayor grado de escolaridad tiene más probabilidades de saber cómo registrar a su hijo y de entender mejor las ventajas que le aportará.³⁵¹ En general, es más probable que las madres con educación secundaria registren a sus hijos.³⁵¹

La edad de la madre es otro factor importante, ya que los hijos de madres menores de 20 años tienen muchas menos probabilidades de tener el nacimiento registrado en Bolivia, Colombia, Perú y la República Dominicana.^{350,355} Esto puede deberse a perspectivas culturales sobre la maternidad precoz o porque las madres de más edad suelen tener relaciones más estables, un nivel educativo más alto y unos ingresos más estables.³⁵⁰

La utilización de los servicios de atención materna por parte de la madre también se relaciona con el registro de los nacimientos. Las madres que no reciben atención prenatal tienen una mayor probabilidad de no registrar el nacimiento de sus hijos,³⁵⁵ al igual que aquellas que no reciben atención calificada durante el parto.^{349,350,355,358} En la República Dominicana, los nacimientos se registran una media de 23 días más tarde cuando el parto se produce en el hogar que cuando se produce en una clínica o en un hospital.³⁵⁰

Hay una marcada tendencia hacia la transmisión intergeneracional de la falta de registro en la región.^{349,354} En Perú, los hijos de madres indocumentadas tienen más probabilidades de no tener el nacimiento registrado.³⁵⁴ Además, como en América Latina el parentesco suele expresarse usando los apellidos materno y paterno, algunas madres se niegan a registrar a sus hijos en el registro civil sin incluir el apellido del padre; si la madre no puede o no quiere usar el apellido del padre, la madre y el niño pueden verse discriminados por el estigma social.³⁵⁶ Las mujeres de Nicaragua que conviven con una pareja sin estar casadas solo pueden registrar a sus hijos temporalmente si el padre no ha firmado el registro de nacimiento.³⁷⁷ Aunque los casos son más limitados, los niños que viven solo con su padre tienen más probabilidades de ser registrados. En muchos países, incluyendo la

República Dominicana, los niños que viven solo con su padre tienen los niveles más altos de registro, incluso mayor que los niños que viven con sus dos progenitores.³⁵² Los niños que no viven con ninguno de sus progenitores tienen el mayor nivel de falta de registro.³⁵²

El registro del nacimiento es mucho menos frecuente en los niños indígenas y de otros grupos étnicos minoritarios que en los otros niños de la región.^{377,378} En la República Dominicana, los hijos de padres indocumentados y/o extranjeros (principalmente haitianos) tienen más posibilidades de no tener el nacimiento registrado^{375,379} o de ser registrados tardíamente; de media, los niños nacidos de madres haitianas son registrados 29 días más tarde que los nacidos de padres dominicanos. Esto puede deberse a que la madre carezca de los documentos legales (documento de identidad) necesarios para registrar a sus hijos.³⁷⁶

Un estudio realizado en 2009 en Bolivia, Ecuador y Guatemala mostró una fuerte correlación entre pobreza, residencia en zona rural, etnicidad y relaciones de género como barreras que dificultan el registro temprano de los nacimientos y de los documentos de identidad. Los datos revelaron que otras barreras eran el analfabetismo y las normas culturales relativas a los cuidados de las mujeres que dan a luz, que afectan especialmente a los hogares indígenas y afrodescendientes, a los más desfavorecidos y a los habitantes de zonas rurales; las personas indígenas y afrodescendientes mostraron un riesgo especialmente alto, ya que suelen concentrarse en zonas rurales y en ocasiones aisladas.³⁸⁰ Algunas culturas tradicionales de pueblos indígenas pueden retrasar el registro de los nacimientos hasta que los niños hayan alcanzado una cierta edad o completado un determinado ritual, como que les corten el pelo por primera vez.³⁷⁵ El idioma puede representar otra barrera para el registro. En un estudio realizado en 2012 en municipios de México con un índice de desarrollo humano muy bajo se encontró que la solicitud del certificado de nacimiento era solo del 32% y que era menos frecuente si la madre no hablaba español, si no tenía Seguro Popular o si la madre había sido asistida durante el parto por una partera tradicional.³⁸¹

Consecuencias de la falta de registro

Las consecuencias sociales, políticas y económicas de no registrar los nacimientos y de no tener una identidad legal se extienden durante toda la vida de una persona y son muy numerosas.^{377,379,380,382} La falta de registro y de certificado de nacimiento coartan la capacidad de la persona para ejercitar sus derechos más fundamentales y para acceder a bienes y servicios públicos y privados.^{379,380} Los niños sin certificado de nacimiento pueden ver denegado el acceso a la educación, a los servicios de salud, a las transferencias monetarias condicionadas y al pasaporte. También se exponen a un mayor peligro de sufrir explotación sexual y tráfico de personas y a la negación de otros derechos civiles como la adopción y la herencia, ya que necesitan esta documentación para probar su identidad.³⁸³ Además, el registro del nacimiento, en cuanto elemento fundamental para la aplicación de la legislación sobre la edad mínima, protege a los niños frente al trabajo durante la niñez, el matrimonio temprano, el reclutamiento temprano para las fuerzas armadas y frente a la posibilidad de ser juzgado como adulto en el sistema judicial.³⁷⁷

La educación, los servicios de salud y el crédito son tres de los elementos fundamentales en la lucha contra la pobreza, pero sin documentación, las personas pueden ver denegado su acceso a estos servicios.³⁷⁹ La existencia de una relación negativa entre la falta de registro y el acceso a la educación y a la obtención de un título académico se ha documentado en

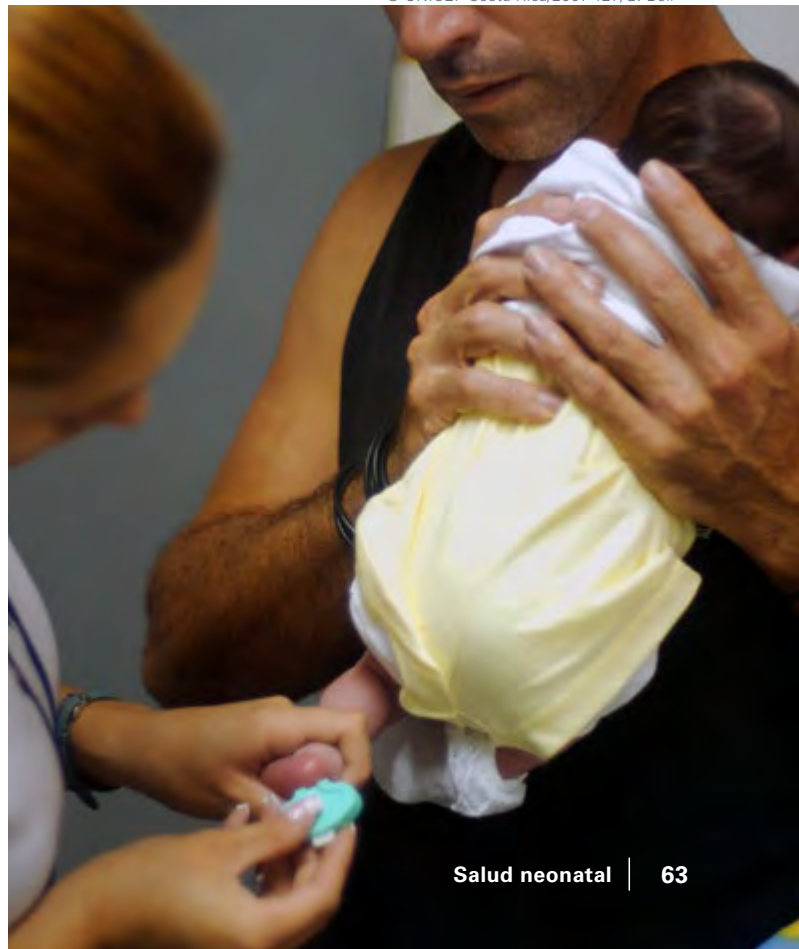
toda la región.^{375,383} Los niños sin certificado de nacimiento tienen entre un 5 y un 10 por ciento menos de probabilidades de matricularse en la escuela primaria (excepto en Perú) y entre un 10 y un 20 por ciento menos de hacerlo en la educación secundaria.³⁷⁵ Además, carecer de certificado de nacimiento se relaciona con un retraso en el avance académico global de aproximadamente medio año en comparación con los niños registrados.³⁷⁵ En la República Dominicana, la falta de certificado de nacimiento es un obstáculo mayor a la hora de graduarse en la escuela primaria y significa alcanzar un menor grado de escolaridad.³⁸³

Además de con un menor nivel de estudios, un estudio de 2013 también asoció la falta de registro de nacimiento con un menor nivel de vacunación en cinco países de América Latina y el Caribe (Bolivia, República Dominicana, Guatemala, Nicaragua y Perú).³⁷⁵ En México suele exigirse un certificado de nacimiento para acceder a la atención en salud no urgente y a los seguros de salud.³⁷⁷ Sin un certificado de nacimiento, los establecimientos de salud no pueden comprobar la identidad de un niño ni su relación real con la madre y, como consecuencia, pueden negarse a vacunar al niño.³⁷⁵ Algunos programas han sorteado este problema utilizando registros paralelos y tarjetas de registro de vacunas.³⁷⁵

Resumen

La región de América Latina y el Caribe presenta unos niveles de registro de nacimientos relativamente altos, que se incrementaron aproximadamente en un 10% entre 2000 y 2010. A pesar de este logro, los indicadores de cobertura varían entre subgrupos, indicando inequidades geográficas, étnicas, educativas y económicas que deben abordarse para garantizar que todos los niños sean registrados al nacer.³⁷⁷ Para estos esfuerzos es vital mejorar tanto la calidad como la cantidad de las actas del registro civil. El registro de nacimientos debe ser gratuito, universal, confidencial, estar disponible de forma continuada, formar parte del registro civil y ser rápido y fidedigno.³⁷⁷

© UNICEF Costa Rica/2007-127/G. Bell



3.4. Atención postnatal para las madres y los recién nacidos

La atención postnatal es fundamental para la salud tanto de la madre como del recién nacido. La mitad de las muertes neonatales y el 25% de las muertes maternas ocurren durante el parto, el parto y las 24 horas siguientes al parto; al llegar al final de la primera semana después del parto, las cifras aumentan hasta los dos tercios y el 60% respectivamente.³⁸⁴ Mediante las intervenciones realizadas durante la atención postnatal,

se pueden identificar posibles complicaciones y promover prácticas saludables. También se puede referir a la madre y al recién nacido a los servicios de anticoncepción y de pediatría.³⁸⁵ A pesar de su importancia, la atención postnatal no siempre recibe la atención que debería y existen grandes brechas entre las mujeres que reciben atención prenatal y las que reciben atención postnatal.

Cuadro 10. Brechas en la atención postnatal para los recién nacidos (Gráficos 21 y 22)

- El porcentaje de recién nacidos que reciben atención postnatal en los dos días siguientes al nacimiento muestra marcadas diferencias entre países. En Colombia es solo del 7%.

Riqueza:

- Los recién nacidos que reciben menos atención postnatal son los niños colombianos de todos los sectores de ingresos (en un porcentaje inferior al 8%) y los recién nacidos haitianos de los cuatro grupos de menores ingresos (en una proporción que varía entre el 9 y el 20%).
- Las mayores brechas se observan en Bolivia (46 puntos porcentuales), Haití (35), Honduras (24) y Panamá (24).

Lugar de residencia:

- La cobertura de la atención postnatal es menor en los recién nacidos de zonas rurales, con el menor porcentaje representado por los recién nacidos de las zonas rurales de Haití.
- Las mayores brechas entre las zonas rurales y urbanas se observan en Bolivia (26 puntos porcentuales), Paraguay (21), Panamá (18), República Dominicana (16), Haití (15) y Honduras (14).

Educación:

- En todos los países de la región la atención postnatal es menos frecuente en los recién nacidos de madres sin estudios, especialmente en Haití (9%).
- Las brechas entre los recién nacidos de madres sin estudios y los nacidos de madres con estudios secundarios o superiores llegan a ser de 51 puntos porcentuales en Panamá, 39 en Bolivia, 29 en Honduras, 22 en El Salvador y 20 en Perú.

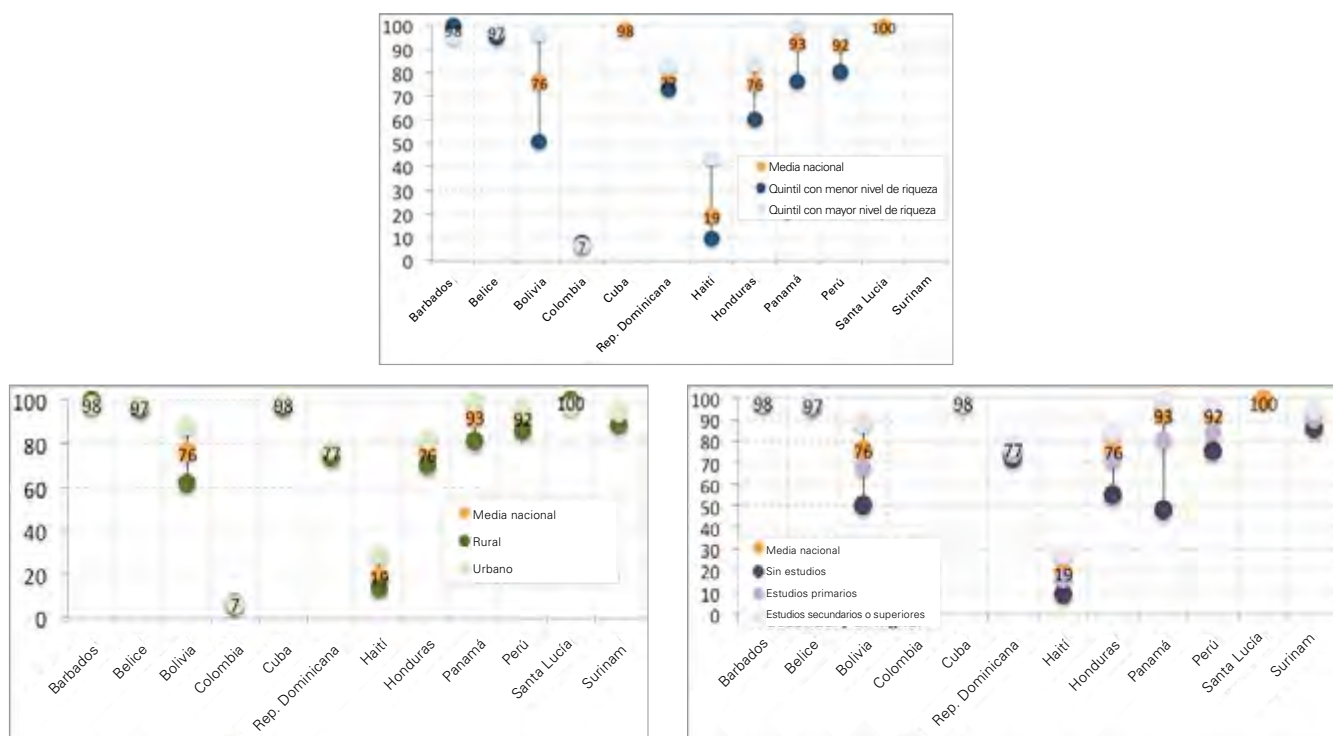
Sexo del niño:

- El calendario de atención postnatal es similar para niños y niñas en los cuatro países que disponen de datos.

Etnicidad:

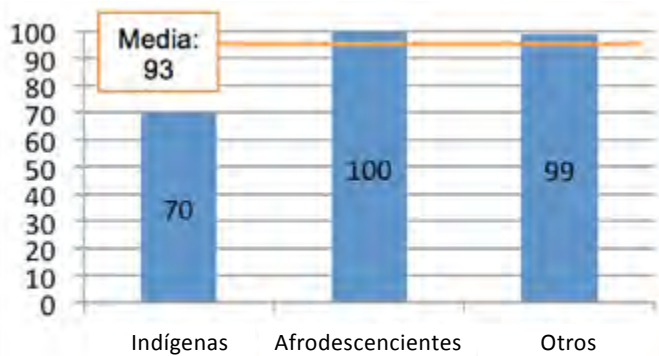
- En Panamá, el 100% de los recién nacidos afrodescendientes reciben atención en salud en los dos días siguientes al nacimiento, pero los niños indígenas se encuentran 30 puntos porcentuales por detrás, ya que solo un 70% de los recién nacidos indígenas reciben atención postnatal.

Gráfico 21. Brechas en el porcentaje del último hijo nacido en los dos años anteriores al estudio que realizaron su primera revisión postnatal dentro de los dos días siguientes al nacimiento en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel educativo de la madre, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

Gráfico 22. Diferencias en los porcentajes de recién nacidos que reciben atención postnatal en los dos primeros días tras el nacimiento por grupo étnico en Panamá, 2013.



Fuente: Análisis basado en la Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados de Panamá, 2013.¹

Búsqueda de atención en salud

En todo el mundo, las mujeres tienen más probabilidades de recibir atención postparto si forman parte de un hogar con un mayor nivel de riqueza y han recibido atención prenatal. Tener un nivel de estudios superior a la escuela primaria, residir en una zona urbana y tener acceso a los medios de comunicación son otros factores que se han relacionado estrechamente con el hecho de recibir atención postparto.³⁶⁰ Los estudios recientes que exploran la búsqueda de atención en salud en América Latina se han centrado en Brasil. Según un estudio de cohortes de nacimientos que comenzó en 2004, las mujeres que no recibieron cuidados postnatales tenían más probabilidades de ser pobres, afrodescendientes o de origen mixto, de tener un nivel educativo más bajo, de ser madres solteras, adolescentes, múltiparas (con

varios hijos), fumadoras o mujeres que dieron a luz por vía vaginal y sin atención calificada. Por el contrario, las mujeres que recibieron atención postnatal tuvieron más probabilidades de dar lactancia exclusiva a sus hijos, de usar métodos anticonceptivos y de no fumar en los tres meses siguientes al parto.³⁶¹ Los retrasos a la hora de buscar atención en salud se relacionaron con el recurso a curanderos tradicionales como fuente principal de atención, con el hecho de tratar a los niños en casa, con una probable falta de reconocimiento de la gravedad de una enfermedad y con obstáculos como el coste y la disponibilidad del transporte y del cuidado de los menores. Es menos probable que las madres lleven al médico a los niños más pequeños y desnutridos, lo que sugiere la posibilidad de que, tras sopesar las barreras de acceso a la atención en salud, solo se consideren dignos del esfuerzo necesario para intentar salvarlos a los niños de más edad y más “valiosos”.³⁶² A pesar de que en Brasil no hay que pagar ninguna tarifa por acceder al sistema público de salud ni abonar otros gastos directos, el recurso a la atención postnatal en las usuarias de los sistemas privados de salud fue casi universal (96%), mientras que el 28% de las usuarias del sistema público declararon no haber realizado visitas postnatales, lo que podría estar relacionado con otros costes o barreras.³⁶¹

Resumen

Aunque es un hecho conocido que existen desigualdades en el acceso a la atención en salud en toda la región, los retrasos en el acceso a los cuidados postnatales pueden tener consecuencias negativas para las madres y sus recién nacidos. Estudios realizados en Brasil revelan la existencia de factores sociales asociados con los retrasos en la atención y con la ausencia de visitas postnatales, pero es necesaria una mejor comprensión del proceso de búsqueda de atención postnatal y de las barreras existentes en toda la región.

© UNICEF/UNI139062/Markisz

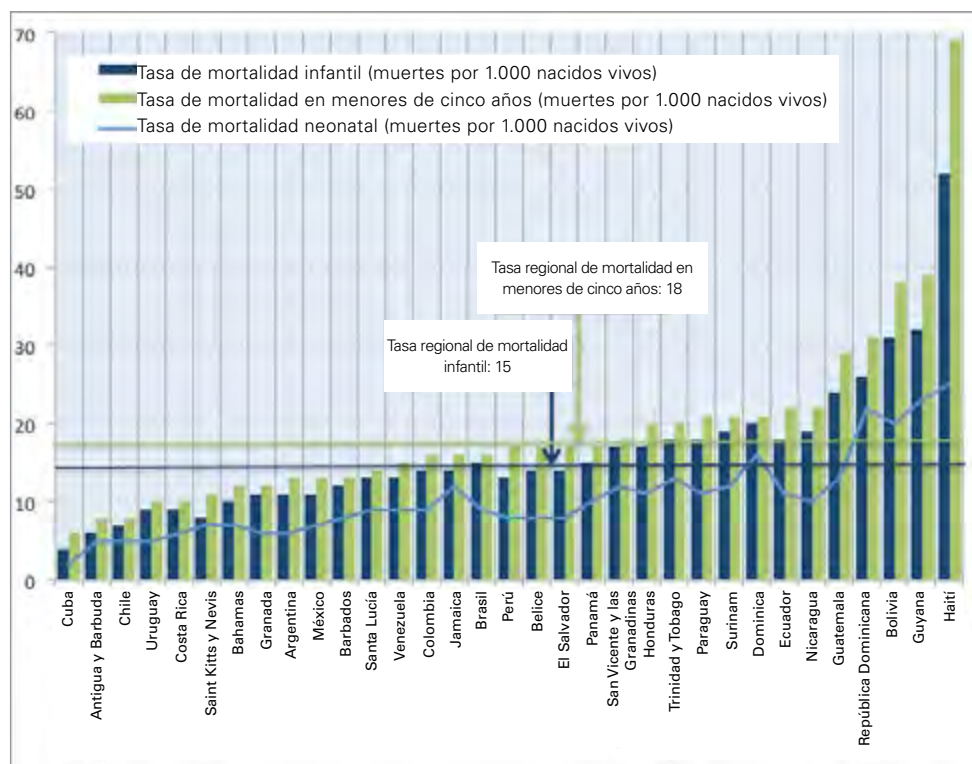


4. Salud de la niñez (0 a 9 años)

4.1. La mortalidad en la niñez

Se estima que 196.000 niños menores de cinco años murieron en 2015 en América Latina y el Caribe (TMM5 de 18 muertes por 1.000 nacidos vivos); de estos, el 85% (167.000 niños) eran menores de un año (TMI de 15 muertes por 1.000 nacidos vivos),^{303,304} tal y como se muestra en el Gráfico 23. Las niñas tienen mejores recursos biológicos que los niños para sobrevivir hasta los cinco años.³⁸⁶

Gráfico 23. Tasas de mortalidad infantil y de niños menores de cinco años comparada con la tasa de mortalidad neonatal en países de América Latina y el Caribe, 2015



Fuente: Análisis basado en UNICEF, Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2015. Nueva York: UNICEF, 2015.304 y UNICEF, Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimaciones desarrolladas por el Grupo Interinstitucional de Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME). Nueva York: UNICEF, 2015.³⁰³

Cuadro 11. Brechas en la mortalidad en la niñez (Gráficos 24 y 25)

Riqueza y educación:

- Las mayores brechas en la TMI y en la TMM5 se encuentran entre los quintiles de riqueza y entre los niveles educativos:
 - En los países con datos desagregados, la TMI más alta es la de los niños bolivianos hijos de madres sin escolaridad, los del quintil más pobre y los de zonas rurales, los niños dominicanos hijos de madres sin escolaridad y los niños haitianos hijos de madres sin escolaridad y del quintil más pobre.
 - En los países con datos desagregados, la TMM5 más alta se encuentra en los niños más pobres de Bolivia y Haití.
 - La diferencia en la TMI entre los hijos de madres sin escolaridad y los de madres con estudios secundarios o superiores es de hasta siete veces superior en El Salvador, tres en Bolivia, Guatemala, Colombia y la República Dominicana y dos en Perú.

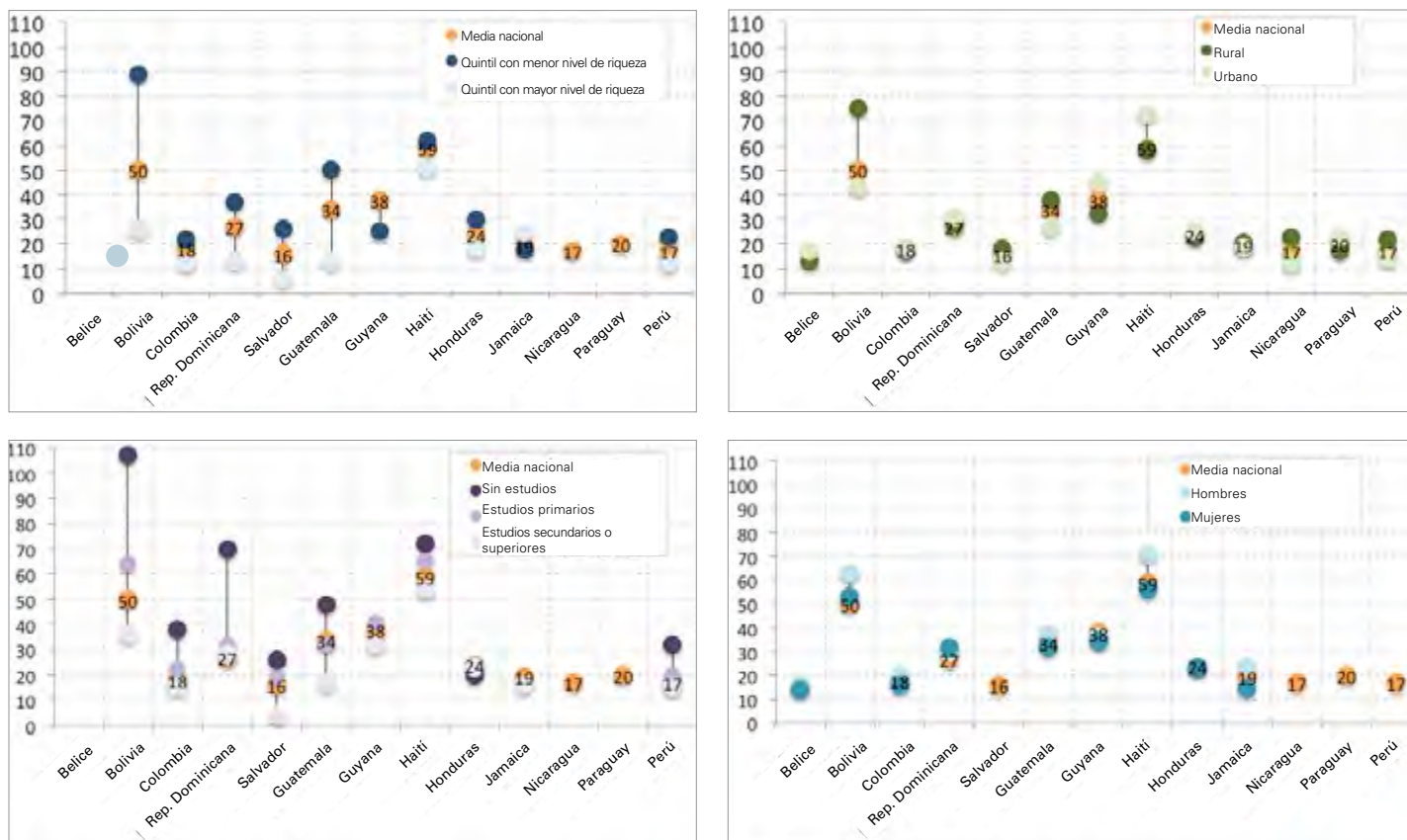
Lugar de residencia:

- Los indicadores de mortalidad no muestran un patrón claro por zona de residencia urbana o rural:
 - La TMI es más alta en los niños de zonas rurales de Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Perú, más alta en los niños de zonas urbanas de Haití, Guyana y Paraguay, y similar en las zonas rurales y urbanas de los otros países.
 - La TMM5 es similar en las zonas rurales y urbanas, excepto en Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Perú, donde es más alta en las zonas rurales, y en Guyana y Haití, donde es más alta en las zonas urbanas.

Sexo del niño:

- En la mayor parte de los países, la TMI y la TMM5 son más altas en los niños que en las niñas.

Gráfico 24. Brechas en la tasa de mortalidad infantil (muertes en niños menores de un año por 1.000 nacidos vivos) en países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2012.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

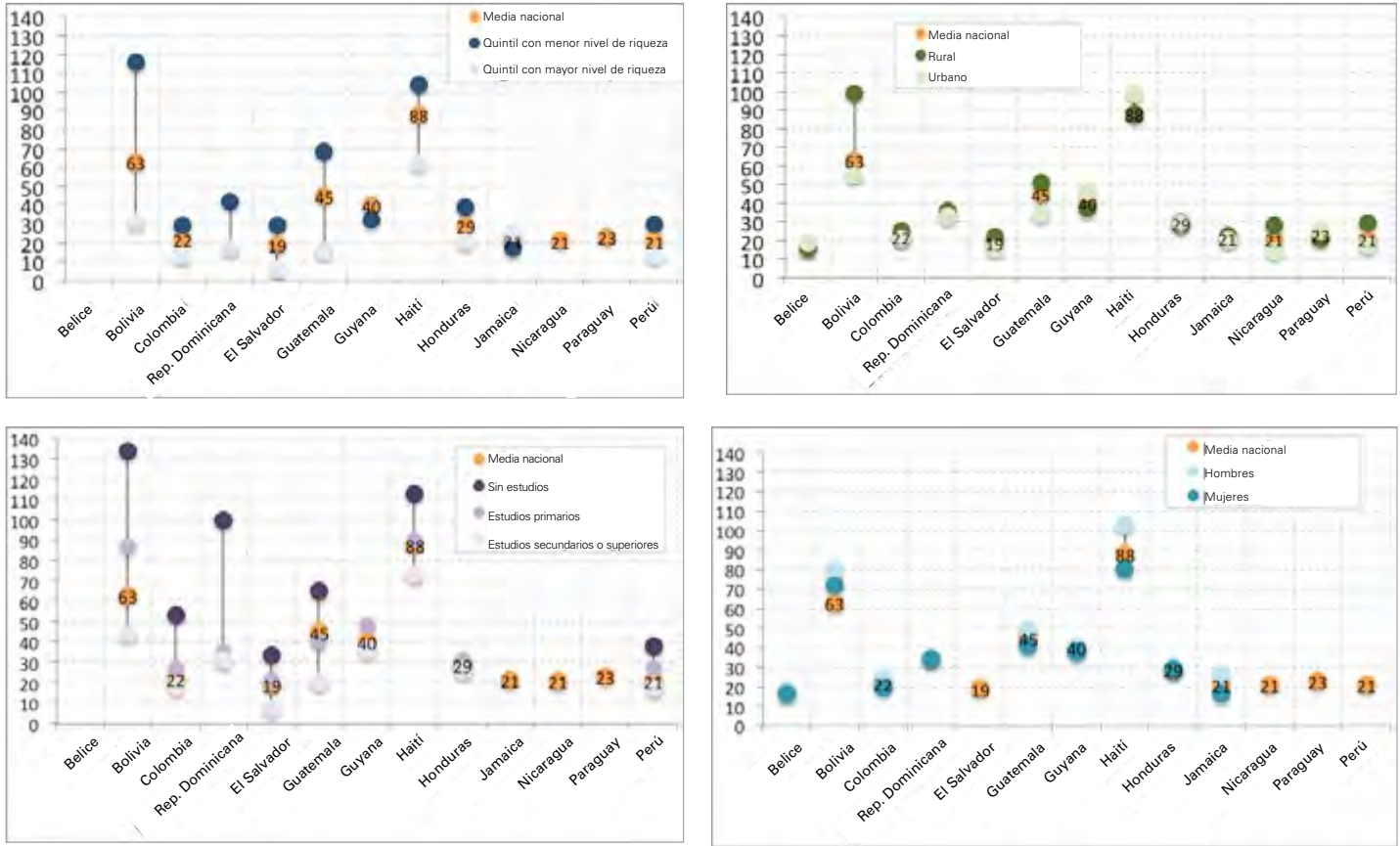
Cuba, Chile y Costa Rica son ejemplos de países que han conseguido reducir la inequidad al disminuir la brecha entre los grupos de población más ricos y los más pobres, principalmente mejorando el acceso de las mujeres a la educación y aumentando la cobertura de las intervenciones de salud pública.³⁸⁷ En un estudio específico de Chile, cuando se introdujeron las intervenciones y reformas nacionales entre 1990 y 2004, las tasas de mortalidad neonatal, infantil y de niños menores de cinco años descendieron de forma significativa, lo que permitió concluir que durante el desarrollo económico y las reformas del sector de salud, Chile experimentó un descenso significativo de la mortalidad y de la inequidad.³⁸⁷ Pero incluso aunque las tasas de mortalidad en América Latina siguen descendiendo, la inequidad continúa siendo un problema fundamental de salud. Existen datos que demuestran que la cobertura de las iniciativas de salud infantil y materna favorecen a las mujeres de posición socioeconómica más alta, que se benefician de los nuevos programas.^{387,388} Un estudio realizado en Brasil clasificó todos los municipios del país según cuatro estratos socioeconómicos y encontró que la TMI entre 2006 - 2008 varió en 19 en el quintil más pobre, 18

en el segundo, 15 en el tercero y 13 en el más rico.³⁸⁹ En 2015, un análisis de las encuestas de hogar de América Latina y el Caribe desde 1996 hasta 2012 encontró que la tasa de mortalidad en los menores de cinco años descendió en los niños de todos los quintiles de riqueza en la mayor parte de los países con datos disponibles.⁴¹

Resumen

Los niños se ven especialmente afectados por las condiciones en las que viven y por los recursos de salud disponibles y utilizados por sus familias. De este modo, los niños de entornos desfavorecidos tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud durante la infancia. De hecho, las TMI más elevadas se encuentran en los niños de situación socioeconómica pobre, de grupos étnicos minoritarios y en aquellos cuyas madres no tienen estudios. La mortalidad en niños menores de cinco años también es más alta en los niños de familias pobres y con madres que tienen un bajo nivel educativo. Lograr la equidad en salud en los primeros años de vida necesitará iniciativas más amplias orientadas a reducir la desigualdad social y económica.

Gráfico 25. Las brechas en la tasa de mortalidad de los menores de cinco años (muertes en niños menores de cinco años por 1.000 nacidos vivos) en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2012.



Fuente: Análisis basado en encuestas demográficas y de salud, encuestas de salud reproductiva, encuestas de indicadores múltiples y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

© UNICEF/UNI139098/Markisz



4.2. Crecimiento y malnutrición

Se estima que en América Latina y el Caribe en 2015 había 3,8 millones de personas con sobrepeso mientras que 1,6 millones estaban por debajo del peso recomendado.³⁹⁰ A pesar de que la región ha mejorado notablemente sus indicadores nutricionales y de salud,³⁹¹ la malnutrición sigue siendo un problema multidimensional, con varios factores subyacentes como la pobreza y la exclusión,³⁹² que generan desigualdades significativas tanto dentro de los países como entre ellos. Un niño con una malnutrición grave tiene 10 veces más probabilidades de morir que un niño bien nutrido.³⁹³ Además, los efectos de la malnutrición en los niños no solo afectarán a su salud y a sus probabilidades de sobrevivir, sino también a sus posibilidades de asistir a la escuela. Se estimó que en 2004 aproximadamente un millón de niños de América Central y de la República Dominicana abandonaron la escuela por causa de su falta de peso; como resultado, los niños con malnutrición tuvieron dos años menos de escolarización que los que no sufrieron de desnutrición.³⁹⁴

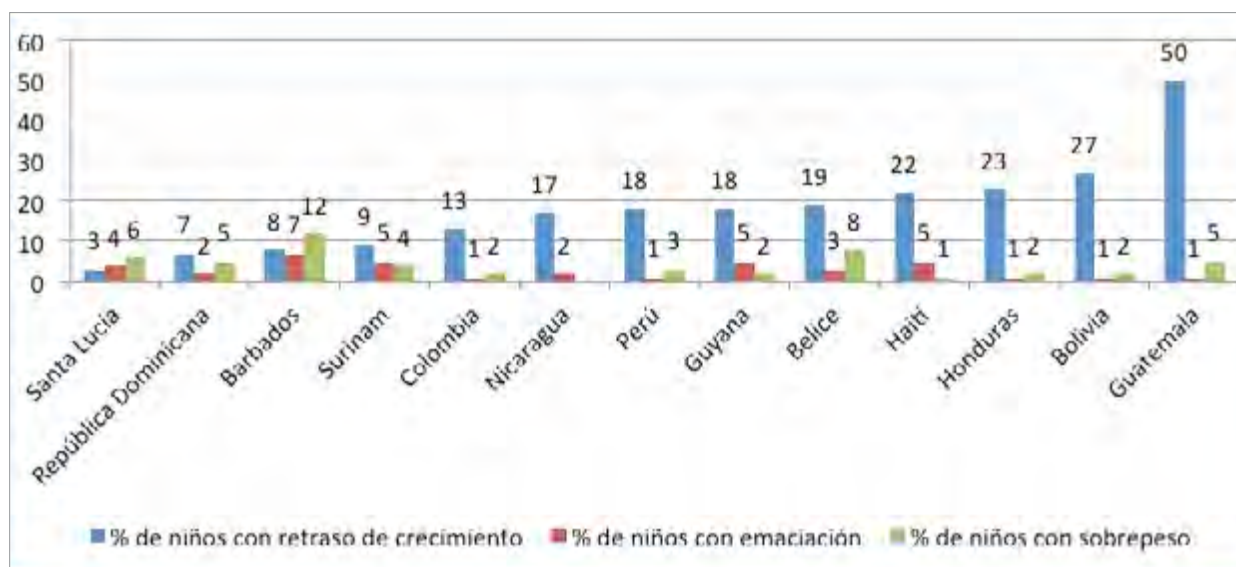
Desnutrición crónica, desnutrición aguda y bajo peso

La desnutrición crónica o el retraso en el crecimiento (medido en base a la talla por la edad), resultado principalmente de una malnutrición proteínica y de anemia por falta de hierro,^{395,396} es el problema de crecimiento más común de la región³⁸⁷ y la forma más prevalente de malnutrición en los 13 países con datos de encuestas actualizados, tal y como se muestra en el Gráfico 26.

Guatemala tiene la mayor prevalencia de retraso en el crecimiento en América Latina y el Caribe y una de las más altas del mundo.³⁹⁸ En 2008-2009 afectó al 50% de los niños menores de cinco años, aunque la prevalencia fue casi el doble en los niños indígenas (66%) que en los no indígenas (36%), como indica el Gráfico 28.³⁹⁸ La desnutrición crónica se

ha perpetuado durante generaciones, especialmente en los sectores de población indígena y rural que se han visto excluidos de los modelos de desarrollo dominantes; es precisamente en estos sectores de población donde se encuentra la mayor prevalencia de retraso en el crecimiento en niños de preescolar y en edad escolar.³⁹⁶ El Gráfico 27 indica que la prevalencia del retraso en el crecimiento en Guatemala muestra también diferencias significativas en función de la situación socioeconómica (un niño del quintil más pobre tiene cinco veces más probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento que un niño del quintil más rico), la zona de residencia (59% de prevalencia en zonas rurales frente a un 34% de prevalencia en zonas urbanas) y nivel de estudios de la madre (un niño nacido de una madre sin estudios tiene tres veces más probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento que un niño nacido de una madre con estudios secundarios o superiores). Además, un estudio realizado en las zonas rurales de Guatemala entre 2012 y 2013 mostró que el 19% de los hijos de madres que hablaban español tenían un retraso en el crecimiento moderado, mientras que el 41% de los hijos de madres indígenas hablantes de mam sufrían un retraso en el crecimiento moderado o grave.³⁹⁹ La reducción de la tierra agrícola total y el aumento de la proporción de tierra dedicada a la agricultura para la exportación que se ha venido produciendo desde la década de 1980 ha tenido un impacto negativo en la disponibilidad de cultivos producidos para el consumo doméstico. Los estudios han mostrado que las familias rurales con pequeñas extensiones de tierra son las más afectadas por la desnutrición crónica, especialmente en las zonas más pobres del país que se han visto afectadas por las sequías y por la caída del precio internacional de productos de exportación como el café.³⁹⁶ Estos factores se han relacionado con el hecho de que en 2007 más de la mitad de las familias dependieran exclusivamente del maíz, los pimientos, el azúcar y el café como su base alimenticia diaria.³⁹⁶

Gráfico 26. Prevalencia del retraso en el crecimiento, la desnutrición aguda y el sobrepeso en niños menores de cinco años en 13 países de América Latina y el Caribe, 2008-2013.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

Cuadro 12. Brechas en el retraso en el crecimiento en la niñez (Gráfico 27)

Riqueza:

- La prevalencia del retraso en el crecimiento es sistemáticamente más alta en los niños más desfavorecidos que en los de otros quintiles de riqueza. Cuanto más bajo el quintil, mayor prevalencia de retraso en el crecimiento.
- La mayor prevalencia de retraso en el crecimiento se produce en Guatemala, donde afecta al 70% de los niños más pobres (cinco veces más que a los más ricos).
- Otros países con importantes diferencias en la prevalencia del retraso en el crecimiento son Perú (nueve veces), El Salvador (siete veces) y Guatemala, Honduras y Haití (cinco veces). En Belice, Bolivia, Guyana y México es entre dos y tres veces más alta y en Barbados, Brasil, Colombia, República Dominicana y Surinam es al menos el doble.

Lugar de residencia:

- En la mayor parte de los países, la prevalencia del retraso en el crecimiento es más alta en las zonas rurales que en las urbanas.
- En Perú, el retraso en el crecimiento es cuatro veces más prevalente en los niños de zonas rurales que en los de zonas urbanas.

Educación:

- La prevalencia del retraso en el crecimiento es sistemáticamente más alta en los hijos de madres sin estudios que en otros niños.
- Las mayores brechas se observan en Guatemala, donde el 69% de los hijos de madres sin estudios sufren retraso en el crecimiento (49 puntos porcentuales más y el triple que en el grupo del nivel educativo más alto), Honduras (38 puntos porcentuales y cinco veces más), Perú (36 puntos porcentuales y cinco veces más) y Bolivia (30 puntos porcentuales y cuatro veces más). La brecha es tres veces mayor en Belice, Colombia, El Salvador y Haití.

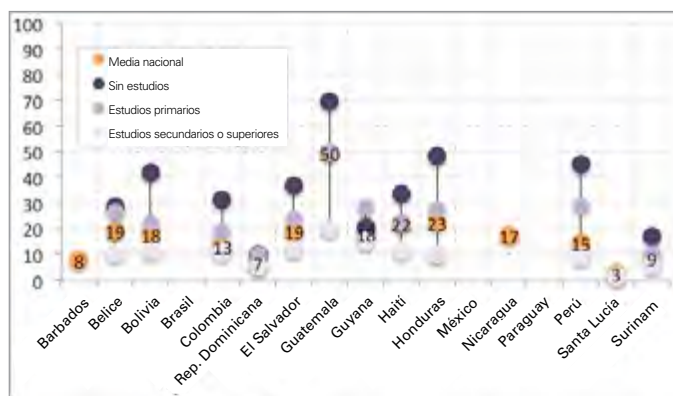
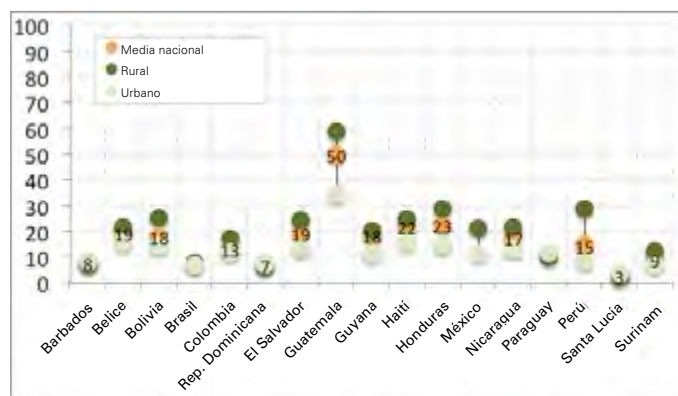
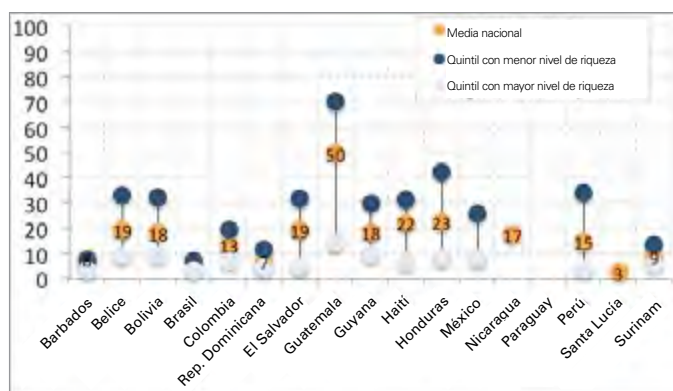
Sexo del niño:

- La prevalencia del retraso en el crecimiento es similar en niños y niñas.

Etnicidad:

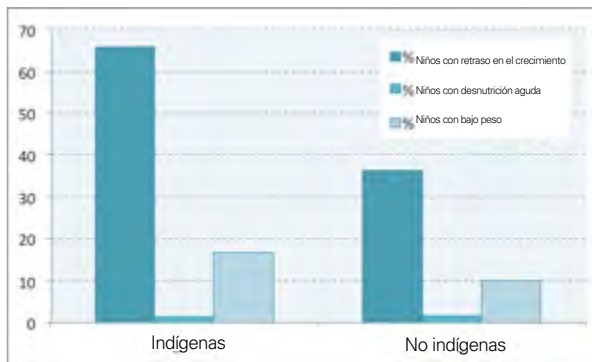
- En Guatemala, el país con mayor prevalencia de retraso en el crecimiento en América Latina y el Caribe, se observan grandes brechas entre los distintos grupos étnicos: el 66% de los niños indígenas sufren retraso en el crecimiento frente al 36% de los niños no indígenas.

Gráfico 27. Brechas en el porcentaje de niños con retraso en el crecimiento (por debajo de -2 SD de altura por edad según el estándar de la OMS) en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

Gráfico 28. Malnutrición en niños indígenas y no indígenas en Guatemala, 2009



Fuente: Análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil de Guatemala, 2009.⁴⁰⁰

Incluso aunque la emaciación o desnutrición aguda (medido en base al peso por talla) y el retraso en el crecimiento son indicadores ampliamente utilizados para describir la prevalencia de la malnutrición en la niñez, los estudios de América Latina muestran sistemáticamente una baja prevalencia de desnutrición aguda a pesar de la presencia de otros indicadores de mala salud.⁴⁰¹ La prevalencia de la desnutrición aguda en la mayor parte de los países de América Latina es inferior al 2,5%, que es la proporción esperada en una población sana.⁴⁰² En el estudio de base para la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, que incluye el sur de México y los siete países que forman América Central y Panamá, la prevalencia de la desnutrición aguda fue del 1% en todos los países excepto Panamá (2%) y El Salvador (3%).⁴⁰³

Cuadro 13. Brechas en la desnutrición aguda en la niñez

- De los 14 países que disponen de datos desagregados, la prevalencia de la desnutrición aguda en la niñez varía entre el 7% de Barbados y el menos del 1% en Colombia y Perú.¹

Riqueza:

- La prevalencia de la desnutrición aguda en la niñez es más alta en los más pobres que en los más ricos, pero las diferencias son pequeñas.¹

Lugar de residencia:

- En la mayor parte de los países, las diferencias entre las zonas rurales y las urbanas son pequeñas.¹

Educación:

- En la mayor parte de los países, las diferencias entre los distintos grados de escolaridad son pequeñas.¹

Sexo del niño:

- La prevalencia de la desnutrición aguda es mayor en los niños que en las niñas, pero las diferencias son pequeñas.¹

Sobrepeso y obesidad

Según el Banco Mundial, entre el 20 y el 25 por ciento de los menores de 19 años en América Latina y el Caribe sufren de sobrepeso o de obesidad.⁴⁰⁴ En los niños menores de cinco años, la prevalencia de la obesidad y del sobrepeso se ha incrementado rápidamente en algunos países. En la República Dominicana aumentó más del triple entre 1991 y 2013 (del 2 al 7%) y en El Salvador se duplicó entre 1993 y 2008, llegando al 3%.⁴⁰⁵ En el estudio de base para la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, la prevalencia del sobrepeso era del 3% en Panamá, del 5% en Guatemala, del 6% en Honduras y El Salvador, del 7% en Chiapas (México) y del 8% en Nicaragua.⁴⁰³ El sobrepeso y la obesidad en los niños están íntimamente relacionados con otras formas de malnutrición. Un estudio realizado en Uruguay encontró que los niños con retraso en el crecimiento tenían tres veces más riesgo de sufrir de sobrepeso que los niños que no tenían retraso en el crecimiento,⁴⁰⁶ especialmente en un entorno de pobreza.

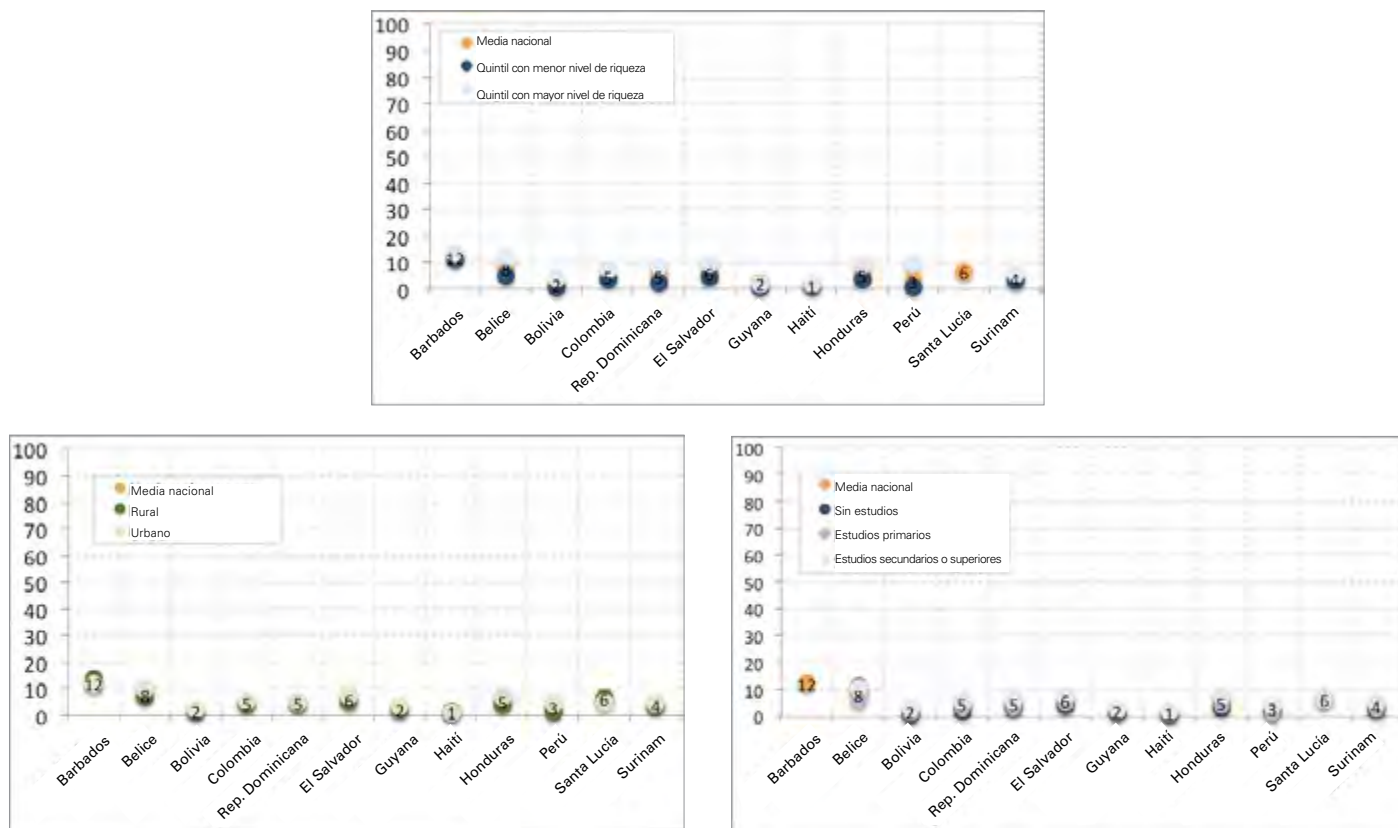
Algunos estudios en la región confirman que la prevalencia del sobrepeso suele ser más alta en los quintiles más ricos que en los más pobres.³⁷⁹ Un estudio en zonas rurales de México encontró

que la educación de la madre mitigaba los efectos negativos de la riqueza del hogar sobre la prevalencia de la doble carga (retraso en el crecimiento y sobrepeso).³⁸⁰ Las desigualdades de género también se observan en el riesgo de sobrepeso, como mostró un estudio realizado en Colombia en niños de 5 a 18 años, que encontró que las niñas tenían más probabilidades de sufrir sobrepeso que los niños,³⁸¹ lo que podría explicarse por una combinación de normas sociales que fomentan la actividad física solo en los niños y el proceso de maduración sexual que incrementa la grasa corporal en las niñas.³⁸¹

Cuadro 14. Brechas en el sobrepeso en la niñez (Gráfico 29)

- La mayor prevalencia de sobrepeso se encuentra en Barbados, donde llega al 12%.
- Las diferencias en la prevalencia del sobrepeso por quintiles de riqueza, lugar de residencia, educación de la madre o sexo del niño son pequeñas.

Gráfico 29. Brechas en el porcentaje de niños con sobrepeso (por encima de +2 SD de peso por edad según el estándar de la OMS) en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

Deficiencias en micronutrientes y anemia

La importancia de los suplementos de micronutrientes está firmemente demostrada. Los suplementos de vitamina A y de zinc en los niños menores de cinco años reducen la incidencia de diarrea^{407,408} y los suplementos de hierro en los niños menores de 12 años se asocian con un menor riesgo de anemia y de deficiencia en hierro.⁴⁰⁹ A causa de su importancia, el suministro de vitamina A se ha integrado a los servicios básicos de salud y se distribuye frecuentemente como parte del programa ampliado de vacunaciones.⁴¹⁰ Incluso aunque la vitamina A se encuentra disponible en los centros de atención primaria, se ha probado que su acceso es desigual en América Latina.

En América Latina, la menor prevalencia de anemia en los niños se encontró en Chile y Costa Rica,⁴¹¹ mientras que Guatemala, Haití y Bolivia tienen la prevalencia más alta.⁴¹¹ También se han encontrado desigualdades entre países y entre situaciones socioeconómicas, zona de residencia y grupos de población. Durante 2008 y 2009, la prevalencia de anemia en los niños guaraníes del estado de São Paulo, en Brasil, fue tres veces más alta que en los niños no indígenas.⁴¹² Un estudio realizado a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia de 2010 encontró una mayor prevalencia de anemia en los adolescentes del quintil más pobre, comparado con los adolescentes del quintil más rico.⁴¹³ Otro estudio que utilizó datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de Perú de 2011 encontró que la prevalencia de anemia en los niños de zonas rurales era un 46% más alta que en los niños de zonas urbanas.⁴¹⁴ Por último, datos de Brasil mostraron que los niños

de grupos de población vulnerables socioeconómicamente, como los de comunidades indígenas y los que residen en zonas rurales y favelas urbanas, tienen casi tres veces más probabilidades de sufrir de anemia que la media nacional.⁴¹⁵

Cuadro 15. Brechas en la administración de suplementos de vitamina A (Gráfico 29)

- Aunque hay diferencias en la prevalencia de la administración de suplementos de vitamina A entre los países, las diferencias dentro de ellos entre niveles de riqueza, lugar de residencia, educación de la madre y sexo del niño son pequeñas.¹

Resumen

La desnutrición crónica es la deficiencia del crecimiento más frecuente en la región. El problema refleja desigualdades sociales, ya que se asocia con pobreza, pocos grados de escolaridad de la madre, pertenencia a etnicidad indígena y residencia en zonas rurales. Esto se aprecia también en las desigualdades en la prevalencia de la anemia y en la administración de suplementos de vitamina A que afecta a los niños más pobres. Por el contrario, las tendencias en obesidad y sobrepeso están aumentando y afecta principalmente a niños de los hogares más ricos.

4.3. Inmunización y enfermedades prevenibles mediante vacunas

Cuadro 16. Brechas en la vacunación contra la BCG, la DPT3 y el sarampión

- Las mayores brechas en la vacunación contra la BCG, la DPT3 y el sarampión se encuentran entre los grados de riqueza y los de educación. La prevalencia en la vacunación contra la BCG, la DPT3 y el sarampión es similar en niños de zonas rurales y urbanas, así como en niños y niñas.¹
- Las mayores brechas en la vacunación contra la BCG se encuentran en Haití, donde el 74% de los más pobres y el 91% de los más ricos están vacunados, y donde el 69% de hijos de madres sin estudios están vacunados, frente al 89% de los niños cuyas madres tiene estudios secundarios o superiores.¹
- Las mayores brechas en la vacunación contra la DPT3 se producen entre los más ricos y los más pobres de Surinam, Panamá, Haití y la República Dominicana, así como entre aquellos cuyas madres tienen mayor y menor nivel de estudios en Haití, Colombia y Panamá.¹
- Las mayores brechas en la vacunación contra el sarampión se encuentran entre los más pobres y los más ricos de Guyana, Panamá y Surinam, así como entre aquellos con mayor y menor nivel educativo en Colombia y Haití.¹

El programa ampliado de vacunaciones se lanzó en América Latina y el Caribe en 1977. El programa se centró en seis enfermedades y recomendaba la aplicación de cuatro vacunas diferentes: la vacuna contra el sarampión, la vacuna combinada contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3), la vacuna contra la tuberculosis (BCG) y la vacuna oral contra la polio.⁴¹⁶ En esa época, solo entre el 25 y el 30% de los niños de la región estaban recibiendo estas vacunas.⁴¹⁶ En 2013, la polio, el sarampión y la rubéola habían sido erradicadas de la región y se había reducido la mortalidad y la morbilidad causadas por enfermedades prevenibles por vacunación (EPV).⁴¹⁷

Un reto que todavía sigue pendiente es garantizar que todos los niños tengan igualdad de acceso a los servicios de vacunación. En 2012, el 50% de los 14.716 municipios de los países de América Latina y el Caribe declararon una cobertura de la DTP3 de al menos el 95%, y el 23% declararon una cobertura inferior al 80%, lo que los convierte en zonas de riesgo de reaparición de EPV que habían sido eliminadas, erradicadas o se encontraban bajo control epidemiológico.⁴¹⁷ Desde la década de 1980, se han promovido los días de vacunación nacional y otras estrategias verticales, basadas en campañas, con la finalidad de ayudar a mejorar la cobertura de las vacunaciones.⁴¹⁸

En 2010, una encuesta realizada en Colombia analizó los diferentes factores que impedían el acceso a la vacunación y encontró que el 46% de los 4.286 participantes habían tenido que enfrentarse recientemente a circunstancias que habían hecho difícil o imposible la vacunación, como la distancia a los centros de vacunación, la falta de vacunas, el limitado número de días o de horas de apertura de los centros y la negativa del personal de salud de abrir un vial de vacunas para un solo niño.⁴¹⁹ En Guatemala, un estudio elaborado en 2011 encontró que las barreras a la vacunación incluyeron la enfermedad del niño, la falta de tiempo, la falta de vacunas, la falta de personal de vacunación, los altos costes y la distancia a los centros de vacunación; además, el 15% de los 1.194 participantes declararon que se les había denegado la vacunación.⁴²⁰ También se encontró una mayor probabilidad de que los hijos de progenitores con menos años de escolaridad, de más edad y sin pareja no completaran los calendarios de vacunación en zonas de baja cobertura mientras que, en las zonas de alta cobertura, la falta de vacunación se asoció con la falta de estudios del cuidador, con la falta de pareja y con el orden de nacimiento del niño.⁴²⁰

Resumen

A pesar de que la región ha mejorado considerablemente en la promoción de la vacunación, todavía se mantienen desigualdades sociales y económicas en el acceso a las vacunas contra la tuberculosis, la difteria, la tosferina y el tétanos. Se necesitan estudios adicionales para entender las barreras que dificultan el acceso a las vacunas y al tratamiento de enfermedades prevenibles por vacunación.

© UNICEF/UNI87970/LeMoyne



4.4. Agua, saneamiento, higiene y diarrea

La diarrea es la tercera causa de mortalidad en los niños de 1 a 59 meses en América Latina y el Caribe.⁴²¹ La falta de higiene y la falta de acceso al saneamiento, a las conexiones a la red de alcantarillado y al agua potable y no contaminada se han relacionado con la mortalidad infantil y de la niñez, con infecciones diarreicas y parasitarias y con la malnutrición.⁴²²⁻⁴²⁴

En América Latina y el Caribe, las instalaciones de saneamiento mejoradas (aquellas que "pueden garantizar la separación higiénica entre los excrementos humanos y el contacto humano")⁴²⁵ llegaron al 83% de la población en 2015, con un mayor acceso en los habitantes de zonas urbanas (88%) que en los de zonas rurales (64%).⁴²⁵ El Gráfico 30 muestra esta distribución por país. También en 2015, el 95% de la población de la región tenía acceso a fuentes de agua potable mejoradas (agua corriente en los hogares mediante tuberías o conexión a la red pública), con una distribución del 97% en zonas urbanas y del 84% en poblaciones rurales,⁴²⁵ como se muestra en el Gráfico 31.

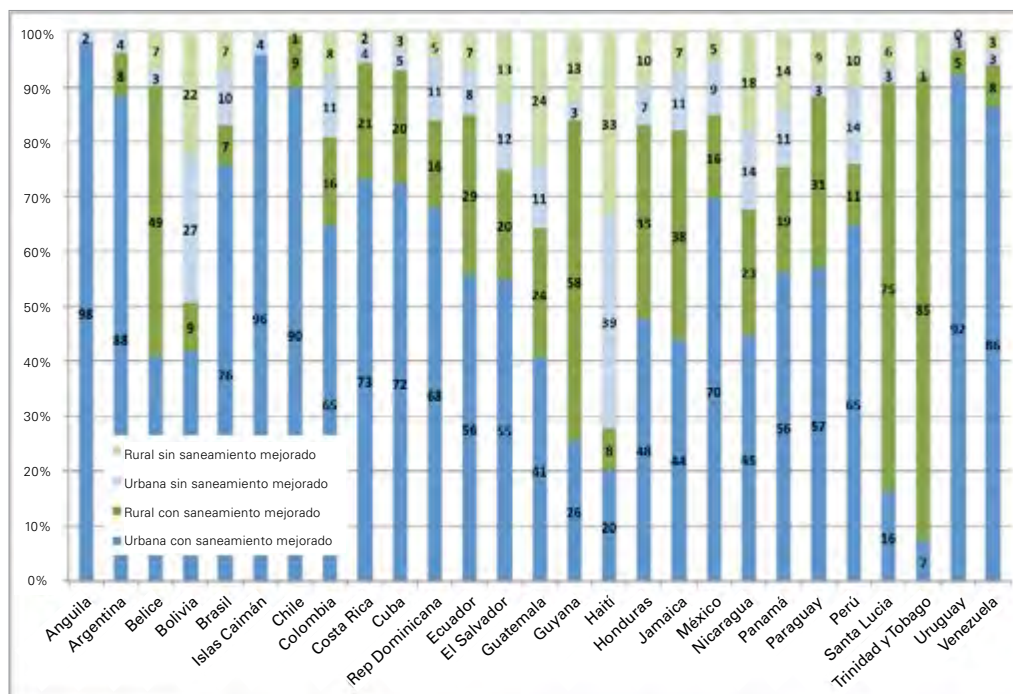
Las inequidades en el acceso al agua potable y a los servicios de saneamiento se relacionan con la pobreza.^{426,427} Los resultados de un estudio ecológico de 2008 realizado en 21 países de América Latina y el Caribe encontró de media un 6% de mortalidad debido a enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años, con Costa Rica al 1% y Guatemala al 13%.⁴²³ El mayor acceso al agua potable y al saneamiento se asoció con una menor mortalidad infantil y en menores de cinco años.⁴²³

Existe una relación inversa entre la cobertura del saneamiento y las tasas de mortalidad en la niñez.⁴²³ En las regiones del norte y el noreste de Brasil (que son las regiones más pobres del país y tienen una alta proporción

de hogares que carecen de instalaciones de saneamiento en la propia vivienda o de conexión al sistema de alcantarillado), las tasas de mortalidad causadas por la diarrea en la niñez indican que los niños menores de un año son los que se encuentran en mayor riesgo: un estudio ecológico de 2010 relacionó la falta de recogida de las basuras con la probabilidad de hospitalización o muerte infantil causadas por la diarrea aguda.⁴²⁸ Un estudio realizado en las afueras de Salvador (Brasil) comparó los historiales clínicos de niños menores de 15 años con la recogida adecuada de basura de los hogares de los participantes. En los niños menores de cinco años, los participantes provenientes de hogares que no disponían de servicios adecuados de recogida de basuras habían experimentado un mayor número de episodios de diarrea y presentaban un peor estado nutricional que los niños provenientes de hogares con un servicio de recogida de basuras frecuente y adecuado. En los niños de 5 a 15 años, se encontró una mayor prevalencia de infecciones parasitarias en los participantes provenientes de hogares sin servicios adecuados de recogida de basuras.⁴²⁹ Un estudio ecológico de 2010 en todo Brasil encontró una relación directa entre la mortalidad de niños menores de cinco años causada por infecciones transmitidas por el agua (como la diarrea, las infecciones parasitarias y bacterianas y el cólera, entre otras) y unas inadecuadas instalaciones de saneamiento en sus hogares (como evacuación de aguas fecales mediante canalizaciones rudimentarias y pozos o el vertido de basuras en tierra no cultivada o en zonas públicas).⁴³⁰

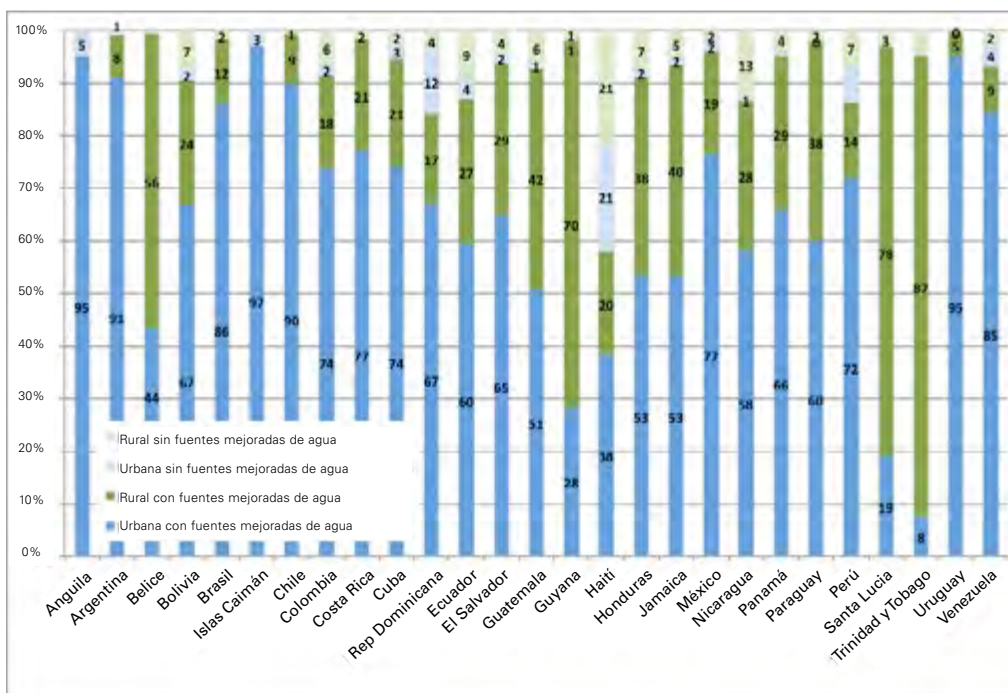
Los sectores de población con los niveles más bajos de renta, sean de zonas rurales o urbanas, suelen gastar proporcionalmente más en agua que las poblaciones de los niveles más altos de renta.^{426,431}

Gráfico 30. Porcentaje de la población con y sin acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas por residencia urbana y rural en países de América Latina y el Caribe, 2015.



Fuente: Análisis basado en UNICEF, OMS. Progress on Sanitation and Drinking Water – 2015 update and MDG assessment. Nueva York: UNICEF y Organización Mundial de la Salud, 2015.⁴²⁵

Gráfico 31. Porcentaje de la población con y sin acceso a fuentes mejoradas de agua potable por residencia urbana y rural en países de América Latina y el Caribe, 2015.



Fuente: Análisis basado en UNICEF, OMS. Progress on Sanitation and Drinking Water – 2015 update and MDG assessment. Nueva York: UNICEF y Organización Mundial de la Salud, 2015.⁴²⁵

En Kingston (Jamaica) el gasto per cápita en agua del 10% más pobre de la población es más de cuatro veces superior al del porcentaje gastado en agua por la clase más rica.

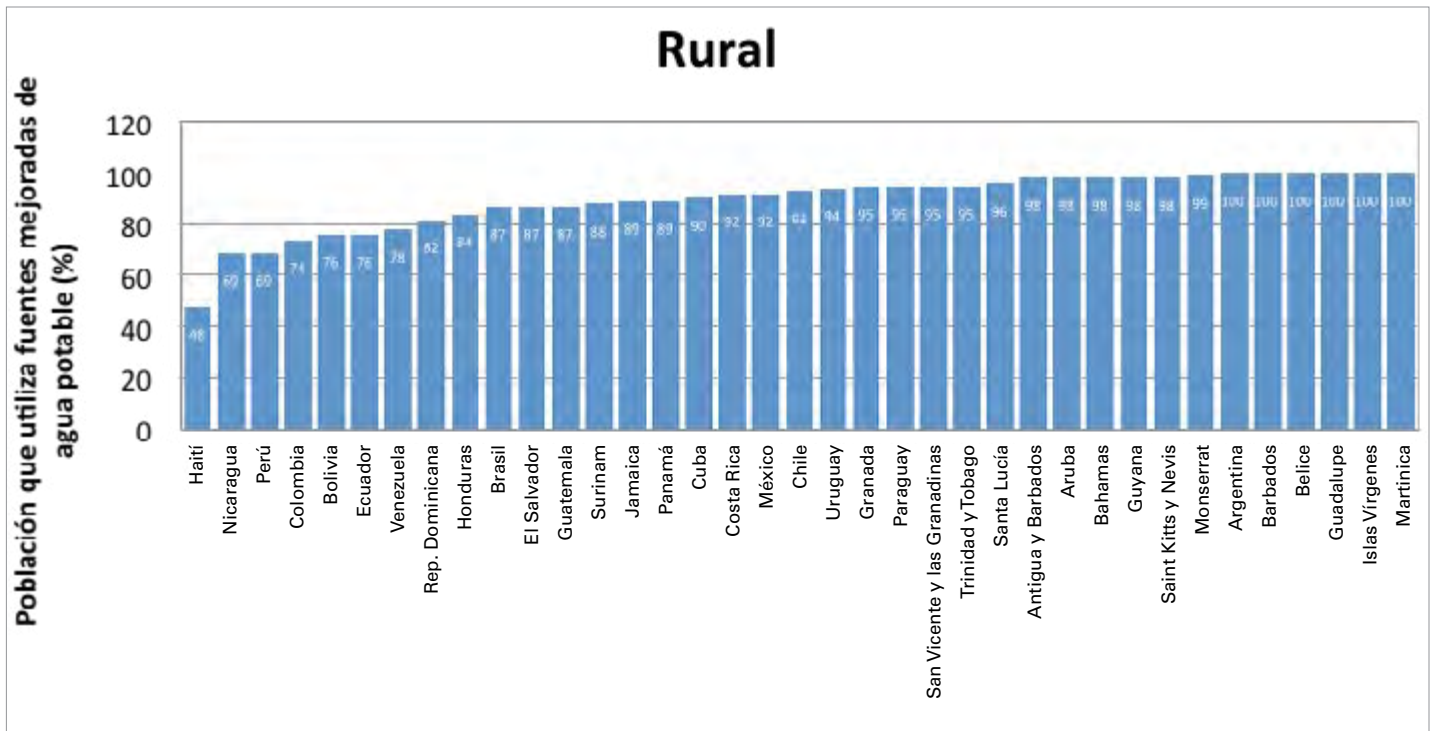
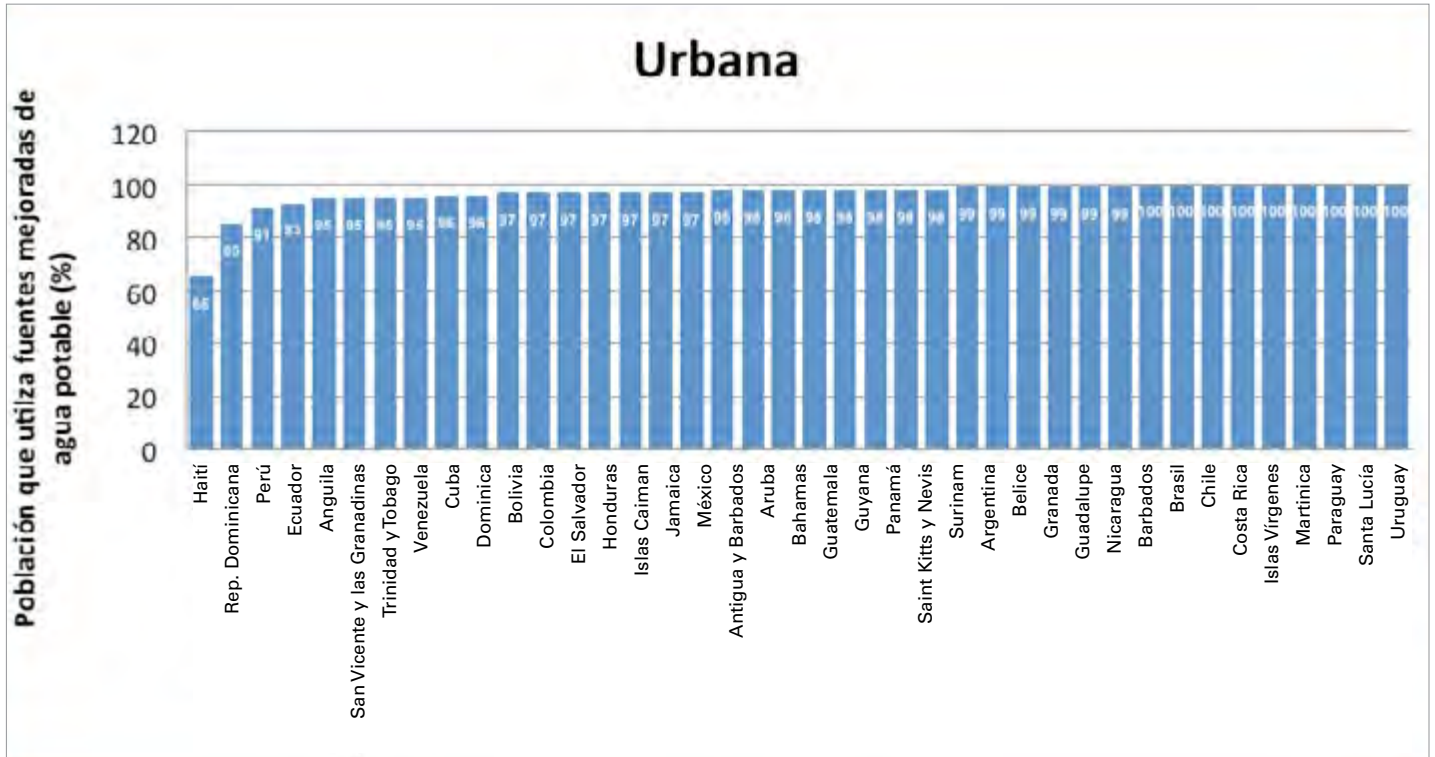
En Lima (Perú), los patrones geográficos de acceso a las redes de agua siguen los patrones de segregación socioeconómica y del espacio de la ciudad, lo cual muestra una dicotomía entre el centro y la periferia que favorece a los hogares localizados en los centros o zonas principales.⁴³² Se encontró una marcada relación entre el gasto en agua y los ingresos familiares; mientras que las familias más ricas gastan más dinero en agua que las familias más pobres, la proporción de los ingresos totales de las familias que se gasta en consumo de agua es mucho más alta en las familias más pobres.^{426,431} Al comparar grupos con un nivel de ingresos similar, la proporción de viviendas con suministro de agua corriente mediante tuberías es menor en el 10% más rico de la población rural que en los sectores más pobres de la población urbana.^{426,431} Los grupos de población más desfavorecidos gastaron un mayor porcentaje de sus ingresos en agua que los sectores de población más ricos, y a pesar de ello no tienen el mismo acceso a fuentes de agua mejoradas, lo que resulta en peores resultados en salud.^{426,431,432}

El acceso al agua potable en las zonas rurales es mucho más limitado que en las zonas urbanas, en especial en los hogares sin agua corriente, ya que el tiempo invertido en ir a buscar agua impone costes adicionales.^{426,431} En Haití, tanto las zonas rurales como las urbanas tienen retos pendientes en el acceso a las fuentes mejoradas de agua potable. Tal y como se muestra en el Gráfico 31, el 42% de la población vive en zonas que carecen de acceso a fuentes mejoradas de agua potable y, de ese 42%, la mitad (el 21% de la población total del país) vive en zona urbana, mientras que la otra mitad (otro 21%) lo hace en zonas rurales. A pesar de que las fuentes mejoradas

de agua potable tienen menos probabilidades de estar contaminadas que las no mejoradas, la calidad del agua suministrada no es homogénea. El coste relativamente alto de los métodos de desinfección significa que las familias más pobres tienen menos probabilidades de tratar el agua antes de beberla.⁴³¹

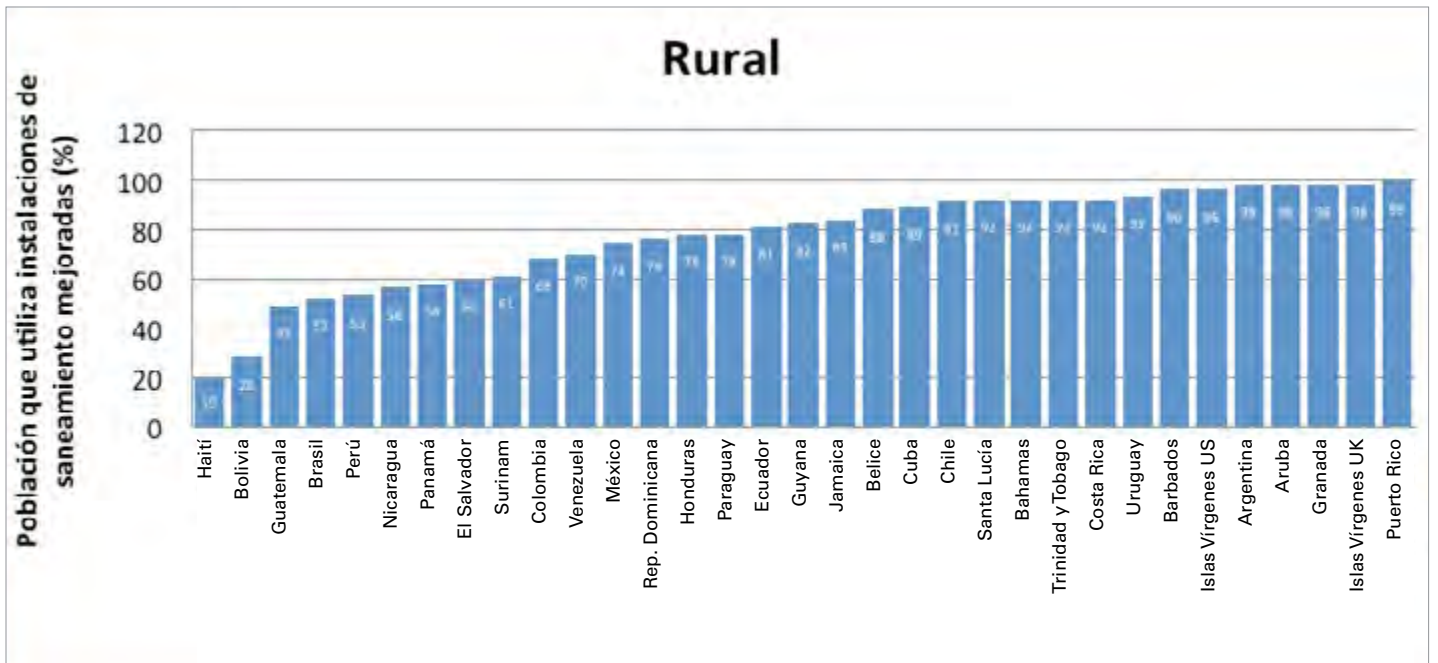
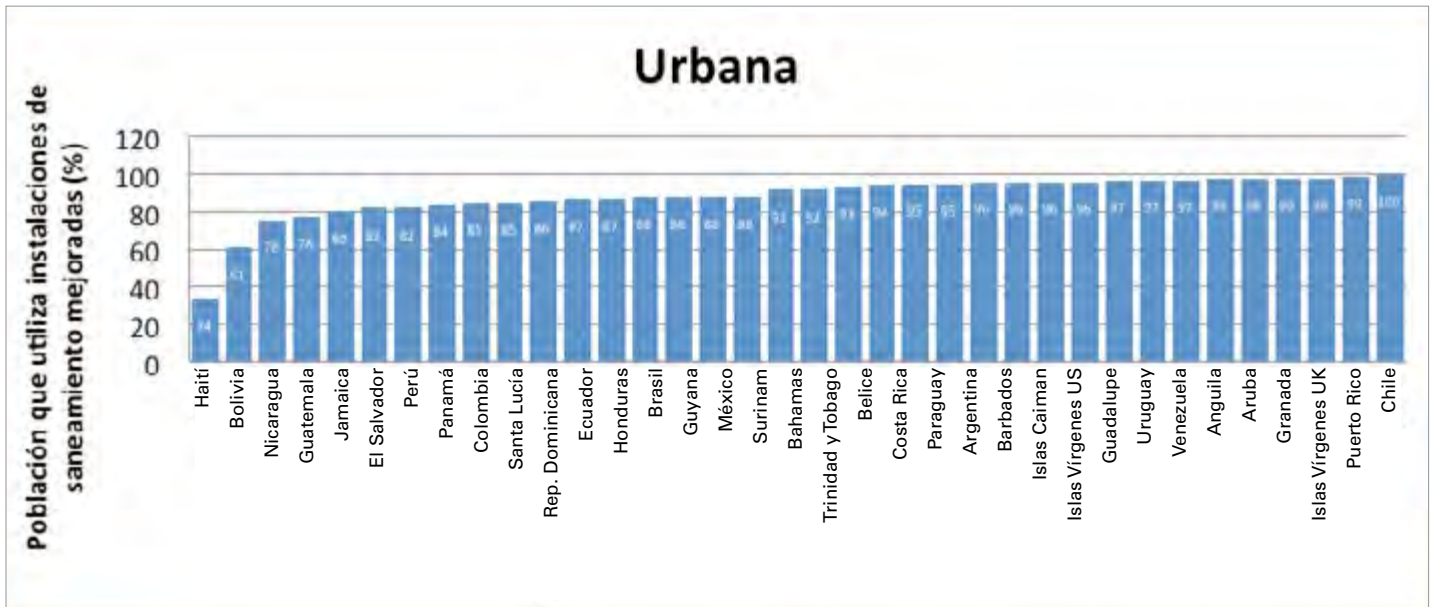
En Argentina, las reformas del sistema público de agua y saneamiento que siguieron a la privatización en los años 1990 se asociaron con una reducción de un 27% de la mortalidad en la niñez causada por enfermedades transmitidas por el agua en las zonas de bajos ingresos o en municipios con altos niveles de pobreza.^{433,434} Sin embargo, más adelante se mostró que solo el 69% de los hogares pobres de Argentina se han beneficiado de los servicios privatizados de agua y alcantarillado, frente al 89% de las familias más ricas.⁴²⁶ En Bolivia, sin embargo, se observó un aumento en la prevalencia de diarrea en los niños de familias que usaban servicios privados de agua, que consumían agua externa a la red distribuida a través de camiones cisterna y que no trataban el agua en casa.⁴³⁵ La privatización del agua y de los servicios de saneamiento puede plantear problemas de equidad, ya que podría tener consecuencias negativas sobre los hogares más pobres a causa del coste de las nuevas conexiones y de los incrementos de precios o cuotas, lo que puede agravar la inequidad.⁴²⁶ En Recife (Brasil) la proporción de hogares con instalaciones de saneamiento adecuadas era menor que la de hogares con recogida de basuras y con un adecuado suministro de agua. Los niños de los grupos socioeconómicos más ricos tenían mejor acceso al saneamiento y presentaban mejor estado de salud.⁴³⁶ Para entender la situación actual, se necesita más información con perspectiva de equidad sobre los resultados en salud de la diarrea en la niñez relacionada con el acceso al agua y al saneamiento, así como de los diferentes niveles de servicio.

Gráfico 31 a. Porcentaje de la población con acceso a instalaciones mejoradas de agua por residencia en zona urbana y rural en países de América Latina y el Caribe, 2015



Fuente: Análisis basado en UNICEF, OMS. Progress on Sanitation and Drinking Water – 2015 update and MDG assessment. Nueva York: UNICEF y Organización Mundial de la Salud, 2015.

Gráfico 31 b. Porcentaje de la población con acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento por residencia en zona urbana y rural en países de América Latina y el Caribe, 2015.



Fuente: Análisis basado en UNICEF, OMS. Progress on Sanitation and Drinking Water – 2015 update and MDG assessment. Nueva York: UNICEF y Organización Mundial de la Salud, 2015.

Las poblaciones indígenas de países de América Latina y el Caribe también pueden tener acceso limitado a los servicios de saneamiento y agua potable, lo que alimenta la mayor prevalencia de enfermedades diarreicas en los niños indígenas.⁴³¹ Las regiones del norte y el noreste de Brasil, que son las más pobres del país, tienen altas proporciones de hogares sin saneamiento mejorado y altos porcentajes de población indígena en las zonas rurales; en 2009, la tasa de mortalidad por diarrea en niños menores de un año era, respectivamente, cinco y cuatro veces superior a la de la región sur.⁴²⁴ Las causas principales de hospitalización de niños indígenas menores de cinco años fueron la diarrea y las infecciones respiratorias.⁴²⁴ La encuesta nacional sobre salud y nutrición de los pueblos indígenas de Brasil indicó que en el norte, el 30% de las familias no buscaron ayuda en el establecimiento de salud indígena ni en el equipo multidisciplinario de salud indígena cuando un niño sufría diarrea o una infección respiratoria.⁴²⁴ En Ecuador, las poblaciones indígenas y afrodescendientes son las más afectadas negativamente por la falta de conexión al sistema de alcantarillado o a un sistema alternativo de evacuación de residuos fecales.⁴³⁷

Para mejorar el acceso al agua y al saneamiento, se necesitan iniciativas que traduzcan los conocimientos actuales sobre agua, saneamiento, higiene y salud en acciones, mediante investigación y proyectos comunitarios. Es necesario desarrollar mejores metodologías e indicadores y utilizarlos para medir el impacto en la salud de las intervenciones en materia de agua, saneamiento e higiene en los hogares y en otros entornos, como en las escuelas, los establecimientos de salud y los lugares de trabajo. Los investigadores podrían utilizar los resultados de estudios aleatorios

adicionales para mejorar la comprensión de los resultados de distintas intervenciones sobre los resultados en salud, estado nutricional, educación y otros entre subgrupos clave, como los niños.⁴³⁸

Es necesario disponer de información con perspectiva de equidad que explique cómo el cambio climático y los desastres naturales afectan el acceso al agua y al saneamiento, de modo que se puedan entender mejor los resultados en salud relacionados con el agua y el saneamiento. La OMS encargó el estudio Vision 2030 para aumentar la comprensión de cómo afectará el cambio climático a los sistemas de saneamiento y de agua potable, especialmente en los países con un nivel de renta media y baja.⁴³⁹⁻⁴⁴¹

Tratamiento de la diarrea

La administración de sales de rehidratación oral (SRO) a los niños con diarrea puede evitar la deshidratación y la mortalidad.

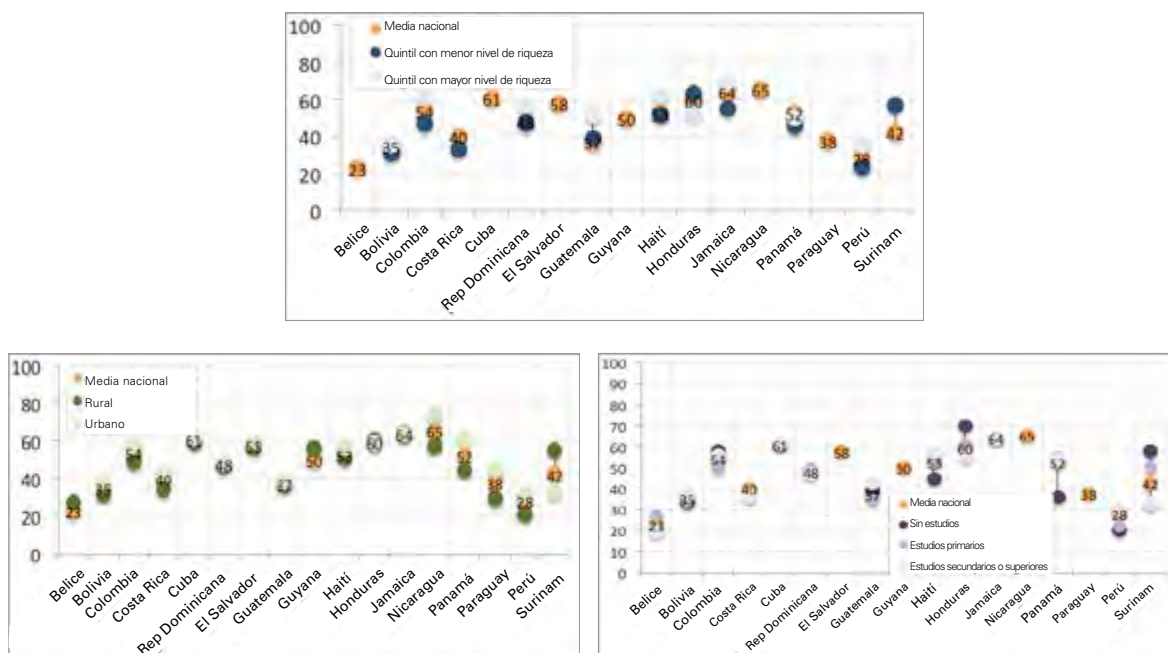
Resumen

En toda la región, las poblaciones rurales y más pobres invierten una proporción más alta de sus ingresos en agua, a pesar de lo cual siguen disponiendo de un peor acceso al agua y a los servicios de saneamiento. Como resultado, los niños de estos sectores de población desfavorecidos tienen más probabilidades de sufrir diarrea y otras complicaciones de salud. Se necesitan programas y políticas más específicas para promover el acceso equitativo al agua, al saneamiento y a la higiene, así como a tratamientos contra la diarrea y las infecciones parasitarias.

Cuadro 17. Brechas en el número de niños con diarrea que reciben sales de rehidratación oral (SRO) (Gráfico 32)

- La prevalencia en la administración de SRO en caso de diarrea es similar en zonas rurales y urbanas, excepto en Belice y Surinam, donde la administración de SRO es más alta en las poblaciones rurales que en las urbanas.
- La prevalencia en la administración de SRO en caso de diarrea es similar en niños y en niñas, excepto en Costa Rica, donde los niños reciben el tratamiento con más frecuencia que las niñas.

Gráfico 32. Brechas en el porcentaje de niños nacidos en los tres o cinco años previos a la encuesta, con diarrea en las últimas dos semanas previas a la encuesta que recibieron sales de rehidratación oral (SRO) en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

4.5. Neumonía, asma, otras enfermedades respiratorias y el medioambiente

Neumonía

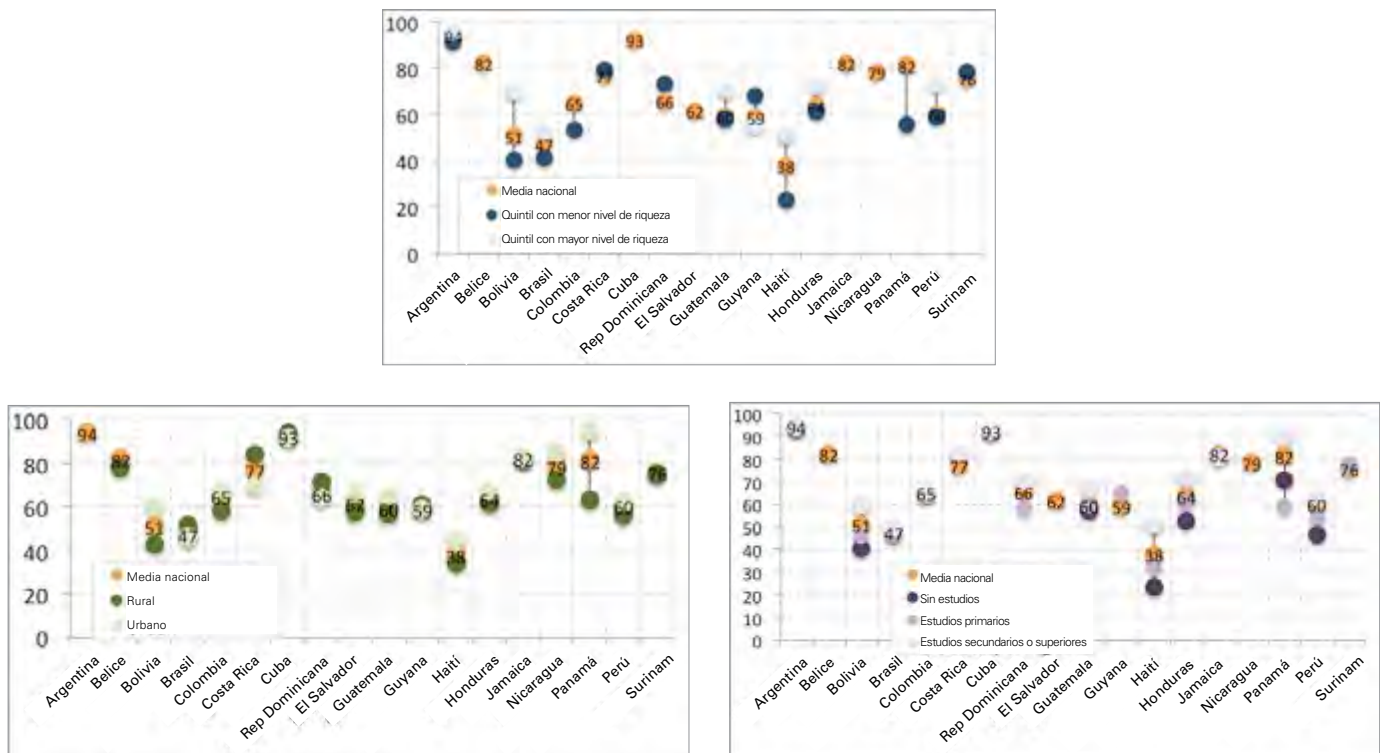
La neumonía, una infección pulmonar causada por virus o bacterias, es la principal causa de mortalidad en los niños de entre 1 y 59 meses en los países de América Latina y el Caribe; provoca el 10% de todas las muertes en ese grupo de edad.⁴⁴¹ Las muertes por neumonía se concentran en los niños más pobres.^{442,443} Dado que el manejo clínico eficaz es una estrategia importante para reducir la morbilidad y la mortalidad por neumonía en la niñez, la inequidad en el acceso a los servicios de salud en caso de neumonía es un factor que explica los resultados diferenciales en materia de salud.

Según una revisión sistemática realizada en 2015 en países con niveles de renta media y baja, la juventud de la madre, su bajo nivel educativo o socioeconómico, su condición de fumadora pasiva y la exposición a la contaminación del aire en ambientes cerrados y a la utilización de combustibles sólidos son todos factores asociados con una mayor probabilidad de muerte causada por infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores en los niños menores de cinco años.⁴⁴⁴⁻⁴⁴⁶

Cuadro 18. Brechas en el porcentaje de niños con síntomas de neumonía llevados a recibir atención en salud (Gráfico 33)

- Haití tiene la menor prevalencia de niños con síntomas de neumonía que reciben atención en salud: el 51% de los niños del grupo socioeconómico más alto y con madres con educación secundaria o superior, frente al 23% de los niños económicamente más pobres y con madres sin estudios.
- Las mayores brechas en el número de niños con síntomas de neumonía que reciben atención en salud se producen entre los niveles de riqueza y los de estudios, pero no hay ninguna tendencia extrapolable en el ámbito regional entre los niveles de riqueza: en algunos países, los grupos más pobres buscan atención en salud con más frecuencia, mientras que en otros países se observa la tendencia opuesta. Sin embargo, los hijos de madres sin estudios tienen menos probabilidades de ser llevados a un establecimiento de salud por síntomas de neumonía que los hijos de madres con estudios secundarios o superiores.
- No hay ningún patrón discernible en las diferencias entre las zonas rurales y urbanas.
- En la mayor parte de países que disponen de datos, no se aprecian diferencias en el porcentaje de niños y niñas que son llevados a recibir atención en salud en caso de síntomas de neumonía, excepto en Belice, Costa Rica, República Dominicana y Surinam, donde más niñas que niños son llevadas a recibir atención en salud, y en Jamaica, donde más niños que niñas reciben atención en salud por este motivo.

Gráfico 33. Brechas en el porcentaje de niños nacidos en los tres o cinco años previos a la encuesta, con síntomas de neumonía que recibieron atención en un establecimiento de salud, en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, encuestas de hogar 2007-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

Un estudio transversal realizado en niños menores de cinco años con una infección respiratoria aguda que recibieron tratamiento en un servicio de urgencias de un hospital de Guadalajara (México) encontró que el hacinamiento de los hogares favorecía el desarrollo de coinfecciones respiratorias.⁴⁴⁷ En Santiago de Chile, un estudio transversal elaborado en el año 2000 encontró una relación significativa entre la exposición ambiental al humo del tabaco y una mayor prevalencia de síntomas de asma en niños de 13 y 14 años, pero no encontró relación entre la frecuencia de síntomas de asma y la exposición a combustibles fósiles usados para cocinar y para calefacción en el hogar.⁴⁴⁸ Un estudio realizado en Colombia entre 2001 y 2003 encontró que más de la mitad de las familias incluidas en el estudio tenían que solicitar créditos o adelantos salariales para pagar el coste del tratamiento de sus hijos con neumonía.⁴⁴⁹ De las familias incluidas en este estudio, el 41% no disponían de seguro médico, el 38% contribuían al seguro de salud y el 21% tenían seguro médico públicamente subvencionado. Esto indica que más de un tercio de los casos pertenecían a familias económicamente muy pobres que se empobrecerían aún más si tuvieran que solicitar créditos o adelantos salariales para pagar el tratamiento de sus hijos.

En Goiania (Brasil) un estudio prospectivo de base poblacional llevado a cabo entre 2007 y 2009 encontró que la incidencia de neumonía confirmada en niños era significativamente más alta en las zonas de bajos ingresos que en las zonas más ricas. El análisis geoespacial mostró la concentración de estos casos en las zonas situadas al oeste y al sureste

de la ciudad (zonas que contaban con muy pocos centros de atención primaria, hospitales y hospitales de referencia).⁴⁵⁰ Estos 15 distritos, en los que residían los grupos de población con la mayor incidencia de casos de neumonía confirmada y de más baja posición socioeconómica, se encontró en la periferia del municipio.⁴⁵⁰ Este estudio también encontró la existencia de una relación inversa entre los ingresos del jefe o jefa de familia y el riesgo de desarrollar neumonía. Además, a medida que descendía el nivel de estudios de la madre aumentaban los casos de neumonía en la niñez en un 12%.

En las poblaciones indígenas, las malas condiciones de vida, una nutrición inadecuada y el mayor riesgo de exposición a patógenos infecciosos suponen una pesada carga de enfermedad infantil y en menores de cinco años por infecciones del tracto respiratorio superior e inferior.⁴⁵¹ Además, estos sectores de población se ven afectados por inequidades en sus probabilidades de acceder a una atención en salud adecuada. En un estudio realizado en Guatemala en dos comunidades indígenas diferentes, el que la madre supiera leer y su grado de escolaridad resultaron ser factores significativos para predecir la rapidez con la que buscarían atención en salud para sus hijos afectados por neumonía; a pesar de que ambas comunidades eran pobres, el nivel educativo en las personas a cargo del cuidado de los niños era significativamente más bajo en la comunidad que contaba con solo un 49% de hispanohablantes que en la comunidad con un 96% de hablantes de español.⁴⁵²

©UNICEF/UNI136095/Friedman-Rudovsky



En Brasil, un estudio realizado en niños guaraníes entre 2007 y 2008 encontró que los niños con madres más jóvenes, que vivían en hogares sin baño, en hogares clasificados en el nivel 1 del índice de características físicas o en hogares donde los niños dormían en el suelo tenían mayores probabilidades de ser hospitalizados a causa de infecciones agudas del tracto respiratorio inferior.⁴⁵³

Asma

América Latina es una región en la que conviven amenazas ambientales tradicionales y modernas, lo que incrementa el riesgo de sufrir enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias, o enfermedades no transmisibles, como el asma. El asma en América Latina es un problema creciente de salud pública que resulta más frecuente en las poblaciones urbanas pobres; en los niños de la región, el asma es fundamentalmente no atópica (no alérgica) y se ha relacionado con la exposición a la suciedad en los hogares, con la malnutrición, la obesidad y el estrés psicosocial, factores que también se relacionan con la pobreza y la desigualdad.⁴⁵⁴ La información actualizada sobre la carga y el impacto que las condiciones alérgicas tienen sobre los niños y los adultos en cualquier país de América Latina es escasa.⁴⁵⁵

Utilizando datos disponibles de zonas urbanas de América Latina para el periodo 2000-2003, un análisis ecológico encontró una marcada relación entre ciertas variables socioeconómicas y ambientales y la prevalencia de síntomas de asma en los niños urbanos de América Latina.⁴⁵⁶ También hay cada vez más pruebas de que el estrés psicosocial puede constituir un importante factor de riesgo para desarrollar asma no atópica,⁴⁵⁴ dato que sugiere que las desigualdades sociales son un factor determinante en la alta prevalencia de asma en la región.⁴⁵⁶ En Ecuador, un estudio ecológico de 2011 encontró que la mayor prevalencia de asma se relacionaba con variables que caracterizaban una mejor posición socioeconómica y un estilo de vida urbano.⁴⁵⁷ Al igual que otras enfermedades, el asma también afecta las oportunidades educativas de los niños. Un estudio transversal realizado en escuelas de seis ciudades de Colombia durante el año académico 2009-2010 encontró que el asma generaba el mayor nivel de gastos de bolsillo al mes y era responsable del mayor número de ausencias producidas en los seis meses precedentes: cuatro días de ausencia escolar para los niños y tres días de ausencia laboral para sus cuidadores.⁴⁵⁵

El asma en la niñez en América Latina y el Caribe suele ser no atópica y se ha asociado con exposiciones relacionadas con la suciedad del entorno, la dieta y el estrés psicosocial, todos ellos factores que están fuertemente ligados a la pobreza y a la desigualdad.⁴⁵⁴ Se han encontrado estudios contradictorios que no han podido relacionar el asma y la situación socioeconómica, mientras que otros han encontrado una correlación entre síntomas de asma y un mayor nivel educativo de la madre.⁴⁵⁵ La prevalencia de síntomas de asma en Colombia se incrementó de un 10% en 1999 hasta un 12% en 2010. Los síntomas fueron más frecuentes en los niños de entre uno y cuatro años, y cada vez más pruebas sugieren que la obstrucción de los bronquios durante una infección respiratoria aguda en la infancia puede estar relacionada con un desarrollo posterior de asma.⁴⁵⁵ Los factores de riesgo que llevan al desarrollo de problemas psicosociales, como el estrés materno durante la primera infancia, los abusos físicos y sexuales, los trastornos emocionales del comportamiento y los síntomas de depresión se han relacionado con el asma.⁴⁵⁴ En Brasil, la prevalencia del asma era más elevada en los niños cuyas madres sufrían de trastornos

mentales comunes, en los niños con desórdenes del comportamiento y en los que no contaban con suficiente apoyo social.⁴⁵⁴

La sibilancia y la sibilancia recurrente, que se define como sufrir tres o más episodios de esta condición a lo largo del año, son dos de las razones más comunes de consulta médica e ingreso hospitalario durante el primer año de vida del niño, lo que puede tener un importante impacto económico sobre las familias que acuden a los servicios de salud.⁴⁵⁸ En un estudio poblacional realizado entre 2005 y 2007, se relacionó una mayor probabilidad de que un niño sufriera episodios recurrentes de sibilancia con que fuera del sexo masculino, con la exposición al tabaco durante el embarazo, con la presencia de manchas de moho en las paredes de la casa, con la predisposición al asma de los padres, con la existencia de un elevado número de personas residiendo en el hogar familiar y con el bajo nivel educativo de la madre, todos ellos factores de riesgo que son más frecuentes en las familias más pobres.

Una alta proporción de niños de las ciudades Latinoamericanas sufren de sibilancia recurrente en sus primeros años de vida debido a su exposición a alérgenos, a contaminantes exteriores o en ambientes cerrados y al humo del tabaco.^{458,459} En un estudio realizado en Lima (Perú) en 2003, el asma en los escolares se asoció con una alta exposición al tráfico rodado, lo que incluyó la exposición al tráfico en el hogar, en la escuela y la contaminación del aire por culpa del tráfico.⁴⁶⁰ Se encontró que una baja situación socioeconómica constituía un factor de riesgo para la sibilancia y la neumonía.^{450,458-460}

Las personas más desfavorecidas de zonas urbanas en América Latina sufren la mayor prevalencia de asma, ya que viven en hogares con un alto índice de ocupación y en vecindarios sin acceso o con un acceso limitado a los servicios básicos, como agua corriente, saneamiento y atención en salud.⁴⁵⁴ El proceso de urbanización se produce a distintas velocidades y la implementación de la infraestructura y de los servicios básicos suele ocurrir a un ritmo más lento que otros procesos. En un análisis ecológico en Ecuador realizado entre 2005 y 2008, un alto número de comunidades declaró tener televisión, pero carecer de servicios básicos como acceso al agua corriente, al saneamiento y a la atención en salud.⁴⁵⁷

Resumen

Las infecciones respiratorias perpetúan las desigualdades sociales existentes en toda América Latina y el Caribe. Los niños de familias de bajos ingresos tienen más probabilidades de contraer infecciones respiratorias y de verse enfrentados a inequidades de acceso a la atención en salud para condiciones como la neumonía. El asma se ha convertido en un problema grave para los niños que viven en zonas de bajos ingresos que pueden verse expuestos con frecuencia a contaminantes en el exterior de sus hogares y en ambientes cerrados, así como a estrés psicosocial. El asma y la neumonía no solo tienen consecuencias negativas para la salud de los niños afectados, sino que el tratamiento de dichas enfermedades puede suponer una carga financiera adicional para sus familias y limitar las oportunidades educativas de los niños, exacerbando así su situación de pobreza.

4.6. Discapacidades y oportunidades

Existen puntos comunes entre la discapacidad y la pobreza, ya que ambas se caracterizan por la exclusión social, económica y política. El efecto conjunto de ser pobre y discapacitado hace que a una persona le resulte mucho más difícil satisfacer sus necesidades básicas, disfrutar de unas condiciones de trabajo y de vida seguras y acceder a los sistemas educativos y de salud.^{461,462} Tal y como declaró UNICEF en 2013, "excluir a los niños con discapacidad del colegio y de las zonas de juego no solo viola sus derechos, sino que también atenta contra la sociedad, ya que esos niños, con el apoyo apropiado, pueden llegar a convertirse en miembros productivos de la sociedad."⁴⁶³ Según el Banco Mundial, en América Latina y el Caribe solo entre el 20 y el 30 por ciento de los niños con discapacidad asisten a la escuela,⁴⁶⁴ lo que aumenta la desigualdad en la que se encuentra este sector de población. Además, hay poco conocimiento acerca de las instituciones que proporcionan acceso a la educación a niños

con discapacidades. En un estudio específico a la ciudad de Santiago de Chile, algunas madres de niños con discapacidad desconocían o no recibían la ayuda del gobierno que podría permitir a sus hijos integrarse en el sistema educativo.⁴⁶⁵

Resumen

Los niños con discapacidades que viven en la pobreza pueden verse expuestos a una grave exclusión social, económica y política y pueden tener que enfrentarse a barreras a la hora de acceder a las oportunidades de salud, empleo y educación. Es necesario prestar más atención y realizar estudios más detallados para entender y reducir las numerosas desigualdades a las que se enfrentan estos sectores de población.

© UNICEF Nicaragua/2015/M. García Terán



4.7. El riesgo diferencial para la tuberculosis, la enfermedad de Chagas, el dengue y el VIH en la niñez

A pesar del aumento de la preponderancia de enfermedades no contagiosas en el mundo, en América Latina y el Caribe las enfermedades transmisibles siguen siendo una grave problema de salud pública, que afectan fundamentalmente a los sectores más pobres de la población.⁴⁶⁶ En Haití, la incidencia de la tuberculosis (TB) es siete veces más alta que en el resto de la región⁴⁶⁷ y el Caribe es la segunda zona del mundo con más casos de VIH.⁴⁶⁷ América Latina también se ve afectada por enfermedades infecciosas desatendidas, que son comunes sobre todo en los más pobres.^{466,467} La carga total de las enfermedades infecciosas desatendidas en la región puede superar la carga de enfermedad causada por la malaria o la tuberculosis y, según algunas estimaciones, también por el VIH.⁴⁶⁷

Tuberculosis

Las condiciones sociales como la inseguridad alimentaria y la malnutrición, la vivienda inadecuada, las condiciones ambientales y las barreras económicas, geográficas y culturales existentes para acceder a la atención en salud provocan una distribución desigual de la incidencia y la prevalencia de la tuberculosis.⁴⁶⁸ Vivir en condiciones de mala ventilación y de hacinamiento aumenta la probabilidad de transmisión de la tuberculosis,⁴⁶⁹ mientras que la pobreza, la malnutrición y el hambre aumentan la susceptibilidad ante la infección, la enfermedad y la gravedad del pronóstico clínico.⁴⁶⁸ A pesar de que el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis están disponibles y son gratuitos en la mayor parte de los países de la región, un estudio realizado en Medellín (Colombia) en adultos que recibían tratamiento para la tuberculosis mostró que solo a un tercio de los niños menores de cinco años que convivían con ellos se les había realizado la prueba de la tuberculosis y que el 8% de esos niños tuvieron un resultado positivo.⁴⁷⁰

Dengue

La epidemia de dengue se ha relacionado con un incremento de los movimientos de población y con la rápida urbanización, pero el abandono de los programas de control de vectores como consecuencia de la desinversión y del colapso de la infraestructura de salud pública, unido al aumento de las desigualdades en el acceso a la atención en salud, han tenido consecuencias mayores en el aumento de la transmisión del dengue en América Latina y el Caribe, dado que la creciente urbanización y la mayor densidad humana ofrecen el entorno perfecto para que el mosquito y el virus se desarrollen y se propaguen.⁴⁷¹ Después de analizar los resultados de imágenes por satélite de alta resolución y datos obtenidos sobre el terreno en Puntarenas (Costa Rica), se encontró una correlación significativa entre la incidencia del dengue y las infraestructuras urbanas.⁴⁷² La mayor incidencia del dengue se ha visto favorecida por la proliferación de sitios de cría del mosquito debido al cambio climático, a las malas condiciones de saneamiento y a la pobreza extrema.^{473,474} En 2013, se declararon 2,4 millones de casos de dengue en el continente americano, de los cuales 37.687 fueron de dengue grave.

Incluso si el dengue afecta a todos los grupos socioeconómicos, un estudio retrospectivo que analizó datos de entre 2003 y 2010 en la ciudad de Córdoba, en el Caribe colombiano, mostró que el 53% de los casos declarados de dengue afectaron a los menores de 14 años.⁴⁷⁵ En el mismo estudio se observaron diferencias significativas en la distribución

de casos según el plan de seguros de salud y la zona de residencia; el 26% de los casos se produjeron en sectores de población sin seguro de salud y de residencia predominantemente rural.⁴⁷⁵ Un problema que afecta especialmente a los niños pequeños es que sus síntomas no son específicos; al ser iguales que los de otras infecciones virales, pueden pasar desapercibidos para los cuidadores, quienes pueden retrasar la administración de un tratamiento apropiado,⁴⁷⁶ lo que a su vez puede afectar a la morbilidad y a la mortalidad. Las diferencias en el conocimiento que los distintos grupos socioeconómicos tienen sobre la transmisión del dengue (tal y como se reveló en un estudio en Barranquilla y Puerto Colombia, en Colombia) también puede afectar la capacidad de las comunidades para evitar su transmisión.⁴⁷⁷

VIH

A pesar del incremento en la cobertura de las pruebas y los tratamientos para el VIH durante el embarazo desde 2007, se estima que 1.200 niños adquirieron el VIH por vía perinatal en 2013 en la región, lo que supone una tasa de transmisión del 5%. En 2015, Cuba se convirtió en el primer país del mundo en eliminar la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis.⁴⁷⁸ Anguila, Barbados, Montserrat y Puerto Rico han declarado datos compatibles con una transmisión del VIH por vía perinatal igual o inferior al 2%, con una tasa de VIH pediátrico de menos de 0,3 por 1.000 nacidos vivos y una transmisión congénita de la sífilis inferior o igual al 0,5% por 1.000 nacidos vivos.²⁹⁹ El porcentaje de menores de un año expuestos al VIH a quienes se les realizó una prueba de diagnóstico temprano en los dos primeros meses de vida en 2013 variaron entre el 1 y el 95%²⁹⁹, lo que supone una diferencia demasiado amplia como para entender la cobertura real.

La adherencia al tratamiento es un reto importante para los niños que viven con el VIH. Ciertos factores sociales como el grado de escolaridad y la situación socioeconómica de los cuidadores juegan un papel importante sobre la calidad del estado de salud. En Porto Alegre (Brasil) un estudio realizado en niños con VIH mostró que los niños cuyos padres eran profesionales o tenían un alto grado de escolaridad eran más constantes en el tratamiento que los otros niños.⁴⁷⁹ Se encontraron resultados similares en México, donde un estudio en 18 niños que recibían tratamiento para el VIH encontró correlaciones significativas entre la continuidad en el tratamiento y el nivel educativo de sus cuidadores.⁴⁸⁰

Enfermedad de Chagas

La pobreza es el principal factor asociado con la transmisión de la enfermedad de Chagas, ya que afecta principalmente a familias que habitan en viviendas de barro y paja que no están aisladas.⁴⁸¹ Otra fuente de desigualdades en esta enfermedad es la transmisión perinatal, que puede verse agravada en zonas endémicas si no se les realiza a las mujeres un control prenatal o postnatal.⁴⁸² En Chuquisaca (Bolivia), un estudio analizó la enfermedad de Chagas congénita en niños menores de un año nacidos de mujeres serológicamente positivas. A pesar de lo reducido de la muestra (34 mujeres), el estudio encontró que el 97% de las madres no llevaron a sus hijos al primer control de laboratorio, que el 82% faltó al segundo control, que el 94% faltó al tercero y que el 85% faltó al cuarto.⁴⁸³

Resumen

Las enfermedades transmisibles siguen siendo un problema urgente de salud, especialmente para los niños de América Latina y el Caribe. La pobreza y las malas condiciones sociales avivan la transmisión de la enfermedad de Chagas, la tuberculosis y el VIH, y el dengue se relaciona a menudo con el deficiente acceso al agua y al saneamiento, y con la rápida urbanización de la región. Como resultado, los niños más pobres sufren un riesgo inequitativo de adquirir estas enfermedades y suelen carecer de acceso a una atención en salud eficaz.

© UNICEF/UNI139073/Markisz



5. Salud adolescente (10 a 19 años)

5.1. Salud, acceso a la educación y educación sexual en las escuelas

En 2008 todos los ministros de Salud y de Educación de América Latina y el Caribe se reunieron en Ciudad de México para discutir estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población adolescente. El resultado de la reunión se plasmó en la Declaración Ministerial de Ciudad de México, que defendió aumentar la implementación de la educación sexual integral en las escuelas, de reforzar los servicios de salud reproductiva para adolescentes haciéndolos accesibles y adaptados a este grupo de edad, desarrollar estrategias multisectoriales para identificar y abordar las necesidades de salud reproductiva y sexual de los jóvenes y crear mecanismos para denunciar la discriminación o la baja calidad de la atención o de la educación sobre sexualidad.⁴⁸⁴

Esta revisión bibliográfica encontró solo un estudio que evaluaba en concreto los efectos de la Declaración Ministerial de Ciudad de México de 2008.⁴⁸⁵ Sin embargo, en 2009, un año después de la declaración, los países de América Latina y el Caribe tenían políticas de educación sexual que variaban en extensión y eficacia.^{486,487} Según un estudio regional de 2009, Brasil, Argentina y Costa Rica disponían de las políticas nacionales más avanzadas, todas las cuales detallaban las edades a las que los jóvenes deberían recibir educación sexual, el contenido de los programas de educación sexual y la inclusión obligatoria de la educación sexual en las escuelas.⁴⁸⁶ Colombia, la República Dominicana, Bolivia, Chile, Nicaragua, Ecuador, El Salvador, Uruguay y Venezuela tenían distintos niveles de normas legislativas que regulaban los componentes de los programas de educación sexual, y algunos países no exigían la inclusión de los programas en las escuelas o no especificaban su contenido.⁴⁸⁶ Mientras que Perú delegó la administración de los programas de educación sexual en los gobiernos provinciales,⁴⁸⁶ México, Haití, y Panamá mostraron los niveles más bajos de políticas de educación sexual. Varios países, como Antigua y Barbuda, Bahamas, Guyana, Paraguay, Barbados, Santa Lucía, Surinam, Trinidad y Tobago y Jamaica no disponían de legislación sobre educación sexual.⁴⁸⁶

A pesar de la Declaración Ministerial de 2008 y del creciente número de políticas nacionales de educación sexual, la evidencia sugiere que los programas de educación sexual actuales pueden no estar llegando en suficiente medida a los adolescentes más vulnerables a la adquisición del VIH o de otras ITS. Un ejemplo de esta población vulnerable son los jóvenes que no asisten a la escuela.^{488,489} Un estudio realizado en León (Nicaragua) encontró que los adolescentes que no iban a la escuela no solo tenían más probabilidades de haberse iniciado ya en las relaciones sexuales, sino que era menos probable que comprendiesen de forma adecuada el proceso de transmisión del VIH o de otras ITS.⁴⁸⁸ Además, los programas actuales de educación sexual pueden no satisfacer las necesidades de los adolescentes de entornos socioeconómicos pobres o de entornos familiares inestables.^{489,490} Por ejemplo, un estudio de 2010 en Pampas, en Perú, entrevistó a 20 adolescentes que revelaron que la educación sexual esporádica en las escuelas no era suficiente para contrarrestar su propia falta de eficacia para desarrollar prácticas sexuales más seguras, algo que derivaba del hecho de vivir en hogares inestables y pobres.⁴⁹⁰ Tanto un estudio regional de 2009 como un estudio de 2013 en Brasil encontraron que muchos programas de educación sexual

excluían activamente las necesidades de los estudiantes homosexuales o bisexuales^{486,491} y un estudio de 2012 en Belice, México y Guatemala encontró que los adolescentes indígenas tenían muchas menos probabilidades de recibir educación sexual en las escuelas, en parte debido a su mayor absentismo.⁴⁸⁵ Por último, los adolescentes con hijos y los adolescentes más jóvenes también pueden ver desatendida en mayor medida su necesidad de recibir una educación sexual que ayude a prevenir el embarazo adolescente.^{489,492-494} Como reveló una investigación de 2011, muchas escuelas en Paraguay y Perú desaconsejaban activamente a las madres adolescentes que volviesen a la escuela, donde podrían recibir educación sexual que evitase nuevos embarazos.⁴⁹³

Además de excluir a las poblaciones vulnerables, otro problema reseñable de la educación sexual para adolescentes es el contenido limitado de estos programas educativos. La Declaración Ministerial de 2008 sugiere que los programas más eficaces de educación sexual no se deberían centrar solamente en la prevención de los embarazos adolescentes y de la transmisión de las ITS, sino también en mitigar las normas de género inequitativas y en expandir un diálogo abierto relativo a una sexualidad sana.⁴⁸⁴ Un estudio encontró que los programas educativos más eficaces en América Latina se llevaban a cabo en países con bajos coeficientes de Gini.⁴⁹⁵ Este dato implica que también pueden salir a la luz patrones más amplios de desigualdad social y económica en la prestación y recepción de programas de educación sexual.⁴⁹⁵

Varias publicaciones revisadas en este informe indican que los esfuerzos por monitorizar y evaluar el éxito de las políticas y programas de educación sexual pueden resultar inconsistentes, incompletos o totalmente inexistentes.^{486,495-498} Para mejorar estas estrategias de monitorización y evaluación, algunos autores sugieren que se deberían incorporar valoraciones de equidad de género en las evaluaciones,⁴⁹⁹ incrementar el uso de diseños experimentales y cuasi-experimentales (frente a simples pruebas previas y posteriores)⁴⁹⁵ y elegir indicadores y diseños que puedan medir mejor los cambios sutiles y progresivos en los conocimientos y en el comportamiento.⁵⁰⁰

Resumen

Aunque todos los países de la región han expresado su compromiso de ampliar la educación sexual de los adolescentes, los esfuerzos realizados hasta ahora no han logrado satisfacer adecuadamente las necesidades de ciertas poblaciones vulnerables de adolescentes. Se necesitan más iniciativas para proporcionar una educación sexual integral a los adolescentes que no asisten a la escuela, que viven en entornos familiares inestables, que pertenecen a un grupo étnico minoritario, que tienen una identidad de género o una orientación sexual no heterosexual o que tienen hijos. Esta educación sexual integral debería tratar de abordar las desigualdades sociales y de género que subyacen bajo los resultados diferenciales en salud reproductiva observados entre los adolescentes. Desatender las necesidades de los grupos vulnerables de adolescentes aumenta el riesgo de que sufran resultados en salud reproductiva subóptimos y perpetúa las inequidades en salud entre distintos grupos de población.

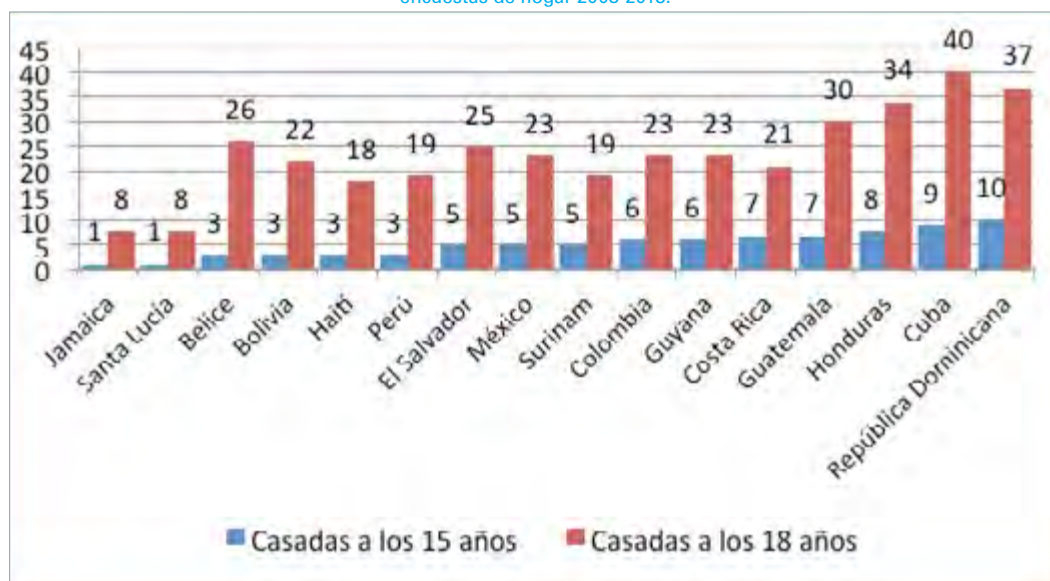
5.2. Iniciación sexual y matrimonio precoz

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), una de cada tres niñas en los países de renta baja se casa antes de llegar a la edad adulta.⁵⁰¹ En América Latina, desde principios de los años 1980 no ha habido cambios significativos en el porcentaje de mujeres de entre 20 y 24 años que se habían casado antes de los 18 años.⁵⁰² Un estudio mundial de 2012 estimó que el 18% de las niñas adolescentes de una muestra de América Latina estaban casadas.⁵⁰³ Estudios anteriores han estimado que la prevalencia regional del matrimonio precoz se situaba entre el 15-23% en 2004 y en el 25% en 2006.^{504,505} De especial relevancia es un informe regional de 2011, que cita una prevalencia del matrimonio adolescente de niñas menores de 15 años del 12% en Nicaragua y del 10% en la República Dominicana.⁵⁰⁶ Las pruebas sugieren que muchas niñas adolescentes que contraen matrimonio viven en zonas rurales y pertenecen a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.^{501,503,505,507} El Gráfico 34 muestra la variación regional en el porcentaje de mujeres de entre 20 y 24 años que se casaron antes de los 15 años y las que lo hicieron antes de los 18.

Ante el descenso del número de matrimonios formales, la década pasada vio un incremento de las uniones informales y consensuadas entre adolescentes en toda la región.^{505,508-510} Un informe regional de 2008 encontró que la frecuencia de uniones consensuadas era mayor que la de los matrimonios formales entre las niñas y mujeres menores de 25 años en 14 de los 19 países latinoamericanos examinados.⁵⁰⁹ Ese informe también encontró que más del 80% de las mujeres y niñas menores de 25 años que vivían en pareja en Panamá, la República Dominicana, Perú, Colombia y Honduras lo hacían en forma de unión consensuada.⁵⁰⁹ Estas uniones informales se han convertido en una forma de matrimonio ampliamente aceptada por la sociedad, en la que las parejas pueden cohabitar y criar a sus hijos. Sin embargo, los estudios indican que las uniones consensuadas con niñas adolescentes pueden a la vez reflejar y perpetuar inequidades sociales.

En primer lugar, las niñas adolescentes en uniones consensuadas a menudo parten de una situación desventajosa; estas niñas suelen pertenecer a grupos de edad más jóvenes, tienen niveles de estudios más bajos y provienen de entornos socioeconómicos desfavorecidos y de zonas rurales.^{505,508,509} Por ejemplo, un informe de 2007 encontró que la edad media en que las mujeres entraban en una unión informal en Venezuela era de 18 años en 2001, frente a los 19 en el caso de los matrimonios formales⁵⁰⁸, y que casi el 80% de las adolescentes que convivían con una pareja estaban en una unión consensuada.⁵⁰⁸ De las adolescentes de entre 15 y 19 años que se encontraban en una unión consensuada, el 63% provenía de zonas rurales y la frecuencia con la que convivían con una pareja en unión consensuada era más alta en aquellas con menor nivel de estudios.⁵⁰⁸ Además, en 2008, un estudio señaló que las mujeres del grupo socioeconómico más alto de Colombia tenían un 77% menos de probabilidades de implicarse en una unión consensuada que las mujeres del grupo más pobre.⁵⁰⁹ De modo similar, en la República Dominicana, las mujeres que habían asistido a la universidad tenían un 82% menos de probabilidades de involucrarse en una unión consensuada que las mujeres sin estudios superiores⁵⁰⁹ y, en las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 49 años, las más ricas se casaban de media 4 años más tarde (a una edad media de 21 años) que las más pobres (a los 17 años de media).⁵⁰² Entre las personas que se encontraban en uniones consensuadas, las mujeres de posición socioeconómica más baja tenían más probabilidades de tener una pareja perteneciente asimismo a un entorno económicamente desfavorecido y con un menor nivel educativo.⁵⁰⁹ Aunque se necesitan estudios más recientes en esta materia, los resultados sugieren que las uniones consensuadas pueden no reflejar necesariamente la preferencia de las mujeres por el matrimonio informal, sino que podrían ser un reflejo de desigualdades a la hora de obtener el reconocimiento legal del matrimonio o de concepciones culturales del matrimonio específicas para diferentes sectores de población desfavorecida.

Gráfico 34. Porcentaje de mujeres de entre 20 y 24 años casadas o en unión informal antes de los 15 y los 18 años en países de América Latina y el Caribe, encuestas de hogar 2008-2013.



Fuente: Análisis basado en bases de datos globales de UNICEF (encuestas demográficas y de salud, encuestas de salud reproductiva, encuestas de indicadores múltiples y otras encuestas nacionales).⁴⁰

Encontrarse en una unión consensuada puede además agravar la situación de vulnerabilidad de las adolescentes. Se ha comprobado que las uniones consensuadas suelen ser menos estables que los matrimonios formales.⁵⁰⁸⁻⁵¹⁰ Por ejemplo, un estudio de 2005 reveló que el 27% de las uniones consensuadas que implicaban a adolescentes en la República Dominicana y el 30% en Nicaragua se habían roto en menos de cinco años.⁵¹⁰ En las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años en Venezuela, más de la mitad de las mujeres que se habían involucrado en una relación consensuada habían terminado la relación en el plazo de elaboración del estudio, mientras que solo el 15% de los matrimonios se había disuelto.⁵⁰⁸ Sin las obligaciones legales asociadas con los matrimonios formales, las uniones consensuadas pueden tener impactos económicos negativos para las mujeres, así como para los hijos que puedan haber tenido sus antiguas parejas.⁵⁰⁹ Además, un estudio regional de 2008 reveló que las mujeres de América Latina que se encontraban en relaciones consensuadas eran más susceptibles de sufrir malos tratos que las que se encontraban formalmente casadas.⁵⁰⁹ Según este informe, las mujeres en relaciones consensuadas tenían más probabilidades que las casadas de sufrir un alto grado de control por parte de sus parejas y de verse sometidas a violencia doméstica en forma de abusos sexuales, físicos y emocionales.⁵⁰⁹ Más concretamente, las mujeres en relaciones consensuadas en Nicaragua tienen un 34% más de probabilidades de sufrir violencia doméstica que las mujeres casadas; esa probabilidad es del 31% en Colombia, el 25% en la República Dominicana y el 23% en Perú.⁵⁰⁹ En general, se necesitan más datos para examinar las desigualdades de género relacionadas con las uniones consensuadas, ya que los estudios existentes sugieren que esas uniones informales pueden tener más consecuencias negativas para la salud de las adolescentes que los matrimonios formales.

Con independencia del tipo de matrimonio, las uniones adolescentes pueden reducir la autonomía y tener consecuencias negativas para la salud de las adolescentes. En primer lugar, el matrimonio precoz se asocia con menos años de escolarización, ya que las adolescentes que entran en una unión pueden asumir mayores responsabilidades familiares o en el hogar.^{503,511,512} Además, las mujeres que se casan siendo adolescentes tienen más probabilidades de tener cónyuges de mayor edad. Un estudio de 2013 en Perú, por ejemplo, reveló que solo el 1% de las madres adolescentes tenían parejas de su misma edad.⁵¹³ Estas brechas de edad pueden contribuir a desequilibrios de poder en las relaciones que favorecen a las parejas masculinas de mayor edad;^{504,509,511} las niñas adolescentes pueden tener menos autonomía para que negocien el uso de condones o de otros métodos anticonceptivos, para que cuestionen las prácticas sexuales extramaritales de sus parejas o para tomar decisiones generales sobre el hogar.^{493,501,511} La falta de autonomía también puede limitar las oportunidades sociales y económicas de las mujeres, haciéndolas dependientes de sus parejas masculinas y reduciendo sus propias opciones. Como consecuencia, las adolescentes casadas pueden tener mayor riesgo de adquirir ITS, VIH y de quedarse embarazadas. En 2006, un estudio mundial reveló que el 80% de las adolescentes que declararon haber mantenido una relación sexual sin protección durante la semana anterior estaban casadas y que las adolescentes casadas tenían muchas menos probabilidades

de usar anticonceptivos, con independencia de sus intenciones de quedarse embarazadas.⁵⁰⁴ Esto puede provocar embarazos no deseados y aumentar el riesgo en las adolescentes de sufrir complicaciones de salud materna asociadas con su juventud.⁵⁰³ El matrimonio precoz se ha asociado tradicionalmente con embarazos adolescentes imprevistos, incluso aunque los datos sugieren que cada vez más adolescentes se están quedando embarazadas sin tener pareja estable.^{489,510}

El matrimonio precoz también puede ser consecuencia de un embarazo adolescente. Para los adolescentes que están en una relación en el momento de la concepción, el embarazo puede causar que esa relación se convierta en un matrimonio o en una unión.^{497,512-514} Por ejemplo, un estudio de 2008 en Argentina reveló que el número de adolescentes embarazadas que convivían con sus parejas se incrementó desde un 41% en el momento de la concepción hasta un 62% en el momento del parto.⁴⁹⁷ Ese mismo año, un estudio piloto en Bogotá (Colombia) encontró que el 40% de las adolescentes embarazadas contrajeron matrimonio formal o iniciaron una unión civil durante su embarazo.⁵¹⁴ El 71% de una muestra de madres adolescentes en México contrajeron matrimonio durante el mismo año en el que se quedaron embarazadas.⁵¹² En muchas zonas de América Latina, estas uniones funcionan como un modo de legitimar un embarazo, de evitar el estigma asociado con el hecho de ser madre soltera y de adquirir ayuda económica.^{510,513,515} Aun así, estas uniones pueden ser menos estables que los matrimonios que se celebran sin mediar un embarazo y pueden tener más probabilidades de terminar en una separación o un divorcio.⁵¹²⁻⁵¹⁴ Como se discute en secciones posteriores de este informe, es más probable que las niñas que se quedan embarazadas durante la adolescencia provengan de hogares inestables, tengan un nivel educativo y de riqueza más bajo, residan en zonas rurales y pertenezcan a un grupo étnico minoritario. En consecuencia, las situaciones de vulnerabilidad que ponen a las niñas en riesgo de sufrir un embarazo adolescente también pueden conducir a matrimonios precoces y a uniones maritales inestables.

Resumen

La evidencia existente sugiere que el matrimonio precoz de niñas adolescentes es otra manifestación de las inequidades de género que persisten en toda América Latina y el Caribe. Las adolescentes que se encuentran en uniones formales e informales pueden tener menos oportunidades sociales y económicas, así como un mayor riesgo de sufrir consecuencias negativas para su salud. Se necesitan más esfuerzos para retrasar la edad de matrimonio. Como la mayor parte de las niñas que entran en uniones precoces proceden de entornos desfavorecidos, es probable que esos esfuerzos requieran examinar las desigualdades sociales y de género y ampliar las oportunidades disponibles para las niñas en situaciones de vulnerabilidad.

5.3. Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

En los últimos 15 años se ha prestado mucha atención a la necesidad de disponer de establecimientos de salud adaptados a los jóvenes y que incorporen la participación de los jóvenes en su diseño, que protejan la confidencialidad y privacidad de los pacientes, que empleen a personal comprensivo que no exprese juicios o muestre parcialidad, que ofrezcan servicios gratuitos o a bajo coste y que proporcionen información detallada sobre sexualidad y sobre salud sexual y reproductiva.⁵¹⁶⁻⁵¹⁹ Dadas las necesidades específicas de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva (SSR), estos servicios adaptados a los jóvenes son fundamentales para garantizar unos resultados en salud óptimos en los adolescentes, y las evidencias han demostrado repetidamente que los servicios de SSR más eficaces para los jóvenes responden activamente a las necesidades de la población adolescente.^{516,518,520-523} Los programas de SSR exitosos analizados en este informe han tratado de identificar y hacer frente a las barreras estructurales, individuales y comunitarias concretas que afectaban a las poblaciones a las que se dirigen.^{521,523,524} Estas intervenciones han ido más allá del ámbito general de la atención primaria o de programas específicamente orientados a un problema concreto y se han centrado también en los conocimientos y actitudes del personal médico.^{521,522,524,525}

Sin embargo, los servicios de SSR adaptados a los jóvenes no se han implementado de manera universal en toda América Latina. Los datos sugieren que ciertas poblaciones vulnerables de adolescentes pueden carecer de acceso a servicios que respondan a sus necesidades de SSR. Por ejemplo, a pesar de que los jóvenes adolescentes tienen más probabilidades de ser sexualmente activos a edades más tempranas, un informe de la OPS de 2010 documentó que los adolescentes indígenas de Bolivia, Guatemala, Ecuador y Nicaragua vieron insatisfechas sus necesidades anticonceptivas con más frecuencia.⁵¹⁵ En Nicaragua, la prevalencia de la desatención de las necesidades anticonceptivas en los jóvenes indígenas de la Región Autónoma del Atlántico Sur era del 28%, casi el doble del 14% de prevalencia nacional.⁵¹⁵ Esta falta de acceso puede ser consecuencia de una discriminación más amplia contra las personas indígenas que se filtra en la prestación de servicios de salud, en la falta de adecuación cultural en los servicios de SSR y en las normas culturales que estigmatizan la sexualidad adolescente.⁵²⁶ Además, los adolescentes indígenas que viven en zonas rurales y remotas pueden encontrar barreras geográficas para llegar a establecimientos que ofrezcan servicios integrales de SSR adaptados a los jóvenes.^{526,527}

Los adolescentes pobres con bajos niveles de estudios también pueden tener más probabilidades de experimentar dificultades para acceder a los servicios de SSR.^{497,515,528} Una revisión regional de encuestas demográficas y de salud de 2008 encontró que el quintil más pobre de las adolescentes tenía unilateralmente el nivel más alto de necesidades de anticoncepción no satisfechas.⁵²⁶ De modo similar, en Nicaragua, un estudio de 3.000 participantes adolescentes femeninas encontró que las niñas con un bajo nivel socioeconómico y educativo tenían menos probabilidades de recurrir a los servicios de SSR.⁵²⁹ Esta misma tendencia se observa en las mujeres de bajo nivel socioeconómico que buscan atención prenatal. Un estudio de 2008 de Argentina descubrió deficiencias generalizadas en la

cobertura de la atención prenatal para niñas adolescentes que viven en la pobreza y que tienen pocos grados de escolaridad.⁴⁹⁷ Un estudio en Brasil encontró que las niñas adolescentes con pocos grados de escolaridad se encontraban con más obstáculos para acceder a la atención prenatal.¹⁵⁸ Estas estadísticas denotan la persistencia de barreras económicas para acceder a los servicios de SSR.

Aunque se necesitan más datos desagregados para identificar los sectores de población adolescente sin acceso a servicios de SSR, otros sectores de población desatendidos podrían incluir a los adolescentes más jóvenes^{497,500,527} y a los adolescentes afrodescendientes.⁵²⁶ Además, varios estudios analizaron el estado marital como un posible factor que contribuye a las dificultades para acceder a los servicios de SSR, pero estas publicaciones presentaron resultados dispares. Mientras que dos informes citan a las niñas adolescentes casadas como un grupo especialmente desatendido,^{501,524} otras publicaciones señalan que las niñas solteras pueden enfrentarse a la exclusión por parte de los servicios de SSR.^{517,518,521}

Por último, en toda la región, las niñas adolescentes pueden tener que enfrentarse a barreras específicas para acceder a los servicios de SSR de calidad. El miedo al estigma social, la vergüenza o el pudor pueden disuadir a las niñas adolescentes de solicitar servicios de SSR.^{518,530,531} Después de decidir recurrir a los servicios de SSR, pueden tener que enfrentarse a una mayor discriminación, a maltratos o a una atención inadecuada por parte del personal de salud. Los informes regionales sugieren que algunos miembros del personal de salud estigmatizan a la población adolescente joven por ser sexualmente activa.^{501,532} Además, el personal médico puede no estar familiarizado con las prácticas adecuadas para ofrecer asesoramiento y atención apropiados a las niñas adolescentes o pueden desconocer las políticas nacionales relativas a la confidencialidad y al consentimiento parental para recibir tratamiento.^{521,525, 533} Un estudio de Nicaragua encontró que el 82% de los farmacéuticos encuestados en Managua no distribuía anticonceptivos de emergencia a adolescentes sin permiso parental, aunque las pastillas estuviesen ampliamente disponibles en las farmacias privadas.⁵³³ Además, las adolescentes, en especial las no casadas, citan el temor a rupturas de confidencialidad, la falta de comprensión del personal de salud y los juicios emitidos por el personal médico como factores fundamentales que las desmotivan de buscar atención.^{501,517,519,521, 525,531,534}

Resumen

En general, se necesita seguir avanzando para crear e implementar servicios de SSR adaptados a los jóvenes en toda América Latina. La falta de acceso a estos servicios refleja las desigualdades sociales a las que deben enfrentarse las niñas adolescentes de grupos socioeconómicamente desfavorecidos y de grupos étnicos minoritarios. Implementar servicios eficaces de SSR necesitará una perspectiva de género y equidad para garantizar un acceso equitativo a la atención para adolescentes de diferentes grupos demográficos.

5.4. Embarazo adolescente, autonomía y perpetuación de la pobreza

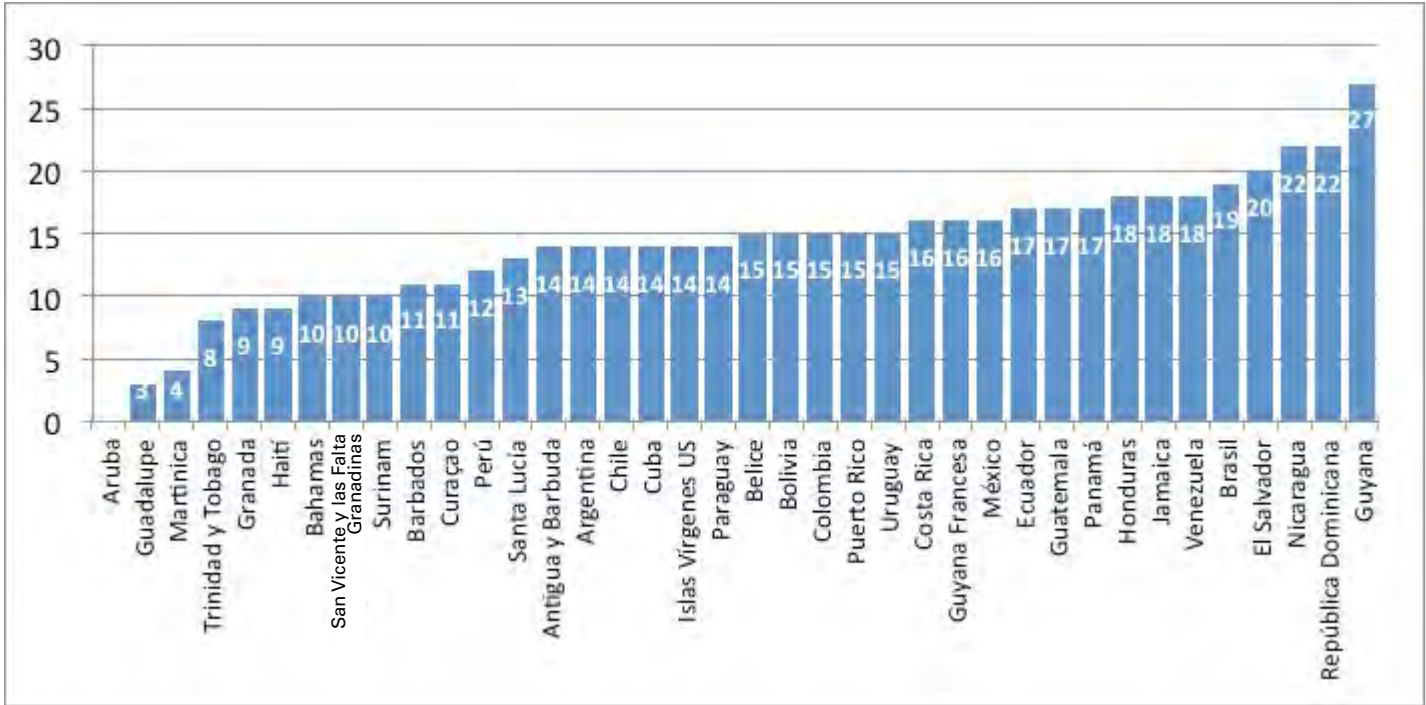
América Latina y el Caribe, donde el 17% de los nacimientos ocurridos entre 2010 y 2015 se produjeron en niñas y mujeres adolescentes, es la región con la mayor concentración de embarazos adolescentes del mundo, seguida por África con un 14%.⁵³⁵ El índice de natalidad en adolescentes (el número de nacimientos por cada 1.000 niñas y mujeres de entre 15 y 19 años) en ese período fue de 67 por 1.000, comparado con 98 en África. Como se muestra en el Gráfico 35, los países con la mayor concentración de embarazos adolescentes son Guyana, República Dominicana, Nicaragua y El Salvador.

El embarazo adolescente es a menudo un componente de la pobreza intergeneracional, en la que los niños heredan la baja posición socioeconómica de sus padres. Tal y como han demostrado varios estudios realizados en países de América Latina, las niñas y mujeres de entornos socioeconómicos pobres de la región tienen más posibilidades de quedarse embarazadas siendo adolescentes que las de grupos socioeconómicos más ricos.^{469,474,511-518}

Las mujeres adolescentes que viven en la pobreza tienen menos probabilidades de acceder a servicios de salud reproductiva y

de aborto,⁵³⁶ de completar grados de escolaridad más altos⁵³⁷ y recibir educación sexual en las escuelas,⁵³⁸ de tener redes de apoyo social fuertes⁵³⁹ y de incorporarse al mercado de trabajo a edades más tempranas.⁵¹⁵ Las adolescentes en situación de pobreza y marginalización tienen menos probabilidades de lograr que los responsables de diseñar las políticas de salud y el personal de salud escuchen y atiendan sus necesidades.⁵⁴⁰ Sin embargo, mientras que en algunos países como la República Dominicana las niñas y mujeres adolescentes pueden considerar que tener hijos es un modo de garantizarse una seguridad económica en la vejez,⁵⁴¹ los datos disponibles revelan que, de hecho, los embarazos adolescentes reducen la autonomía y las oportunidades económicas y educativas de las niñas.^{497,507,512,513,542-545} El Gráfico 38 muestra que en la República Dominicana en 2010, por ejemplo, entre el 70 y el 73 por ciento de las mujeres de 19 y 20 años con educación primaria ya tenían hijos, frente al 15% de aquellas que habían empezado la educación secundaria; los porcentajes en las zonas rurales y urbanas fueron similares.⁵⁴⁶ En el año 2000, la prevalencia de la maternidad a los 19 y 20 años fue menor pero su distribución por grado de escolaridad y lugares de residencia fue similar a la apreciada en 2010.

Gráfico 35. Porcentaje de embarazos adolescentes del total de embarazos en América Latina y el Caribe, 2010-2015.



Fuente: Análisis basado en el documento de Naciones Unidas World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WR241. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2015.⁵³⁵

Cuadro 19. Brechas en los embarazos adolescentes (Gráficos 36 y 37)

- La mayor prevalencia de embarazos adolescentes se observa en varios países en las jóvenes sin escolaridad, seguido por las más pobres.

Educación:

- Las mayores brechas se observan entre grados de escolaridad: en todos los países que disponen de datos, los embarazos adolescentes son siempre más prevalentes en mujeres con los grados de escolaridad más bajos.

Riqueza:

- La segunda mayor brecha se produce entre grupos de riqueza: el embarazo adolescente es siempre más prevalente en las mujeres económicamente más pobres de todos los países que disponen de datos. Por el contrario, en todos los países, menos del 12% de las mujeres más ricas están embarazadas o tienen hijos.

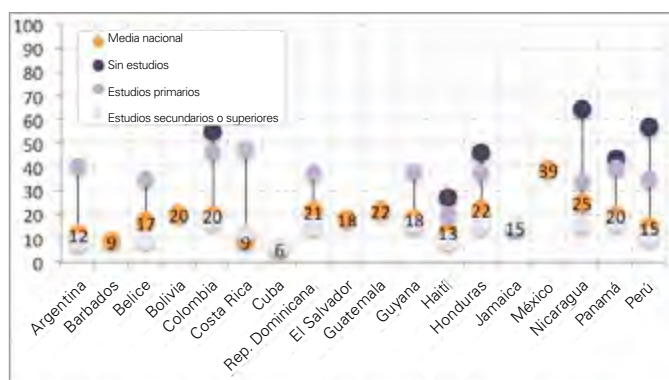
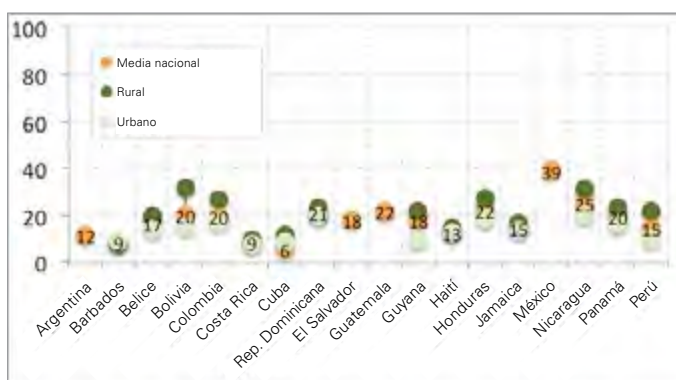
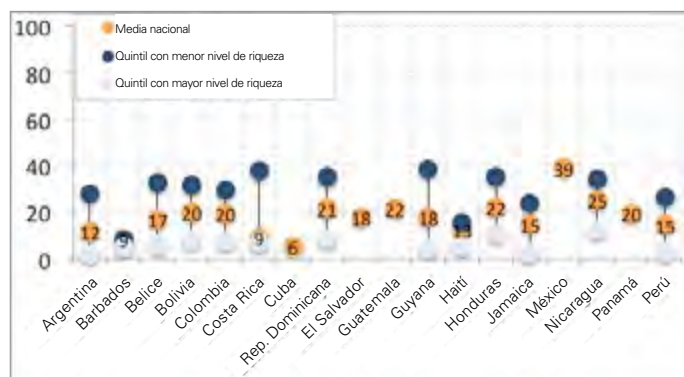
Lugar de residencia:

- Aunque la prevalencia de los embarazos adolescentes tiende a ser mayor en las mujeres rurales, las diferencias entre las mujeres rurales y urbanas son menos marcadas que entre los distintos niveles educativos y quintiles de riqueza.

Etnicidad:

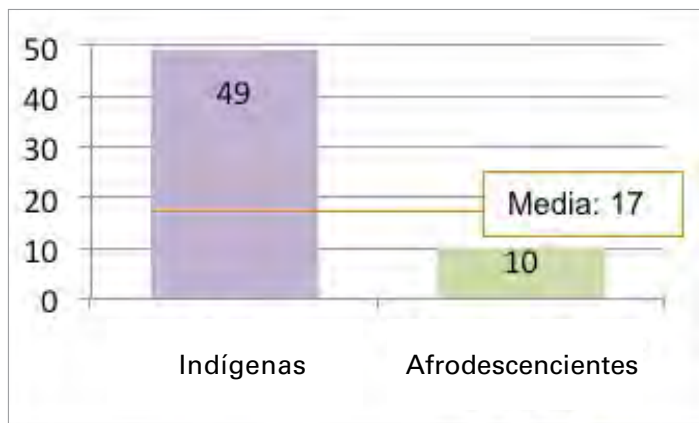
- Los embarazos adolescentes son cinco veces más prevalentes en las mujeres indígenas que en las mujeres afrodescendientes de Costa Rica (49% en las mujeres indígenas y 10% en las mujeres afrodescendientes) y casi el doble en Panamá (17% en las mujeres indígenas y 10% en las mujeres afrodescendientes).

Gráfico 36. Brechas en el porcentaje de mujeres de entre 15 y 19 años que ya han tenido hijos en países de América Latina y el Caribe por riqueza, lugar de residencia y grados de escolaridad de la madre, encuestas de hogar 2007-2014



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Salud Reproductiva, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales, 2008-2014.¹

Gráfico 37. Brechas en el porcentaje de mujeres de entre 15 y 19 años que ya han tenido hijos, por etnicidad en Costa Rica, 2011.



Fuente: Análisis basado en la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados de Costa Rica, 2011.¹

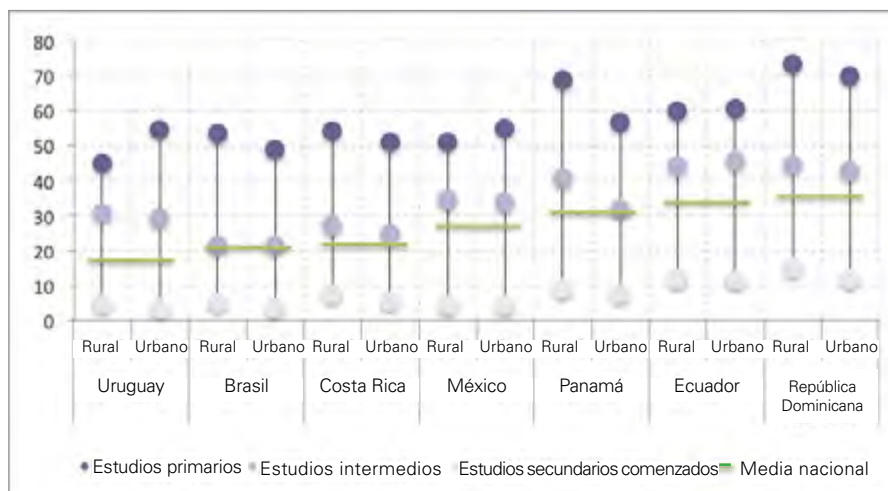
Las adolescentes embarazadas, en especial si son menores de 16 años, tienen más probabilidades que las mujeres adultas de sufrir complicaciones de salud materna y problemas de salud^{512,513,547-553} y sus hijos pueden sufrir una mayor morbilidad neonatal e infantil.^{548,554} Los embarazos adolescentes pueden conllevar un mayor gasto público.⁵¹² Al analizar todas las tendencias y factores de riesgo de los embarazos adolescentes en América Latina detallados a continuación, la situación socioeconómica emerge como un tema común subyacente que pone a las mujeres en un mayor riesgo de tener un embarazo adolescente y de sufrir menor autonomía tras el parto.

Los datos sugieren que las mismas barreras que impiden que las niñas y las mujeres adolescentes usen métodos anticonceptivos pueden persistir cuando se convierten en madres.^{487,546} Por ejemplo, en varios estudios, las mujeres adolescentes declaran que las

objeciones de su marido o de su pareja constituyen una barrera fundamental a la hora de acceder a métodos anticonceptivos o de utilizarlos.^{555,556} En otros estudios, las adolescentes también atribuyen el embarazo a una falta de educación o de comprensión de los métodos anticonceptivos.^{487,540,541,555} Otro factor que interviene en el uso de los anticonceptivos en las adolescentes es que el embarazo haya sido deseado. En especial en las mujeres de bajo nivel socioeconómico, tener hijos puede verse como un modo de ganar independencia y el respeto de su comunidad.^{487,541} Un estudio cualitativo realizado en Uruguay y Perú encontró que los embarazos adolescentes eran el resultado de uniones formales precoces, de bajos niveles de estudios y de bajas expectativas de vida.⁵³⁷ Cada vez más pruebas sugieren que estos factores pueden persistir después del embarazo en el caso de las niñas y mujeres adolescentes y pueden llevar a muchas adolescentes a tener más de un hijo antes de llegar a la edad adulta.^{487,497,507,542}

Las edades de iniciación sexual están descendiendo en América Latina y el Caribe pero la prevalencia regional de uso del condón no está aumentando lo bastante rápido como para compensar sus consecuencias sobre los embarazos adolescentes.^{546,557} Algunos estudios sugieren que cuanto más baja es la edad de la iniciación sexual, más probabilidades tienen las mujeres de quedarse embarazadas durante la adolescencia.^{493,556} La edad de iniciación sexual suele ser menor en las adolescentes de entornos económicamente desfavorecidos o marginalizados.⁴⁸⁷ Otro estudio encontró que cuanto más alto era el nivel de estudios de la adolescente y de su madre, así como el índice de riqueza de la familia y la edad de la madre en su primer embarazo, más tardía era la edad de la iniciación sexual de la adolescente.⁵⁵⁸ En este estudio, la iniciación sexual antes de los 15 años también se relacionaba con prácticas como el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.⁵⁵⁸ El mismo estudio encontró que las adolescentes cuya iniciación sexual se producía antes de los 15 años tenían menos probabilidades de usar métodos anticonceptivos seguros y más probabilidades de verse coaccionadas sexualmente.⁵⁵⁸

Gráfico 38. Porcentaje de mujeres de 19 y 20 años que han tenido hijos, por educación y lugar de residencia en Brasil, Costa Rica, México, Panamá, Ecuador y la República Dominicana, 2010.



Fuente: Análisis basado en Vignoli JR. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina: introducción al análisis demográfico, con énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2014⁵⁴⁸

Otro estudio sugiere que las poblaciones indígenas pueden tener una mayor prevalencia de inicio precoz de la actividad sexual que otros sectores de población.⁵¹⁵ En un estudio de Argentina, se encontró que los hombres tenían más probabilidades de tener una iniciación sexual precoz, pero tenían más probabilidades de usar un condón. Aunque pocas mujeres empezaban las relaciones sexuales durante la adolescencia, esas relaciones tenían más probabilidades de acabar en un embarazo no deseado o en una ITS. El estudio reveló que las mujeres tenían su primer hijo a una edad más temprana que los hombres.⁵⁵⁹ Este mismo estudio encontró que las adolescentes cuya iniciación sexual se producía antes de los 15 años tenían menos probabilidades de usar métodos anticonceptivos y más posibilidades de sufrir coacción sexual.⁵⁵⁸

Los datos actuales indican que la prevalencia de los embarazos en las adolescentes menores de 15 años está aumentando.^{501,546,558} En muchos países, los embarazos precoces a menudo son resultado de violencia o coacción sexual^{487,506,543,560} y las mujeres más jóvenes son las que suelen tener menos capacidad de acceder a la educación y a los servicios de salud reproductiva.^{501,506}

Numerosos artículos analizan los embarazos adolescentes como un factor que dificulta que las mujeres jóvenes de América Latina terminen sus estudios. Los embarazos adolescentes no solo fomentan el abandono escolar, sino que el abandono escolar puede también llevar a los embarazos adolescentes. Numerosos estudios han señalado que muchas adolescentes embarazadas ya habían abandonado los estudios antes de quedarse embarazadas o tenían unas aspiraciones educativas mínimas antes del embarazo.^{493,498,536,539,542} La coexistencia de un bajo nivel de estudios y de bajas aspiraciones educativas es más alta en las niñas de entornos socioeconómicos más desfavorecidos, de zonas rurales y de familias en las que la madre había sido también madre adolescente.^{497,542,561} En un estudio, la mayor parte de las adolescentes que habían abandonado sus estudios citaron como motivos la baja calidad de las escuelas, las responsabilidades domésticas o económicas u otros problemas de accesibilidad.⁴⁹⁷ En este sentido, un estudio de 2012 encontró que era más probable que utilizaran condón las adolescentes mexicanas que planeaban entrar en la universidad que las que no tenían planes de realizar estudios superiores.⁴⁸⁵ En las adolescentes que se quedaron embarazadas estando escolarizadas, el número de casos de abandono escolar se mantiene alto.^{493,512,562} Las adolescentes pueden abandonar los estudios por miedo a sufrir discriminación por parte de sus compañeros o por vergüenza.⁴⁹⁷ También tienen menos probabilidades de que las escuelas tengan en cuenta sus necesidades.⁵⁴³ Un estudio también reveló que las adolescentes embarazadas que abandonaron los estudios ya tenían bajas aspiraciones académicas y tenían malos resultados escolares cuando se quedaron embarazadas.⁴⁹³ En general, la educación accesible y de calidad sigue constituyendo un factor protector o disuasivo para los embarazos adolescentes.^{512,513}

Numerosos estudios e informes documentan que la prevalencia de embarazos adolescentes es más alta en las zonas rurales que en las urbanas,^{493,501,513,536,539,540,543,546,563} aunque esta tendencia puede estar cambiando.⁵¹³ Es más probable que las zonas rurales carezcan de servicios de salud reproductiva para adolescentes, que tengan un número más alto de matrimonios adolescentes y, en algunas zonas, es más fácil que tengan normas culturales que aceptan o promueven los embarazos adolescentes.^{503,543} Otros estudios sugieren que los

embarazos adolescentes pueden ser más frecuentes en zonas que los adolescentes citan como inseguras o superpobladas.^{498,503,559}

Se ha observado la tendencia a que las hijas de madres adolescentes se conviertan ellas mismas en madres durante la adolescencia, una muestra del efecto de los embarazos adolescentes en el ciclo de la pobreza.^{498,558} Se ha demostrado que vivir con ambos progenitores y tener una buena comunicación con ellos es un factor protector contra los embarazos adolescentes.^{485,536,539,561} Por el contrario, en un estudio en Chile se demostró que el 33% de las madres adolescentes estudiadas dijeron haber crecido en familias disfuncionales.⁴⁹⁸ Además, las hijas de progenitores con bajos estudios tienen más probabilidades de quedarse embarazadas siendo adolescentes.⁴⁹³ Las adolescentes que viven en familias donde deben cuidar de hermanos más jóvenes o de otros miembros de la familia deben asumir responsabilidades adultas antes y por tanto pueden tener más riesgo de sufrir un embarazo durante la adolescencia.^{493,536} Las mujeres también pueden percibir menos oportunidades cuando sus propias madres fueron madres adolescentes.⁴⁹³

Mientras que la edad de la iniciación sexual descende, la edad media del matrimonio está aumentando, lo que podría implicar que muchas adolescentes se están quedando embarazadas sin tener pareja estable. Sin embargo, en general, los estudios incluidos en este informe sugieren que los embarazos adolescentes suceden en una variedad de tipos de relaciones. Seis estudios encontraron que los padres de los niños de madres adolescentes eran más de cinco años mayores que las madres.^{493,496,501,513,556,563} Muchos embarazos adolescentes suceden dentro de las relaciones, pero no siempre con un cónyuge o pareja estable.^{487,596} Algunos estudios sugieren que algunas madres adolescentes que se quedan embarazadas se casan o conviven con sus parejas para “legitimizar” el embarazo o por razones económicas.^{497,510} Es más probable que las madres solteras sean estigmatizadas y las normas sociales pueden obligarlas a mudarse con su pareja.⁵¹⁵ Las madres solteras adolescentes, en especial las de entornos socioeconómicos más desfavorecidos, a menudo deben depender del apoyo de sus propios progenitores.^{515,563} Esto puede crear cargas económicas para sus familias e incrementa la probabilidad de que el niño crezca en una familia inestable.⁵¹³

Etnicidad y embarazos adolescentes

En general, los embarazos adolescentes parecen ser más frecuentes en las mujeres de grupos étnicos minoritarios, como poblaciones indígenas, afrodescendientes, inmigrantes y trabajadoras migrantes. La exclusión económica y social de estos grupos minoritarios suele reflejarse en una mayor prevalencia de embarazos adolescentes. Estos grupos de población normalmente tienen menores niveles de estudios, menores oportunidades económicas y una situación socioeconómica más baja, todo lo cual puede contribuir a una mayor prevalencia de embarazos adolescentes. Los embarazos adolescentes pueden ser tanto el producto como un elemento perpetuador de estas desigualdades.

La prevalencia de los embarazos adolescentes en las poblaciones indígenas se ha reducido durante la pasada década, pero generalmente sigue siendo más alta que en las mujeres no indígenas.^{485,546} Panamá, Costa Rica, Venezuela, Brasil y Paraguay presentan actualmente las mayores diferencias en la tasa de fecundidad entre las adolescentes

indígenas y las no indígenas.⁵⁴⁶ En Brasil, el 17% de las adolescentes indígenas de entre 15 y 19 años residentes en zonas urbanas y el 32% de las residentes en zonas rurales eran madres, frente al 11 y el 15% respectivamente en las mujeres no indígenas.⁵⁴⁶ De igual modo, en 2010 el 31% de todas las adolescentes indígenas de Panamá eran madres, frente al 13% de las no indígenas.⁵⁴⁶

Los factores culturales que alimentan la mayor prevalencia de los embarazos en las mujeres adolescentes pueden incluir la mayor importancia de tener hijos, la consideración de que tener hijos es la finalidad de la mujer y de que los niños son garantes de la continuidad cultural.⁵⁴⁶ Sin embargo, los embarazos adolescentes también simbolizan y nacen de patrones históricos de discriminación contra los pueblos indígenas y de desigualdades de género en el acceso a la educación, los servicios de salud y las oportunidades económicas.⁵⁴⁶ También puede haber diferencias en el embarazo adolescente dentro de un mismo grupo indígena. Por ejemplo, la prevalencia de los embarazos adolescentes tiende a ser más baja en las adolescentes indígenas con mayores niveles educativos.^{513,546} Se necesitan más estudios adicionales para entender los factores estructurales y culturales específicos a los embarazos adolescentes en mujeres indígenas, considerando en especial la localización geográfica y la educación como factores agravantes.

Según un informe de 2011 de la CEPAL, la prevalencia de los embarazos adolescentes es más alta en los sectores de población afrodescendiente que la media nacional.⁵⁶⁴ En general, se necesitan más datos recientes y desagregados para analizar mejor estas tendencias. Sin embargo, a principios de la década de los 2000, en Ecuador la prevalencia de los embarazos adolescentes fue un 44% más alta en las mujeres jóvenes afrodescendientes que en las demás.⁵⁶⁴ De modo similar, en Colombia y Brasil fue un 30% más alta en las mujeres afrodescendientes.⁵⁶⁴ Al igual que con las poblaciones indígenas, puede haber diferencias en la prevalencia de los embarazos en adolescentes afrodescendientes que se corresponden con distintos niveles educativos.⁵⁶⁴ Por lo que respecta a las poblaciones migrantes, en Costa Rica la prevalencia de embarazos adolescentes tiende a ser más alta en las inmigrantes nicaragüenses que en las nativas costarricenses.⁵⁶⁵

Resumen

El análisis de los embarazos adolescentes en América Latina y el Caribe requiere un examen más amplio de la equidad de género. Reducir la prevalencia de los embarazos adolescentes puede verse como un modo de reducir la desproporcionadamente alta prevalencia de la pobreza en las mujeres de la región. Las políticas que fomenten la mejora del nivel educativo general, la equidad en salud y las oportunidades socioeconómicas reducirán la prevalencia de los embarazos adolescentes con toda probabilidad.



5.5. Vulnerabilidad, autonomía y estilo de vida

La nutrición en los adolescentes latinoamericanos

Históricamente, las políticas nutricionales en América Latina se han centrado sobre todo en la desnutrición, que sigue siendo un problema urgente para los jóvenes y adolescentes de la región.⁴⁰⁴ Recientemente, sin embargo, la desnutrición y la obesidad han empezado a coexistir en muchos países; fomentadas por la infiltración de dietas altas en colesterol asociadas con la creciente importación de productos de consumo y con el descenso de la actividad física asociada con la rápida urbanización,^{566,567} el número de jóvenes obesos y con sobrepeso han seguido aumentando rápidamente en toda la región.^{404,568} Por ejemplo, un estudio de 2004 documentó que la prevalencia del sobrepeso en los niños y adolescentes brasileños se incrementó del 4 al 14% entre 1975 y 1997.⁵⁶⁹ Se estima que en 2003 el 30% de los adolescentes participantes en un estudio realizado en zonas urbanas de Costa Rica consumían una cantidad de grasas totales y saturadas superior al límite recomendado y que el 50% consumía altos niveles de colesterol.⁵⁷⁰ En 2014, la prevalencia nacional estimada de sobrepeso y obesidad en los adolescentes en la región varió entre el 17 y el 36% y aproximadamente entre 17 y 21 millones de adolescentes latinoamericanos estaban considerados con sobrepeso u obesos.⁴⁰⁴ Incluso dentro de sectores de población tradicionalmente castigados por la desnutrición, como las poblaciones indígenas marginalizadas, la prevalencia de la sobrealimentación puede estar aumentando. Sobre una muestra de 45 personas de la etnia indígena mbya guaraní de diferentes zonas de Argentina, el 93% de los participantes sufría algún tipo de malnutrición. Mientras que el 85% mostraron retraso en el crecimiento, el 10% sufría de sobrepeso.⁵⁶⁸

Actualmente hay pocos datos desagregados relativos a la obesidad en adolescentes Latinoamericanos. Tres estudios incluidos en este informe observaron una mayor prevalencia de obesidad en jóvenes de familias con alto nivel de ingresos en Colombia⁵⁶⁷ y Brasil,⁵⁶⁶ pero los datos existentes de ámbito regional sugieren que la prevalencia de la obesidad se está desplazando desde los sectores de población con un alto nivel de renta a aquellos con bajos niveles de renta, creando una doble carga de malnutrición para los jóvenes de entornos socioeconómicos pobres.^{567,571,572}

Consumo de sustancias: alcohol, tabaco y drogas ilícitas

En toda la región de América Latina y el Caribe, el consumo de alcohol, tabaco y drogas se concentra en los adolescentes y adultos jóvenes.⁵⁷³ A pesar de que el número de consumidores es mayor en los adolescentes de más edad, las evidencias sugieren que cada vez hay más adolescentes que se inician en el consumo de alcohol, tabaco o drogas a edades más tempranas.⁵⁷⁴⁻⁵⁸⁰ Por ejemplo, un estudio de 2005 de Ecuador señaló que del 13% de participantes que consumían tabaco, el 70% había empezado a fumar antes de haber cumplido los 15 años de edad y el 80% de los adolescentes que habían probado el alcohol declaró haberlo consumido antes de los 15 años.⁵⁷⁴ De modo similar, una investigación de 2008 encontró numerosos adolescentes que habían probado las drogas a edades de 12 o 13 años.⁵⁷⁸ Un estudio en Brasil encontró que el 50% de adolescentes fumadores de Pelotas (Brasil) habían probado el tabaco por primera vez antes de los 10 años.⁵⁷⁷

El consumo de alcohol, tabaco y drogas es siempre más alto en los adolescentes que en las adolescentes.^{576,579,581} Además los adolescentes

varones de zonas rurales han mostrado tener un mayor nivel de consumo de alcohol y tabaco.^{581,582} Según un análisis de encuestas de hogar distribuidas a 17974 adolescentes mexicanos, el consumo de alcohol y tabaco se incrementaba al tiempo que se reducía el tamaño de la localidad de residencia de los adolescentes.⁵⁸² Los investigadores de este estudio creen que es posible que las zonas rurales de México acepten mejor el consumo de alcohol por parte de los adolescentes en eventos y espacios públicos.⁵⁸²

Además de la situación geográfica, la educación y la situación socioeconómica también pueden afectar las tendencias en el consumo de sustancias. Un estudio mundial de 2006 encontró que los adolescentes de orígenes socioeconómicos más bajos tenían más probabilidades de abusar del alcohol, y en Brasil el consumo de drogas se asoció con la pobreza urbana.⁵⁷³ Otro estudio realizado en Brasil con 4.394 adolescentes participantes relacionó el consumo de tabaco con una posición socioeconómica más baja.⁵⁷⁷ La pobreza también se reveló como un factor de riesgo para el abuso de sustancias en Ecuador,⁵⁷⁴ Haití,⁵⁸³ y Brasil.⁵⁷⁶ Además, el consumo de alcohol y tabaco se ha asociado con menores niveles educativos en las personas del sexo masculino en Brasil,⁵⁷⁷ México⁵⁸⁰ y en toda la región.⁵⁸⁴ Los jóvenes que declaran tener una escasa conexión con escuelas u organizaciones religiosas también tienen mayores niveles de consumo de alcohol⁵⁸⁵ y drogas.^{574,586}

Por último, los entornos familiares de los adolescentes tiene una influencia significativa en los patrones de consumo y abuso de alcohol.^{539,586} Especialmente en adolescentes que viven en situación de pobreza, los jóvenes cuyos progenitores abusan del alcohol tienen muchas más probabilidades de hacerlo también ellos mismos.⁵³⁹ Además, el consumo de alcohol es mayor en los adolescentes que se criaron en hogares monoparentales, que expresan un bajo nivel de relación con sus progenitores y que fueron sufrieron abusos domésticos siendo niños.⁵⁸⁷ De igual modo, el consumo de tabaco se relaciona con los patrones de consumo de los progenitores, con un bajo nivel educativo de las madres, con los abusos domésticos, con la participación en peleas físicas, con altos niveles de estrés y con el hecho de vivir con una madre sin pareja.^{575,577} Como ocurre con el consumo de alcohol, el consumo de drogas ilícitas es más común en adolescentes que viven en hogares inestables y monoparentales y que se sienten desconectados de sus progenitores y sus comunidades.^{574,586}

Resumen

La vulnerabilidad a los problemas nutricionales y al abuso de sustancias está cambiando en América Latina. La prevalencia de la obesidad y del sobrepeso está aumentando y las edades de iniciación en el consumo de sustancias están descendiendo. Se necesitan más estudios para monitorizar estas tendencias y para crear políticas dirigidas a los sectores de población más vulnerables, especialmente teniendo en cuenta la relación existente entre el consumo de sustancias y los accidentes y crímenes violentos. Entre los esfuerzos destinados a reducir el abuso de las sustancias, las iniciativas deberían tratar de dirigirse no solo a los conocimientos individuales, sino también a corregir las inequidades sociales y económicas más amplias que se filtran en los entornos familiares de los adolescentes y que afectan su autonomía.

5.6. Vulnerabilidad, autonomía y VIH en la población joven

Durante los últimos 15 años, la incidencia de la infección por VIH se ha reducido de forma general en las poblaciones de jóvenes de América Latina y el Caribe. Entre 2001 y 2012, el número de nuevos casos seropositivos en jóvenes de 15 a 24 años cayó en un 15% en América Latina y en un 55% en el Caribe.⁵⁸⁸ Aún así, el VIH sigue siendo un problema grave que afecta a los sectores vulnerables de población joven. En 2013, se estimaba que 4.000 adolescentes vivían con el VIH en Argentina, 29.000 en Brasil, 7.800 en Colombia, 2.300 en la República Dominicana, 3.000 en Guatemala, 5.800 en México y 3.600 en Perú.¹ Ese mismo año, los adolescentes representaron el 7% de la población total de VIH en Haití, Guyana, Nicaragua y Paraguay.¹ Los adolescentes también supusieron el 8% de la población con VIH en Bolivia y el 10% en Honduras.¹

El uso del condón, factor clave en la epidemia del VIH, sigue siendo bajo en los y las adolescentes en toda la región.^{540,589} Entre 2009 y 2014, solo el 20% de las chicas adolescentes de Perú, el 40% de las chicas de la República Dominicana y el 39% de las chicas de Honduras declararon haber usado un condón durante su última relación sexual.¹ Además, en 2010, el 80% de los adolescentes que participaron en un estudio en Brasil declaró mantener relaciones sexuales sin condón.⁵⁹⁰ Tres años después, una encuesta nacional en estudiantes de institutos de secundaria en Brasil encontró que casi la mitad de quienes eran sexualmente activos no habían utilizado un condón durante su última relación sexual.⁵⁸⁹ Según una encuesta de 2010 en Santander (Colombia) el 92% de las adolescentes que se encontraban en una relación no usaron protección contra el VIH u otras ITS de forma habitual.⁵⁹¹

A pesar de que los esfuerzos regionales para extender la educación sexual en las escuelas han puesto el énfasis en concienciar sobre el VIH y el sida, los conocimientos de los y las jóvenes adolescentes de la región sobre el VIH siguen siendo incompletos. Según las estadísticas más recientes de UNICEF, solo el 20% de las adolescentes y el 24% de los adolescentes en Bolivia y Guatemala tenían una comprensión completa del VIH.¹ Esos números fueron del 32% en los adolescentes y del 25% en las adolescentes en Haití, del 29% y el 33% en Honduras y del 29% en las adolescentes de Costa Rica.¹ En zonas con mayores conocimientos sobre el VIH se mantiene una gran diferencia entre los conocimientos que tienen los adolescentes de los riesgos asociados al sexo y sus comportamientos sexuales.^{495,583,592} Por ejemplo, en Colombia, aunque el 67% de los participantes en un estudio de 2012 declaró haber recibido información sobre el VIH y las ITS, solo el 33% de los participantes sexualmente activos habían usado condones durante su última relación sexual.⁵⁹¹

Género y la epidemia del VIH

En el mundo, las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años tienen un 50% más de probabilidades de adquirir el VIH que los varones del mismo grupo de edad.⁵⁸⁸ Esta tendencia es similar en la población adolescente de América Latina y el Caribe, donde la prevalencia del

VIH y el bajo nivel de utilización del condón se suelen concentrar en las adolescentes de sexo femenino.^{501,540,588} En Brasil, por ejemplo, las mujeres de entre 15 y 24 años tienen entre 4 y 7 veces más probabilidades de adquirir el VIH que sus parejas de sexo masculino.⁵⁹⁰ Además, mientras que los hombres adolescentes tienen más probabilidades de ser sexualmente activos, las mujeres adolescentes tienen menos probabilidades de usar un condón durante las relaciones sexuales.^{488,593-595} Estas tendencias se han encontrado en Nicaragua,⁴⁸⁸ Brasil,^{594,595} México,⁵⁹³ Colombia⁵⁹⁶ y Panamá.⁵⁹⁶

Estas tendencias reflejan las desigualdades de género más amplias que existen en toda América Latina y que reducen la autonomía de las mujeres adolescentes en las relaciones y en la negociación del uso del condón. Mientras que a los hombres adolescentes se les anima a tener múltiples parejas sexuales y a olvidarse de la protección, se espera que las mujeres se mantengan subordinadas a los deseos de sus parejas, mientras que la sexualidad de las mujeres adolescentes está estigmatizada en muchas zonas.^{488,540,595} Por tanto, las mujeres solteras pueden sufrir estigma social al buscar información o servicios relevantes para la prevención del VIH.⁵¹⁸ Las adolescentes casadas, en especial las casadas con hombres mayores que ellas, pueden tener problemas para negociar el uso del condón en sus relaciones. Un informe regional de 2006 reveló que el 80% de las mujeres adolescentes que habían tenido relaciones sexuales sin protección estaban casadas.⁵⁰⁴ Un estudio de 2012 en Brasil también encontró que las mujeres adolescentes que mantenían relaciones a menudo reemplazaban el uso del condón por la “confianza” en su pareja.⁵⁹⁵

Pobreza y vulnerabilidad frente al VIH

Esta revisión bibliográfica identificó otros factores que incrementan el riesgo de la transmisión del VIH para los adolescentes de ambos sexos. En primer lugar, los jóvenes de América Latina están empezando a tener relaciones sexuales a edades más tempranas, y numerosos estudios han relacionado la iniciación sexual a edades tempranas con un aumento del riesgo de adquirir el VIH. Estudios sobre Haití,⁵⁸³ Chile,⁵⁹⁷ Brasil^{558,590,598} y Perú⁵⁹⁹ han relacionado la iniciación sexual a edades tempranas con una menor frecuencia de uso del condón. Estos bajos niveles de uso del condón podrían derivarse de la alta prevalencia de violencia y coacción sexual que afecta a la población adolescente más joven. En un estudio del año 2000, el 62% de las chicas que se iniciaron sexualmente antes de los 15 años declararon que habían sufrido coacción o violencia sexual; en comparación, esta cifra fue del 28% para las mujeres cuya iniciación sexual fue a una edad superior a los 22 años.⁵⁹⁹ En general, varios estudios han documentado el papel de la violencia y la coacción sexual en la propagación del VIH.^{588,590,599} La coacción y la violencia sexuales usurpan la autonomía de los adolescentes en la toma de decisiones relativas a sus comportamientos sexuales. Especialmente en el caso de las adolescentes, otro factor que incrementa la exposición al VIH es el sexo intergeneracional. Las adolescentes cuyas parejas son significativamente mayores que

ellas pueden tener menor capacidad para negociar el uso del condón, dada la desigual dinámica de poder inherente a dichas relaciones.^{504,600} Por último, el consumo de alcohol y drogas también se ha asociado con un aumento de la exposición al VIH en los adolescentes de toda la región.^{515,558,589,590} Por ejemplo, una encuesta de 2013 en estudiantes adolescentes de institutos de secundaria encontró que los adolescentes que no utilizaron condón en su última relación sexual tenían un 33% más de probabilidades de consumir alcohol de forma compulsiva y un 43% más de probabilidades de consumir drogas ilegales que los adolescentes que usaban condones con frecuencia.⁵⁹⁴

La pobreza es un tema común que conecta todos los factores que incrementan la exposición y la vulnerabilidad social frente al VIH, como la iniciación sexual precoz, la coacción sexual, las relaciones sexuales intergeneracionales y el abuso de las drogas y el alcohol, factores que ocurren con más frecuencia en adolescentes de entornos desfavorecidos y vulnerables,^{539,583,588,590,594,599} en especial en chicas adolescentes que provienen de entornos socioeconómicos bajos.

Etnicidad y vulnerabilidad frente al VIH

Los efectos de las desigualdades económicas y de género en la vulnerabilidad frente al VIH pueden ser especialmente evidentes en la población adolescente indígena. En toda América Latina, la población indígena sufre exclusión social y económica, y cada vez más evidencias muestran a los jóvenes indígenas como un sector de población especialmente vulnerable a la infección por el VIH.^{515,593} Por ejemplo, la OPS ha documentado edades muy tempranas de iniciación sexual en los adolescentes indígenas de Perú, Nicaragua, Bolivia y Ecuador.⁵¹⁵ Los estudios también han documentado altos niveles de violencia sexual cometidas contra las indígenas adolescentes, así como normas de género que reducen la autonomía de ellas para negociar el uso del condón en las relaciones.⁵¹⁵ Las adolescentes indígenas han mencionado el estigma social y la discriminación por parte del personal médico como barreras fundamentales a la hora de buscar información de salud o de conseguir condones.⁵¹⁵ En conjunto, la prevalencia del uso del condón es muy baja en los jóvenes indígenas. En Bolivia, por ejemplo, la OPS señala que solo el 2% de los adolescentes indígenas de entre 15 y 19 años usan condones de forma habitual.⁵¹⁵

Resumen

La epidemia del VIH afecta cada vez más a la población adolescente sujeta a las desigualdades amplias en el ámbito económico, social y de género en América Latina y el Caribe. Tomando en consideración estos factores, para que los esfuerzos orientados a reducir la prevalencia del VIH en la población joven de la región tenga éxito, se deberán abordar las desigualdades sociales que alimentan dichas vulnerabilidades. Los esfuerzos para prevenir el VIH deberían salvar la brecha en los conocimientos que los jóvenes tienen sobre el VIH y los comportamientos sexuales sanos, así como crear contextos en los que los adolescentes puedan asumir más autonomía en dichos comportamientos.

Retos en el paso de la infancia a la adolescencia para los jóvenes con VIH

A pesar de las iniciativas nacionales e internacionales que han tratado de reducir la transmisión perinatal del VIH, todavía siguen naciendo

niños y niñas con VIH en América Latina y el Caribe. En 2014, hubo aproximadamente 2.000 nuevos casos de VIH en América Latina en niños menores de 15 años, muchos de los cuales se produjeron como consecuencia de la transmisión perinatal.⁶⁰¹ Sin embargo, el mayor acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) y la mayor adherencia al tratamiento han permitido que más niños sobrevivan a lo largo de la adolescencia y la edad adulta. Durante la década pasada, casi todos los países de América Latina y el Caribe aumentaron el acceso de niños y adolescentes al TAR.⁶⁰¹ Incluso en los últimos cinco años, Bolivia ha duplicado la cobertura del TAR para los niños menores de 15 años, pasando de un 10% en 2011 a un 21% en 2014.⁶⁰¹ En el mismo periodo de tiempo, la cobertura para ese grupo de edad se incrementó en Haití desde un 18 a un 34%, en Nicaragua de un 22 a un 36%, en México de un 44 a un 63% y, más sorprendentemente, en Colombia de un 23 a un 60%.⁶⁰¹ De modo similar, los niveles de cobertura del TAR para las personas mayores de 15 años también aumentó de forma casi unánime en toda la región.⁶⁰¹

Los estudios de investigación han demostrado que el TAR mejora la calidad de vida de los niños y adolescentes infectados por el VIH.^{528,594,602} Al reducir las infecciones oportunistas y la supresión inmunitaria, el TAR permite a los niños alcanzar la madurez física y cognitiva al igual que otros adolescentes.⁶⁰³ Un estudio de 2006 realizado en Brasil también documentó que el TAR cambia la percepción pública del VIH como una sentencia definitiva de muerte y permite a los adolescentes desafiar la caracterización convencional de los jóvenes con VIH como enfermizos o frágiles.⁵²⁸

Estigma y VIH

Para muchos niños que adquirieron el VIH por vía perinatal, la adolescencia marca el momento en el que asumen un mayor control de la adherencia al tratamiento y en el que empiezan a explorar su sexualidad. Sin embargo, esta transición a la adolescencia también puede ser un período marcado por el estigma y la exclusión social, ya que sufrir ese estigma puede provocar a los adolescentes sentimientos de aislamiento y otros daños psicológicos que pueden perjudicar su calidad de vida.^{603,604} La estigmatización de los adolescentes con VIH también puede desanimarlos en su búsqueda de atención en salud o de información de salud, poner en peligro su constancia ante el TAR e impedirles obtener información sobre la sexualidad y la salud sexual.^{528,605} El estigma experimentado por los adolescentes con VIH no solo es consecuencia de la discriminación contra el VIH, sino que también amplifica la marginalización más amplia de las personas procedentes de entornos desfavorecidos.⁶⁰⁶

Los adolescentes que adquirieron el VIH por transmisión perinatal suelen sufrir discriminación a causa de su estado seropositivo. En las comunidades indígenas de Ecuador, Guatemala, Nicaragua, Bolivia y Perú, el VIH puede construirse socialmente como el resultado de la promiscuidad femenina o del comportamiento masculino homosexual, ambos estigmatizados por muchas sociedades tradicionales.⁵¹⁵ En consecuencia, sin importar cómo se haya adquirido el virus, los jóvenes con VIH en estas sociedades están sufriendo condena y discriminación.⁵¹⁵ Estudios en Brasil han encontrado que los niños y adolescentes con el VIH pueden verse excluidos de las escuelas o de acceder al empleo, aunque esas tendencias pueden estar disminuyendo.⁶⁰⁷ En el contexto de los servicios de salud en Brasil, el estigma puede limitar a los jóvenes con VIH a la hora de acceder a información de salud sexual y reproductiva o de recibir atención no discriminatoria.⁶⁰⁵

La discriminación y el estigma contra los jóvenes con VIH también pueden provenir de sus propias familias. Idealmente, las familias deberían funcionar como redes de apoyo para los adolescentes, y hay estudios que han mostrado que el apoyo de los cuidadores y de la familia puede influir de forma significativa en la adherencia al TAR.^{607,608} Sin embargo, por desgracia, el apoyo del cuidador no siempre está presente. Un estudio de 2013 en Brasil encontró que los adolescentes con VIH experimentaron una mayor prevalencia de violencia física y psicológica dentro de sus familias.⁶⁰⁹ Los miembros de la familia también pueden negarse a discutir o reconocer la condición de seropositivo de su hijo para evitar el rechazo del resto de la familia o de su comunidad.⁶⁰⁴ En casos extremos, las familias pueden incluso llegar a abandonar o aislar a los niños con VIH.⁵²⁸

El estigma y las situaciones de vulnerabilidad social

Además de su condición de VIH, muchos adolescentes infectados por vía perinatal han nacido en situaciones de vulnerabilidad social. Por ejemplo, varias publicaciones han señalado que los adolescentes que adquirieron el VIH por vía perinatal suelen vivir en condiciones de pobreza o pertenecen a grupos étnicos minoritarios que pueden sufrir marginalización social.^{515,528, 609-612} Un estudio de 2010 observó que los niños y los adolescentes que recibían TAR en un hospital público de Ciudad de México vivían en situaciones de extrema vulnerabilidad social, en la que los jefes de familia solo tenían empleos precarios y que sus hijos no disponían de opciones para desarrollarse educativa y económicamente.⁶¹¹ Otros estudios en Brasil y otros países encontraron que los adolescentes infectados por vía perinatal tenían más probabilidades de vivir en la pobreza, con hogares inestables, progenitores desempleados o con adicciones a sustancias, historial de violencia familiar y pocas redes de apoyo.^{528,609,610} Estos mismos factores pueden también colocar a los adolescentes con VIH en mayor riesgo de sufrir violencia o abusos en el seno de la familia. Por ejemplo, un estudio de 2013 realizado en Brasil con adolescentes que habían adquirido el VIH por vía perinatal encontró que el 68% de los participantes sufrían abusos psicológicos, el 42% castigos físicos y el 23% malos tratos físicos por parte de familiares.⁶⁰⁹ La orfandad es asimismo más prevalente en niños y adolescentes con VIH, ya que al menos uno de los progenitores tenía VIH y que éstos sufrieran incidentes relacionados con los contextos de pobreza o peligrosidad en los que viven.^{528,610,612} Por último, los adolescentes de sectores de población vulnerables pueden tener menos adherencia al TAR. A pesar de la escasez de publicaciones sobre la adherencia al TAR en los adolescentes en América Latina, los estudios existentes sugieren que puede producirse una baja adherencia al TAR en los adolescentes de entornos de bajos ingresos o con cuidadores que abusan del alcohol o las drogas.^{611,613}

Mientras que cada uno de estos factores pueden por sí mismos alimentar la discriminación contra los adolescentes y la exclusión de los jóvenes de las oportunidades sociales y educativas, estas vulnerabilidades pueden ayudar a ampliar el estigma que estos adolescentes reciben por su condición de seropositivos. Por

ejemplo, en Brasil, los niños huérfanos de padres con VIH tienen más probabilidades de sufrir malnutrición y de verse discriminados a causa de la condición de sus padres.⁶¹² En algunas zonas de Brasil, los huérfanos con VIH también pueden sufrir exclusión si sus padres murieron como resultado de una actividad criminal, de violencia de bandas, de alcoholismo o de consumo de drogas.⁵²⁸ La exclusión social de los grupos étnicos minoritarios también puede ampliar la discriminación contra los jóvenes indígenas con VIH.⁵¹⁵ En conjunto, la experiencia del estigma por parte de los adolescentes refleja tanto la discriminación contra las personas con VIH como la marginalización de la población joven vulnerable.

El estigma y la comunicación del diagnóstico del VIH

El estigma también afecta el momento en el que los cuidadores y el personal de salud revelan al joven infectado su condición de seropositivo. Numerosos artículos revisados para este informe describen que los cuidadores suelen posponer la revelación de la condición de seropositividad de los adolescentes para evitar el estigma y la discriminación.^{602,603,605,607,614} Por ejemplo, un estudio realizado en Colombia encontró que solo el 3,8% de los niños y adolescentes con VIH conocía su situación.⁶¹⁴ Además de la falta de familiarización con la obligación legal de revelar el diagnóstico, tanto el personal de salud como los cuidadores de la propia familia no revelaron la condición de seropositividad para proteger al joven afectado del trauma psicológico o de la discriminación.⁶¹⁴ Ha habido resultados similares en distintas zonas de Brasil que sugieren que los cuidadores normalmente esconden los diagnósticos de los niños y los adolescentes por miedo al estigma.^{602,603,607}

Sin embargo, aunque los cuidadores pueden estar intentando proteger a los adolescentes, que los jóvenes con VIH entiendan su diagnóstico es un proceso importante en su paso de la niñez a la adolescencia. Revelarles su condición de seropositivos permite a los adolescentes que asuman psicológicamente el diagnóstico, que asuman su responsabilidad en controlar el virus y que comprendan los factores de riesgo cuando empiezan a tener relaciones sexuales.^{602,614} Además, a diferencia de los adolescentes que no están seguros de su condición, los adolescentes que sí conocen su condición de seropositivos han demostrado tener una mayor autonomía y autoestima.⁶¹⁰

Resumen

El estigma es un factor clave que afecta la transición a la adolescencia de los niños con VIH. Aunque los jóvenes infectados por vía perinatal suelen sufrir discriminación a causa de su condición de seropositivos, este estigma también refleja patrones más generales de exclusión social de los adolescentes de grupos de población vulnerables. Se necesitan más esfuerzos para garantizar un acceso equitativo al TAR en los grupos de población adolescente y apoyar a los cuidadores de modo que puedan proporcionarles los mejores cuidados posibles.

5.7. Adolescentes LGBT y discriminación

La discriminación contra la juventud LGBT es endémica en toda América Latina y asume formas diversas. En primer lugar, los adolescentes LGBT de la región pueden sufrir discriminación en los centros escolares. Algunos estudios han señalado que los programas de educación sexual no suelen abordar la orientación sexual y la identidad de género y algunos programas se centran únicamente en los embarazos adolescentes en niñas heterosexuales.^{486,491,615} Esta falta de una educación sexual integral es discriminatoria en sí misma, por cuanto impide a un sector vulnerable de población adolescente obtener información de salud sexual y apoyo social. Además, los centros escolares pueden ser contextos en los que los adolescentes LGBT sufren el rechazo y la condena de sus compañeros. Por ejemplo, en un estudio realizado en 2013 en Ceará (Brasil) los investigadores encontraron que los estudiantes adolescentes solían utilizar expresiones vejatorias contra los homosexuales en las aulas, así como en conversaciones informales durante el horario escolar.⁴⁹¹ Estudios similares en Nicaragua,⁴⁸⁸ Chile⁶¹⁵ y otras zonas de Brasil^{616,617} encontraron que los adolescentes LGBT podían ser objeto de burlas y exclusión social por parte de sus compañeros. Este comportamiento discriminatorio se suele perpetuar por las creencias y comportamientos de los maestros, que promueven la heterosexualidad y las normas convencionales como normales o superiores.^{491,616} Por ejemplo, los profesores del estudio de Ceará no hacían casi nada para combatir los comportamientos denigrantes y en ocasiones incluso apoyaban el desprecio.⁴⁹¹

Los adolescentes LGBT también pueden encontrar discriminación en el contexto de los servicios de salud. Las cuestiones de privacidad y confidencialidad que frenan a otros adolescentes a la hora de buscar atención en SSR pueden ser especialmente disuasorias para los jóvenes LGBT.⁶¹⁸ Los datos sugieren que el personal de salud de Brasil y México no está familiarizado con las necesidades de los adolescentes LGBT y que el personal de salud puede expresar activamente actitudes homofóbicas en establecimientos de salud, limitando así el acceso de los adolescentes LGBT a los servicios y a la información de SSR.^{618,620} El problema de la discriminación por parte del personal de salud puede ser especialmente negativo para los adolescentes transgénero. Un estudio de 2015 en Rio Grande do Sul (Brasil) describió una situación de "violencia simbólica" presente en los establecimientos de salud, en la que el personal médico no identificaba ni reconocía las necesidades de las personas transgénero, no usaba los nombres que ellos habían elegido o los condenaba por su "elección" de ser transgénero.⁶²¹ Como consecuencia de estas prácticas, los participantes transgénero del estudio declararon que sintieron "humillación", "perjuicio" y "discriminación" cuando buscaban acceder a los servicios de salud.⁶²¹ Aunque este estudio solo incluyó a participantes adultos, podemos asumir que los adolescentes transgénero pueden sentir problemas similares de trato discriminatorio.

Además de sufrir discriminación en los centros escolares y de salud, los adolescentes LGBT pueden sufrir discriminación, violencia física

y abusos sexuales por parte de su familia y sus comunidades. Varias investigaciones realizadas en Colombia y México sugieren que los adolescentes LGBT pueden ser víctimas de acoso escolar, violencia interpersonal y delitos de odio.^{619,622} En el seno familiar, los adolescentes LGBT pueden recibir presiones para cumplir con los roles de género heteronormativos y pueden sufrir negligencia, abandono o violencia física cuando no cumplen con dichos estándares.^{599,623,624} Un estudio de caso en México y una serie de entrevistas en Brasil también sugieren que la violencia y el rechazo por parte de las familias puede iniciar una serie de acciones discriminatorias que las personas transgénero sufren a lo largo de toda su adolescencia y vida adulta.^{621,624} Por último, la coacción y la violencia sexual son cuestiones urgentes que afectan a los adolescentes LGBT.^{599,616,617,624} Un estudio realizado en el año 2000 en Lima (Perú) encontró que la coacción sexual era común en la iniciación homosexual, tanto para hombres como para mujeres.⁵⁹⁹ En 2012, un estudio sobre más de 2.000 estudiantes en São Paulo (Brasil) reveló que el 27% de los adolescentes no heterosexuales y el 12% de la juventud heterosexual había sufrido violencia sexual.⁶¹⁶ Dos años más tarde, otro estudio en Brasil encontró que el 12% de los adolescentes homosexuales y bisexuales habían sido víctima de violencia sexual, frente al 2% de los adolescentes heterosexuales.⁶¹⁷

Consecuencias para la salud de la discriminación contra los adolescentes LGBT

La discriminación tiene efectos negativos sobre la salud mental y física de los adolescentes LGBT, así como sobre sus prácticas en materia de salud. En primer lugar, la discriminación que los adolescentes LGBT sufren en sus vidas diarias se ha relacionado con efectos psicológicos negativos como sentimientos de aislamiento social y emocional, negación de la sexualidad, baja autoestima, desprecio de sí mismo, vergüenza, actitud defensiva, homofobia interiorizada, y depresión.^{615,616,620,622} Estos efectos psicológicos pueden ser especialmente dañinos para los adolescentes LGBT, puesto que muchos de ellos ya tienen que luchar para encontrar asesoramiento y recursos de apoyo que respondan a las necesidades de la juventud no heteronormativa.⁶¹⁹ Como consecuencia, la discriminación actúa como un factor clave en la alta prevalencia de suicidios y pensamientos suicidas que se observan en los adolescentes LGBT de la región. Numerosas publicaciones han señalado que los adolescentes LGBT tienen una mayor prevalencia de tendencias suicidas que sus compañeros heteronormativos.^{616,617,622} Por ejemplo, una encuesta de 2014 en Brasil encontró que el 42,5% de los adolescentes homosexuales y bisexuales habían experimentado pensamientos suicidas, frente al 18,7% de los adolescentes heterosexuales.⁶¹⁷ Dos años antes, otra encuesta en Brasil observó que los estudiantes no heterosexuales tenían dos veces más probabilidades que sus compañeros heterosexuales de contemplar la posibilidad de suicidarse y más de tres veces más de posibilidades de intentarlo.⁶¹⁶ En 2005, un estudio encontró una prevalencia alarmantemente alta de pensamientos suicidas (60%) y de intentos de suicidio (26%) en las y los adolescentes lesbianas, gays y bisexuales (LGB).⁶¹⁹ Todas

estas publicaciones relacionan los pensamientos suicidas no con la orientación sexual LGB de los adolescentes, sino con la frecuencia con la que los adolescentes sufren discriminación a causa de su orientación LGB.

Además, la discriminación puede alimentar los altos niveles de consumo de alcohol y drogas en los adolescentes LGTB. Un estudio de 2005 en México descubrió que el 21% de las mujeres lesbianas y bisexuales sufrían de alcoholismo, un porcentaje mayor que en la población femenina heterosexual del estudio.⁶¹⁹ Diez años después, el mismo investigador descubrió que la prevalencia del consumo de alcohol y drogas seguía siendo mayor en los adolescentes LGTB mexicanos que en sus compañeros heterosexuales y que los adolescentes LGTB tenían más probabilidades de ser fumadores de cigarrillos.⁶²³ En Brasil, mientras que el 19% y el 11% de los adolescentes LGTB encuestados declaraban consumir alcohol y marihuana respectivamente, solo el 6 y el 2% de los adolescentes heterosexuales declaraban consumir alcohol y marihuana.⁶¹⁷ Estas tendencias también se han encontrado en Brasil^{616,620,625} y Argentina⁶²⁶ y los datos sugieren que el consumo de alcohol y drogas puede servir como un mecanismo de compensación para los adolescentes LGTB que deben luchar contra el aislamiento que deriva de la discriminación.⁶²⁰

Por último, la discriminación contra los adolescentes LGTB puede provocar comportamientos de riesgo para adquirir el VIH y otras ITS. Como se ha mencionado con anterioridad, la discriminación contra los adolescentes LGTB puede hacer que las víctimas duden a la hora de buscar asesoramiento sobre las relaciones, atención en salud e información sobre la sexualidad. Sin información ni apoyo social, los grupos de población LGTB pueden caer más fácilmente en prácticas que aumenten su exposición al VIH, como un mayor número de parejas sexuales,⁶²⁰ menor frecuencia de uso del condón⁶¹⁷ y sexo transaccional o prostitución.^{620,624} Los adolescentes LGTB con bajos niveles de autoestima también pueden tener más dificultades para negociar el uso del condón y otras prácticas de sexo seguro.⁶¹⁸ Como consecuencia, los adolescentes LGTB se han convertido en un sector de población extremadamente vulnerable frente al VIH y otras ITS. Principalmente, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres han sido considerados desde hace mucho tiempo como un sector de población vulnerable al VIH. En 2005, se estimaba que la mitad de los adolescentes con actividad homosexual en Brasil habían contraído una ITS en algún

momento de sus vidas.⁶²⁰ En Argentina, el 42% de los participantes transgénero en un estudio realizado en un establecimiento de salud dieron positivo en la prueba de la sífilis, mientras que solo el 19% de las personas cisgénero, es decir, aquellos cuyo género se corresponde con el sexo con el que nacieron, habían adquirido la infección.⁶²⁶ Contraer el VIH y otras ITS puede a su vez generar discriminación adicional, ya que esas infecciones suelen ir acompañadas de un estigma adicional.

Resumen

En América Latina y el Caribe, los adolescentes LGTB constituyen un grupo de población vulnerable y desatendido. Aunque cada vez más investigaciones han sacado a la luz los problemas que afectan a la juventud LGTB de la región, la discriminación continúa impidiendo que estos adolescentes logren resultados óptimos en salud física, mental y sexual. Teniendo en cuenta la medida en la que esta discriminación se filtra en los servicios de salud, en los centros educativos y en el clima social, áreas todas ellas que tienen un impacto importante sobre la salud y el bienestar de los adolescentes, hay una necesidad acuciante de poner en marcha políticas y estudios que identifiquen las necesidades de los adolescentes LGTB y de tomar medidas para responder a dichas necesidades.

Este informe también sostiene que la discriminación dirigida hacia los adolescentes LGTB es un producto de las rígidas normas de género y de las desigualdades que afligen a muchas zonas de América Latina y el Caribe. El comportamiento sexual no heteronormativo es condenado porque desafía las normas de género tradicionales que exigen la dominación sexual del hombre sobre la mujer subordinada. En zonas donde la "masculinidad" se asocia con la agresión, el control y la falta de emociones, las sociedades pueden rechazar los comportamientos y actitudes que desafían dichas convenciones y la homofobia puede llegar a incorporarse en la identidad "masculina". Por tanto, para luchar contra la discriminación hacia los adolescentes LGTB y evitar los inequitativos resultados en salud que sufren, las sociedades de América Latina y el Caribe deberían reexaminar las desigualdades de género y trabajar para ampliar las definiciones de la identidad de género que resulten estrechas.

6. Implicaciones de la violencia sobre la equidad en salud

6.1. Abusos físicos, sexuales y verbales a mujeres y niños

Violencia y abuso de niños con discapacidad

Los niños con discapacidad tienen más probabilidades de sufrir negligencia y abusos físicos y sexuales que los niños sin discapacidad.⁶²⁷ En América Latina y el Caribe, vivir con discapacidad siendo un niño se asocia no solamente con la pobreza sino también con la violencia y el maltrato, que puede tomar la forma de discriminación, exclusión social y estigma.⁶²⁷

Vale la pena mencionar el papel de las instituciones públicas en la reducción de la violencia contra los niños y las niñas con discapacidad. Se ha admitido que los sistemas de denuncia diseñados para proteger a las víctimas e identificar los abusos están mal organizados.^{627/628} Incluso cuando los servicios están disponibles, la gente tiene percepciones inexactas o incompletas del papel de estas instituciones.⁶²⁹ También hay evidencia de que, en algunas instituciones, los niños con discapacidad están sujetos a condiciones inhumanas y degradantes que pueden llevar a considerar algunas instituciones como peligrosas y como una amenaza para la vida.⁶³⁰

Resumen

En la región, los niños y las niñas con discapacidad tienen más probabilidades de verse sometidos a abusos físicos o psicológicos, negligencia, discriminación, marginalización social y económica y estigma. Se necesitan más servicios para responder a las necesidades de estos niños y reducir su exposición a la violencia.

Impacto de las minas antipersonales en la niñez

Colombia es el país con más minas antipersonales del mundo y el único país de América Latina donde todavía existen.⁶³¹ Las minas antipersonales han contribuido al aumento de la incidencia de discapacidades funcionales permanentes en el país⁶³² y han afectado de forma desproporcionada a las poblaciones de zonas rurales que viven en la pobreza.⁶³³ La muerte, el desmembramiento, la pérdida de la vista y el oído y la discapacidad para toda la vida son algunas de las consecuencias de pisar una mina antipersonales o de preparar y colocar los artefactos explosivos en el suelo, algo que en ocasiones los grupos armados pueden obligar a hacer a los niños.⁶³⁴ Aunque en Colombia el porcentaje acumulado de todas las víctimas de minas antipersonales en niños y adolescentes desde 1990 es del 10%,⁶³⁵ la proporción de víctimas civiles de las minas antipersonales desde 2010 que son niños y adolescentes se ha incrementado de forma constante y llegó al 35% en 2013.⁶³⁶

Además del número de niños que se han convertido en huérfanos como consecuencia de las minas antipersonales, los niños tienen más probabilidades que los adultos de morir como consecuencia de las heridas causadas por una mina antipersonales.^{637/638} Entre quienes sobreviven, pueden necesitar cuidados para toda la vida que resultan geográfica o económicamente inaccesibles. Si tienen acceso a tratamiento médico, quirúrgico y protésico, periódicamente necesitan nuevas prótesis durante el período de crecimiento.⁶³⁷ Las discapacidades de visión, oído o movilidad, pueden impedir, en especial en zonas rurales, el acceso a la educación y al empleo para esos niños y crear gastos catastróficos para sus familias, exacerbando las condiciones de pobreza y las limitadas oportunidades en la vida, empeorando unas condiciones ya de por sí inequitativas.

Las consecuencias de las minas antipersonales van más allá de la discapacidad física directa, ya que pueden provocar daños mentales y cognitivos y resultados inequitativos de salud en ese terreno. En 2005, se estimó que la prevalencia del síndrome de estrés postraumático en los niños de dos municipios donde eran comunes las minas antipersonales, los desplazamientos forzados, las muertes violentas u otras amenazas, se situaba entre el 16,8 y el 23,2%.⁶³⁹ Los resultados de un estudio de niños y adolescentes víctimas del conflicto armado de Colombia que sufrían de estrés postraumático y/o depresión mostraron menos capacidad de atención y memoria que la media nacional, especialmente en los adolescentes.⁶³³

Resumen

Las minas antipersonales son una causa importante de discapacidad y mortalidad para los niños que viven en zonas rurales pobres de Colombia. Para estos grupos de población joven y económicamente desfavorecida, los impactos físicos, cognitivos y psicológicos de las minas antipersonales impiden su desarrollo y sus capacidades humanas. En este sentido, las minas antipersonales no solo funcionan como armas en sentido estricto, sino como agentes de violencia que perjudican la salud y el modo de vida de los sectores de población desfavorecidos.

Abusos sexuales a adolescentes y condiciones de salud mental

En varias zonas del mundo, así como en América Latina y el Caribe, las adolescentes están sujetas a distintas formas de violencia sexual por parte de sus parejas. En 2014, aproximadamente 84 millones, o una de cada tres adolescentes del mundo habían sufrido violencia sexual, física o emocional por parte de sus parejas o cónyuges.⁶⁴⁰ En América Latina y el Caribe, según un informe de UNICEF de 2014, la proporción de todas las adolescentes de entre 15 y 19 años que habían sufrido violencia sexual al menos una vez en sus vidas iba desde un 3% en Guatemala y Colombia, hasta un 7% en Nicaragua y El Salvador, un 8% en la República Dominicana y un 11% en Jamaica.⁶⁴⁰ El mismo informe encontró que una mayor proporción de chicas habían sufrido abuso emocional por parte de sus parejas en América Latina y el Caribe que en otras partes del mundo. En 2013, un estudio en Bolivia encontró que, de 10.119 mujeres adolescentes y adultas que convivían con una pareja, el 47% había sufrido algún tipo de violencia de pareja y el 7% había sufrido violencia sexual por parte de sus parejas. De estas mujeres, el 95% también habían sufrido abusos psicológicos y el 83% habían sufrido abusos físicos.⁶⁴¹

En América Latina y el Caribe, la violencia sexual es especialmente prevalente en las niñas de entre 10 y 15 años. Por ejemplo, en 2005, el 71% de los actos de violencia sexual denunciados en Colombia implicaban a jóvenes menores de 18 años y la violencia sexual fue la cuarta causa más importante de lesiones no letales, con 40 casos de agresiones sexuales por cada 1.000 habitantes. En esos casos, los sectores de población con edades comprendidas entre los 10 y los 14 años tenían la mayor prevalencia de sufrir violencia sexual, con 104 por cada 100.000 personas, seguidos por los niños de entre 5 y 9 años y, por último, por los adolescentes de entre 15 y 17 años.⁶⁴² En 2002, se estimaba que el 46% de las niñas en Haití habían sufrido alguna forma de abuso y el 43% de esas víctimas tenían entre 10 y 14 años.⁶⁴³ Un estudio posterior en el mismo país encontró que, entre 2005 y 2006, aproximadamente el 11% de las adolescentes de entre 15 y 19 años

fueron agredidas por sus parejas.⁵²⁶ Un informe de la OPS de 2013 encontró que entre el 40 y el 60 por ciento de la violencia sexual en el seno de las familias de la región afectaba a niñas menores de 15 años.⁵²⁶ De modo similar, un informe del Banco Mundial encontró que el 12% de las mujeres de São Paulo y el 9% de las mujeres de Pernambuco (Brasil) habían sufrido abusos sexuales antes de cumplir los 15 años. Se encontraron estadísticas similares en Guatemala, Perú, Honduras y El Salvador.⁵²⁶ Además, un estudio de 2006 realizado en Morelos (México) encontró que el 28% de las 262 estudiantes de escuelas públicas encuestadas habían sufrido violencia de pareja.⁶⁴³

Además de la edad, los estudios han asociado otros factores con una mayor probabilidad de sufrir violencia sexual en la adolescencia: ser pobre, ser mujer, tener un bajo grado de escolaridad o malos rendimientos escolares, tener una baja autoestima, tener múltiples parejas sexuales y consumir tabaco o alcohol.⁶⁴⁷ Las niñas adolescentes que viven en zonas de conflicto, como las zonas ocupadas por la guerrilla en Colombia o en el postconflicto de Guatemala, también han mostrado una mayor prevalencia de haber sufrido agresiones sexuales.⁶⁴⁷

Por último, un pequeño número de estudios incluidos en este informe destacan los ciclos intergeneracionales o los casos repetidos de abusos sexuales que afectan a las adolescentes. Por ejemplo, un estudio en Chile encontró que las madres de niñas que sufrían abusos sexuales durante la infancia tenían más probabilidades de haber sufrido abusos sexuales durante la infancia que las madres de niñas que no habían sufrido abusos sexuales.⁶⁴⁸ Otro estudio en Bolivia encontró que la exposición a abusos sexuales entre los progenitores incrementaba la probabilidad de que una mujer sufriera abusos.⁶⁴¹ Además, en el transcurso de la vida de la mujer, las experiencias de abusos sexuales durante la infancia pueden ser un factor de riesgo para el abuso sexual como adolescentes. Un estudio de 2008 en El Salvador descubrió que las experiencias de abusos sexuales durante la infancia cuadruplicaban las probabilidades de que la mujer sufriera abusos por parte de su pareja durante la adolescencia.⁶⁴⁴ Los autores de un estudio en Brasil observaron que las experiencias de abusos sexuales pueden menoscabar la autoestima y los mecanismos de autodefensa de una mujer, haciéndola más vulnerable a futuros casos de abusos.⁶⁴⁶

Violencia sexual y VIH

La violencia sexual puede contribuir a la epidemia del VIH que afecta a los sectores de población adolescente de América Latina. Tal y como se ha señalado en varias publicaciones revisadas en este informe, las niñas y mujeres adolescentes que sufren violencia sexual tienen menos capacidad de negociar el uso del condón y, por tanto, son más susceptibles a adquirir el VIH u otras ITS.^{590,599,600,649-651} Sufrir abusos sexuales también se ha relacionado con otros factores que aumentan directamente el riesgo de exposición al VIH y a otras ITS, como tener un número más alto de parejas sexuales y relaciones sin protección más frecuentes, consumir drogas y otras sustancias y tener sexo intergeneracional.^{590,600,650,652,653} Sufrir abusos sexuales también se relaciona con otros factores que pueden incrementar de forma indirecta el riesgo de exposición al VIH y a otras ITS. Por ejemplo, un estudio en Haití encontró que los adolescentes que habían sufrido abusos sexuales tenían más probabilidades de abandonar sus estudios.⁵⁸³

Violencia sexual y embarazos adolescentes

La violencia y los abusos sexuales se han considerado causas de la alta prevalencia de los embarazos adolescentes en la región de América Latina y el Caribe. En Nicaragua, las mujeres que declararon embarazos

no planeados en la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 2006 tenían muchas más probabilidades de haber sufrido violencia, abusos o coacción sexual.⁶⁵⁰ Un estudio realizado en El Salvador encontró que las niñas que sufrían algún tipo de abuso tenían 11 veces más probabilidades de quedarse embarazadas durante la adolescencia.⁶⁴⁴ De las participantes en el estudio que se habían quedado embarazadas durante la adolescencia, aproximadamente el 80% había sufrido algún tipo de abuso sexual, físico o emocional a lo largo de su vida.⁶⁴⁴ La violencia doméstica por parte de sus parejas puede limitar la capacidad de las mujeres de obtener anticonceptivos y de usarlos eficazmente.^{650,651}

Tras quedarse embarazadas o dar a luz, los abusos sexuales pueden seguir teniendo consecuencias para la salud mental de las adolescentes. Un estudio realizado en Porto Alegre (Brasil) descubrió que el 32% de las madres adolescentes participantes habían sufrido angustia psicológica, mientras que haber sufrido abusos se relacionaba con no tener expectativas de futuro o con que éstas fueran muy limitadas.⁶⁵¹

Violencia, depresión y otras enfermedades de salud mental

Los desórdenes de salud mental de los adolescentes son un problema importante pero con frecuencia desatendido en América Latina y el Caribe.⁶⁶¹ Un informe de 2010 observó una prevalencia de enfermedades psiquiátricas del 13% en los niños y adolescentes que vivían en zonas urbanas y rurales de São Paulo (Brasil).⁶⁵⁴ De modo similar, una encuesta reciente en Ciudad de México encontró que los adolescentes tenían una notable prevalencia de problemas psicológicos leves (10%), moderados (20%) y graves (9%).⁶⁵⁴ En general, 4 de cada 10 adolescentes sufrían algún tipo de problema psicológico en Ciudad de México.⁶⁵⁵ Los datos sugieren que los problemas de salud mental pueden estar concentrados en las adolescentes de entornos socioeconómicos más pobres,⁶⁵⁶ indígenas o de otros grupos étnicos minoritarios,⁶⁵⁴ con bajos niveles educativos,^{647,655} residentes en zonas con altos niveles de violencia⁶⁵⁵ y en entornos con pocas oportunidades de empleo.⁶⁴⁷

Las evidencias reunidas en este informe sugieren que los abusos y la violencia sexual durante la infancia y la adolescencia también pueden contribuir a la prevalencia de problemas de salud mental en las adolescentes de América Latina.^{643,650,653,657,658} Para citar algunos ejemplos concretos, un estudio realizado en México en 2010 documentó que hasta el 72% de los adolescentes que buscaron atención psiquiátrica habían sufrido algún tipo de violencia.⁶⁵⁹ Un estudio de São Paulo encontró que las niñas que habían sufrido abusos tenían más probabilidades de sufrir depresión o desórdenes de estrés posttraumático.⁶⁶⁰ Un estudio de 2013 en Bolivia que incluía tanto a adolescentes como a mujeres adultas relacionó la violencia de pareja con una mayor prevalencia de depresión, ansiedad, espasmos no epilépticos y problemas psiquiátricos.⁶⁴¹

Resumen

Los abusos sexuales son tanto el producto de la inequidad de género como un factor primario de las desigualdades de género que se observan en los resultados en salud mental y reproductiva. Se necesitan más investigaciones e iniciativas programáticas para mitigar los extendidos abusos a adolescentes y para ampliar los servicios de atención a jóvenes que hayan sufrido abusos sexuales. Dichos programas resultarán fundamentales para lograr con éxito la equidad de género en los países de América Latina y el Caribe.

Violencia de pareja durante el embarazo

En el mundo, el 30% de todas las mujeres que han estado alguna vez en una relación han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja.⁶⁶¹ En las adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años en todo el mundo, aproximadamente un tercio ha sufrido violencia psicológica, física o sexual por parte de sus parejas o cónyuges.⁶⁴⁰ La prevalencia de la violencia de pareja varía entre países. Un análisis comparativo de encuestas poblacionales de 12 países de la región encontró que en todos ellos entre el 25 y el 50% de las mujeres que alguna vez habían estado casadas o habían vivido en pareja declararon haber sufrido al menos una vez violencia física o sexual por parte de su pareja, desde el 54% en Bolivia en 2003 hasta el 17% en la República Dominicana en 2007.⁶⁶²

Un estudio plurinacional elaborado por la OMS en 2005 sobre la salud y la violencia doméstica hacia las mujeres proporcionó información valiosa sobre más de 24.000 mujeres de 10 países. En las mujeres del Perú se encontró una prevalencia de violencia física y/o sexual por parte de sus parejas a lo largo de toda su vida de un 69% en provincias y de un 51% en la ciudad, mientras que en Brasil el 37% de las mujeres de entornos provinciales y el 29% de las mujeres que habitaban en ciudades declararon haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de sus parejas a lo largo de toda su vida.⁶⁶³ La mayor parte de los actos de violencia física por parte de una pareja no son eventos aislados sino que reflejan patrones de abusos continuados. La mayor parte de las mujeres que habían declarado haber sido víctimas de abusos físicos por parte de sus parejas habían sufrido actos de violencia más de una vez, en ocasiones con frecuencia.⁶⁶³

La violencia contra las mujeres suele variar en frecuencia durante el embarazo.⁶⁶⁴ En un estudio de 2003 de mujeres que habían dado a luz en un hospital terciario en el noreste de Brasil, la prevalencia de violencia física doméstica fue del 13% antes del embarazo y del 7% durante el mismo. El patrón de violencia cambió durante el embarazo, deteniéndose para el 44% de las mujeres, lo cual muestra una reducción para el 27% y un aumento para el 11%.⁶⁶⁵

La violencia relacionada con el embarazo también afecta a las adolescentes. Un estudio realizado en Rio de Janeiro en 2013 reveló que el 5% de las adolescentes y el 3% de las mujeres jóvenes adultas sufrieron violencia física durante el embarazo. Tanto para las adolescentes como para las jóvenes adultas, los factores asociados con los abusos físicos fueron un bajo grado de escolaridad, un menor apoyo por parte del padre del niño y mayor número de intentos de interrupción del embarazo.⁶⁶⁴

Las condiciones asociadas con la violencia de la pareja íntima pueden dividirse en factores sociales, familiares y personales.⁶⁶³ En el estudio plurinacional de la OMS, los factores personales incluyeron "el nivel educativo de la mujer, la autonomía económica, haber sido víctima con anterioridad, el nivel de empoderamiento y de apoyo social y si hubo ya un historial de violencia en su familia mientras crecía".⁶⁶³ Los factores familiares o aquellos asociados con la pareja incluyeron "el nivel de comunicación entre ella y la pareja, el consumo de drogas o alcohol, el estado laboral, si él había sido testigo de violencia entre sus padres cuando era niño y si era físicamente agresivo hacia otros hombres".⁶⁶³ En las participantes en un estudio de 2014 sobre mujeres embarazadas que habían recibido atención prenatal en la maternidad de un hospital público de São Paulo (Brasil), el 16% había sufrido violencia por parte de sus parejas: el 15% había sufrido violencia psicológica, el 5% violencia física y el 0,4% violencia sexual.⁶⁶⁶ Las mujeres que no deseaban el embarazo tenían 4,3 veces más probabilidades de sufrir

violencia física por parte de su pareja que las mujeres que deseaban el embarazo.⁶⁶⁶ Los principales factores de riesgo asociados con la violencia en un estudio sobre mujeres que dieron a luz en un hospital terciario en el noreste de Brasil fueron el bajo nivel educativo de la mujer, un historial previo de violencia en la familia de la mujer, el consumo de alcohol por parte de su pareja y la situación de desempleo de la pareja.⁶⁶⁵

Los factores relacionados con el contexto social del estudio de la OMS incluyeron "el grado de desigualdad económica entre hombres y mujeres, los niveles de movilidad y autonomía de las mujeres, las actitudes hacia los roles de género y la violencia contra las mujeres, el grado de intervención de otros miembros de la familia, vecinos y amigos en los incidentes de violencia doméstica, los niveles de agresión masculina y de criminalidad y la existencia de un cierto nivel de capital social".⁶⁶³ Según los datos recogidos en algunos estados altamente desfavorecidos de México durante la encuesta nacional sobre la violencia contra las mujeres de 2003, las variables que mostraron una asociación significativa con la violencia durante el embarazo fueron: el analfabetismo de la madre, un historial de violencia durante la infancia, haber sufrido abusos sexuales durante la infancia y consumo diario de alcohol por parte de su pareja.⁶⁶⁷ El estudio también mostró que la violencia durante el embarazo es un hecho corriente en esta región económicamente deprimida y que su expresión es allí más grave.⁶⁶⁷

La edad es otro factor que se debería tener en cuenta. Las mujeres jóvenes sufren una doble carga de vulnerabilidad debido a su género y a su juventud.⁶⁶⁴ Un estudio de 2013 elaborado en Rio de Janeiro encontró que el aumento en el consumo de alcohol se relacionaba con los abusos físicos de las adolescentes, mientras que el consumo de drogas ilícitas se relacionaba con los abusos físicos de jóvenes adultas.⁶⁶⁴ Según datos recogidos por la OMS, en el Perú urbano el 41% de jóvenes de entre 15 y 19 años había sufrido violencia física y/o sexual, frente al 8% de las personas de entre 45 y 49 años.⁶⁶³

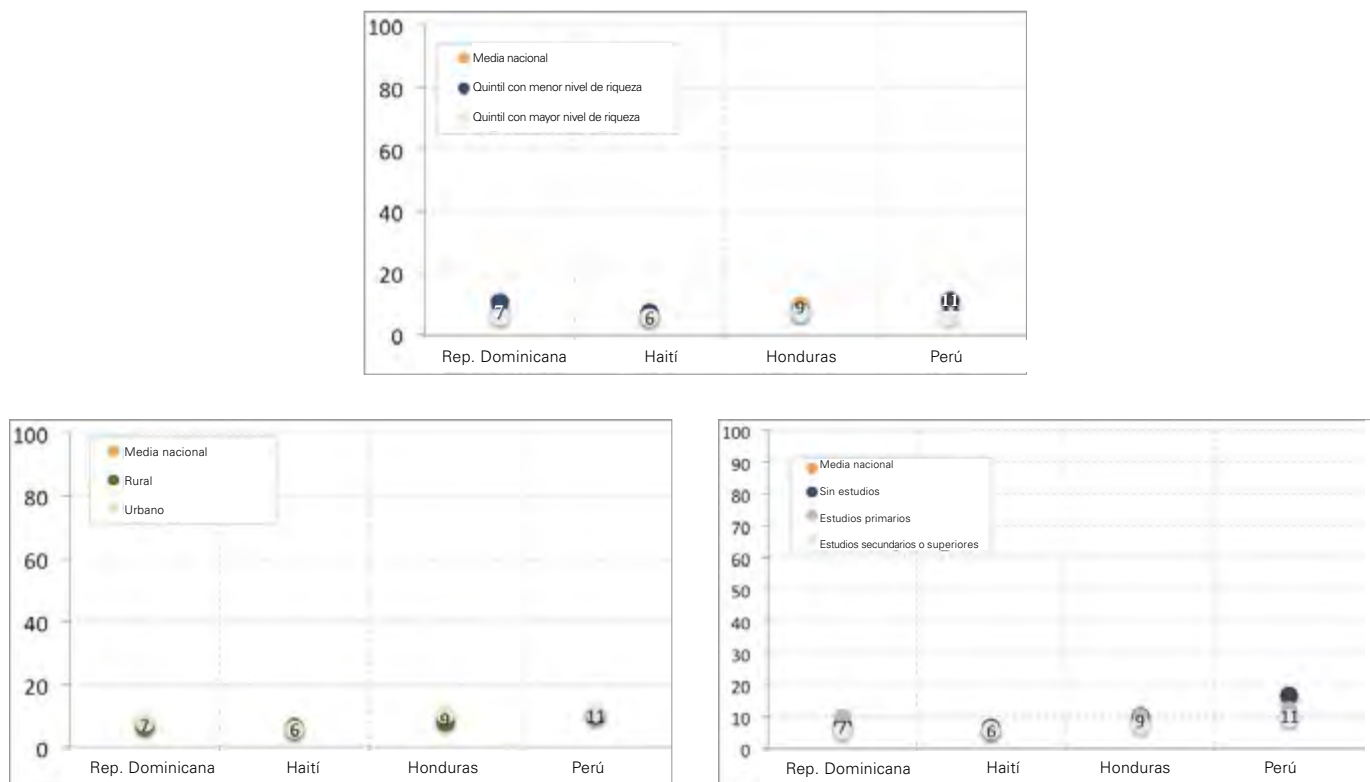
La violencia física por parte de la pareja es altamente prevalente en la región de América Latina y el Caribe, lo que genera malos resultados en salud obstétrica.⁶⁶⁸ En 2014, una revisión sistemática de publicaciones sobre abusos de pareja y embarazos en la región indicó que la violencia por parte de la pareja "se relacionaba de modo significativo con embarazos no previstos y con resultados negativos para la salud materna (depresión, angustia relacionada con los síntomas del embarazo, atención prenatal inadecuada, sangrado vaginal, aborto espontáneo, aumento de peso durante la gestación, altos niveles de cortisol en la madre, hipertensión, preeclampsia, ITS) y del niño (parto prematuro, bajo peso al nacer, complicaciones neonatales, mortalidad)".⁶⁶⁸

El bajo peso al nacer puede ser consecuencia de un nacimiento prematuro o de una restricción del crecimiento in utero, factores ambos que pueden relacionarse directamente con el estrés. El estrés crónico que resulta de un entorno abusivo y peligroso puede por tanto afectar directamente la salud materna y el peso al nacer.⁶⁶¹ Una revisión sistemática de la prevalencia de la violencia de pareja realizada por la OMS mostró que la violencia de pareja puede asociarse directamente con un bajo peso al nacer y con un nacimiento prematuro, incluso tras haber ajustado los resultados para tener en cuenta los factores de desviación.⁶⁶¹ En un estudio plurinacional, las mujeres que habían sufrido violencia de pareja tenían un 16% más de probabilidades de tener un recién nacido con bajo peso al nacer.⁶⁶³ En un estudio de 2003 de un asentamiento

Cuadro 20. Brechas en la violencia durante el embarazo (Gráfico 39)

- En los países con datos disponibles, la mayor prevalencia de violencia durante el embarazo se encuentra en las mujeres peruanas sin estudios (17%) y la menor en las mujeres haitianas empleadas con pagos en especie (5%).
- Aunque no hay patrones claros entre países, la violencia durante el embarazo suele ser más frecuente en las más pobres, urbanas, con menor grado de escolaridad y empleadas con sueldos en efectivo.

Gráfico 39. Brechas en el número de mujeres que sufrieron violencia durante el embarazo en la República Dominicana, Haití, Honduras y Perú, encuestas de hogar 2010-2013.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, 2008-2014.¹

urbano de bajos ingresos en San José (Costa Rica) los recién nacidos de madres que habían sufrido actos de violencia tenían tres veces más probabilidades de nacer con un bajo peso que los recién nacidos de madres que no habían sufrido actos de violencia y pesaban de media 450 gramos menos.⁶⁶⁹ La violencia sufrida por la madre (relación directa) y el aumento de peso de la madre durante el embarazo (relación inversa) fueron las variables que se asociaron más directamente con un bajo peso al nacer.⁶⁶⁹

Los estudios realizados en la región también apoyan el vínculo entre la violencia de pareja y la mortalidad neonatal. Se observó un aumento de la mortalidad neonatal en las víctimas de violencia doméstica en un hospital terciario del noreste de Brasil.⁶⁶⁵ En un estudio de 2013 realizado en Rio de Janeiro, los niños cuyas madres habían sufrido violencia física durante el embarazo tenían el doble de probabilidades de sufrir muerte neonatal y el triple de posibilidades de sufrir muerte postneonatal.⁶⁶⁴ Un factor que contribuye a que las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas tengan peores resultados obstétricos es el hecho de que normalmente es menos probable que estas mujeres accedan a los servicios de atención prenatal y postnatal. En Brasil, las

mujeres que habían sufrido violencia por parte de sus parejas recibieron una atención prenatal menos adecuada que las que no habían sufrido violencia.⁶⁶⁶ En zonas urbanas de Brasil y Perú, las mujeres que declararon sufrir violencia por parte de su pareja tenían significativamente menos probabilidades de haber recibido atención postnatal tras su último hijo nacido vivo que las mujeres que no declaraban esa violencia.⁶⁶³

Resumen

La violencia de la pareja íntima durante el embarazo es prevalente en toda América Latina. En la mayor parte de los casos, la violencia física de la pareja íntima afecta a las mujeres de sectores de población marginalizados, como las residentes en zonas urbanas pobres que tienen bajos grados de escolaridad y las que tienen empleos informales. La violencia física de la pareja íntima es el producto de desigualdades de género y tiene consecuencias negativas para la salud de las mujeres y de sus hijos. Los esfuerzos para mejorar los resultados en salud materna y neonatal deberían incorporar iniciativas para reducir esta violencia que aborden las desigualdades económicas y de género que existen en los contextos en los que se implementan.

6.2. Discriminación y violencia en los establecimientos de salud

La discriminación y la violencia generalizada por parte del personal de salud son barreras fundamentales que impiden a las mujeres de grupos étnicos minoritarios acceder a servicios médicos de calidad en América Latina y el Caribe. Un tal comportamiento por parte del personal médico, tal y como se ha mostrado en una detallada revisión de 2015 que concluyó que la discriminación y la violencia contra las mujeres de grupos étnicos minoritarios de América Latina y el Caribe que se ejerce en los establecimientos de salud es un problema urgente e ignorado que merece una investigación adicional y la puesta en práctica de medidas a escala nacional y regional.¹⁶ La impunidad con la que se producen estas violaciones es un reflejo de lo generalizadas que son en la sociedad en su conjunto y de lo interiorizadas que están en las mujeres de grupos étnicos minoritarios y del personal de salud que las atiende. Los efectos de la discriminación por el personal de salud ponen directamente en peligro el acceso al tratamiento, ya que puede convertirse en un factor clave que disuade a las mujeres de grupos étnicos minoritarios de buscar atención en salud^{173,670-676} y puede dificultar el desarrollo o la implementación de políticas que promuevan los derechos indígenas.^{675,677}

El informe encontró seis categorías de discriminación y violencia en las instalaciones de salud de la región.¹⁶ En primer lugar, las barreras de idioma y de comunicación son frecuentes y pueden constituir formas de discriminación⁶⁷⁸ si el personal de salud no intenta satisfacer las necesidades de las pacientes y promueve estructuras de poder inequitativas entre médicos y pacientes.^{674,679,680} En segundo lugar, el personal de salud de la región con frecuencia no provee una atención intercultural y carecen de sensibilidad cultural.⁶⁸¹ Ejemplos concretos: desprecio de las opiniones de las mujeres a propósito de su condición y tratamiento,⁶⁸²⁻⁶⁸⁵ condena de los conceptos tradicionales de medicina y curación^{674,678} y rechazo activo de prácticas culturales benignas o incluso beneficiosas, como dar a luz en posición vertical,⁶⁸⁶ beber té tras el parto o dar a luz en una habitación con una temperatura cálida.⁶⁷⁴ En un estudio de 2013 realizado en la región de Jalisco, en el noroeste de México, las mujeres indígenas huichol declararon sentirse avergonzadas y tratadas como inferiores, tanto moral como intelectualmente, por parte del personal de salud local.^{687,688} Experiencias similares de vergüenza fueron mencionadas por usuarias nicaragüenses del sistema de salud de Costa Rica,⁶⁸⁹ por mujeres indígenas en el Perú y en la región Yacapaní de Bolivia^{673,674} y por mujeres peruanas que buscaron atención en salud en Chile.⁶⁹⁰ Un estudio de 2011 en Guatemala concluyó que la exclusión social de la población indígena era especialmente evidente en los establecimientos de salud, donde el personal de salud no indígena suele rechazar a la población maya y sus creencias, y culpan de las enfermedades a las prácticas culturales.⁶⁹¹

En tercer lugar, la discriminación por parte del personal médico puede tomar la forma de abusos verbales, que incluyen culpar a las pacientes, humillarlas en público, reñirlas e insultarlas,^{532,673,686-688,692,695} avergonzándolas y creando exclusión.^{673,688,689,694,695} En cuarto lugar, los abusos físicos son otra forma de discriminación, por la que el personal de

salud utiliza procedimientos innecesarios o golpea, abofetea o toca a las mujeres de modo doloroso o incómodo^{532,679,696} o se niega a administrarles medicación para el dolor.^{532,697} En quinto lugar, la discriminación también se refleja en la negligencia voluntaria de las pacientes por parte del personal de salud, cuestión citada por las nicaragüenses residentes en Costa Rica,⁶⁸⁹ las mujeres indígenas del Perú,⁶⁷⁴ las mujeres haitianas residentes en la República Dominicana⁶⁹⁸ y las mujeres mayas y afrodescendientes en Guatemala como un impedimento para acceder a la atención en salud.^{691,697} Por último, hay estudios que señalan incidentes de mujeres indígenas peruanas⁶⁹⁰ y de inmigrantes nicaragüenses en Costa Rica⁶⁸⁹ a quienes se les denegó la atención en salud tanto por problemas de salud leves como por otros potencialmente letales. Algunos estudios sugieren que la escasez de personal y de suministros médicos en los establecimientos de salud puede intensificar el aumento de la discriminación por parte del personal de salud.⁶⁷⁴

Reducir la discriminación exige cambios estructurales y de política dentro de los sistemas de salud que vayan más allá de las intervenciones dirigidas a cambiar el comportamiento individual del personal de salud. Las estrategias dirigidas únicamente a cambiar los comportamientos del personal tendrán un impacto limitado si no abordan las necesidades de las mujeres y el contexto de gran desigualdad socioeconómica sobre el que se asientan las relaciones intrahospitalarias. Las políticas y estrategias a mayor escala que transformen las dinámicas de poder dentro de las facultades de medicina, de los establecimientos de salud y de la sociedad en general son fundamentales para reducir la causa fundamental de la inequidad en los establecimientos de salud, es decir, la discriminación social y la violencia contra las mujeres y los grupos étnicos minoritarios. La formación de alianzas horizontales y colaborativas entre mujeres de grupos étnicos minoritarios y el personal de salud que se ocupa de ellas resulta imprescindible para reducir la discriminación. Esta forma de participación comunitaria debe producirse en el contexto de discusiones más amplias sobre la equidad de género y los derechos de los grupos de población indígena y afrodescendiente de la región. El personal de salud también debería recibir formación sobre el impacto de la discriminación y la violencia sobre los resultados en salud de los grupos étnicos minoritarios y su contribución a la persistente inequidad en salud.

Resumen

En toda la región, las mujeres de grupos étnicos minoritarios pueden sufrir discriminación y abusos en los establecimientos de salud. Estas prácticas discriminatorias derivan de patrones de exclusión más amplios que afectan de forma desproporcionada a las mujeres de grupos étnicos minoritarios y ponen en peligro los resultados en salud materna, así como la búsqueda de atención en salud. En conjunto, la discriminación en los establecimientos de salud es un problema crítico pero hasta ahora ignorado que requiere una mayor atención para lograr la equidad en salud.

6.3 Implicaciones para la salud de la pobreza urbana, la violencia y las migraciones forzadas

Urbanización, migración urbana y desigualdades urbanas

La región de América Latina y el Caribe experimentó un crecimiento espectacular de la población urbana en el siglo pasado. En los últimos 50 años, el número de ciudades en la región se multiplicó por seis y la región ha visto la aparición de algunas de las megalópolis más pobladas del mundo, como São Paulo, Rio de Janeiro, Ciudad de México y Buenos Aires.⁶⁹⁹ Entre 1970 y 2010, la urbanización se incrementó en al menos un 20% en Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras y Uruguay, y en más de un 30% en Brasil, Haití y Surinam.⁷⁰⁰ Aunque la urbanización se ha desacelerado desde el año 2000, aproximadamente el 80% de los habitantes de América Latina y el Caribe viven actualmente en zonas urbanas, más de las dos terceras partes de la riqueza de la región se produce en zonas urbanas y las ciudades han ido expandiendo su superficie para acomodar al creciente número de habitantes.⁷⁰⁰

El crecimiento de las ciudades de América Latina ha surgido en parte por los patrones de migración por los que los residentes de zonas rurales se han reasentado en ciudades de su país o de países vecinos. Por ejemplo, en Guatemala, la migración rural a la ciudad representó casi el 60% del crecimiento urbano producido entre 1990 y 2000, con cifras del 51% en la República Dominicana, del 31% en México, de casi el 53% en Panamá y de aproximadamente el 45% en Paraguay durante el mismo periodo de tiempo.⁷⁰⁰ La migración rural a la ciudad es la consecuencia de numerosos fenómenos. En primer lugar, mucha gente ha huido a las ciudades para huir de los conflictos y de la inestabilidad de las zonas rurales, como en Colombia.^{699,701,702} Además, la apropiación de tierras rurales por gobiernos y empresas internacionales para dedicarlas a la minería o a la agricultura industrial ha limitado la capacidad de los residentes de practicar la agricultura tradicional, lo cual limita el suministro de alimentos en las zonas rurales (ya que los productos agrícolas se destinan en su mayor parte a la exportación) y obliga a las poblaciones previamente rurales a buscar trabajo en el creciente mercado de mano de obra industrial de las ciudades.^{699,704}

Todas estas tendencias migratorias han afectado fundamentalmente a los sectores de población vulnerables. Especialmente en personas desplazadas por conflictos como en Colombia, la población migrante suele provenir de entornos socioeconómicos desfavorecidos y de grupos étnicos minoritarios, y la migración se ha vuelto cada vez más feminizada, con un mayor número de mujeres que se desplazan a zonas urbanas.^{702,703,705} Sin embargo, a pesar de que muchos migrantes se mudan a zonas urbanas para mejorar su situación económica, pueden seguir teniendo que enfrentarse a condiciones de vida adversas en las ciudades.^{699,703} Un estudio en Bogotá (Colombia) encontró que los migrantes desplazados por causa del conflicto tenían peores resultados en salud, menos oportunidades de empleo y peores condiciones de vida que los residentes permanentes de las ciudades.⁷⁰⁵ En 2013, otro estudio de Colombia encontró que las personas desplazadas por la fuerza vivían en situaciones de pobreza en sus nuevas ciudades y se veían discriminadas con frecuencia a causa de la precariedad de sus

empleos y de su necesidad de asistencia pública.⁷⁰² En zonas urbanas de Argentina, los paraguayos hablantes de guaraní pueden verse obligados a enfrentarse a barreras culturales y lingüísticas al instalarse en sus nuevas ciudades⁷⁰³ y las mujeres migrantes bolivianas pueden sufrir exclusión social y desigualdades étnicas y de género en sus centros de trabajo.⁷⁰⁶

La creciente población de las ciudades de América Latina y el Caribe se ha encontrado con un número cada vez mayor de desigualdades sociales y económicas en dichos espacios urbanos. A pesar de que la mayor parte de la riqueza de la región se produce en las ciudades, una gran parte de los residentes de esas zonas urbanas no se beneficia de dicha prosperidad. Por ejemplo, en 2015, el 39% de la población de Haití y el 27% de la población de Colombia vivían en zonas urbanas sin instalaciones mejoradas de saneamiento y el 21% de la población de Haití vivía en zonas sin acceso a fuentes mejoradas de agua potable.²⁵ En 2010, el 26% de la población urbana de la región vivía en la pobreza o la indigencia, con las mayores proporciones de pobreza urbana localizadas en Honduras (56%), Paraguay (47%), El Salvador (41%) y la República Dominicana (40%).⁷⁰⁰ Estas desigualdades de riqueza también se perciben en la fragmentación espacial de las ciudades latinoamericanas. Aunque muchos países han puesto en marcha iniciativas para mejorar las condiciones de vida de los pobres urbanos, se estima que 111 millones de personas en la región viven en favelas urbanas.⁷⁰⁰ Estos barrios suelen estar separados físicamente de los enclaves urbanos en los que residen los sectores de población más acomodados y se caracterizan por la inestabilidad, la escasez de oportunidades económicas y educativas y las malas condiciones de vida.⁶⁹⁹

La violencia en las zonas urbanas

La violencia, otra consecuencia de la urbanización rápida y de las desigualdades sociales crecientes, se ha convertido en un problema endémico de salud pública en las zonas urbanas de toda América Latina y el Caribe. Aunque solo el 10% de la población total del mundo vive en América Latina y el Caribe, en la región se producen entre el 25 y el 30% de todos los homicidios del mundo.^{640,707} Mientras que la tasa regional de homicidios es aproximadamente cuatro veces mayor que la media mundial,⁶⁴⁰ la tasa de homicidios en el Triángulo Norte de Centroamérica (Guatemala, Honduras y El Salvador) es entre cinco y siete veces superior a la media mundial. En 2012, 19 de las 20 ciudades más violentas del mundo se localizaban en América Latina.⁷⁰⁸

La violencia no solo exacerba el número de muertes innecesarias, sino que también dificulta el desarrollo y el crecimiento económico de la región. En 2007, el coste de la violencia en América Latina y el Caribe se estimó en aproximadamente el 14% del producto interior bruto (PIB) de la región.⁷⁰⁹ De modo similar, la pérdida de capital humano a causa de la violencia supone un coste del 2% del PIB de la región, una cifra comparable a la cantidad invertida en educación primaria en la región.⁷⁰⁹ En 2003, más del 7% del presupuesto de salud de El Salvador se destinó a tratar a víctimas de la violencia por arma de fuego en los hospitales públicos.⁷¹⁰

Los homicidios son un problema fundamental de salud para los jóvenes de la región; en 2012, la mayor parte de las 95.000 muertes en jóvenes de entre 0 y 19 años que ocurrieron en el mundo se concentraron en América Latina y el Caribe.⁶⁴⁰ Los cuatro países del mundo con la mayor proporción de víctimas jóvenes de homicidios por 100.000 habitantes son El Salvador, con 27 víctimas por cada 100.000 personas, Guatemala con 22, Venezuela con 20 y Haití con 19.⁶⁴⁰ En esos países, así como en otros de la región, los adolescentes de entre 15 y 19 años representan la gran mayoría de víctimas de homicidio en la población joven.⁶⁴⁰

Los crímenes violentos en América Latina y el Caribe se cometen de forma desproporcionada contra los hombres jóvenes.^{707,709,711-715} Según un informe de UNICEF de 2014, los jóvenes menores de 20 años de América Latina y el Caribe tienen aproximadamente 7 veces más posibilidades de morir por violencia que las mujeres jóvenes de sus mismas características.⁶⁴⁰ En 2008, los hombres salvadoreños tenían una tasa de mortalidad por homicidio de 120 por 100.000 habitantes, comparado con una tasa de 14 para las mujeres salvadoreñas.⁷¹⁶ De manera similar, estas cifras eran de 71 para los hombres y 9 para las mujeres en Guatemala y de 55 para los hombres y 5 para las mujeres en Brasil.⁷¹⁶ El homicidio es actualmente la principal causa de muerte para los adolescentes varones en Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, Panamá, Trinidad y Tobago y Venezuela,⁶⁴⁰ mientras que la violencia sigue aumentando en la región.^{713,717} En general, 1 de cada 50 jóvenes latinoamericanos se convertirá en víctima de un homicidio antes de cumplir los 31 años, según un informe de 2013.⁷⁰⁷ Los homicidios en los adolescentes varones de 15 a 19 años representan el 4% de los homicidios totales del mundo para todas las edades.⁶⁴⁰

Además de ser víctimas de homicidios, los hombres jóvenes son también los que más crímenes violentos cometen. Un estudio realizado en Medellín (Colombia) encontró que los adolescentes menores de 18 años tenían más probabilidades que cualquier otro grupo de edad de cometer agresiones verbales, fraude, agresión armada, robo, agresiones sexuales y amenazas graves.⁷¹² Resultados similares se encontraron en una investigación del Banco Mundial en Argentina: los hombres de entre 18 y 24 años representaron la tercera parte de todos los juicios por homicidio celebrados entre 2002 y 2005 y los hombres jóvenes de entre 18 y 20 años fueron responsables del 25% de las condenas criminales del país.⁷¹³ Finalmente, un informe regional de 2007 observó que los hombres menores de 35 años cometieron el 80% de los crímenes violentos en el Caribe.⁷⁰⁹

Las desigualdades sociales dentro de las zonas urbanas aumentan el riesgo de que ciertos sectores de la población cometan o sufran violencia. La violencia se concentra principalmente en las zonas urbanas de la región que sufren exclusión económica y social. Los países de América Latina y el Caribe con los mayores coeficientes de Gini también presentan las tasas más altas de homicidios.^{715,718} En estas situaciones de desigualdad, numerosos estudios de ámbito regional y de países como Argentina, Brasil, Colombia y El Salvador han documentado que tanto los agresores como las víctimas de violencia suelen pertenecer a sectores de población socioeconómicamente desfavorecidos.^{539,709-711,713-715,719-721} Por ejemplo, un estudio de 2009 encontró que los adolescentes de "las peores condiciones de vida" de Recife (Brasil) tenían una tasa de mortalidad por violencia de 95 por 100.000 habitantes, mientras que los adolescentes de las "mejores condiciones de vida" tenían una tasa de 47.⁷²²

Los jóvenes desempleados con bajo grado de escolaridad, otro marcador de situación socioeconómica, pueden tener más posibilidades de cometer actos violentos.^{710,713,715,719} Un estudio realizado en 2010 en Córdoba (Argentina) encontró que los adolescentes con niveles educativos más bajos tenían una probabilidad significativamente más alta de usar armas de fuego o de ser arrestados por robo que los adolescentes con un mayor nivel de estudios.⁷²³ De modo similar, un estudio de 2009 en Argentina relacionó el desempleo juvenil y los bajos niveles de estudios con la comisión de actos violentos.⁷¹³ Sin embargo, mientras que los jóvenes de entornos económicamente desfavorecidos pueden tener más probabilidades de cometer actos de violencia, algunos estudios de Argentina y Colombia sugieren que los sectores de población con altos niveles educativos pueden tener un mayor riesgo de ser víctimas de la violencia.^{712,713}

Aunque se necesitan más datos desagregados sobre este tema, la evidencia existente sugiere que los hombres indígenas y afrodescendientes pueden tener un mayor riesgo de perpetrar y sufrir violencia.^{709,711,714} Varios estudios indican que los hombres afrodescendientes tienen más probabilidades de ser víctimas de homicidios y otros crímenes violentos en las zonas urbanas de Brasil. Una investigación de 2009 encontró que el 93% de las muertes por violencia en los adolescentes de Recife (Brasil) eran de jóvenes afrodescendientes, mientras que los de ascendencia europea suponían solo el 7,6% de las víctimas.⁷²² Otro estudio encontró que las zonas de Salvador (Brasil) con altas proporciones de afrodescendientes también tenían altas tasas de homicidio.⁷²⁰ En conjunto, los adolescentes afrodescendientes de entre 15 y 17 años de todo Brasil tienen 126 veces más probabilidades de ser asesinados que los adolescentes de ascendencia europea de la misma edad, y los jóvenes afrodescendientes de entre 18 y 24 años tienen 129 veces más probabilidades de ser asesinados que los jóvenes de otra etnicidad.⁵⁶⁴ En Brasil, los jóvenes afrodescendientes con frecuencia viven en espacios marginales de asentamientos urbanos que carecen de infraestructura y servicios de salud, sufren discriminación y tienen acceso limitado a las oportunidades sociales y económicas.^{564,724} Como consecuencia, los patrones de exclusión y las desigualdades estructurales que afectan a los jóvenes afrodescendientes alimentan la desigualdad entre grupos étnicos en lo tocante a las muertes por violencia en el país.

Los patrones inequitativos de consumo de sustancias también pueden alimentar la violencia en América Latina y el Caribe. Estudios de Colombia,^{725,726} El Salvador,⁷¹⁰ Haití⁵⁸³ y Argentina⁷¹³ asociaron el consumo de alcohol y drogas con la comisión de actos violentos. Como se señaló en secciones previas de este informe, el consumo de sustancias se concentra en los adolescentes de baja posición socioeconómica y de entornos familiares inestables. En consecuencia, las mismas desigualdades que contribuyen a los patrones de consumo de sustancias pueden también intervenir en los patrones de violencia en la región.

Por último, los jóvenes de comunidades y hogares inestables de entornos urbanos pueden tener más probabilidades de cometer actos de violencia. Un estudio de 2007 encontró que los conflictos familiares y la inestabilidad marital de los progenitores eran factores fundamentales asociados con la violencia juvenil en tres ciudades de Colombia.⁷²⁶ Asimismo, un informe del Banco Mundial de Argentina señaló que los jóvenes con entornos familiares inestables y con padres consumidores de drogas tenían más probabilidades de sufrir o perpetrar actos de violencia.⁷¹³ Estudios de Brasil⁷²⁰ y Honduras⁷²⁷ también relacionaron la violencia con

los hogares monoparentales, mientras que el apoyo parental resultó ser un factor protector frente a las prácticas violentas según estudios de Chile y México.⁵³⁹ Fuera del ámbito familiar, vivir en un entorno estresante o inseguro puede incrementar el riesgo de sufrir o cometer crímenes. En los jóvenes de 15 a 24 años de Haití, un estudio de 2007 descubrió que la cuarta parte de esos jóvenes no se sentían seguros yendo al mercado, el 85% consideraban el crimen y la inseguridad como problemas urgentes y solo uno de cada diez jóvenes solía confiar en sus pares.⁵⁶³ Este sentimiento de inseguridad generalizado limita el desarrollo de los jóvenes y puede avivar comportamientos como el abandono escolar y la violencia.⁵⁸³ Otro estudio regional de 2008 señaló que la tendencia social generalizada a llevar armas y a consumir sustancias promueven la violencia,⁷¹⁵ mientras que el informe de 2009 de Argentina citó que vivir en zonas de alta criminalidad o asociarse con criminales también fomenta la comisión de actos de violencia.⁷¹³ Por último, una investigación en Córdoba (Argentina) relacionó los comportamientos violentos con el hecho de vivir en zonas donde la violencia está normalizada.⁷²³

Ciclos de violencia en ciudades de América Latina y el Caribe

La violencia es a la vez causa y consecuencia de graves desigualdades que asolan las ciudades de América Latina y el Caribe. Según distintos autores, las brechas crecientes de salud en las ciudades de la región crean situaciones de precariedad que impiden a sus habitantes pobres satisfacer sus necesidades básicas y acceder a las oportunidades educativas o laborales que les permitan mejorar su situación.^{719,720,728} Los jóvenes que viven en la pobreza no solo sufren privaciones materiales, sino que también se ven separados de los otros jóvenes en cuestiones sociales, tecnológicas y culturales.⁷¹⁹ En tales entornos, la violencia se convierte en una herramienta de supervivencia y en un modo de adaptarse a situaciones de vida precarias.^{709,719,728} Sin embargo, la violencia concentrada en las zonas más pobres perpetúa la fragmentación de las ciudades, ya

que las zonas más ricas buscan separarse y aislarse de la violencia que se produce en las zonas desfavorecidas,^{699,719,729} lo que aumenta su situación de exclusión y marginalización a medida que se empiezan a etiquetar como zonas peligrosas e inestables.^{699,729} Además, para hacer frente a la violencia, muchos gobiernos latinoamericanos han asumido un enfoque agresivo, de mano dura, que suele ir acompañado de violencia policial o encarcelamientos en masa de jóvenes urbanos pobres.^{707,719} Sin embargo, esta violencia aplicada por el estado a menudo puede generar una resistencia aún más violenta o crear una gran población carcelaria procedente de entornos económicamente desfavorecidos.⁷⁰⁷

Además, las evidencias sugieren que los jóvenes que han sufrido o sido testigos de actos violentos tienen más probabilidades de cometer ellos mismos actos de violencia. Un estudio regional,⁷⁰⁹ así como investigaciones de Colombia⁷²⁵ y Argentina,⁷¹³ concluyeron que los jóvenes que estuvieron expuestos a la violencia doméstica, física o sexual durante la infancia tenían más posibilidades de cometer actos violentos al convertirse en adolescentes o adultos. Por tanto, la violencia que afecta a una generación de jóvenes puede a su vez generar más violencia en la siguiente generación.

Resumen

Con miles de personas afectadas por la violencia cada año, ésta se ha convertido en un problema de salud pública que merece atención inmediata. La violencia en las ciudades de América Latina y el Caribe es en gran medida el producto de las desigualdades sociales y económicas que dividen las zonas urbanas. En consecuencia, los esfuerzos para mitigar la violencia urbana deberían tomar en consideración las desigualdades existentes en la distribución de la riqueza, las oportunidades laborales y la vivienda de calidad, divisiones todas ellas que se están haciendo cada vez más evidentes a raíz de la fragmentación espacial de las ciudades.

© UNICEF/UNI139063/ Markisz.



7. Conclusiones

7.1. Indicadores recomendados para medir la inequidad en salud

A lo largo de los distintos capítulos de este informe elegimos indicadores de insumos y procesos, productos, resultados e impacto para evidenciar las desigualdades existentes en salud materno-infantil en América Latina y el Caribe. Estratificamos estos indicadores por características sociales relevantes como riqueza, lugar de residencia, nivel educativo, sexo del niño y, siempre que estaba disponible, etnicidad. Para describir más en detalle las desigualdades existentes, utilizamos medidas simples que incluían diferencias para describir la desigualdad absoluta (en puntos porcentuales) y razones para expresar la desigualdad relativa entre dos subgrupos.

La revisión y el análisis de los datos existentes realizados en este informe indican que la medición y la monitorización de las desigualdades y de las inequidades en salud en América Latina y el Caribe todavía deben mejorarse. Por tanto, basándonos en nuestra experiencia al desarrollar este informe, recomendamos estrategias que las personas a cargo de formular políticas y los investigadores puedan utilizar para valorar la equidad en salud en el futuro:

- *Indicadores en salud exhaustivos.* Los indicadores tradicionales se han centrado de forma exclusiva en los impactos más amplios y con frecuencia han ignorado indicadores que potencialmente llevan a esos impactos. Los datos relativos a los insumos y procesos, productos y resultados proporcionarán información valiosa sobre los factores que generan desigualdades e inequidades en salud y sobre las políticas sociales más adecuadas para abordar las causas.
- *Estratificadores relevantes.* Aunque las características sociales amplias como la riqueza, el lugar de residencia, el grado de

escolaridad, el sexo del niño y la etnicidad son fundamentales para entender las desigualdades en salud en los países de América Latina y el Caribe, también es importante desarrollar y probar sobre el terreno estratificadores relevantes para temas específicos que puedan servir para mejorar la comprensión de los patrones de desigualdad de esos temas. Por ejemplo, el estado civil y la edad pueden constituir estratificadores fundamentales a la hora de examinar el acceso a la anticoncepción, ya que pueden generar discriminación para acceder a los servicios o constituir barreras de acceso.

- *Fuentes de datos fiables y comparables.* La inconsistencia en la disponibilidad de datos actualizados, fiables y comparables es uno de los principales problemas en la región para valorar la equidad en salud. Mientras que resulta caro elaborar censos y encuestas de hogar, los sistemas de registro civil, los registros institucionales y los sistemas de vigilancia suelen también carecer de datos precisos o comparables. Reforzar, modificar o ampliar las fuentes de datos existentes puede ser una opción viable para mejorar la disponibilidad de datos en la región.
- *Medidas mixtas.* Se han desarrollado y utilizado medidas simples y complejas para cuantificar distintas desigualdades en salud. Mientras que las medidas simples son directas y fáciles de interpretar, no tienen en cuenta ni las desigualdades existentes entre más de dos subgrupos ni el tamaño o los cambios poblacionales. A causa de la vasta disponibilidad de opciones y de las características específicas de cada indicador de salud, debería realizarse un análisis detallado para sugerir medidas relevantes para todos y cada indicador y estratificador.

© UNICEF/UNI120102/LeMoyne



7.2. Áreas en las que se necesita más investigación sobre equidad en salud

Para tratar de lograr la equidad en materia de salud materna, reproductiva, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe, debe prestarse más atención a tres temas fundamentales. En primer lugar, para casi todos los temas incluidos en este informe, las autoras descubrieron la necesidad de realizar más estudios con perspectiva de equidad. A pesar de que numerosos informes internacionales y artículos académicos destacan cuestiones importantes como la salud materno-infantil, solo algunas de estas publicaciones incorporan una perspectiva de equidad en sus análisis. En el caso de ciertos temas como las cesáreas y la atención postnatal, la investigación en equidad se concentra solo en algunos países, normalmente en Brasil. Es por tanto crítico disponer de más estudios, no solo para reforzar y ampliar los datos existentes, sino también para documentar cómo las barreras sociales, estructurales y económicas que generan dichas inequidades cambian con el tiempo. Desde los estudios cualitativos de ámbito comunitario hasta las encuestas de población más amplias y los informes estadísticos nacionales, se necesitan más investigaciones para entender las dinámicas de las inequidades en salud y promover los cambios necesarios para abordar las causas desde la raíz.

Las inequidades en salud que afectan a las poblaciones indígenas y afrodescendientes es otro tema central que merece una atención particular. Casi todas las secciones de este informe mencionan a las mujeres y a los niños de grupos étnicos minoritarios como sectores de población que sufren exclusión social y económica en sus países. Sin embargo, los sistemas nacionales e internacionales de recogida de datos han ignorado con frecuencia a estas poblaciones minoritarias y por lo general faltan datos cuantitativos relevantes. Es fundamental disponer de información cuantitativa y cualitativa adicional para desarrollar, implementar y evaluar intervenciones destinadas a los grupos étnicos minoritarios. Los esfuerzos nacionales deberían reconocer a los grupos indígenas como poblaciones de especial vulnerabilidad y obtener datos que sean comparables con los de otros grupos de población.

Por último, este informe ha intentado identificar áreas en las que los formuladores de políticas y los líderes regionales puedan priorizar la equidad en temas de salud materna, reproductiva, neonatal, de la niñez y de la adolescencia. Junto con estas áreas de priorización, se necesitan más investigaciones y documentación que permitan valorar cómo maximizar la eficacia de dichas estrategias, en especial teniendo en cuenta que la revisión de datos y estudios realizada en este informe desveló muy poca información sobre estrategias específicas o sobre mejores prácticas para lograr la equidad en salud.

Todos y cada uno de los capítulos del informe contienen áreas que necesitan más investigación. Sin embargo, hay otros temas específicos que merecen un análisis más detallado. Estas áreas adicionales aparecen listadas por tema a continuación.

Salud reproductiva

Acceso a la anticoncepción y al aborto seguro

Los datos cualitativos y cuantitativos disponibles destacan que las mujeres más pobres y con menor nivel educativo ven desatendida con más frecuencia su necesidad de anticoncepción. Sin embargo, se necesita más información para explorar las razones por las cuales algunas mujeres de estos grupos vulnerables pueden abandonar el uso de anticonceptivos así como para documentar las estrategias que ayudan a mantener la continuidad. Se necesita también más investigación para valorar qué conocimientos y percepción tienen las mujeres de distintos grupos vulnerables sobre la anticoncepción de emergencia. Mientras que las publicaciones existentes analizan principalmente las barreras estructurales para acceder a la anticoncepción de emergencia, también es importante identificar las percepciones potencialmente negativas o las brechas de conocimiento existentes en mujeres que puedan necesitarla.

Infecciones de transmisión sexual

Es necesario que los estudios de investigación y los programas presten mayor atención a las ITS en grupos de población que hasta ahora han sido ignorados. En primer lugar, este informe no encontró datos sobre el VIH y las ITS en el ámbito nacional o subnacional que estén desagregados por etnicidad. Las poblaciones indígenas, por ejemplo, son comunidades desatendidas a las que no se les ha prestado mucha atención con respecto a la epidemia del VIH. Como los grupos étnicos minoritarios suelen presentar una mayor vulnerabilidad social y económica, la etnicidad también podría jugar un papel en la transmisión de las ITS y en el acceso al tratamiento. Las personas transgénero o las personas con discapacidad, que históricamente han sido víctimas de la exclusión social y económica son otros grupos de población vulnerable que merecen una atención especial. Varios estudios realizados en América Latina y el Caribe resaltan que tanto las comunidades transgénero como las personas con discapacidad pueden ser especialmente vulnerables al VIH, pero pocos estudios presentan datos exhaustivos o mejores prácticas sobre cómo ampliar los servicios de prevención y tratamiento para esos sectores de población. Por último, una misma persona puede pertenecer a más de un grupo de población vulnerable, por ejemplo, una mujer puede ser una trabajadora del sexo, indígena y consumidora de drogas. Se necesitan más investigaciones para entender las convergencias de distintas categorías que puedan aumentar el riesgo de adquirir una ITS y determinar estrategias para abordar la transmisión del VIH y de las ITS en sectores transversales de población.

En general, la gran mayoría de publicaciones analizadas en este informe se centran en sectores de población con una mayor vulnerabilidad al VIH. Las búsquedas en las bases de datos dieron con menos estudios sobre otras ITS como la sífilis, la clamidia y la tricomoniasis, y los que se encontraron utilizaban poblaciones de estudio de menor escala. Se necesitan más estudios a pequeña y gran escala para entender la prevalencia y la incidencia de las ITS en las comunidades y las poblaciones, el grado de concienciación sobre la transmisión y los síntomas y la accesibilidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento.

DetECCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER

Esta revisión bibliográfica encontró muy poca información sobre el tratamiento del cáncer de cuello uterino o del cáncer de mama con perspectiva de la equidad; las publicaciones existentes se centran fundamentalmente en el acceso a los servicios de detección del cáncer de cuello uterino o de mama, como las pruebas de Papanicolaou, las mamografías y los exámenes clínicos de pecho. Más allá de los aspectos de atención en salud en la detección y tratamiento del cáncer, en muchas zonas rurales o de bajos ingresos de toda América Latina las mujeres juegan un papel fundamental en el cuidado de los niños y en la gestión de los hogares. Por tanto, se necesitan más datos para examinar las consecuencias psicológicas, económicas y sobre la calidad de vida de las mujeres a las que se les diagnostica cáncer de cuello uterino y que reciben tratamiento, así como las implicaciones que esto tiene para su familia. También se necesitan más estudios cualitativos para examinar la equidad en las experiencias de las mujeres a la hora de acceder a los cuidados preventivos o curativos para el cáncer de mama, de lidiar con la enfermedad y de acceder a educación sobre el cáncer de mama. Por ejemplo, en la revisión bibliográfica solamente se encontró un artículo en el que se trataba la calidad de vida de las mujeres en tratamiento contra el cáncer de mama. Esta publicación señaló que las mujeres con niveles educativos más altos y mayores recursos económicos disfrutaban de una mejor calidad de vida que sus pares más pobres. Estos datos serán críticos para diseñar programas de tratamientos paliativos eficaces y estrategias que garanticen la equidad en el tratamiento del cáncer.

Por último, se necesitan más estudios para desarrollar un repertorio equitativo de mejores prácticas a la hora de financiar y promover la vacuna del VPH, en especialmente en distintos entornos y en los sectores de población más vulnerable.

Salud materna

Atención prenatal y atención calificada durante el parto

Como muchas mujeres en toda la región buscan atención prenatal pero reciben menos de cuatro visitas prenatales, se necesitan más investigaciones para examinar la existencia de posibles barreras individuales, comunitarias y estructurales que impiden alcanzar el número de citas recomendadas. Estas iniciativas de investigación también deberían examinar el papel de las parteras tradicionales o de las enfermeras obstétricas a la hora de proporcionar atención prenatal, en especial en el caso de las mujeres de grupos étnicos minoritarios o que habitan en zonas geográficamente remotas. Se necesitan también más estudios para entender los problemas relacionados con la atención continua del embarazo y de la maternidad; por ejemplo, por qué algunas mujeres que reciben atención prenatal no reciben atención calificada durante el parto. Esta cuestión es especialmente relevante en el caso de las mujeres indígenas, en las que la prevalencia de atención calificada durante el parto es significativamente más baja que la de las visitas prenatales y puede ser un indicador adicional de la mala calidad de la atención en salud materna disponible para las mujeres indígenas.

Mortalidad materna

Para entender y valorar correctamente la equidad en salud materna en América Latina y el Caribe se necesitan más datos desagregados que permitan examinar la relación existente entre los entornos

sociodemográficos de las mujeres y los resultados relacionados con las causas directas e indirectas de la morbilidad y mortalidad materna. Se necesitan también más investigaciones para documentar la morbilidad y las muertes maternas que se producen fuera de los establecimientos de salud. La no declaración de todas las muertes maternas continúa siendo un problema importante y limita el alcance con el que se puede valorar la equidad en las muertes maternas.

Obtener mayor información con perspectiva de equidad también ayudará a entender las distintas causas de morbilidad y mortalidad materna. Aunque la mayor parte de las causas directas e indirectas de mortalidad materna se pueden mitigar mediante la atención en salud de calidad, las mujeres de sectores de población marginalizados tienen más probabilidades de recibir una atención en salud de peor calidad en los establecimientos de salud. Se necesita más investigación para identificar los problemas relacionados con la calidad de la atención en salud que ponen en peligro el tratamiento de los trastornos hipertensivos, las hemorragias y otras causas de mortalidad materna, en especial en las mujeres de grupos de población desfavorecidos.

Se necesitan también más estudios para entender las barreras a la atención postaborto de calidad que las mujeres experimentan tanto antes como durante estos servicios. Este informe encontró muy pocos indicios de que las mujeres indígenas tuviesen acceso a abortos seguros y a una atención postaborto de calidad. Dado el alto nivel de desatención de las necesidades anticonceptivas en las poblaciones indígenas, se requieren nuevos estudios que permitan determinar la naturaleza de las barreras a las que deben enfrentarse las mujeres indígenas para acceder a los servicios de SSR, incluyendo al aborto seguro. Este informe también encontró pocos estudios centrados en la población adolescente. Al ser menores de edad, pueden tener menor autonomía a la hora de buscar atención en salud reproductiva y merecen una investigación más detallada en cuanto sector de población potencialmente vulnerable.

Por último, se necesita una mayor investigación en América Latina y el Caribe sobre las causas asociadas con la anemia y sus efectos sobre los resultados en salud materna y perinatal.⁷³⁰ Las investigaciones futuras también deberían estudiar las barreras socioeconómicas potenciales que dificultan el seguimiento de una alimentación adecuada o la ingesta de suplementos nutricionales durante el embarazo.

Muertes fetales, mortinatalidad y la salud de la mujer embarazada

A pesar de su alta prevalencia, los partos de mortinatos y las muertes fetales han recibido escasa atención por parte de los estudios de investigación y de las encuestas nacionales. Los países de América Latina y el Caribe deberían tratar de registrar y recoger más datos comparables sobre la mortinatalidad, así como intentar identificar las causas de las muertes fetales. Se necesita más información para explorar más en detalle la relación entre la mortinatalidad y los entornos socioeconómicos de las mujeres embarazadas.

Diagnóstico y tratamiento del VIH y de la sífilis durante el embarazo

Se necesitan más investigaciones para examinar la equidad en el acceso a las pruebas de detección y al tratamiento de la sífilis durante el embarazo. Más concretamente, los futuros esfuerzos de investigación

deberían intentar mejorar el conocimiento acerca del acceso a las pruebas de detección y al tratamiento de la sífilis por parte de mujeres con distintos tipos de seguros de salud, ya que los seguros no solo reflejan las distintas escalas socioeconómicas de la sociedad, sino que también tienen implicaciones relativas al acceso de las mujeres a una atención prenatal adecuada.

Cesáreas

Mientras que las evidencias muestran que la proporción de nacimientos por cesárea está aumentando en toda la región, gran parte de la investigación con perspectiva de equidad que existen en la actualidad se han centrado en Brasil, debido a su gran volumen de partos por cesárea. Se necesita más investigación para examinar la frecuencia y la distribución de los partos por cesárea en otros países. Especialmente en países de renta baja como Bolivia, Haití, Nicaragua o Guatemala, las medias nacionales pueden enmascarar inequidades en el acceso en los sectores de población rurales o pobres. Este informe encontró pocos datos concretos sobre la prevalencia y el impacto de las cesáreas poco seguras, por ejemplo, las cesáreas realizadas en instalaciones insalubres o sin un seguimiento de salud adecuado. Esta falta de evidencias pueden indicar que las intervenciones inseguras no son un problema existente en la región o, alternativamente, que son un problema ampliamente ignorado, en especial para las mujeres pobres de la región.

Salud neonatal

Atención perinatal y mortalidad neonatal

En la región de América Latina y el Caribe, se necesita más información sobre el acceso equitativo a intervenciones salvadoras como la reanimación neonatal, el método madre canguro, el uso de corticoides y el tratamiento de la septicemia neonatal. Los estudios sobre las intervenciones en la región se han centrado con frecuencia en la costo-efectividad, en la disponibilidad y en el potencial para su uso futuro, pero han olvidado mencionar las desigualdades en la disponibilidad, en el acceso o en los resultados en poblaciones vulnerables.

El estudio de la asfixia, la prematuridad (incluyendo la retinopatía de la prematuridad), la septicemia y otras infecciones (neumonía, meningitis, sífilis y tétanos) están infrarrepresentada en las investigaciones sobre equidad y salud neonatal en América Latina y el Caribe. También se hace necesario estudiar más en detalle el número de muertes fetales no reportadas y cómo abordar la mala calidad de la información proporcionada en los certificados de defunción en la región.

Lactancia materna

Dadas las ventajas de la lactancia materna, deberían estudiarse con más detalle las barreras que dificultan la lactancia materna exclusiva y parcial durante los períodos de tiempo recomendados. También deberían investigarse más profundamente las tendencias y las prácticas de lactancia materna en las poblaciones indígenas y de otros grupos étnicos minoritarios. Hace tiempo que se aprecian tendencias negativas en la lactancia materna exclusiva y en la duración de la lactancia materna en las comunidades indígenas, como se ha visto en México entre 1999 y 2006, y la aparición de patrones subóptimos de alimentación en las madres mayas de México, en especial en las madres jóvenes.^{355,362} Se hace necesario comprender mejor las razones de esas tendencias y de las diferencias entre gradientes socioeconómicos y culturas.

Aunque se cree que las creencias culturales intervienen en el inicio temprano de la lactancia materna, todavía no está claro cómo.³⁶⁵ Las experiencias de las mujeres en el período cercano al parto, en especial las relacionadas con los servicios hospitalarios, y su efecto sobre las prácticas de lactancia materna también necesitan un mayor análisis. Otras investigaciones adicionales deberían explorar asimismo el uso de bancos de leche humana en la región para ayudar a los recién nacidos en unidades de cuidado intensivo neonatal o a otros neonatos en riesgo, así como su labor de apoyo a la cultura de la lactancia materna, como ocurre con los bancos de leche promovidos por el gobierno brasileño.³⁶⁰

Las cesáreas son otro factor que afecta al inicio de la lactancia materna. Un estudio de 2015 en siete países de la región mostró que las mujeres más pobres que daban a luz por cesárea tenían un mayor riesgo de alimentar a sus recién nacidos con preparados prelácteos a base de leche que las mujeres con mayores rentas. Deberían estudiarse en más detalle las relaciones entre situación socioeconómica, parto por cesárea, introducción de preparados prelácteos a base de leche y resultados de lactancia materna, ya que la proporción de nacimientos por cesárea en la región sigue aumentando.³⁶⁷

Por último, la relación entre el uso de anticonceptivos orales de la madre y la lactancia materna también debe investigarse más detalladamente. El estudio de 2002 sobre los efectos del uso de anticonceptivos en los resultados de lactancia materna mostró que las madres que tomaban anticonceptivos orales amamantaban a sus hijos durante un período de tiempo significativamente más corto que las que usaban otros métodos anticonceptivos, tal como la abstinencia y el coito interrumpido. Se necesitan estudios adicionales para explicar este fenómeno.³⁶³

Registros del nacimiento

Aunque se han publicado varios estudios específicos de ámbito nacional y otros informes de ámbito más amplio, regional o mundial, se necesitan más datos actualizados y desagregados para explorar las barreras geográficas, económicas, sociales, culturales e institucionales que afectan el registro de los nacimientos en América Latina y el Caribe. Los estudios futuros también deberían intentar definir las prácticas recomendadas que permitan el registro de los nacimientos y que rompan el ciclo intergeneracional de ausencia de nacimientos registrados.

Atención postnatal para la madre y el recién nacido

Aunque los datos de encuestas nacionales muestran importantes diferencias en la de atención postnatal recibida dentro de los países y entre ellos, la gran mayoría de los estudios cualitativos sobre atención postnatal se han centrado en Brasil. Por tanto, se necesitan más estudios cualitativos sobre los factores que intervienen en la búsqueda de atención postnatal en otras zonas de la región, ya que estos conocimientos serán necesarios para comprender las barreras a la atención postnatal específicas de cada país que fomentan una baja utilización de los servicios de salud y unos resultados en salud inequitativos. También es necesario desarrollar mejores prácticas a la hora de promover el continuo de atención de las mujeres de sectores de población vulnerables a través de los períodos prenatal, de parto y de postparto, y garantizar la máxima calidad de atención a lo largo de dichas fases.

Salud de la niñez

La mortalidad infantil y en menores de cinco años

Se necesita más información actualizada para evaluar la mortalidad infantil en los grupos étnicos minoritarios, como los grupos de población indígena o afrodescendiente. Los datos desagregados más recientes sobre etnicidad se publicaron hace 15 años y esa información señaló la existencia de grandes desigualdades en la mortalidad infantil entre los grupos étnicos dominantes y los minoritarios. Otras variables de equidad que merecen ser tenidas en cuenta son la edad y el estado civil de la madre. Existe también una gran necesidad de obtener información con perspectiva de equidad sobre las distintas causas de muerte infantil y de menores de cinco años. Esta información debería intentar entender los comportamientos de búsqueda de atención en salud de la madre y las barreras que dificultan el acceso a los cuidados preventivos y curativos para los niños. Por último, por lo que respecta a las prácticas destinadas a reducir la mortalidad infantil y de niños menores de cinco años, los datos han mostrado que las iniciativas más amplias para mejorar la igualdad social y de género intervienen en la mortalidad infantil y de la niñez y se necesita más información sobre programas eficaces de ámbito comunitario.

Crecimiento y malnutrición

Este informe encontró una falta de información epidemiológica relevante sobre la anemia en la niñez y el consumo de micronutrientes. Otra área que podría merecer atención es la existencia de diferencias en el estado nutricional según el sexo. Un estudio de Colombia encontró desigualdades de género entre los niños con sobrepeso y los niños con un peso normal, y dichas desigualdades podrían existir para otros problemas nutricionales. La relación entre la malnutrición y la etnicidad también merece ser investigada. Por último, es necesario determinar si ciertos grupos vulnerables de niños y niñas no han recibido todavía la suficiente atención por parte de las iniciativas de nutrición y salud para la niñez.

Inmunización y enfermedades prevenibles mediante vacunas

En general se necesita más información de un amplio número de países para examinar las barreras que afectan la vacunación de los niños de diferentes sectores de población, como los residentes de zonas rurales o urbanas con bajos niveles de renta. Este informe encontró una cantidad mínima de datos sobre el acceso a la vacunación de grupos étnicos minoritarios. La vacunación en estos grupos de población puede necesitar una investigación más detallada, ya que la población indígena o afrodescendiente vive con frecuencia en entornos económica y socialmente marginalizados en toda la región. También existe una falta de información con perspectiva de equidad sobre los niños no vacunados que contraen enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Se necesita más investigación para evaluar el acceso de los niños al tratamiento de enfermedades prevenibles mediante la vacunación, en especial en entornos urbanos marcados por la sobrepoblación y la escasez de recursos.

Agua, saneamiento, higiene y diarrea

Las investigaciones futuras deberían intentar recoger información con perspectiva de equidad sobre el impacto diferencial que la falta de acceso al agua potable, al saneamiento y a la higiene tiene sobre los resultados para los niños en materia de salud, nutrición, educación y otras áreas. Aunque los datos han mostrado numerosas brechas en

el acceso al agua y al saneamiento en los sectores de población más desfavorecidos, se necesitan más estudios para valorar la cobertura y el impacto sobre la salud de distintas políticas e intervenciones, en especial en subsectores de población como los niños. De cara al futuro, se hace necesario obtener información continua para entender cómo lograr el acceso equitativo al agua potable y al saneamiento en el contexto de desastres naturales, y de unas condiciones climatológicas cambiantes que pueden afectar los ecosistemas y la agricultura.

Neumonía, asma y otras enfermedades respiratorias

Los datos de las encuestas nacionales revelan desigualdades entre grupos de riqueza a la hora de llevar a los niños con síntomas de neumonía para recibir atención en salud, pero no hay una tendencia regional que determine qué grupo socioeconómico es más propenso a buscar atención. Estos datos sugieren que distintos países pueden experimentar factores únicos que intervienen en la decisión de buscar atención en caso de neumonía, pero se necesitan más estudios para comprender estas tendencias. Esta revisión bibliográfica no encontró publicaciones que identificasen el nivel de familiaridad de los progenitores con los síntomas de la neumonía, un factor potencialmente importante a la hora de decidir buscar atención en salud. Este conocimiento puede variar entre distintos grupos de población y puede ser interesante investigar su contribución a los resultados diferenciales sobre la neumonía en la niñez.

El asma se ha asociado ampliamente con distintos efectos de la pobreza urbana, como el humo del tabaco, la exposición a contaminantes y el malestar psicosocial. Teniendo en cuenta el creciente nivel de violencia en las zonas urbanas de la región, se necesitan más estudios con perspectiva de equidad para entender la conexión existente entre la violencia, el estrés y el asma en los jóvenes urbanos.

Discapacidades

Se observa una necesidad general de mayor información cualitativa y cuantitativa sobre los niños con discapacidades. Los estudios existentes indican que los niños con discapacidades, en especial si provienen de familias con bajos niveles de renta, pueden sufrir estigma generalizado y verse excluidos de los servicios económicos, sociales y de salud.

Tuberculosis, enfermedad de Chagas, dengue y VIH

La mayor parte de la información que existente sobre la enfermedad de Chagas y el VIH se ha centrado en la transmisión perinatal. Se necesitan más estudios para identificar los riesgos a los que se enfrentan los niños y las niñas tras superar la edad de la lactancia, qué grupos de ellos son los más afectados y de qué estrategias se dispone para prevenir y tratar estas condiciones en estas poblaciones. Se necesitan más estudios para investigar las inequidades en el acceso al tratamiento para todas estas enfermedades transmisibles.

Salud adolescente

Educación sexual

Se necesitan más estudios para valorar los efectos de la Declaración Ministerial de Ciudad de México de 2008 sobre la educación sexual en la región. En concreto, se podría analizar si las políticas de los países han ampliado las iniciativas de educación sexual para que lleguen a distintos grupos demográficos de adolescentes. En especial en el caso de los grupos vulnerables de población adolescente, se necesitan más esfuerzos de monitorización y evaluación para entender si los jóvenes

tienen acceso y de qué forma a una educación sexual que responda a sus necesidades específicas. La evaluación e investigación también van a resultar fundamentales para desarrollar mejores prácticas en la implementación de políticas y programas de educación sexual para esos grupos de riesgo. Por ejemplo, este informe encontró poca información sobre programas de educación sexual que aborden la orientación sexual y la sexualidad. Investigaciones adicionales podrían ayudar a entender hasta qué punto los programas existentes abordan las necesidades de la juventud no heteronormativa y promueven o luchan contra el estigma social contrario a la homosexualidad. Se necesitan también mejores prácticas para proporcionar educación sexual informativa y con pertinencia cultural para los adolescentes indígenas y que tengan en cuenta los factores estructurales que afectan la salud sexual y reproductiva de la población.

Matrimonio precoz e iniciación sexual temprana

En conjunto, este informe encontró poca información actualizada directamente relacionada con la equidad y el matrimonio precoz en América Latina y el Caribe. Se necesitan más estudios para determinar las tendencias sobre uniones consensuadas y matrimonios formales en los adolescentes de la región, así como para reunir datos con perspectiva de equidad sobre los factores que alimentan ambos tipos de uniones, así como los resultados sociales y de salud que se derivan de dichas uniones.

Servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes

Se necesitan más estudios para valorar las mejores prácticas a la hora de desarrollar programas de servicios de salud sexual y reproductiva que respondan a las necesidades de los adolescentes en distintos contextos culturales. Un componente crítico de estos programas debería centrarse en las actitudes y prácticas del personal médico de modo que se garantice una atención no discriminatoria, en especial para las mujeres más jóvenes, de entornos socioeconómicos más desfavorecidos y de grupos étnicos minoritarios.

Esta búsqueda bibliográfica no encontró estudios o programas dirigidos a los adolescentes que no se identifican como heterosexuales o cisgénero. Sería importante tomar en cuenta a estos sectores de población, en especial considerando la prevalencia del VIH y la mayor atención prestada a los problemas de salud mental de los adolescentes. En general, se necesitan más datos desagregados para examinar las barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva específicos para varios subgrupos de población adolescente, como los de grupos étnicos minoritarios, los más jóvenes (menores de 15 años), los adolescentes con bajo nivel de renta, los trabajadores migrantes, los trabajadores del sexo, los adolescentes con VIH, los adolescentes desplazados y los que no asisten a la escuela. Las investigaciones futuras también deberían examinar las mejores prácticas a la hora de ofrecer servicios de salud a las adolescentes que están embarazadas o a quienes tienen VIH.

Embarazos adolescentes

Se necesitan estudios adicionales para examinar las consecuencias sociales, educativas y económicas de los embarazos precoces (menores de 15 años) para las niñas adolescentes y sus hijos. Como muchos de los embarazos que afectan a niñas menores de 15 años son consecuencia de la violencia o de la coacción sexual, debería haber más programas y estudios centrados en evitar los abusos sexuales a las

mujeres jóvenes y en comprobar que se juzga a los que han abusado de ellas. Con la tasa cada vez más alta de urbanización de América Latina y el Caribe, más estudios deberían examinar cómo la migración urbana puede afectar la distribución, las causas y los efectos de los embarazos adolescentes.

Vulnerabilidad y estilo de vida

A medida que cambia la alimentación adolescente y que los jóvenes se inician al consumo de alcohol y drogas a edades cada vez más tempranas, se necesita más investigación que ayude a identificar y monitorizar a los grupos de población que podrían ser vulnerables a los efectos negativos de estas tendencias. Esta investigación debería intentar adquirir datos desagregados sobre la sobrealimentación y la desnutrición en los adolescentes. Los estudios deberían también examinar el inicio del trabajo a edades tempranas tanto como un factor de riesgo de consumo de sustancias como, de forma independiente, como un estilo de vida que crea mayor vulnerabilidad en los jóvenes.

Vulnerabilidad y VIH

Se necesita investigar más y consolidar las mejores prácticas destinadas a las mujeres, los grupos étnicos minoritarios, las minorías sexuales y otros grupos de población vulnerables al VIH. Estas iniciativas deberían tratar de reunir más datos desagregados sobre la vulnerabilidad al VIH de las adolescentes indígenas, de las niñas con parejas sexuales mayores que ellas y de las niñas que sufren violencia sexual, y dirigir las intervenciones hacia las necesidades de esas poblaciones específicas. Otros grupos de población vulnerable que merecen mayor atención son los jóvenes afrodescendientes, los adolescentes con discapacidades, los adolescentes que viven en la calle y los adolescentes que tienen relaciones homosexuales. Este informe encontró muy pocos datos sobre el riesgo de adquirir el VIH para adolescentes menores de 15 años. Es necesario realizar más investigación en esta área, en especial teniendo en cuenta las edades cada vez más tempranas de iniciación sexual y la concentración de la violencia y la coacción sexual contra los adolescentes en este grupo de edad.

Transición de la infancia a la adolescencia de los jóvenes con VIH

En conjunto, se necesitan más datos para entender el acceso y la adherencia de los jóvenes seropositivos al TAR, en especial durante la transición de la infancia a la adolescencia. Como la gran mayoría de los estudios incluidos en este informe se realizaron en Brasil, el foco de las investigaciones debería desplazarse a otros países y sectores de población vulnerables, como los grupos indígenas o los que viven en la pobreza. Debido al foco de la bibliografía existente, este informe se centró en los adolescentes que adquirieron el VIH por vía perinatal. Las investigaciones futuras deberían incluir información sobre los adolescentes contagiados por transmisión sexual o por consumo de drogas, para examinar la adherencia al TAR como uno de los componentes del acceso a los servicios de SSR.

Adolescentes LGTB y discriminación

Las investigaciones sobre los adolescentes LGTB en América Latina y el Caribe son escasas. La mayor parte de la información existente se ha obtenido en contextos urbanos de Brasil y México, lo que limita las posibilidades de generalizar los datos al resto de la región. Salvo algunas excepciones, la mayoría de los estudios existentes en América Latina se han centrado en los adolescentes LGTB como un grupo de población unitario y no han examinado información desagregada sobre

la situación socioeconómica, la etnicidad, la situación geográfica o el nivel educativo de la juventud LGTB. Como consecuencia, se necesitan más estudios para determinar las características de los adolescentes LGTB en un mayor número de países y para identificar las necesidades de los distintos subgrupos de población de la juventud LGTB. Estas investigaciones también podrían servir para investigar las mejores prácticas para incluir a los adolescentes LGTB en los centros educativos y en los servicios de salud.

Violencia

Abuso de mujeres, niños y menores de un año

Los datos sugieren que las mujeres y los niños de las poblaciones desfavorecidas de América Latina y el Caribe sufren distintos tipos de abuso que contribuyen a unos resultados en salud inequitativos. Sin embargo, hay una escasez generalizada de estudios con perspectiva de equidad que se centren en estos abusos, por lo que es necesaria más información para entender los patrones de violencia y para formular estrategias de mitigación.

Los niños con discapacidades pueden sufrir mayores abusos en la forma de negligencia, discriminación y abusos físicos o verbales. Sin embargo, existe muy poca información sobre este tema e incluso menos datos que tengan en cuenta los entornos socioeconómicos, geográficos o étnicos de los niños con discapacidades que sufren abusos. Se necesitan más estudios con perspectiva de equidad para entender las trayectorias de vida de distintos subgrupos de niños con discapacidades, así como los recursos sociales, educativos y de salud de los que disponen.

Especialmente en el caso de los adolescentes, se necesita más investigación para entender las dinámicas de los abusos sexuales cíclicos o reiterados. Algunos estudios han documentado que las adolescentes cuyas madres sufrieron abusos durante la juventud tenían por su parte más probabilidades de sufrir abusos de sus parejas. Otros estudios han relacionado experiencias de abusos sexuales durante la infancia con una mayor probabilidad de sufrir abusos de sus parejas durante la adolescencia o la edad adulta. Estudios adicionales podrían ayudar a identificar los grupos de población más susceptibles de sufrir múltiples experiencias o ciclos intergeneracionales de abusos sexuales e investigar los procesos psicológicos o las condiciones estructurales que pueden aumentar el riesgo para las mujeres. Mientras que los abusos sexuales suelen afectar en mayor medida a las adolescentes, los estudios existentes señalan a la juventud LGTB como otro grupo de población vulnerable al sexo forzado o mediante coacción, a los intentos de suicidio, a la ideación del suicidio y a otros problemas de salud mental.^{599,622,731} Se necesitan estudios adicionales para entender a la juventud LGTB como sector de población vulnerable y para desarrollar estrategias que proporcionen atención en salud mental en entornos apropiados, no discriminatorios y confidenciales.

Por último, las mujeres de distintas edades pueden sufrir distintas formas de abusos de sus parejas durante el embarazo. Se necesitan más datos desagregados sobre la concentración de los abusos físicos de la pareja íntima en las mujeres de distintos grupos socioeconómicos, educativos y geográficos. Más investigaciones sobre la relación entre la violencia y los embarazos no planeados, el consumo de sustancias y el apoyo social pueden ayudar a formular estrategias que reduzcan la incidencia de estos abusos. Para ser eficaces, estas estrategias también deberán estudiar y considerar las características demográficas de los agresores masculinos para incorporarlas en las iniciativas de reducción de la violencia.

Discriminación y violencia en los establecimientos de salud

Son necesarias investigaciones adicionales para identificar las diversas formas y consecuencias de la discriminación y la violencia que sufren las mujeres indígenas y afrodescendientes en los establecimientos de salud, así como para definir las mejores prácticas en el diseño, implementación y evaluación de programas que promuevan una atención no discriminatoria y que respondan a las necesidades de las mujeres. Esta investigación debería realizarse junto a la recogida de datos nacionales desagregados por etnicidad. Debido a la escasez de información nacional que pueda compararse por criterios de etnicidad, dichos datos serían críticos para entender las necesidades y los resultados en salud de las mujeres de poblaciones étnicas minoritarias.

Violencia urbana

La rápida urbanización ha generado nuevos patrones de desigualdades sociales y violencia. Se necesitan más estudios para examinar las desigualdades sociales a las que deben enfrentarse los grupos de población que migran a las zonas urbanas para buscar empleo o escapar de los conflictos. Más concretamente, es necesario entender las experiencias de las mujeres migrantes y desplazadas y de sus hijos. También puede resultar necesario prestar más atención a las mujeres en los estudios regionales sobre la violencia urbana; a pesar de que la violencia urbana en América Latina se concentra fundamentalmente en los hombres jóvenes, la evidencia sugiere que las mujeres podrían estar sufriendo mayores tasas de homicidios y crímenes violentos.^{699,721} Se necesitan estudios adicionales para identificar el grado y las causas de estas posibles tendencias. Se necesitan también más datos desagregados que ayuden a clarificar los mecanismos que conectan la violencia y la etnicidad. Por último, deberían dedicarse más estudios para explorar estrategias de ámbito comunitario destinadas a romper los ciclos de la violencia.

7.3. Prioridades en la implementación de políticas equitativas para mejorar la salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia

Para lograr la equidad en salud en América Latina y el Caribe se necesitará un proceso de cambio uniforme, en el que los responsables políticos y otras autoridades den prioridad a las necesidades de salud de los grupos de población vulnerables y reduzcan las desigualdades sociales y económicas que exacerban las inequidades. Este informe marca el inicio de este proceso, al señalar áreas concretas en las que se pueden abordar inequidades en salud. Ahora, los resultados del informe deben ir seguidos de acciones que impliquen al menos tres pasos.

El primer paso para mejorar la salud de las mujeres y niños de la región será promover la equidad en salud ante los grupos de interés como gobiernos, donantes, organizaciones no gubernamentales, centros de investigación, asociaciones de la sociedad civil y líderes de las comunidades. Como parte de los esfuerzos de abogacía, este informe debería distribuirse a todos estos grupos de interés y utilizarse para suscitar un debate sobre la equidad, tanto dentro de estos grupos como entre ellos. Todos los debates e iniciativas de abogacía deberían esforzarse en crear procesos inclusivos que incorporen las voces y puntos de vista de los sectores de población que sufren inequidades. La abogacía por la equidad en salud necesita concienciar sobre las desigualdades sociales, y la reducción de las desigualdades sociales no puede producirse si los sectores de población desfavorecidos se ven excluidos de la participación en los movimientos sociales o de salud.

Otros ámbitos sobre los que se debería actuar incluyen la creación y recopilación de métodos estandarizados que incorporen las estrategias propuestas en la primera sección de este capítulo para medir y monitorizar la inequidad en salud. Para poner en práctica estas medidas, las organizaciones nacionales e internacionales pueden jugar un papel fundamental a la hora de promover el uso de indicadores exhaustivos de equidad en salud, de incorporar estos indicadores en los censos y en las encuestas de hogar y de garantizar una recogida de datos uniforme. Con el apoyo técnico y financiero de las organizaciones internacionales, los países también pueden llevar a cabo investigaciones que ayuden a entender las dinámicas de inequidad específicas a sus respectivas poblaciones y juzgar qué grupos de población no se han beneficiado de las políticas destinadas a expandir el acceso a la atención en salud. Los centros de investigación también pueden jugar un papel fundamental en la obtención de datos cualitativos que permitan entender los mecanismos subyacentes a los datos estadísticos. Todas estas estrategias no solo proporcionarán una explicación más completa de las desigualdades que afectan a distintos países y regiones, sino que también permitirán a los responsables políticos y a los líderes de la salud diseñar iniciativas adaptadas a las necesidades de sus poblaciones objetivo y proporcionar una base de referencia para evaluar el éxito de dichas iniciativas.

Por último, las iniciativas multisectoriales tienen el potencial de tener un gran impacto en la mitigación de las inequidades en salud en toda América Latina y el Caribe. La salud, el medioambiente, la educación y los sectores industriales y energéticos de toda la región están

interconectados y suelen afectarse entre ellos. De modo similar, la inequidad en salud no solo es consecuencia de cuestiones de salud, sino también de factores sociales, ambientales, económicos y educativos. En consecuencia, tras revisar la información presentada en este informe y la de estudios futuros, distintos sectores pueden colaborar para abordar las causas de las inequidades en salud en sinergia desde distintos ángulos. Estas iniciativas de colaboración serán especialmente importantes, dado que muchas de las inequidades tratadas en este informe surgen de desigualdades sociales profundamente enraizadas. La inclusión más amplia de diferentes sectores y perspectivas puede catalizar mejoras más amplias en la igualdad social en los países de América Latina y el Caribe.

Estos procesos proporcionan una guía general de acciones destinadas a mejorar la equidad en la salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia. Todos los procesos buscan no solo mejorar la equidad en los resultados en salud, sino también contribuir a la reducción de las desigualdades sociales y económicas que alimentan dichas inequidades. De nuevo, alcanzar la equidad en salud requerirá en última instancia diseñar cambios estructurales más amplios que promuevan la igualdad política, social y económica. Sin embargo, hay pasos concretos y sectores de población específicos que los responsables políticos pueden priorizar para lograr la equidad en los campos de la salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia. Estas áreas de interés aparecen listadas por tema a continuación.

Salud reproductiva

Para mejorar la equidad en salud reproductiva para las mujeres, los responsables políticos deberían dar prioridad a dos medidas clave. En primer lugar, los responsables políticos y otras autoridades deberían tratar de obtener y analizar datos con perspectiva de equidad sobre el acceso a la anticoncepción, a las causas y al tratamiento de las ITS y a los servicios de detección y tratamiento del cáncer del cuello uterino y de mama. Además de los datos desagregados existentes sobre el VIH y el acceso a los anticonceptivos, se necesita más información sobre el acceso a la anticoncepción de emergencia, la prevalencia y la incidencia del VIH desagregadas por etnicidad, la prevalencia de otras ITS distintas al VIH, la disponibilidad de pruebas y tratamientos para las ITS y la disponibilidad de pruebas de detección y tratamiento para el cáncer de cuello uterino y de mama. La existencia de más datos desagregados no solo indicará qué grupos de población necesitan una mayor atención, sino que también proporcionará una base de referencia para medir el éxito de las políticas e iniciativas futuras.

En segundo lugar, los líderes y responsables políticos deberían tratar de ampliar el acceso a los servicios de salud tanto a los sectores de población vulnerables identificados en este informe como a los que se identifiquen a través de su propia labor de recogida de datos. En cada área de la salud reproductiva, suelen ser los mismos sectores

de población (mujeres de grupos con bajos ingresos, con bajo grado de escolaridad y pertenecientes a un grupo étnico minoritario) las que sufren inequidades en salud. Por tanto, es prioritario diseñar servicios de salud reproductiva que se adapten a las necesidades de esos grupos de población, así como tratar de superar los obstáculos concretos que obstaculizan su acceso a una atención y a unos resultados en salud óptimos. Los responsables políticos deberían tratar de identificar y eliminar las barreras que dificultan el acceso a los servicios de calidad de SSR. Algunas áreas específicas en las que los responsables políticos podrían tratar de identificar y eliminar las barreras de acceso son sobre la disponibilidad de distintos métodos anticonceptivos, de la anticoncepción de emergencia y del aborto seguro. Debe mejorarse el acceso a los servicios de detección y tratamiento de las ITS, incluyendo el VIH. Las prioridades para la reducción de los cánceres de cuello uterino y de mama incluyen expandir los servicios de detección y tratamiento y la accesibilidad y aceptación social de la vacuna del VPH. Todos estos esfuerzos para ampliar el acceso a la atención en salud requieren que los países examinen su distribución de recursos médicos y humanos, aseguren la participación de los sectores de población objetivo y, en algunos casos, reexaminar las leyes existentes que ponen en peligro los resultados en salud de las mujeres de sectores desfavorecidos.

Prioridad clave: Ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud reproductiva.

Salud materna

Para reducir la mortalidad materna, los responsables políticos regionales deben primero obtener más datos con perspectiva de equidad sobre las distintas causas de morbilidad y mortalidad maternas. Existe muy poca información sobre las variables socioeconómicas de las mujeres que sufren distintas morbilidades, y esos datos serán críticos para futuras intervenciones y esfuerzos de vigilancia.

Aunque la mayoría de la morbilidad y mortalidad materna puede evitarse mediante atención obstétrica de calidad proporcionada durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, existen inequidades en el acceso a la atención prenatal de calidad y a la atención calificada del parto. En concreto, la atención prenatal es crítica para garantizar la detección y el tratamiento a tiempo del VIH, la sífilis y otras enfermedades que puedan derivar en muerte materna o fetal. Por lo que respecta a los responsables políticos y otros líderes, se requieren más esfuerzos para mejorar la accesibilidad económica, geográfica y cultural de la atención prenatal para las mujeres de los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, de zonas rurales, de grupos étnicos minoritarios y con bajo nivel educativo. Animamos a los planificadores del sistema de salud a mejorar el continuo de la atención en salud, desde el embarazo hasta la atención postnatal, para minimizar las barreras estructurales que podrían impedir a las mujeres obtener atención continuada a lo largo de todo el embarazo.

Por último, a pesar de que la accesibilidad a la atención prenatal y a la del parto es importante para los resultados en salud materna, la accesibilidad por sí sola no garantiza la equidad en salud. Debe mejorarse la calidad de la atención en salud materna que reciben las mujeres de grupos marginalizados o desfavorecidos. Las mujeres de los grupos económicos desfavorecidos, de grupos étnicos minoritarios y con seguros públicos de salud pueden recibir pruebas o procedimientos inadecuados o innecesarios durante las visitas,

sufrir maltrato por parte del personal de salud o verse enfrentadas a otros defectos estructurales. Para promover la máxima eficacia de los servicios de salud materna, los responsables políticos deberían centrarse en garantizar que todas las visitas de atención prenatal y la atención durante el parto cumplan con todas las pruebas y procedimientos recomendados, que el personal de salud no discrimine y que se muestre compasivo, que la confidencialidad se mantenga como una prioridad y que las mujeres no reciban de modo innecesario operaciones cesáreas u otros procedimientos innecesarios. Todos estos esfuerzos deberán monitorizarse y evaluarse de forma constante.

Prioridad clave: Facilitar y reforzar el continuo de atención en salud de calidad para todas las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.

Salud neonatal

Los resultados en salud neonatal suelen estar conectados con la prestación eficaz de atención en salud materna. En consecuencia, para mejorar los resultados en salud neonatal, los responsables políticos deberían tratar de reforzar la prestación de los servicios en salud neonatal como parte del continuo de la atención en salud materna. Con frecuencia se desdeña la importancia de la atención postnatal para la salud de madres y recién nacidos, y los datos muestran importantes inequidades en el acceso a los servicios de atención postnatal. Se necesitan más esfuerzos para promover y ampliar el acceso a la atención postnatal de calidad para las mujeres de poblaciones desfavorecidas. Deberían crearse mecanismos que garanticen que todas las madres y sus recién nacidos, con independencia del entorno del que provengan, reciban el alta en el momento adecuado, que reciban asesoramiento sobre los signos de alerta para ellas y sus recién nacidos y que se facilite el inicio de la lactancia materna. La atención postnatal también debería funcionar como un mecanismo que facilite el registro de los nacimientos y que garantice que todos los niños reciben reconocimiento legal de su existencia. Para alcanzar la equidad en el registro de los nacimientos, el registro debe ser gratuito, confidencial, estar disponible permanentemente y resultar fácil de acceso a todas las personas, con independencia de su lugar de residencia, etnicidad, nivel de ingresos o grado de escolaridad.

Otra área que requiere atención prioritaria es el apoyo y promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido. Para cumplir esta tarea, los investigadores deben antes poner en marcha más iniciativas de ámbito comunitario y nacional para entender las perspectivas sociales y culturales que rodean estas prácticas en contextos específicos. Las intervenciones pueden entonces diseñarse de modo que se adapten a las necesidades concretas de distintas comunidades y que puedan vincularse con los servicios existentes para monitorizar la salud de madres y recién nacidos.

Prioridad clave: Reforzar la integración de los servicios neonatales y postnatales de calidad en el continuo de la atención en salud materna.

Salud de la niñez

Los resultados inequitativos de salud en la niñez surgen de las desigualdades que existen en los contextos en los que viven los niños. Con frecuencia, los niños con los peores resultados en salud proceden de grupos de población desfavorecida que carecen de recursos económicos, residen en entornos con altos niveles de estrés o aislados geográficamente, pertenecen a grupos étnicos minoritarios o proceden de familias con un nivel educativo mínimo. Por ello, para alcanzar la equidad en la salud de la niñez se requiere prestar más atención a reducir las desigualdades que sufren los niños y las niñas en sus entornos.

En primer lugar, las políticas medioambientales para reducir la contaminación mejorarán la salud respiratoria de los niños de entornos urbanos de bajos ingresos que se suelen estar expuestos a contaminantes del aire. En segundo lugar, las políticas y las intervenciones deberían tratar de mejorar las condiciones de vida de los niños de entornos desfavorecidos. Por ejemplo, la mejora del saneamiento y el acceso al agua potable aliviarán la carga de la malnutrición y la diarrea en los niños pobres. Las iniciativas de vivienda también podrían reducir el humo interior, el hacinamiento y otras circunstancias que llevan a la adquisición y a la transmisión de enfermedades respiratorias y de enfermedades infecciosas como el dengue, la tuberculosis o la enfermedad de Chagas. En tercer lugar, las políticas pueden tratar de mejorar la accesibilidad geográfica y económica de los servicios de atención primaria para ayudar a prevenir y tratar las enfermedades prevenibles por vacunación, la malnutrición, las enfermedades respiratorias, la diarrea y otras enfermedades. A pesar de que muchos países han ampliado los servicios de atención primaria, la equidad en el acceso a una atención de calidad sigue necesitando la atención de los líderes y responsables políticos. Por último, animamos a los líderes a crear entornos en los que los niños con VIH o con discapacidad puedan acceder a la atención necesaria para sus condiciones.

Prioridad clave: Crear entornos más saludables que promuevan la salud y el bienestar de los niños de sectores de población marginalizados o desfavorecidos.

Salud adolescente

Aunque la población adolescente ha estado recibiendo mayor atención como un grupo de edad distintivo tanto en la investigación como en las personas responsables de desarrollar intervenciones, se necesitan más datos desagregados sobre los subgrupos de población adolescentes según nivel de riqueza y de estudios, lugar de residencia, etnicidad y orientación sexual. Existe información estratificada sobre los embarazos adolescentes, pero se necesitan más datos específicos en cada ámbito nacional para valorar la equidad en el acceso de los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva, de nutrición, a las pruebas y al tratamiento del VIH y a la educación sexual, entre otros temas.

Los responsables políticos y otras autoridades deberían dar prioridad al desarrollo y a la distribución equitativa de servicios de salud adaptados a la población adolescente. Esto requerirá una

mayor formación de los profesionales de la salud para interactuar y tratar a adolescentes, así como equipar los establecimientos con equipamiento, tratamientos y materiales educativos apropiados a su edad. Los responsables políticos deberían también tratar de mejorar la accesibilidad geográfica y económica de los establecimientos de salud y establecer mecanismos de rendición de cuentas para garantizar que todos los adolescentes de cualquier entorno reciben atención no discriminatoria, confidencial y compasiva. Estos servicios adaptados a la población adolescente pueden tener un gran impacto si educan a los jóvenes sobre su salud sexual y reproductiva, proporcionan métodos anticonceptivos y asesoramiento, ofrecen confidencialidad en la detección y el tratamiento para el VIH y otras ITS y aconsejan a los adolescentes sobre problemas nutricionales y de consumo de sustancias.

Prioridad clave: Crear servicios de salud accesibles y adaptados a la población adolescente que respondan a las necesidades específicas de distintos grupos de esta población.

Violencia

En toda la región, numerosas formas de violencia afectan a los grupos de población vulnerables y marginalizados, como las minas antipersonal, la violencia de la pareja íntima, los homicidios y la violencia obstétrica. En última instancia, todos estos problemas surgen de desigualdades sociales y económicas y exigen cambios sociales fundamentales. A pesar de que cada forma de violencia requiere respuestas únicas y específicas, animamos a los líderes a que den prioridad a una serie de cuestiones.

La primera prioridad clave para todos los problemas de violencia es la abogacía. La violencia demanda mayor atención en cuanto factor que provoca resultados en salud inequitativos en las mujeres y en los jóvenes. Es necesario aumentar el diálogo entre responsables políticos, oficiales de salud y otras partes interesadas clave para entender que estos problemas son el resultado de las desigualdades sociales y económicas y para dedicar más recursos a combatir la violencia en el ámbito interpersonal, comunitario y estructural. También será importante crear campañas de abogacía comunitaria que se adapten a las necesidades y culturas de cada población específica. Los procesos de abogacía también deberían incluir la obtención periódica de datos con perspectiva de equidad mediante encuestas nacionales y estudios comunitarios.

Otra prioridad para los responsables políticos es la creación de mecanismos de rendición de cuentas, tanto dentro de los sistemas de salud como en la sociedad. Dentro de los sistemas de salud, la rendición de cuentas es necesaria para garantizar el tratamiento equitativo de los pacientes, con independencia de su etnicidad, nivel educativo o nivel de renta. También se necesitan mecanismos que denuncien la violencia en el hogar y en entornos institucionales y que proporcionen justicia a las víctimas, quienes pueden carecer de recursos suficientes para defenderse por sí mismas.

Por último, los responsables políticos y otras autoridades deben tratar de crear más recursos para prevenir la violencia y atender a las víctimas. Se necesitan más recursos de ámbito comunitario

y de sistema para ofrecer apoyo, asesoramiento, atención en salud y ayuda legal a las víctimas de la violencia, en especial para las personas con discapacidades, problemas de salud mental y otras necesidades de salud urgentes. El personal de salud puede resultar fundamental para reconocer las señales de abuso y para conectar a sus pacientes con dichos recursos. Dentro de los sistemas de salud, debería ajustarse la formación en medicina para dar énfasis a la humanización de la atención en salud, al respeto y a la no discriminación de ningún paciente y, en zonas con poblaciones indígenas, para desarrollar estrategias de atención intercultural. En los sistemas educativos de un país, la educación sexual en las escuelas serían una herramienta eficaz para mejorar la concienciación y para enseñar a los jóvenes estrategias de prevención de distintos tipos de violencia, como los abusos sexuales y la violencia de pareja íntima. Los programas de desarrollo juvenil también pueden contribuir a reducir los homicidios y los crímenes violentos en las poblaciones urbanas jóvenes.

Prioridad clave: Abogar por la importancia de luchar contra las distintas formas de violencia, crear mecanismos para garantizar justicia a las víctimas de la violencia y proporcionar recursos que ayuden a prevenir la violencia y a ofrecer servicios a las víctimas.

© UNICEF/UNI139064/Markisz



8. Referencias

Referencias

1. Demographic and Health Surveys, Reproductive Health Surveys Multiple Indicator Cluster Surveys and other national surveys, 2008-2014.
2. Dmytraczenko T, Gisele Almeida G, editors. *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean. Evidence from Selected Countries*. Washington, DC: The World Bank; 2015.
3. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, et al. Overcoming social segregation in health care in Latin America. *The Lancet* 2015; **385**(9974): 1248-59.
4. Etienne CF. Equity in health systems. *Rev Panam Salud Publ* 2013; **33**(2): 79-80.
5. Cardona D, Acosta LD, Bertone CL. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010) [Inequities in health among Latin American and Caribbean countries (2005-2010)]. *Gaceta sanitaria / SESPAS* 2013; **27**(4): 292-7.
6. de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet* 2015; **385**(9975): 1343-51.
7. Barros AJ, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *Plos Med* 2013; **10**(5): e1001390.
8. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health* 2006; **27**: 167-94.
9. Harper S, King NB, Meersman SC, Reichman ME, Breen N, Lynch J. Implicit Value Judgments in the Measurement of Health Inequalities. *The Milbank Quarterly* 2010; **88**(1): 4-29.
10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992; **22**(3): 429-45.
11. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 2005; **365**(9464): 1099-104.
12. Gakidou E, Fullman N. Monitoring health inequalities: measurement considerations and implications. *Health Information Systems Knowledge Hub, School of Population Health: University of Queensland* 2012.
13. Kjellsson GG, Ulf-G, Petriee D. Lies, Damned Lies, and Health Inequality Measurements: Understanding the Value Judgments. *Epidemiology* 2015; **26**(5): 673-80.
14. Wagstaff A. Value Judgments in Health Inequality Measurement. *Epidemiology* 2015.
15. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global health action* 2015; **8**: 27106.
16. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing Equitable Care for Indigenous and Afrodescendant Women in Latin America. *Pan Am J Public Health* 2015; **38**(2): 96-109.
17. Belizán JM, Cafferata ML, Belizán M, Althabe F. Health inequality in Latin America. *The Lancet* 2007; **370**(9599): 1599-600.
18. Almeida G, Sarti FM, Ferreira FF, Diaz MD, Campino AC. Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008. *Rev Panam Salud Publica* 2013; **33**(2): 90-7, 4 p preceding
19. Vasquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. *Rev Panam Salud Publ* 2013; **33**(2): 98-U187.
20. Ruiz Gomez F, Zapata Jaramillo T, Garavito Beltran L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008. *Rev Panam Salud Publica* 2013; **33**(2): 107-15, 6 p preceding
21. Scott E, Theodore K. Measuring and explaining health and health care inequalities in Jamaica, 2004 and 2007. *Rev Panam Salud Publ* 2013; **33**(2): 116-U67.
22. Barraza-Llorens M, Panopoulou G, Diaz BY. Income-related inequalities and inequities in health and health care utilization in Mexico, 2000-2006. *Rev Panam Salud Publ* 2013; **33**(2): 122-U80.
23. Petrerá M, Valdivia M, Jimenez E, Almeida G. Equity in health and health care in Peru, 2004-2008. *Rev Panam Salud Publ* 2013; **33**(2): 131-U89.
24. Lopez-Cevallos DF, Chi C. Health care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. *Health policy and planning* 2010; **25**(3): 209-18.
25. Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic inequalities in the access to and quality of health care services. *Revista de saude publica* 2014; **48**(6): 968-76.
26. United Nations. *Inequality Matters. Report on the World Social Situation 2013*. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2013.
27. World Health Assembly. *Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*. Geneva: World Health Organization; 2005.
28. United Nations. *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations; 2015.
29. Every Woman Every Child. *Survive, thrive, transform: The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health*. New York: United Nations; 2015.
30. Chopra M. Addressing health systems strengthening through an health equity lens. *BMC health services research* 2013; **13 Suppl 2**: S13.
31. Chopra M, Sharkey A, Dalmiya N, et al. Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health, and nutrition. *Lancet* 2012; **380**(9850): 1331-40.
32. Watkins K. Leaving no one behind: an agenda for equity. *The Lancet* 2014; **384**(9961): 2248-55.
33. Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, et al. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach. *Lancet* 2012; **380**(9850): 1341-51.
34. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas: Pan American Health Organization*; 2012.
35. Ministério da Saúde SdVeS, Universidade Federal de Goiás. *Análise de situação de saúde Brasília: Editora do Ministério da Saúde*; 2013.
36. Vega J. Steps towards the health equity agenda in Chile. Rio

- de Janeiro: World Health Organization for the World Conference on Social Determinants of Health; 2011.
37. Rivillas García JC, Mesa Lopera DC, Ospina Martínez ML. Observatorio de desigualdades y equidad en salud. ODES Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2014.
 38. Centro Nacional de Equidad en Género y Salud Reproductiva, available at <http://cnegrs.salud.gob.mx>.
 39. Arbulo V, et al. Logros y desafíos en términos de Equidad en Salud en Uruguay. Montevideo: División Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública; 2010.
 40. DHS, RHS, MICS and other national surveys and vital registration systems. 2007-2014.
 41. Restrepo-Méndez MC, Barros AJD, Requejo JH, et al. Progress in reducing inequalities in reproductive, maternal, newborn, and child health in Latin America and the Caribbean: an unfinished agenda. *Rev Panam Salud Publica* 2015; **38**(1): 9-16.
 42. Bertrand J, Ward VM, Santiso-Gálvez R. Family Planning in Latin America and the Caribbean: The Achievements of 50 Years. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2014.
 43. Hevia M. The legal status of emergency contraception in Latin America. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2012; **116**(1): 87-90.
 44. Melian MM. Intenciones reproductivas y factores asociados con los nacimientos no planeados, Paraguay, 1995-2008 [Reproductive intentions and factors related to unplanned births, Paraguay, 1995-2008]. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2013; **33**: 244-51.
 45. Shaw D, Cook RJ. Applying human rights to improve access to reproductive health services. *World Report on Women's Health 2012: Improving Women's Health* 2012; **119**, Supplement 1(0): S55-S9.
 46. Bonneuil N, Medina M. Between tradition and modernity: the transition of contraception use in Colombia. *Desarro soc* 2009; (64): 119-51.
 47. Ali M, Cleland J. Oral contraceptive discontinuation and its aftermath in 19 developing countries 2010; **81**(1): 22-9.
 48. Schiappacasse V, Diaz S. Access to emergency contraception. 2006; **94**(3): 301-9.
 49. Faúndes A, Távara L, Brache V, Alvarez F. Emergency contraception under attack in Latin America: response of the medical establishment and civil society. *Reproductive health matters* 2007; **15**(29): 130-8.
 50. Schiappacasse F V, Bascuñan C T, Frez Z K, Cortés H I. Píldora anticonceptiva de emergencia: características de la demanda en una organización no gubernamental en Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2014; **79**: 378-83.
 51. Yam EA, Gordon-Strachan G, McIntyre G, et al. Jamaican and Barbadian health care providers' knowledge, attitude and practices regarding emergency contraceptive pills. *JSTOR: International Family Planning Perspectives, Vol 33, No 4 (Dec, 2007), pp 160-167* 2007.
 52. Monge MaE, Dwivedi P, Zhou M, et al. A Tiered analytical approach for investigating poor quality emergency contraceptives. Mainly Peru, but Argentina, Uruguay mentioned as well: - Public Library of Science; 2014. p. - e95353.
 53. Castro R, López A. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIIM 2010 2010.
 54. Ashford L, Sedgh G, Singh S. Making abortion services accessible in the wake of legal reforms. *Issues in brief* 2012; (1): 1-4.
 55. Ferreira da Costa LdL, Hardy E, Duarte Osis MJ, Faúndes A. Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil. *Reproductive health matters* 2005; **13**(26): 139-46.
 56. Diniz D. Selective abortion in Brazil: the anencephaly case *Developing World Bioethics* 2007; **7**(2): 64-7.
 57. Wurtz H. Indigenous Women of Latin America: Unintended Pregnancy, Unsafe Abortion, and Reproductive Health Outcomes. *Pimatisiwin* 2012; **10**(3): 271-82.
 58. González Vélez AC. "The health exception": a means of expanding access to legal abortion. *Reproductive health matters* 2012; **20**(40): 22-9.
 59. Rousseau S. Las políticas de salud reproductiva en el Perú: reformas sociales y derechos ciudadanos [Reproductive health policies in Peru: social reforms and citizen rights]. *Revista Estudos Feministas* 2007; **15**: 309-31.
 60. González Vélez AC, Bohórquez Monsalve V. Case study on Colombia: judicial standards on abortion to advance the agenda of the Cairo Programme of Action. *Sur International Journal on Human Rights* 2013; **10**(19): 192.
 61. Reutersward C, Zetterberg P, Thapar-Bjorkert S, Molyneux M. Abortion law reforms in Colombia and Nicaragua: issue networks and opportunity contexts. *Development and change* 2011; **42**(3): 805-31.
 62. Fusco CLB, Universidade Federal de São Paulo SP, Brasil, Silva RdSe, Universidade Federal de São Paulo SP, Brasil, Andreoni S, Universidade Federal de São Paulo SP, Brasil. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2012; **28**(4): 709-19.
 63. Souza KVd, Almeida MRdCBd, Soares VMN. Perfil da mortalidade materna por aborto no Paraná: 2003-2005. *Escola Anna Nery* 2008; **12**: 741-9.
 64. Carvalho SM, Paes GO. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro [Integrity of nursing care provided to women who have experienced an unsafe abortion]. *Escola Anna Nery* 2014; **18**: 130-5.
 65. Pilecco FB, Knauth DR, Vigo Á. Aborto e coerção sexual: o contexto de vulnerabilidade entre mulheres jovens. *Cadernos de saude publica* 2011; **27**: 427-39.
 66. Fusco CLB, Andreoni S, Silva RdSe. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008; **11**: 78-88.
 67. Cook RJ, Dickens BM. Upholding pregnant women's right to life. Brazil and Paraguay. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2012; **117**(1): 90-4.
 68. Menezes GMS, Aquino EML, Silva DOd. Induced abortion during youth: social inequalities in the outcome of the first pregnancy. *Cadernos de saude publica* 2006; **22**: 1431-46.
 69. Heilborn ML, Cabral CdS, Brandão ER, Faro L, Cordeiro F, Azize RL. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil [Abortion itineraries in the clandestine contexts of Rio de Janeiro-Brazil]. *Ciencia & saude coletiva* 2012; **17**: 1699-708.
 70. Di Liscia MHB. Cuerpos expuestos y sin derechos: Los abortos no punibles en Argentina [Bodies exposed and without rights: non-punishable abortions in Argentina]. *La aljaba* 2012; **16**: 0-.

71. Bernabé-Ortiz A, White PJ, Carcamo CP, et al. Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. *Canadian Medical Association Journal* 2009; **180**(3): 298-304.
72. Faúndes A, Simoneti RM, Duarte GA, Andalaft-Neto J. Factors associated to knowledge and opinion of gynecologists and obstetricians about the Brazilian legislation on abortion. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2007; **10**: 6-18.
73. Pheterson G, Azize Y. Abortion Practice in the Northeast Caribbean: "Just write down stomach pain". 2005; **13**(26): 44-53.
74. Zamberlin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reproductive health* 2012; **9**(1): 34.
75. Lafaurie MM, Grossman D, Troncoso E, Billings DL, Chávez S. Women's perspectives on medical abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Peru: a qualitative study. *Reproductive health matters* 2005; **13**(26): 75-83.
76. WHO, UNICEF, UNFPA, Bank W. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2014.
77. Kulczycki A. Abortion in Latin America: changes in practice, growing conflict, and recent policy developments. *Studies in family planning* 2011; **42**(3): 199-220.
78. Heise LL. Reproductive freedom and violence against women: where are the intersections? *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics* 1993; **21**(2): 206-16.
79. García Bernal R. Reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/sida: Campaña mundial, prioridad nacional [Reducing vulnerability of women to HIV/AIDS: Global campaign, national priority]. *Gerencia y Políticas de Salud* 2005; **4**(8).
80. Girón JM. Género y VIH/SIDA: elementos de vulnerabilidad en mujeres jóvenes de barrios pobres de las ciudades de Lima y Trujillo [Gender and HIV/AIDS: elements of vulnerability among young women in poor neighborhoods of Lima and Trujillo]. *Ruiz Bravo, P & Rosales, JL, Género y Metas del Milenio, Lima: UNIFEM/PNUD/UNFPA* 2006.
81. Bastos FI, Caceres C, Galvao J, Veras MA, Castilho EA. AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. *International journal of epidemiology* 2008; **37**(4): 729-37.
82. Arnquist S, Ellner A, Weintraub R. HIV/AIDS in Brazil: delivering prevention in a decentralized health system. 2011.
83. Austin KF, Noble MD. Measuring gender disparity in the HIV pandemic: a cross-national investigation of female empowerment, inequality, and disease in less-developed nations. *Sociological Inquiry* 2014; **84**(1): 102-30.
84. Castro A. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in Latin America and the Caribbean. In: Castro A, ed. *Challenges Posed by the HIV Epidemic in Latin America and the Caribbean* 2009. Washington, DC: Pan American Health Organization, UNICEF, and UNAIDS; 2009: 55-73.
85. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema [Vulnerability and invisibility among women for HIV/AIDS: constants and changes on the topic]. *Salud publica de Mexico* 2002; **44**: 554-64.
86. Cianelli R, Ferrer L, McElmurry BJ. HIV prevention and low-income Chilean women: machismo, marianismo and HIV misconceptions. *Culture, health & sexuality* 2008; **10**(3): 297-306.
87. Tovar V, Vivas H, Araujo A, Gonzalez L, Guerra M, Guerra ME. Amas de casas en riesgo de adquirir VIH/SIDA [Housewives at risk for acquiring HIV/AIDS]. 2011.
88. Soto RJ, Ghee AE, Nunez CA, et al. Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2007; **46**(1): 101-11.
89. Johri M, Morales RE, Hoch JS, et al. A cross-sectional study of risk factors for HIV among pregnant women in Guatemala City, Guatemala: lessons for prevention. *Int J Std Aids* 2010; **21**(12): 789-96.
90. Smith Fawzi MC, Lambert W Fau - Singler JM, Singler Jm Fau - Tanagho Y, et al. Factors associated with forced sex among women accessing health services in rural Haiti: implications for the prevention of HIV infection and other sexually transmitted diseases. 2004; (0277-9536 (Print)).
91. Noble MD, Austin KF. Gendered dimensions of the HIV pandemic: A cross-national investigation of women's international nongovernmental organizations, contraceptive use, and HIV prevalence in less- developed nations. *Sociological Forum* 2014; **29**(1): 215-39.
92. Pascom ARP, Szwarcwald CL. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. *Cadernos de saude publica* 2011; **27**: s27-s35.
93. Orellana ER, Alva IE, Carcamo CP, Garcia PJ. Structural factors that increase HIV/STI vulnerability among indigenous people in the Peruvian amazon. *Qualitative health research* 2013; **23**(9): 1240-50.
94. Calleja JMG, Walker N, Cuchi P, Lazzari S, Ghys PD, Zacarias F. Status of the HIV/AIDS epidemic and methods to monitor it in the Latin America and Caribbean region. *AIDS: Official Journal of the International AIDS Society* 2014; **16**.
95. Pérez Villegas R, Ceballos Morales A, Sanhueza V M, Rebolledo M M, González M MG, Durán R VH. Comportamiento sexual y factores biodemográficos asociados a infecciones de transmisión sexual [Sexual behavior and biodemographic factors associated with sexually transmitted infections]. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2008; **34**: 0-.
96. Leon SR, Konda Ka Fau - Klausner JD, Klausner Jd Fau - Jones FR, Jones Fr Fau - Caceres CF, Caceres Cf Fau - Coates TJ, Coates TJ. Chlamydia trachomatis infection and associated risk factors in a low-income marginalized urban population in coastal Peru. 2009; (1020-4989 (Print)).
97. Zavaleta C, Fernández C, Konda K, Valderrama Y, Vermund SH, Gotuzzo E. High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. 2007; (0002-9637 (Print)).
98. Minichiello V, Rahman S, Hussain R. Epidemiology of sexually transmitted infections in global indigenous populations: data availability and gaps. *Int J Std Aids* 2013; **24**(10): 759-68.
99. Kim AA, Morales S, Lorenzana de Rivera I, et al. Short communication: HIV incidence among vulnerable populations in Honduras: results from an integrated behavioral and biological survey among female sex workers, men who have sex with men, and Garifuna in Honduras, 2006. *AIDS research and human retroviruses* 2013; **29**(3): 516-9.
100. Garcia PJ, Bayer A, Carcamo CP. The changing face of HIV in Latin America and the Caribbean. *Current HIV/AIDS reports* 2014; **11**(2): 146-57.
101. Kishor S. Reproductive health and domestic violence: are the poorest women uniquely disadvantaged? *Demography* 2006; **43**(2): 293.

102. Hembling J, Andrinopoulos K. Evidence of increased STI/HIV-related risk behavior among male perpetrators of intimate partner violence in Guatemala: results from a national survey. 2014; (1360-0451 (Electronic)).
103. Flores-Palacios F. El vih sida, síntoma de vulnerabilidad [HIV/AIDS: sympom of vulnerability]. *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género* 2014: 81-100.
104. Sabido M, Gregg LP, Valles X, et al. Notification for Sexually Transmitted Infections and HIV Among Sex Workers in Guatemala: Acceptability, Barriers, and Preferences. *Sex Transm Dis* 2012; **39**(7): 504-8.
105. Bastos FI, Angulo-Arreola A, Malta M. Sex work and HIV in Latin America and the Caribbean: challenges and responses. In: Castro A, ed. *Challenges Posed by the HIV Epidemic in Latin America and the Caribbean* 2009. Lima: Pan American Health Organization; 2009: 41-53.
106. Hakre S, Arteaga G, Nunez AE, et al. Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections and factors associated with syphilis among female sex workers in Panama. *Sex Transm Infect* 2013; **89**(2): 156-64.
107. Rossi D. HIV among People Who Use Drugs in Latin America and the Caribbean. In: Castro A, ed. *Challenges Posed by the HIV Epidemic in Latin America and the Caribbean* 2009. Lima: Pan American Health Organization; 2009: 29-39.
108. Ferlay J SI, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F., GLOBOCAN. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
109. Luciani S, Cabanes A, Prieto-Lara E, Gawryszewski V. Cervical and female breast cancers in the Americas: current situation and opportunities for action. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; **91**(9): 640-9.
110. Luciani S, Andrus JK. A Pan American Health Organization strategy for cervical cancer prevention and control in Latin America and the Caribbean. *Reproductive health matters* 2008; **16**(32): 59-66.
111. International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Cervical Carcinoma and Sexual Behavior: Collaborative Reanalysis of Individual Data on 15,461 Women with Cervical Carcinoma and 29,164 Women without Cervical Carcinoma from 21 Epidemiological Studies. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 2009; **18**(4).
112. Almonte M, Albero G, Molano M, Carcamo C, J. Garcia P, Perez G. Risk factors for Human Papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. 2008; **26**: L16-L36.
113. The International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer. Comparison of risk factors for invasive squamous cell carcinoma and adenocarcinoma of the cervix: Collaborative reanalysis of individual data on 8,097 women with squamous cell carcinoma and 1,374 women with adenocarcinoma from 12 epidemiological studies. *International Journal of Cancer* 2007; **120**(4): 885-91.
114. Goss PE, Lee BL, Badovinac-Crnjevic T, et al. Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The lancet oncology* 2013; **14**(5): 391-436.
115. Lazcano-Ponce E, Alonso P, Ruiz-Moreno JA, Hernández-Avila M. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries: the need for equity and technological development. *Salud publica de Mexico* 2003; **45**: 449-62.
116. Agosti JM, Goldie SJ. Introducing HPV vaccine in developing countries — key challenges and issues *Perspective* 2007.
117. Gutiérrez C, Alarcón E. Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. *Anales de la Facultad de Medicina* 2008; **69**: 239-43.
118. Agurto I, Bishop A, Sanchez G, Betancourt Z, Robles S. Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive medicine* 2004; **39**: 91-8.
119. Bairros FSd, Meneghel SN, Dias-da-Costa JS, et al. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cadernos de saude publica* 2011; **27**: 2364-72.
120. Natunen K, Lehtinen J, Namujju P, Sellors J, Lehtinen M. Aspects of prophylactic vaccination against cervical cancer and other human papillomavirus-related cancers in developing countries. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2011.
121. Martínez ML, Guevel CG. Desigualdades sociales en la mortalidad por cáncer de cuello de útero en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 1999-2003 y 2004-2006. *Salud colectiva* 2013; **9**: 169-82.
122. Trejo Amador U, Granados Cosme JA, Ortiz Hernández L, Delgado Sánchez G. Diferencias sociales de la detección oportuna de cáncer cérvico uterino en las mujeres trabajadoras de una universidad de la ciudad de México. *Revista Española de Salud Pública* 2005; **79**: 403-14.
123. CDC. Progress toward implementation of Human Papillomavirus vaccination --- the Americas, 2006--2010: Centers for Disease Control, 2014.
124. Amorim VMSL, Barros MBdA. Equity of access to Pap smears: population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2014; **17**: 136-49.
125. Soneji S, Fukui N. Socioeconomic determinants of cervical cancer screening in Latin America. *Rev Panam Salud Publica* 2013; **33**(3): 174-82.
126. Bingham A, Bishop A, Coffey P, et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud publica de Mexico* 2003; **45**: 408-16.
127. Perkins RB, Langrish SM, Stern LJ, Burgess JF, Simon CJ. Impact of patient adherence and test performance on the cost-effectiveness of cervical cancer screening in developing countries: the case of Honduras. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health* 2010; **20**(1): 35-42.
128. Stormo AR, Altamirano VC, Perez-Castells M, et al. Bolivian health providers' attitudes toward alternative technologies for cervical cancer prevention: a focus on visual inspection with acetic acid and cryotherapy. *Journal of women's health* 2012; **21**(8): 801-8.
129. Garrett JJ, Barrington C. 'We do the impossible': women overcoming barriers to cervical cancer screening in rural Honduras—a positive deviance analysis. *Culture, health & sexuality* 2013; **15**(6): 637-51.
130. Winkler JL, Wittet S, Bartolini RM, et al. Determinants of Human Papillomavirus vaccine acceptability in Latin America and the Caribbean. 2008; **26**: L73-L9.
131. Couture M-C, Nguyen CT, Alvarado BE, Velasquez LD, Zunzunegui M-V. Inequalities in breast and cervical cancer screening among urban Mexican women. *Preventive Medicine* 2008; **47**(5): 471-6.
132. Tamayo A LS, Chávez M MG, Henao F LM. Cáncer de cuello uterino: más allá de lo que es; la percepción de las mujeres de Antioquia (Colombia) y Colima (México), 2008. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2009; **27**: 177-86.

133. Calvo A, Brown KM, McDermott RJ, Bryant CA, Coreil J, Loseke D. Social construction of cervical cancer screening among Panamanian women. *American Journal of Health Education* 2012; **43**(3): 153-63.
134. Agurto I, Sandoval J, de la Rosa M, Guardado ME. Improving cervical cancer prevention in a developing country. *Int J Qual Health C* 2006; **18**(2): 81-6.
135. González-Robledo LM, González-Robledo MC, Nigenda G, López-Carrillo L. Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina: Retos a futuro [Government actions for the early detection of breast cancer in Latin America: goals for the future]. *Salud publica de Mexico* 2010; **52**: 533-43.
136. de Charry LC, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia [Equity in breast cancer detection in Colombia]. *Revista de salud publica* 2008; **10**(4): 572.
137. de Charry LC, Roca S, Carrasquilla G. Usar biopsia para diagnóstico del cáncer de seno: ¿Un problema de equidad? [Using biopsy for breast cancer diagnosis: an equity problem?]. *Colombia Médica* 2008; **39**(1).
138. Ruiz WAA, Loaiza DPB, Ramírez LÁC. Frecuencia de mamografía y examen clínico de mama en mujeres del régimen subsidiado-Manizales (Caldas) [Frequency of mammograms and clinical breast examinations of women under the subsidized health regime-Manizales]. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* 2012; **17**(2): 125-35.
139. Velásquez-De Charry LC, Carrasquilla G, Roca-Garavito S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia [Equity in access to breast cancer treatment in Colombia]. *Salud publica de Mexico* 2009; **51**: s246-s53.
140. Wiesner C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2007; **11**(1): 13-22.
141. Lages RB, Oliveira GdP, Simeão Filho VM, Nogueira FM, Teles JBM, Vieira SC. Desigualdades associadas à não realização de mamografia na zona urbana de Teresina-Piauí-Brasil, 2010-2011 [Inequalities associated with access to mammograms in the urban zone of Teresina-Piauí, Brazil, 2010-2011]. *Rev Bras Epidemiol* 2012; **15**(4): 737-47.
142. Lee BL, Liedke PER, Barrios CH, Simon SD, Finkelstein DM, Goss PE. Breast cancer in Brazil: present status and future goals. *The lancet oncology* 2012; **13**(3): e95-e102.
143. Liedke PE, Finkelstein DM, Szymonifka J, et al. Outcomes of breast cancer in Brazil related to health care coverage: a retrospective cohort study. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 2014; **23**(1): 126-33.
144. Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Bassani D, et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil [Inequalities in clinical breast examination in São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brazil]. *Cad Saúde Pública* 2007; **23**(7): 1603-12.
145. Lima-Costa MF, Matos DL. Prevalência e fatores associados à realização da mamografia na faixa etária de 50-69 anos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2003) [Prevalence and factors associated with mammograms in the 50-69-year age group: a study based on the Brazilian National Household Sample Survey (PNAD-2003)]. *Cad Saúde Pública* 2007; **23**(7): 1665-73.
146. Amorim V, Barros MBdA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a não realização da mamografia e do exame clínico das mamas: um estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de saude publica* 2008; **24**(11): 2623-32.
147. Zapata CS, Romero HG. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia [Quality of life and factors associated with breast cancer in Antioquia, Colombia]. *Rev Panam Salud Publica* 2010; **28**(1): 9.
148. de Oliveira EXG, Pinheiro RS, Melo ECP, Carvalho MS. Condicionantes socioeconômicos e geográficos do acesso à mamografia no Brasil, 2003-2008 [Socioeconomic and geographic constraints to access mammography in Brasil, 2003-2008]. *Ciencia & saude coletiva* 2011; **16**(9): 3649-64.
149. Reyes-Ortiz CA, Camacho ME, Amador LF, Velez LF, Ottenbacher KJ, Markides KS. The impact of education and literacy levels on cancer screening among older Latin American and Caribbean adults. 2007; (1526-2359 (Electronic)).
150. Chavarri-Guerra Y, Villarreal-Garza, Liedke PER, et al. Breast cancer in Mexico: a growing challenge to health and the health system. 2012; (1474-5488 (Electronic)).
151. Puschel K, Thompson B. Mammogram screening in Chile: Using mixed methods to implement health policy planning at the primary care level. *Breast* 2011; **20**: S40-S5.
152. UNICEF. The State of the World's Children 2015. New York: UNICEF; 2015.
153. UNICEF. Only half of women worldwide receive the recommended amount of care during pregnancy. Available at <http://data.unicef.org/maternal-health/antenatal-care.html> - sthash.aNFZOior.dpuf, <http://data.unicef.org/maternal-health/antenatal-care.html>. New York: UNICEF; 2015.
154. Guliani H, Sepehri A, Serieux J. Determinants of prenatal care use: Evidence from 32 low-income countries across Asia, Sub-Saharan Africa and Latin America. *Health policy and planning* 2013.
155. Rivera Mejía PT, Carvajal Barona R, Mateus Solarte JC, Arango Gómez F, Valencia Bernal JA. Factores de servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso al control prenatal [Factors of health services and users satisfaction associated with prenatal care access]. *Hacia la Promoción de la Salud* 2014; **19**: 84-98.
156. Osorio AM, Tovar LM, Rathmann K. Individual and local level factors and antenatal care use in Colombia: a multilevel analysis. *Cadernos de saude publica* 2014; **30**: 1079-92.
157. Heredia-Pi I, Serván-Mori E, Reyes-Morales H, Lozano R. Brechas en la cobertura de atención continua del embarazo y el parto en México [Gaps of coverage in the continuum of care during pregnancy and childbirth in Mexico]. *Salud publica de Mexico* 2013; **55**: S282-S8.
158. Domingues RMSM, Leal MdC, Hartz ZMdA, Dias MAB, Vettore MV. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2013; **16**: 953-65.
159. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de saude publica* 2009; **25**: 2507-16.
160. Aguado Quintero LF, Girón Cruz LE, Osorio Mejía AM, Tovar Cuevas LM, Ahumada Castro JR. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano [Determinants of the use of maternal health services in the Colombian Pacific Coast]. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud* 2007; **5**: 233-81.
161. Neumann NA, Tanaka OY, Victora CG, Cesar JA. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil [Quality and equity in antenatal care and during delivery in Criciúma, Santa Catarina, in

- Southern Brazil]. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2003; **6**: 307-18.
162. Requejo J, Meriardi M, Althabe F, Keller M, Katz J, Menon R. Born too soon: care during pregnancy and childbirth to reduce preterm deliveries and improve health outcomes of the preterm baby. *Reproductive health* 2013; **10 Suppl 1**: S4.
 163. Leal MdC, Gama SGNd, Cunha Cbd. Desigualdades sociodemográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido [Consequences of sociodemographic inequalities on birth weight]. *Revista de Saúde Pública* 2006; **40**: 466-73.
 164. Cáceres Manrique FdM, Molina Marín G, Hernández Quirama A. Atención prenatal: entre la búsqueda de los derechos y la resignación [Prenatal attention: between the search for rights and resignation]. *Hacia la Promoción de la Salud* 2014; **19**: 15-25.
 165. Ettenger A, Barnighausen T, Castro A. Health insurance for the poor decreases access to HIV testing in antenatal care: evidence of an unintended effect of health insurance reform in Colombia. *Health policy and planning* 2013.
 166. Ishida K, Stupp P, Turcios-Ruiz R, William DB, Espinoza E. Ethnic inequality in Guatemalan women's use of modern reproductive health care. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2012; **38**: 99-108.
 167. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG [Adequacy of the Prenatal Care Process among Users of the Unified Health Care System in Juiz de Fora-MG]. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003; **25**(10).
 168. Ryan JA, Casapia M, Aguilar E, Silva H, Joseph SA, Gyorkos TW. Comparison of prenatal care coverage in early adolescents, late adolescents, and adult pregnant women in the Peruvian Amazon. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009; **107**(2): 162-5.
 169. Alexandre PK, Saint-Jean G Fau - Crandall L, Crandall L Fau - Fevrin E, Fevrin E. Prenatal care utilization in rural areas and urban areas of Haiti. 2005; (1020-4989 (Print)).
 170. Gage AJ, Guirlene Calixte M. Effects of the physical accessibility of maternal health services on their use in rural Haiti. 2006; (0032-4728 (Print)).
 171. Fonseca SC, Monteiro DdSA, Pereira CMdSC, Scoralick ACD, Jorge MG, Rozario Sd. Desigualdades no pré-natal em cidade do Sudeste do Brasil [Inequalities in prenatal care in the southeast of Brazil]. *Ciencia & saude coletiva* 2014; **19**: 1991-8.
 172. Silva LM, Silva RA, Silva AAM, Bettiol H, Barbieri MA. Racial inequalities and perinatal health in the southeast region of Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 2007; **40**: 1187-94.
 173. Chomat AM, Solomons NW, Montenegro G, Crowley C, Bermudez Ol. Maternal health and health-seeking behaviors among indigenous Mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2014; **35**: 113-20.
 174. CEPEP. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva. ENDSSR 2008. Informe final. Asunción: Centro Paraguayo de Estudios de Población; 2009.
 175. Guliani H, Sepehri A, Serieux J. What impact does contact with the prenatal care system have on women's use of facility delivery? Evidence from low-income countries. *Social science & medicine* 2012; **74**(12): 1882-90.
 176. Donnay F. Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2000; **70**(1): 89-97.
 177. Seinfeld JN. Mejorando el acceso al parto institucional en las poblaciones marginalizadas del Perú [Improving access to institutionalized births in marginalized populations in Peru]. 2011.
 178. Roost M, Jonsson C, Liljestrand J, Essen B. Social differentiation and embodied dispositions: a qualitative study of maternal care-seeking behaviour for near-miss morbidity in Bolivia. 2009; (1742-4755 (Electronic)).
 179. Gleit DA, Goldman N, Rodríguez G. Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: does obstetrical need matter? *Social science & medicine* 2003; **57**(12): 2447-63.
 180. Roost M, Altamirano Vc Fau - Liljestrand J, Liljestrand J Fau - Essen B, Essen B. Does antenatal care facilitate utilization of emergency obstetric care? A case-referent study of near-miss morbidity in Bolivia. 2010; (1600-0412 (Electronic)).
 181. Bohren M, Hunter E, Munthe-Kaas H, Souza J, Vogel J, Gulmezoglu A. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive health* 2014; **11**: 71.
 182. Otis KE, Brett JA. Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home? [Barreras al parto hospitalario: ¿por qué muchas bolivianas dan a luz en casa?]. 2008; **24**(1): 46-53.
 183. Profamilia, ICF Macro. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010. Bogotá: Profamilia; 2011.
 184. Yamin AE, Cole J, Moore Simas TA, Brown M. Deadly Delays: Maternal Mortality in Peru: A Rights-Based Approach to Safe Motherhood. 2007.
 185. ECLAC. Guaranteeing Indigenous People's Rights in Latin America. Santiago, Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean; 2014.
 186. Oyarce AM, Ribotta B, Pedrero M. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: Aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural [Maternal and child health of indigenous and Afro-descendant populations in Latin America: contributions for a rereading of the right to cultural integrity]. Santiago, Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), 2010.
 187. UN. The Millennium Development Goals Report 2015. New York: United Nations; 2015.
 188. Saleem S, McClure EM, Goudar SS, et al. A prospective study of maternal, fetal and neonatal deaths in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2014; **92**(8): 605-12.
 189. UNICEF. Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2014. New York: UNICEF; 2014.
 190. WHO. WHO statement on caesarean section rates. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015.
 191. Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betrán AP, Meriardi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *World Health Report* 2010; **30**: 1-31.
 192. Barros FC, del Pilar Vélez M. Temporal trends of preterm birth subtypes and neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology* 2006; **107**(5): 1035-41.
 193. Althabe F, Belizan JM. Caesarean section: the paradox. 2006; (1474-547X (Electronic)).
 194. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al. Caesarean delivery

- rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *The Lancet* 2006; **367**(9525): 1819-29.
195. Leone T, Padmadas Ss Fau - Matthews Z, Matthews Z. Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries. 2008; (0277-9536 (Print)).
 196. Camacho Claros C, Garcia B, Alexander C, Pardo Novak A, Ordoñez Maygua J. Cesáreas iterativas-experiencia en el Hospital Materno Infantil German Urquidi de Cochabamba 2006-2007-2008. *Gaceta Médica Boliviana* 2010; **33**(2): 16-20.
 197. Souza JP, Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC medicine* 2010; **8**(1): 71.
 198. Freitas PF, Savi EP. Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada. *Cadernos de saúde pública* 2011; **27**: 2009-20.
 199. Garcia Cicuto A, Leite Belisário CR, Barco Tavares B. Puerperal women's satisfaction with their delivery. *Investigación y Educación en Enfermería* 2012; **30**: 208-14.
 200. Boccolini CS, Perez-Escamilla R, Giugliani ER, Boccolini Pde M. Inequities in milk-based prelacteal feedings in Latin America and the Caribbean: the role of cesarean section delivery. 2015; (1552-5732 (Electronic)).
 201. Taljaard M, Donner A Fau - Villar J, Villar J Fau - Wojdyla D, et al. Understanding the factors associated with differences in caesarean section rates at hospital level: the case of Latin America. 2009; (1365-3016 (Electronic)).
 202. Tuncalp O, Stanton C, Castro A, et al. Measuring Coverage in MNCH: Validating Women's Self-Report of Emergency Cesarean Sections in Ghana and the Dominican Republic. *PLoS one* 2013; **8**(5).
 203. Arrieta A, Oneto A. ¿ Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesáreas? [Who wins and who loses with cesarean births?]. *Proyecto Mediano Auspiciado por el Programa de Investigación ACDI-DRC* 2006.
 204. Potter JE, Hopkins K Fau - Faundes A, Faundes A Fau - Perpetuo I, Perpetuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale. 2008; (1523-536X (Electronic)).
 205. Victora CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet* 2011; **377**(9780): 1863-76.
 206. Bautista Charry AA, Ruiz Parra AI. ¿Es justificable la alta proporción de cesáreas? Cómo aproximarnos a esta tendencia de carácter mundial. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2014; **65**: 104-7.
 207. Rizo Gil A. Partos atendidos por cesárea: análisis de los datos de las encuestas nacionales de demografía y salud en Colombia 1995-2005. *Revista EAN* 2009: 59-73.
 208. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; **75**: S25-S37.
 209. Barros AJD, Santos IS, Matijasevich A, et al. Patterns of deliveries in a Brazilian birth cohort: almost universal cesarean sections for the better-off. *Revista de Saúde Pública* 2011; **45**: 635-43.
 210. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *Bmj* 2002; **324**(7343): 942.
 211. Diniz SG, Chacham AS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in Sao Paulo, Brazil. 2004; (0968-8080 (Print)).
 212. Ronsmans C, Holtz S Fau - Stanton C, Stanton C. Socio-economic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. 2006; (1474-547X (Electronic)).
 213. Almeida Sd, Bettiol H, Barbieri MA, Silva AAMd, Ribeiro VS. Significant differences in cesarean section rates between a private and a public hospital in Brazil. *Cadernos de saúde pública* 2008; **24**: 2909-18.
 214. Schreiner M, Costa JSDd, Olinto MTA, Meneghel SN. Assistência ao parto em São Leopoldo (RS): um estudo de base populacional [Delivery assistance in São Leopoldo: a population based study]. *Ciencia & saúde coletiva* 2010; **15**: 1411-6.
 215. Costa NDL, Paes NA, Ramos PCF, Formiga MCdC. Desejo, intenção e comportamento na saúde reprodutiva: a prática da cesárea em cidade do Nordeste do Brasil [Desire, intention, and behavior in reproductive health: the practice of cesareans in a city in Northeast Brazil]. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia* 2006; **28**: 388-96.
 216. Angeja AC, Washington Ae Fau - Vargas JE, Vargas Je Fau - Gomez R, Gomez R Fau - Rojas I, Rojas I Fau - Caughey AB, Caughey AB. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why? 2006; (1470-0328 (Print)).
 217. Osis MJD, Cecatti JG, Pádua KSd, Faúndes A. Brazilian doctors' perspective on the second opinion strategy before a C-section. *Revista de Saúde Pública* 2006; **40**: 233-9.
 218. Barber SL. Mexico's conditional cash transfer programme increases cesarean section rates among the rural poor. 2009; (1464-360X (Electronic)).
 219. Pereira RdR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres [Pregnant women's social representations and decisions about delivery: women's protagonism]. *Saúde e Sociedade* 2011; **20**: 579-89.
 220. Castro A. Commentary: Increase in caesarean sections may reflect medical control not womens choice. *BMJ British Medical Journal* 1999; **319**: 1401-2.
 221. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative study. 2000; (0959-8138 (Print)).
 222. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2015.
 223. Gordillo-Tobar A. MDGs 4 and 5: Maternal and Child Health/ Reproductive Health in LAC: The World Bank, 2013.
 224. DEIS. Defunciones y Mortalidad en el embarazo, parto o puerperio, según grupo de causas. Chile, 2000 a 2012. Disponible en <http://www.deis.cl/?p=2543>. Santiago, Chile: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud; 2015.
 225. Peñafiel JAH, Farfán JÁL, Álvarez GR, Colombo AL. Análisis de casos de muerte materna ocurridos en un periodo de 10 años [Analysis of cases of maternal deaths occurring over a period of 10 years]. *Ginecologia y obstetricia de Mexico* 2007; **75**: 61-7.

226. Roost M, Altamirano V, Liljestrand J, Essen B. Priorities in emergency obstetric care in Bolivia—maternal mortality and near-miss morbidity in metropolitan La Paz. *morbidity and mortality* 2009; **3**: 5.
227. Fernández Ruíz FA. Comportamiento de la Mortaliada materna en Argentina, Colombia, Brasil y Costa Rica; 2011.
228. Mayorga Ortiz MdL. Influencia del nivel de educación en las complicaciones de los trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo en el hospital provincial docente Ambato en el período julio-diciembre del 2010 [Influence of education level on the complications of hipertensive disorders induced by pregnancy in a provincial teaching hospital Ambato in the period of July-December 2010]. 2012.
229. Leite RMB, Araújo TVBd, Albuquerque RMd, Andrade ARSd, Duarte Neto PJ. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil [Risk factors for maternal mortality in an urban area of Northeast Brazil]. *Cadernos de saude publica* 2011; **27**: 1977-85.
230. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? [Maternal mortality in Brazil: what has the scientific literature shown in the last 30 years?] *Cadernos de saude publica* 2011; **27**: 623-38.
231. Carreno I, Bonilha ALdL, Costa JSDd. Temporal evolution and spatial distribution of maternal death. *Revista de Saúde Pública* 2014; **48**: 662-70.
232. Soares VMN, Souza KVd, Freygang TC, Correa V, Saito MR. Mortalidade materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia em um estado do Sul do Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2009; **31**: 566-73.
233. Oyarce AM, Pedrero M-m, Ribotta B. Salud materno infantil de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. *Documentos de proyecto* 2010; (347).
234. Guerra GV, Cecatti JG, Souza JP, et al. Factors and outcomes associated with the induction of labour in Latin America. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2009; **116**(13): 1762-72.
235. Uribe P, Ruiz C, Morales E. La mortalidad materna en México, estrategias y desigualdades. *La Muerte Materna Acciones y Estrategias hacia una Maternidad Segura México: Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos//CIESAS/ Instituto Nacional de las Mujeres* 2009: 55-68.
236. WHO, UNICEF, UNFPA, Bank W. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank Estimates. Geneva: World Health Organization, 2014.
237. Ortunio C EE. Tendencias y desigualdades territoriales de la mortalidad infantil y materna. estado Carabobo, periodo 1990-2007 [Trends and territorial inequalities in infant and maternal mortality, Carabobo state, period 1990-2007]. *Comunidad y Salud* 2012; **10**: 2-13.
238. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Intarut N, et al. Indirect causes of severe adverse maternal outcomes: a secondary analysis of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2014; **121**(s1): 32-9.
239. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health* 2014; **2**(6): e323-e33.
240. Moreno Z, Casquero J, Sánchez S, et al. Raza negra como factor de riesgo independiente para preeclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetrícia* 2014; **60**: 269-78.
241. Peñaloza Sánchez SG, Peralta Bravo HA. Prevalancia y factores asociados de preeclampsia en adolescentes, hospital Teófilo Dávila” mayo-octubre 2014. 2014.
242. Karam Calderón MÁ, Bustamante Montes P, Campuzano González M, Camarena Pliego Á. Social Aspects of Maternal Mortality: A Case Study of the State of Mexico. *Social Medicine* 2007; **2**(4): 186-91.
243. Morgan-Ortiz F, Calderón-Lara SA, Martínez-Félix JI, González-Beltrán A, Quevedo-Castro E. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. *Ginecología y obstetrícia de Mexico* 2010; **78**(3): 153-9.
244. Souza MdLd, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Brüggemann OM, Drake E. Maternal mortality due to hemorrhage in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2013; **21**: 711-8.
245. Sandoval-Vargas YG, Eslava-Schmalbach JH. Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años (2000-2001), (2005-2006) y (2008-2009) [Inequities in maternal mortality by department in Colombia for the years, 2000-2001, 2005-2006, and 2008-2009]. *Revista de Salud Pública* 2013; **15**: 579-91.
246. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social science & medicine* 1994; **38**(8): 1091-110.
247. Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A. The “Three Delays” as a frameworks for examining maternal mortality in Haiti. *Soc Sci Med* 1998; **26**(8): 981-93.
248. Miller S, Cordero M, Coleman AL, et al. Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2003; **82**: 89-103.
249. Rouvier M, Gonzalez-Block MA, Sesia P, Becerril-Montekio V. Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna [Problems of the health system in Mexican states with high incidence of maternal mortality]. *Salud publica de Mexico* 2013; **55**(2): 185-92.
250. Castro A. In and out: user fees and other unfortunate events during hospital admission and discharge. *Cadernos de saude publica* 2008; **24**: 1174-8.
251. Castro A. In and out: user fees and other unfortunate events during hospital admission and discharge. *Cadernos de saude publica* 2008; **24**(5): 1174-8.
252. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Gülmezoglu AM. Evidence-based intrapartum care in Cali, Colombia: a quantitative and qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2008; **115**(12): 1547-56.
253. Rosenstein MG, Romero M, Ramos S. Maternal mortality in Argentina: a closer look at women who die outside of the health system. *Maternal and child health journal* 2008; **12**(4): 519-24.
254. WHO. Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2015.
255. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health policy and planning* 2005; **20**(3): 158-66.
256. Carino G, Jiménez M. Muerte y Negación: Aborto Inseguro y Pobreza [Death and denial: unsafe abortion and poverty]. 2006.
257. Shah I, Ahman E. Age Patterns of Unsafe Abortion in Developing Country Regions. 2004; **12**(24): 9–17.
258. Singh S, Prada E, Kestler E. Induced abortion and unintended pregnancy in Guatemala. *International Family Planning Perspectives* 2006: 136-45.

259. Adesse L. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais [Magnitude of abortion in Brazil: epidemiological and socio-cultural aspects]. *Revista de Saúde Sexual e Reprodutiva* 2007.
260. Fusco CLB, Andreoni S, Silva RdSe. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, São Paulo [Epidemiology of unsafe abortion in a poverty stricken environment – Favela Inajar de Souza, São Paulo, Brazil]. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008; **11**: 78-88.
261. Facts on abortion in Latin America and the Caribbean. In: Institute G, editor. New York; 2012.
262. Shah I. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can* 2009; **31**(12): 1149-58.
263. Langer-Glas A. Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México [Unwanted pregnancy and unsafe abortion: their impact on health in Mexico]. *Gaceta medica de Mexico* 2003; **139**(Supl 1): 3-8.
264. Walker D, Campero L, Espinoza H, et al. Deaths from complications of unsafe abortion: misclassified second trimester deaths. 2004; (0968-8080 (Print)).
265. Grimes DA, Benson J, Singh S, et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet* 2006; **368**(9550): 1908-19.
266. Shepard BL, Becerra LC. Abortion Policies and Practices in Chile: Ambiguities and Dilemmas. *Reproductive health matters* 2007: 202-10.
267. Gerdtz C, D V, Ahern J. Measuring unsafe abortion-related mortality: a systematic review of the existing methods. 2013; (1932-6203 (Electronic)).
268. Romero M, Zamberlin N, Gianni MC. La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos [The quality of postabortion care: a challenge for public health and human rights]. *Salud colectiva* 2010; **6**: 21-35.
269. Shah IH, Ahman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reproductive health matters* 2012; **20**(39): 169-73.
270. Cook RJ, Dickens BM. Upholding pregnant women's right to life. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2012; **117**(1): 90-4.
271. Lamas M. El aborto en la agenda del desarrollo en América Latina [Abortion on the development agenda in Latin America]. *Perfiles latinoamericanos* 2008; **16**: 65-93.
272. Lerner S, Guillaume A. Las adversas consecuencias de la legislación restrictiva sobre el aborto: argumentos y evidencias empíricas en la literatura latinoamericana [Adverse consequences of restrictive legislation against abortion: arguments and empirical evidence in Latin American literature]. 2008 2008; 2008.
273. Fusco CLB, Silva RdS, Andreoni S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2012; **28**(4): 709-19.
274. Santos VC, Anjos KFd, Souza R, Eugênio BG. Criminalização do aborto no Brasil e implicações à saúde pública [Criminalization of abortion in Brazil and its implications for public health]. *Revista Bioética* 2013; **21**: 494-508.
275. Machado CJ, Lobato ACdL, Melo VH, Guimarães MDC. Perdas fetais espontâneas e voluntárias no Brasil em 1999-2000: um estudo de fatores associados [Spontaneous and voluntary fetal abortion in Brazil in 1999-2000: a study of associated factors]. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2013; **16**: 18-29.
276. Erviti J. El aborto entre mujeres pobres: sociología de la experiencia: Unam; 2005.
277. Lee AI, Okam MM. Anemia in pregnancy. *Hematol Oncol Clin North Am* 2011; **25**(2): 241-59, vii.
278. Barba-Oropeza F, Cabanillas-Gurrola J. Factores asociados a la anemia durante el embarazo en un grupo de gestantes mexicanas. [Anaemia-associated Factors During Pregnancy in a Group of Pregnant Mexican Women.]. *Archivos en Medicina Familiar* 2007; **9**(4): 170-5.
279. Fujimori E, Sato APS, Araújo CRMA, et al. Anemia em gestantes de municípios das regiões Sul e Centro-Oeste do Brasil. [Anemia in pregnant women from two cities in the South and Mid-west regions of Brazil.]. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2009; **43**: 1204-9.
280. Huanco A D, Ticona R M, Ticona V M, Huanco A F. Frecuencia y repercusiones maternas y perinatales del embarazo en adolescentes atendidas en hospitales del Ministerio de Salud del Perú, año 2008. [Maternal and perinatal frequency and consequences of pregnancy in adolescents seen in hospitals of the Ministry of Health of Peru, 2008.]. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia* 2012; **77**: 122-8.
281. Torres Trujillo LE, Ángel Jiménez G, Calderon Higuaita G, et al. Conocimientos y prácticas alimentarias en gestantes asistentes al programa de control prenatal, en municipios del departamento de Antioquia, Colombia. 2010 [Food knowledge and practices in pregnant women, from municipalities of Antioquia, Colombia, 2010]. *Perspectivas en Nutrición Humana* 2012; **14**: 185-98.
282. Vite Gutiérrez FY. Incidence of iron-deficiency anemia and some associated factors in pregnant women in Rapayan District, Ancash, Peru: May 2010 – March 2011. *Acta Med Per* 2011; **28**(4): 184-7.
283. Merino Almaraz VN, Lozano Beltrán DF, Torrico F. Factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo. [Factors influencing adherence to supplementation with iron sulfate during pregnancy.]. *Gaceta Médica Boliviana* 2010; **33**(2): 21-5.
284. Stanton C, Lawn JE, Rahman H, Wilczynska-Ketende K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *Lancet* 2006; **367**(9521): 1487-94.
285. Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, et al. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *The Lancet* 2011; **377**(9775).
286. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Diaz-Rossello JL. Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 2000; **79**(5): 371-8.
287. Gonzales GF, Tapia V, Carrillo CE. Stillbirth rates in Peruvian populations at high altitude. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2008; **100**(3): 221-7.
288. Panduro B. JG, Pérez M. JJ, Panduro M. EG, Castro H. JF, Vázquez G. MD. Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. [Prenatal risk factor in late fetal death.]. *Revista chilena de obstetricia y ginecologia* 2011; **76**(3): 169-74.
289. Gilbert NL, Casapia M, Joseph SA, Ryan JA, Gyorkos TW. Inadequate prenatal care and the risk of stillbirth in the Peruvian Amazon. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2010; **109**(2): 155-6.
290. dos Santos Barbeiro FM, Costa Fonseca S, Girão Tauffer M, et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. [Fetal

- deaths in Brazil: a systematic review.] *Rev Saúde Pública* 2015; **49**(22).
291. Trindade LL, Amestoy SC, Picolo D, Falchetti G, Milbrath V. Fatores de risco para morte fetal no município de Pato Branco (Brasil). [Risk factors for fetal death in the city of Pato Branco (Brazil)]. *Invest Educ Enferm* 2011; **29**(3): 451-8.
292. Fonseca SC, Coutinho ES. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. [Risk factors for fetal mortality in a public maternity hospital in Rio de Janeiro, Brazil: a case-control study]. *Cadernos de saude publica* 2010; **26**(2): 240-52.
293. Gomes Andrade L, Ramos de Amorim MM, Scavuzzi Carneiro da Cunha A, Fegueiredo Leite SR, Arruda Vital S. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. [Factors associated with stillbirth in a school maternity in Pernambuco: a case control study.]. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; **31**(6): 285-92.
294. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, Rubens CE, Stanton C. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC pregnancy and childbirth* 2010; **10**(Suppl 1): S1.
295. McClure EM, Goldenberg RL, Bann CM. Maternal mortality, stillbirth and measures of obstetric care in developing and developed countries. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2007; **96**(2): 139-46.
296. McClure EM, Saleem S, Pasha O, Goldenberg RL. Stillbirth in developing countries: a review of causes, risk factors and prevention strategies *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2009; **22**(3): 183-90.
297. Aminu M, Unkels R, Mdegela M, Utz B, Adaji S, van den Broek N. Causes of and factors associated with stillbirth in low- and middle-income countries: a systematic literature review. *BJOG* 2014; **121** Suppl 4: 141-53.
298. Beringhs EM, Gallo PR, Reis AOA. Declarações de nascidos mortos no município de São Paulo: avaliação descritiva do preenchimento [Stillbirths registers in the municipality of São Paulo: a descriptive approach to filling-out of registration forms]. *Rev bras saúde matern infant* 2008; **8**(3): 319-23.
299. PAHO, UNICEF. 2014 Update. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2014.
300. Cruz AR, Castrillon MA, Minotta AY, Rubiano LC, Castano MC, Salazar JC. Gestational and congenital syphilis epidemic in the Colombian Pacific Coast. *Sex Transm Dis* 2013; **40**(10): 813-8.
301. Arnesen L, Martinez G, Mainero L, Serruya S, Duran P. Gestational syphilis and stillbirth in Latin America and the Caribbean. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2015; **128**(3): 241-5.
302. Muricy CL, Pinto Júnior VL. Congenital and maternal syphilis in the capital of Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2015; **48**: 216-9.
303. UNICEF. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: UNICEF; 2015.
304. UNICEF. Committing to Child Survival: A Promised Renewed. Progress Report 2015. New York: UNICEF; 2015.
305. Oza S, Lawn JE, Hogan DR, Mathers C, Cousens SN. Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000-2013. *Bulletin of the World Health Organization* 2015; **93**(1): 19-28.
306. Liu L, Johnson HL, Cousens S, et al. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012; **379**(9832): 2151-61.
307. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, Lancet Neonatal Survival Steering T. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *Lancet* 2005; **365**(9462): 891-900.
308. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. *Lancet* 2015; **385**(9966): 430-40.
309. Wardlaw T, You D, Hug L, Amouzou A, Newby H. UNICEF Report: enormous progress in child survival but greater focus on newborns urgently needed. *Reproductive health* 2014; **11**: 82.
310. Darmstadt GL, Shiffman J, Lawn JE. Advancing the newborn and stillbirth global agenda: priorities for the next decade. *Arch Dis Child* 2015; **100** Suppl 1: S13-8.
311. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels & Trends in Child Mortality. Report 2014. , 2014.
312. PAHO. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. 48o Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. 60a Sesión del Comité Regional. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2008.
313. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Loyola-Elizondo E, et al. Trends in infant mortality inequalities in the Americas: 1955-1995. *Journal of epidemiology and community health* 2002; **56**(7): 538-41.
314. Interagency Working Group for the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality. Reducing neonatal mortality and morbidity in Latin America and the Caribbean: an interagency strategic consensus. Guatemala: Interagency Working Group, 2007.
315. Lansky S, Lima Friche AA, Silva AA, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cadernos de saude publica* 2014; **30** Suppl 1: S1-15.
316. Pérez W, Peña R, Persson L-Å, Källestål C. Tracking progress towards equitable child survival in a Nicaraguan community: neonatal mortality challenges to meet the MDG 4. *BMC public health* 2011; **11**(455).
317. UNICEF. Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2014. . New York: UNICEF, 2014.
318. Gonzalez R, Harris Requejo J, Kae Nien J, Merialdi M, Bustreo F, Betran AP. Tackling Health Inequities in Chile: Maternal, Newborn, Infant, and Child Mortality Between 1990 and 2004. *American journal of public health* 2009; **99**(7).
319. Cardoso AM, Coimbra CE, Jr., Barreto CT, Werneck GL, Santos RV. Mortality among Guarani Indians in Southeastern and Southern Brazil. *Cadernos de saude publica* 2011; **27** Suppl 2: S222-36.
320. Matijasevich A, Victora CG, Barros AJ, et al. Widening ethnic disparities in infant mortality in southern Brazil: comparison of 3 birth cohorts. *American journal of public health* 2008; **98**(4): 692-68.
321. Barros FC, Victora CG, Horta BL. Ethnicity and infant health in Southern Brazil. A birth cohort study. *Int J Epidemiol* 2001; **30**(5): 1001-8.
322. Nyarko KA, Lopez-Camelo J, Castilla EE, Wehby GL. Explaining racial disparities in infant health in Brazil. *American journal of public health* 2013; **103**(9): 1675-84.

323. Rojas F. Pobreza y mortalidad perinatal en la población mapuche de la Araucanía. [Poverty and perinatal mortality among Mapuche Population in Araucanía.]. *Revista Chilena de Pediatría* 2011; **82**(2): 93-104.
324. Santos IS, Menezes AM, Mota DM, et al. Infant mortality in three population-based cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. *Cadernos de saude publica* 2008; **24 Suppl 3**: S451-60.
325. Mújica OJ, Vazquez E, Duarte EC, Cortez-Escalante JJ, Molina J, Barbosa da Silva Junior J. Socioeconomic inequalities and mortality trends in BRICS, 1990-2010. *Bulletin of the World Health Organization* 2014; **92**(6): 405-12.
326. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarzwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; **377**(9780): 1863-76.
327. Goldani MZ, Benatti R, da Silva AA, et al. Narrowing inequalities in infant mortality in Southern Brazil. *Rev Saude Publica* 2002; **36**(4): 478-83.
328. Szwarzwald CL, Bastos FI, Andrade CL. Medidas de desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos con una aplicación para la mortalidad neonatal en el Municipio de Rio de Janeiro, 2000. [Health inequality indicators: a discussion of some methodological approaches as applied to neonatal mortality in the Municipality of Rio de Janeiro, 2000]. *Cadernos de saude publica* 2002; **18**(4): 959-70.
329. Ventura RN, Puccini RF, da Silva NN, Koga da Silva EM, de Oliveira EM. The expression of vulnerability through infant mortality in the municipality of Embu. *Sao Paulo Med J* 2008; **126**(5): 262-8.
330. Goncalves AC, Costa Mda C, Paim JS, da Silva LM, Braga JU, Barreto M. Social inequalities in neonatal mortality and living condition. *Rev Bras Epidemiol* 2013; **16**(3): 682-91.
331. Hertel-Fernandez AW, Giusti AE, Sotelo JM. The Chilean infant mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; **85**(10): 798-804.
332. Donoso E. Desigualdad en mortalidad infantil entre las comunas de la provincia de Santiago. [Inequalities in infant mortality in Santiago]. *Revista medica de Chile* 2004; **132**(4): 461-6.
333. UNICEF/WHO. Low Birthweight: Country, regional and global estimates. New York: UNICEF, 2004.
334. UNICEF. Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress. New York: UNICEF; 2013.
335. Frank R, Pelcastre B, Salgado de Snyder VN, Frisbie WP, Potter JE, Bronfman-Pertzovsky MN. Low birth weight in Mexico: new evidence from a multi-site postpartum hospital survey. *Salud publica de Mexico* 2004; **46**(1): 23-31.
336. Vélez-Gómez MDP, Barros FC, Echavarría-Restrepo LG, Hormaza-Angel MP. Prevalencia de bajo peso al nacer y factores maternos asociados: Unidad de Atención y Protección Materno Infantil de la Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia. [Prevalence of low birth weight and associated maternal factors.]. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2006; **57**(4): 264-70.
337. Torres-Arreola LP, Constantino-Casas P, Flores-Hernandez S, Villa-Barragan JP, Rendon-Macias E. Socioeconomic factors and low birth weight in Mexico. *BMC public health* 2005; **5**: 20.
338. Fajardo Luig R, Cruz Hernández J, Gómez Sosa E, Isla Valdés A, Hernández García P. Factores de riesgo de bajo peso al nacer, estudio de tres años en el municipio Centro Habana. [Risk factors of low birth weight: a 3-year study in Centro Habana municipality.]. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2008; **24**(4).
339. Rendón MT, Apaza DH, Vildoso MT. Incidencia y factores de riesgo de bajo peso al nacer en población atendida en hospitales del Ministerio de Salud del Perú. [Incidence and risk factors of low birth weight in the population treated in Ministry of Health hospitals in Peru.]. *Ginecología y obstetricia de Mexico* 2012; **80**(2): 51-60.
340. Cabrales Escobar JA, Darias LS, Espinosa MAG, et al. Factores de riesgo de bajo peso al nacer en un hospital cubano, 1997-2000. *Rev Panam Salud Pública* 2002; **12**(3): 181.
341. Woodhouse C, Lopez Camelo J, Wehby GL. A comparative analysis of prenatal care and fetal growth in eight South American countries. *PLoS one* 2014; **9**(3): e91292.
342. Weigel MM, Sanchez ME. Ethnic/racial disparities in the fetal growth outcomes of Ecuadorian newborns. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health* 2013; **15**(1): 198-206.
343. Amigo H, Bustos P, Kaufman JS. Absence of disparities in anthropometric measures among Chilean indigenous and non-indigenous newborns. *BMC public health* 2010; **10**: 392.
344. Lopez Camelo JS, Campana H, Santos R, Poletta FA. Effect of the interaction between high altitude and socioeconomic factors on birth weight in a large sample from South America. *Am J Phys Anthropol* 2006; **129**(2): 305-10.
345. Hartinger S, Tapia V, Carrillo C, Bejarano L, Gonzales GF. Birth weight at high altitudes in Peru. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2006; **93**(3): 275-81.
346. Wehby GL, Castilla EE, Lopez-Camelo J. The impact of altitude on infant health in South America. *Econ Hum Biol* 2010; **8**(2): 197-211.
347. UNICEF. Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress. New York: UNICEF, 2013.
348. UNICEF. UNICEF Global Databases, available at data.unicef.org.; 2014.
349. Chaparro CM, Lutter CK. Increases in breastfeeding duration observed in Latin America and the Caribbean and the role of maternal demographic and healthcare characteristics. *Food Nutr Bull* 2010; **31**(2 Suppl): S117-27.
350. WHO. Guidelines on HIV and infant feeding. 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva: World Health Organization; 2010.
351. Perez-Escamilla R, Lutter C, Segall AM, Rivera A, Trevino-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. *J Nutr* 1995; **125**(12): 2972-84.
352. Perez-Escamilla R. Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: a success story? *Cadernos de saude publica* 2003; **19 Suppl 1**: S119-27.
353. Machado M, Assis K, Carvalho Oliveira F, et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Rev Saúde Pública* 2014; **48**(6): 985-94.
354. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. [Factors associated with exclusive breastfeeding.]. *Revista chilena de pediatría* 2012; **83**(2): 161-9.

355. Veile A, Kramer K. Birth and breastfeeding dynamics in a modernizing indigenous community. *J Hum Lact* 2015; **31**(1): 145-55.
356. Quezada-Salazar C, Delgado-Becerra A, Arroyo-Cabrales L, Díaz-García M. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. [Breastfeeding prevalence and associated sociodemographic factors in teenagers.]. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2008 **65**: 19-25.
357. Monteiro JC, Dias FA, Stefanello J, Reis MC, Nakano AM, Gomes-Sponholz FA. Breast feeding among Brazilian adolescents: practice and needs. *Midwifery* 2014; **30**(3): 359-63.
358. Flores M, Pasquel MR, Maulen I, Rivera J. Exclusive breastfeeding in 3 rural localities in Mexico. *J Hum Lact* 2005; **21**(3): 276-83.
359. Pino JL, López MÁ, Medel AP, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. [Factors affecting the duration of exclusive breastfeeding in a rural community of Chile.]. *Revista chilena de nutrición* 2013; **40**(1): 48-54.
360. Lutter CK, Morrow AL. Protection, promotion, and support and global trends in breastfeeding. *Advances in nutrition* 2013; **4**(2): 213-9.
361. Lutter CK, Chaparro CM, Grummer-Strawn LM. Increases in breastfeeding in Latin America and the Caribbean: an analysis of equity. *Health policy and planning* 2011; **26**(3): 257-65.
362. Gonzalez de Cossio T, Escobar-Zaragoza L, Gonzalez-Castell D, Reyes-Vazquez H, Rivera-Dommarco JA. Breastfeeding in Mexico Was Stable, on Average, but Deteriorated among the Poor, whereas Complementary Feeding Improved: Results from the 1999 to 2006 National Health and Nutrition Surveys. *The Journal of nutrition* 2013; **143**: 664-71.
363. Rice S, Coombs D, Fish L, Leeper J. Breast-feeding and contraception in Peru. *J Health Popul Nutr* 2002; **20**(1): 51-8.
364. Sakisaka K, Wakai S, Kuroiwa C, et al. Nutritional status and associated factors in children aged 0-23 months in Granada, Nicaragua. *Public health* 2006; **120**(5): 400-11.
365. Patel A, Bucher S, Pusdekar Y, et al. Rates and determinants of early initiation of breastfeeding and exclusive breast feeding at 42 days postnatal in six low and middle-income countries: A prospective cohort study. *Reproductive health* 2015; **12**(Suppl 2): S10.
366. Wren HM, Solomons NW, Chomat AM, Scott ME, Koski KG. Cultural determinants of optimal breastfeeding practices among indigenous Mam-Mayan women in the Western Highlands of Guatemala. *J Hum Lact* 2015; **31**(1): 172-84.
367. Boccolini CS, Perez-Escamilla R, Giugliani ER, Boccolini Pde M. Inequities in milk-based prelacteal feedings in Latin America and the Caribbean: the role of cesarean section delivery. *J Hum Lact* 2015; **31**(1): 89-98.
368. Ludvigsson JF. Breastfeeding intentions, patterns, and determinants in infants visiting hospitals in La Paz, Bolivia. *BMC Pediatr* 2003; **3**: 5.
369. Berra S, Sabulsky J, Rajmil L, Passamonte R, Pronsato J, Butinof M. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Acta Paediatr* 2003; **92**(8): 952-7.
370. Rodríguez-García J, Acosta-Ramírez N. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva en población pobre de áreas urbanas de Colombia. [Factors associated with exclusive breastfeeding in a poor population in urban areas of Colombia.]. *Revista de salud publica* 2008; **10**(1): 71-84.
371. Bueno-Gutierrez D, Chanry C. Using the socio-ecological framework to determine breastfeeding obstacles in a low-income population in Tijuana, Mexico: healthcare services. *Breastfeed Med* 2015; **10**(2): 124-31.
372. Lutter CK, Daelmans BM, de Onis M, et al. Undernutrition, poor feeding practices, and low coverage of key nutrition interventions. *Pediatrics* 2011; **128**(6): e1418-27.
373. Roberts TJ, Carnahan E, Gakidou E. Can breastfeeding promote child health equity? A comprehensive analysis of breastfeeding patterns across the developing world and what we can learn from them. *BMC Med* 2013; **11**: 254.
374. Zamora G, Lutter CK, Pena-Rosas JP. Using an equity lens in the implementation of interventions to protect, promote, and support optimal breastfeeding practices. *J Hum Lact* 2015; **31**(1): 21-5.
375. Brito S, Corbacho A, Osorio R. Birth Registration: the key to social inclusion in Latin America and the Caribbean. Washington, D.C.: Inter-American Development Bank, 2013.
376. Díaz R. Análisis Del Registro Tardío De Nacimientos En República Dominicana. [Analysis of Late Birth Registration in the Dominican Republic.]. 2014.
377. UNICEF. Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration. New York: United Nations Children's Fund., 2013.
378. UNICEF. The State of the World's Children 2010: Special Edition. Celebrating 20 Years of the Convention on the Rights of the Child. New York, NY: United Nations Children's Fund (UNICEF), 2009.
379. Castro L, Rud JP. Medición cuantitativa del subregistro de nacimientos e indocumentación. IDB-WP-254. [Quantitative measurement of under-registration of births and lack of documentation.]. Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2011.
380. Harbitz ME, Tamargo MDC. The significance of legal identity in situations of poverty and social exclusion: the link between gender, ethnicity, and legal identity.: Inter-American Development Bank, 2009.
381. Hernández B, Ramírez-Villalobos D, Duarte MB, et al. Subregistro de defunciones de menores y certificación de nacimiento en una muestra representativa de los 101 municipios con más bajo índice de desarrollo humano en México. [Underreporting of deaths in children and birth certification in a representative sample of the 101 municipalities with lowest human development index in Mexico.]. *Salud publica de Mexico* 2012; **54**(4): 393-400.
382. Corbacho A, Rivas RO. Travelling the distance: a GPS-based study of the access to birth registration services in Latin America and the Caribbean: IDB, 2012.
383. Corbacho A, Brito S, Osorio Rivas R. Birth Registration and the Impact on Educational Attainment: Inter-American Development Bank, 2012.
384. Fort AL, Kothari MT, Abderrahim N. Postpartum Care: Levels and Determinants in Developing Countries. Calverton, Maryland Macro International, MEASURE DHS, 2006.
385. Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF, et al. Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients: 2004 Pelotas cohort study. *BMC public health* 2009; **9**: 335.
386. Alkema L, Chao F, You D, Pedersen J, Sawyer CC. National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment. *Lancet Glob Health* 2014; **2**(9): e521-30.
387. Gonzalez R, Requejo JH, Nien JK, Meriardi M, Bustreo F, Bertran AP. Tackling Health Inequities in Chile: Maternal, Newborn, Infant, and Child Mortality Between 1990 and 2004. *American journal of public health* 2009; **99**(7).

388. Costello A, White H. Reducing global inequalities in child health. *Archives of Disease in Childhood* 2001.
389. Ramalho WM, Sardinha LMV, Rodrigues IP, Duarte EC. Inequalities in infant mortality among municipalities in Brazil according to the Family Development Index, 2006-2008. *Rev Panam Salud Publ* 2013; **33**(3): 205-12.
390. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. 2015. <http://apps.who.int/gho/data/node.main> (accessed 9/14/2015 2015).
391. Weisstaub G, Aguilar AM, Uauy R. Treatment and prevention of malnutrition in Latin America: Focus on Chile and Bolivia. *Food & Nutrition Bulletin* 2014; **35**(Supplement 1): 39S-46S.
392. de Groot R, Palermo T, Handa S, Ragno LP, Peterman A. Cash Transfers and Child Nutrition: What We Know and What We Need to Know. 2015.
393. Uauy R, Desjeux J-F, Ahmed T, et al. Global efforts to address severe acute malnutrition. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition* 2012; **55**(5): 476-81.
394. Martínez R, Fernández A. The cost of hunger: social and economic impact of child undernutrition in Central America and the Dominican Republic: ECLAC; 2008.
395. Mata LJ. Child malnutrition and deprivation--observations in Guatemala and Costa Rica. *Food Nutr (Roma)* 1980; **6**(2): 7-14.
396. Palmieri M, Delgado HL. Análisis situacional de la malnutrición en Guatemala: Sus causas y abordaje. Guatemala: UNDP; 2011.
397. Lutter CK, Chaparro CM, Muñoz S. Progress towards Millennium Development Goal 1 in Latin America and the Caribbean: the importance of the choice of indicator for undernutrition. *Bulletin of the World Health Organization* 2011; **89**(1): 22-30.
398. Martorell R. Interventions and Policy Options for Combating Malnutrition in Guatemala. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2012.
399. Thompson L, Penalzoza RA, Stormfields K, et al. Validation and adaptation of rapid neurodevelopmental assessment instrument for infants in Guatemala. *Child Care Health Dev* 2015; **41**(6): 1131-9.
400. MSPAS. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 (ENSMI-2008/09). Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Instituto Nacional de Estadística (INE), Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC); 2010.
401. Victora CG. The association between wasting and stunting: an international perspective. *The Journal of nutrition* 1992; **122**(5): 1105.
402. Rivera JA, Barquera S, Gonzalez-Cossio T, Olaiz G, Sepulveda J. Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutr Rev* 2004; **62**(7 Pt 2): S149-57.
403. Mokdad AH, Colson KE, Zuniga-Brenes P, et al. Salud Mesoamerica 2015 Initiative: design, implementation, and baseline findings. *Popul Health Metr* 2015; **13**(1): 3.
404. Rivera JÁ, de Cossío TG, Pedraza LS, Aburto TC, Sánchez TG, Martorell R. Childhood and adolescent overweight and obesity in Latin America: a systematic review. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2014; **2**(4): 321-32.
405. Etienne CF. Countries pledge action to reduce child obesity in the Americas. *The Lancet* 2014; **384**(9959): 2021.
406. Bove I, Miranda T, Campoy C, Uauy R, Napol M. Stunting, overweight and child development impairment go hand in hand as key problems of early infancy: Uruguayan case. *Early human development* 2012; **88**(9): 747-51.
407. Yakoob MY, Theodoratou E, Jabeen A, et al. Preventive zinc supplementation in developing countries: impact on mortality and morbidity due to diarrhea, pneumonia and malaria. *BMC Public Health* 2011; **11**(Suppl 3): S23.
408. Imdad A, Herzer K, Mayo-Wilson E, Yakoob MY, Bhutta ZA. Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from 6 months to 5 years of age. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; **12**.
409. De-Regil LM, Jefferds MED, Sylvetsky AC, Dowswell T. Interim iron supplementation for improving nutrition and development in children under 12 years of age. *The Cochrane Library* 2011.
410. Organization WH. Guideline: vitamin A supplementation in infants and children 6-59 months of age: Geneva: World Health Organization; 2011.
411. Mujica-Coopman MF, Brito A, de Romaña DL, Ríos-Castillo I, Cori H, Olivares M. Prevalence of anemia in Latin America and the Caribbean. *Food and Nutrition Bulletin* 2015; **36**(2 suppl): S119-S28.
412. Barreto CTG, Cardoso AM, Coimbra Jr CE. Estado nutricional de crianças indígenas Guarani nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil Nutritional status of Guarani indigenous children in the States of Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2014; **30**(3): 657-62.
413. Sarmiento OL, Parra DC, González SA, González-Casanova I, Forero AY, Garcia J. The dual burden of malnutrition in Colombia. *The American journal of clinical nutrition* 2014; **100**(6): 1628S-35S.
414. Loret de Mola C, Quispe R, Valle GA, Poterico JA. Nutritional transition in children under five years and women of reproductive age: a 15-years trend analysis in Peru. *PloS one* 2014; **9**(3): e92550.
415. Cavalcanti DS, Vasconcelos PND, Muniz VM, Santos NFD, Osório MM. Iron intake and its association with iron-deficiency anemia in agricultural workers' families from the Zona da Mata of Pernambuco, Brazil. *Revista de Nutrição* 2014; **27**(2): 217-27.
416. De Quadros CCA, Olivé JM, Nogueira C, Carrasco P, Silveira C. Expanded program on immunization. Washington D.C.: Pan American Health Organization, 1998.
417. Velandia-Gonzalez M, Trumbo SP, Diaz-Ortega JL, et al. Lessons learned from the development of a new methodology to assess missed opportunities for vaccination in Latin America and the Caribbean. *BMC Int Health Hum Rights* 2015; **15**(1): 5.
418. Gloyd S, Suarez Torres J, Mercer MA. Immunization campaigns and political agendas: retrospective from Ecuador and El Salvador. *International journal of health services : planning, administration, evaluation* 2003; **33**(1): 113-28.
419. Garcia LD, Velandia-Gonzalez M, Trumbo SP, Pedreira MC, Bravo-Alcantara P, Danovaro-Holliday MC. Understanding the main barriers to immunization in Colombia to better tailor communication strategies. *BMC public health* 2014; **14**: 669.
420. Barrera L, Trumbo SP, Bravo-Alcantara P, Velandia-Gonzalez M, Danovaro-Holliday MC. From the parents' perspective: a user-satisfaction survey of immunization services in Guatemala. *BMC public health* 2014; **14**: 231.
421. UNICEF. Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2014. New York: UNICEF; 2014.
422. Bartlett S. Water, sanitation and urban children: the need to go beyond "improved" provision. *Environment & Urbanization* 2003; **15**(2): 52-70.
423. Teixeira JC, Gomes MH, Souza JA. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemi-

- ológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários [Association between sanitation services coverage and epidemiological indicators in Latin America: a study with secondary data]. *Rev Panam Salud Publica* 2012; **32**(6): 419-25.
424. Bühler HF, Ignotti E, Neves SMAdS, Hacon SS. Análise espacial de indicadores integrados determinantes da mortalidade por diarreia aguda em crianças menores de 1 ano em regiões geográficas [Spatial analysis of integrated determinant indicators of mortality in children under 1 year old in geographic regions]. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; **19**: 4131-40.
425. UNICEF, WHO. Progress on Sanitation and Drinking Water – 2015 update and MDG assessment. New York: UNICEF and World Health Organization; 2015.
426. PAHO. Water and sanitation: Evidence for public policies focused on human rights and public health results. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 2011.
427. Casas-Zamora JA. Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI [Health, human development, and governance in Latin America and the Caribbean at the beginning of the 21st century]. *Rev Panam Salud Publica* 2002; **11**(5-6): 397-408.
428. Bühler HF, Ignotti E, Neves SMAdS, Hacon SdS. Análise espacial de indicadores integrados de saúde e ambiente para morbimortalidade por diarreia infantil no Brasil, 2010 [Spatial analysis of integrated health and environmental indicators for morbidity and mortality due to infant diarrhea in Brazil, 2010]. *Cadernos de Saúde Pública* 2014; **30**: 1921-34.
429. Santos Moraes LR. Impacto en la salud del almacenamiento temporal y de la recolección de residuos sólidos domiciliarios en Salvador, Bahía, Brasil [Health impact of household solid wastes conditioning and collection in Salvador, Bahia, Brazil]. *Revista AIDIS de Ingeniería y Ciencias Ambientales: investigación, desarrollo y práctica*; **5**(1): 117-25.
430. Bellido JG, Barcellos C, Barbosa FdS, Bastos FI. Saneamiento ambiental y mortalidad en niños menores de 5 años por enfermedades de transmisión hídrica en Brasil [Environmental sanitation and mortality in children under the age of 5 years from waterborne diseases in Brazil]. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2010; **28**: 114-20.
431. Soares LC, Griesinger MO, Dachs JN, Bittner MA, Tavares S. Inequities in access to and use of drinking water services in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 2002; **11**(5-6): 386-96.
432. Fernández-Maldonado AM. Expanding networks for the urban poor: Water and telecommunications services in Lima, Peru. *Geoforum* 2008; **39**: 1884-96.
433. Galiani S, Gertler P, Schargrodsky E. Water for Life: The Impact of the Privatization of Water Services on Child Mortality. *Journal of Political Economy* 2005; **113**(1): 83-120.
434. Mulreany JP, Calikoglu S, Ruiz S, Sapsin JW. Water privatization and public health in Latin America. *Rev Panam Salud Publica* 2006; **19**(1): 23-32.
435. Tornheim JA, Morland KB, Landrigan PJ, Cifuentes E. Water privatization, water source, and pediatric diarrhea in Bolivia: epidemiologic analysis of a social experiment. *International journal of occupational and environmental health* 2009; **15**(3): 241-8.
436. Guimarães MJB, Marques NM, Filho DAM, Szwarcwald CL. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil [Living conditions and infant mortality: intra-urban differentials in Recife, Pernambuco State, Brazil]. *Cad Saúde Pública* 2003; **19**(5): 1413-24.
437. Harari R, Harari H. Children's environment and health in Latin America: the Ecuadorian case. *Ann N Y Acad Sci* 2006; **1076**: 660-77.
438. Montgomery MA, Elimelech M. Water and sanitation in developing countries: including health in the equation. *Environ Sci Technol* 2007; **41**(1): 17-24.
439. WHO/UNICEF. Drinking Water Equity, Safety and Sustainability: Thematic report on drinking water 2011. New York: WHO/UNICEF, 2011.
440. WHO. Global Tuberculosis Report 2014; 2014.
441. WHO. Summary and policy implications Vision 2030 : the resilience of water supply and sanitation in the face of climate change. Geneva: World Health Organization, 2009.
442. UNICEF. Pneumonia and diarrhoea Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children. New York: United Nations Children's Fund; 2012.
443. Fuchs SC, Fischer GB, Black RE, Lanata C. The burden of pneumonia in children in Latin America. *Paediatr Respir Rev* 2005; **6**(2): 83-7.
444. Sonego M, Pellegrin MC, Becker G, Lazzarini M. Risk Factors for Mortality from Acute Lower Respiratory Infections (ALRI) in Children under Five Years of Age in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *PLoS one* 2015; **10**(1).
445. Dherani M, Pope D, Mascarenhas M, Smith KR, Weber M, Bruce N. Indoor air pollution from unprocessed solid fuel use and pneumonia risk in children aged under five years: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; **86**(5): 390-8C.
446. Gakidou E, Oza S, Fuertes CV, et al. Improving Child Survival Through Environmental and Nutritional Interventions: The Importance of Targeting Interventions Toward the Poor. *JAMA* 2007; **298**(16): 1876-87.
447. Diaz J, Morales-Romero J, Pérez-Gil G, et al. Viral coinfection in acute respiratory infection in Mexican children treated by the emergency service: A cross-sectional study. *World Health* 2015; **1**: 6.
448. Valdivia G, Caussade S, Navarro H, et al. Changes in asthma prevalence among school children during a 6-year period. Influence of socioeconomic status. *Revista medica de Chile* 2009; **137**(2): 215-25.
449. Alvis Guzman N, de la Hoz Restrepo F, Higuera AB, Pastor D, Di Fabio JL. Costos economicos de las neumonias en niños menores de 2 años de edad, en Colombia [The economic costs of pneumonia in children under 2 years of age in Colombia]. *Rev Panam Salud Publica* 2005; **17**(3): 178-83.
450. Thorn LK, Minamisava R, Nouer SS, Ribeiro LH, Andrade AL. Pneumonia and poverty: a prospective population-based study among children in Brazil. *BMC Infect Dis* 2011; **11**: 180.
451. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet* 2009; **374**(9683): 65-75.
452. Bruce N, Pope D, Arana B, et al. Determinants of Care Seeking for Children With Pneumonia and Diarrhea in Guatemala: Implications for Intervention Strategies. *American journal of public health* 2014; **104**(4): 647-57.
453. Cardoso AM, Horta BL, Santos RV, Escobar AL, Welch JR, Coimbra CE. Prevalence of pneumonia and associated factors among indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. *International health* 2015: ihv023.
454. Cooper PJ, Rodrigues LC, Barreto ML. Influence of poverty and infection on asthma in Latin America. *Current opinion in allergy and clinical immunology* 2012; **12**(2): 171-8.

455. Dennis RJ, Caraballo L, García E, et al. Prevalence of asthma and other allergic conditions in Colombia 2009–2010: a cross-sectional study. *BMC Pulmonary Medicine* 2012; **12**(1): 17.
456. Fattore GL, Santos CA, Barreto ML. Social determinants of childhood asthma symptoms: An ecological study in urban Latin America. *Journal of community health* 2014; **39**(2): 355-62.
457. Rodríguez A, Vaca M, Oviedo G, et al. Urbanisation is associated with prevalence of childhood asthma in diverse, small rural communities in Ecuador. *Thorax* 2011; **66**(12): 1043-50.
458. Garcia-Marcos L, Mallol J, Sole D, Brand PL, Group ES. International study of wheezing in infants: risk factors in affluent and non-affluent countries during the first year of life. *Pediatr Allergy Immunol* 2010; **21**(5): 878-88.
459. Mallol J, Garcia-Marcos L, Sole D, Brand P, Group ES. International prevalence of recurrent wheezing during the first year of life: variability, treatment patterns and use of health resources. *Thorax* 2010; **65**(11): 1004-9.
460. Carbajal-Arroyo L, Barraza-Villarreal A, Durand-Pardo R, et al. Impact of traffic flow on the asthma prevalence among school children in Lima, Peru. *The Journal of asthma : official journal of the Association for the Care of Asthma* 2007; **44**(3): 197-202.
461. Rodríguez JJ. Mental health care systems in Latin America and the Caribbean. *International review of psychiatry* 2010; **22**(4): 317-24.
462. Grech S. Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation* 2008; **7**.
463. UNICEF. Rights of children and adolescents with disabilities. In: UNICEF, editor. Challenges. Panama: UNICEF; 2013.
464. World Bank. Disability in Latin America & the Caribbean. <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Regions/LAC/LACfactsheetEng.pdf> (accessed 09/14/2015 2015).
465. Ramsey E. La situación de personas con discapacidades intelectuales en Santiago de Chile [The Situation of Persons with Intellectual Disabilities in Santiago, Chile]. 2013.
466. Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Periago MR. The neglected tropical diseases of Latin America and the Caribbean: a review of disease burden and distribution and a roadmap for control and elimination. *PLoS neglected tropical diseases* 2008; **2**(9): e300.
467. Barreto SM, Miranda JJ, Figueroa JP, et al. Epidemiology in Latin America and the Caribbean: current situation and challenges. *International journal of epidemiology* 2012; **41**(2): 557-71.
468. Hargreaves JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter J. The social determinants of tuberculosis: from evidence to action. *American journal of public health* 2011; **101**(4): 654-62.
469. Hill PC, Jackson-Sillah D, Donkor SA, Otu J, Adegbola RA, Lienhardt C. Risk factors for pulmonary tuberculosis: a clinic-based case control study in The Gambia. *BMC Public Health* 2006; **6**(1): 156.
470. Bedoya DB, Montoya MPA. Estudio y manejo clínico de menores que conviven con pacientes de tuberculosis pulmonar, Medellín 2010-2011. *Iatreia* 2015; **28**(2): 138.
471. Castro A, Khawja Y, Johnston J. Social Inequalities and Dengue Transmission in Latin America. In: Herring A, Swedlund A, eds. *Plagues and Epidemics: Infected Spaces Past and Present*. New York: Berg; 2010: 231-49.
472. Troyo A, Fuller DO, Calderón-Arguedas O, Solano ME, Beier JC. Urban structure and dengue incidence in Puntarenas, Costa Rica. *Singapore journal of tropical geography* 2009; **30**(2): 265-82.
473. Tapia-Conyer R, Betancourt-Cravioto M, Mendez-Galvan J. Dengue: an escalating public health problem in Latin America. *Paediatrics and international child health* 2012; **32** Suppl 1: 14-7.
474. Organization WH. Dengue Haemorrhagic Fever. Diagnosis, treatment, prevention and control. 1997.
475. Alvis-Guzman N, Rodríguez-Barreto H, Mattar-Veilla S. Dengue in an area of the Colombian Caribbean. *Colombia Médica: CM* 2015; **46**(1): 3.
476. Gubler DJ. Dengue and dengue hemorrhagic fever. *Clinical microbiology reviews* 1998; **11**(3): 480-96.
477. Mosquera M, Norte Ud, Obregón R, et al. Reflections on the extension of research education in health communication in the programs of Dengue fever prevention and control. The case of Barranquilla (Colombia). *Investigación y Desarrollo* 2010; **18**(1): 186-217.
478. WHO. WHO validates elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in Cuba. June 30, 2015. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/mtct-hiv-cuba/en/>. Geneva: World Health Organization; 2015.
479. Wachholz NIR, Ferreira J. Adherence to antiretroviral therapy in children: a study of prevalence and associated factors. *Cadernos de Saúde Pública* 2007; **23**: S424-S34.
480. Juárez M, García Cedillo I. Promoción de una mayor adherencia terapéutica en niños con VIH SIDA mediante entrevista motivacional. *Universitas Psychologica* 2013; **13**(2): 651-60.
481. Martínez OC, Morales IG, Marchante MCF, Martínez DPS, Martínez EJS. Características clínico-epidemiológicas de la enfermedad de Chagas en comunidades del Chapare, Departamento Cochabamba, Bolivia Clinical and Epidemiological Characteristics of Chagas Disease in Communities in the Chapare, Cocha-bamba Department, Bolivia. *Medisur* 2012; **10**(5): 5.
482. Martins-Melo FR, Lima MdS, Ramos AN, Alencar CH, Heukelbach J. Systematic review: Prevalence of Chagas disease in pregnant women and congenital transmission of Trypanosoma cruzi in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Tropical Medicine & International Health* 2014; **19**(8): 943-57.
483. Campos P, Mercado J. Seguimiento de chagas congénito en menores de 1 año nacidos de madres serológicamente positivas municipio de San Lucas, Mayo a Octubre gestión 2009. Ciencias de la Salud Bioquímica T-II; 2014: ECOR-FAN; 2014. p. 224-34.
484. Caribbea FmoMoHaEtSHaSiLAat. Ministerial Declaration: preventing through education. Mexico City; 2008.
485. Dunning DR. Youth sexual risk-taking in Latin America: implications for public health and policy in Mexico, Belize, and Guatemala: University of California: Berkley; 2012.
486. DeMaria LM, Galarraga O, Campero L, Walker DM. Educación sobre sexualidad y prevención del VIH: un diagnóstico para América Latina y el Caribe [Sex education and HIV prevention: an evaluation in Latin America and the Caribbean]. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2009; **26**(6): 485.
487. Rodríguez Vignoli J. Reproducción temprana en Centroamérica: escenarios emergentes y desafíos [Early reproduction in Central America: emerging scenarios and challenging]. 2013.

488. Manji A, Pena R, Dubrow R. Sex, condoms, gender roles, and HIV transmission knowledge among adolescents in Leon, Nicaragua: implications for HIV prevention. *AIDS care* 2007; **19**(8): 989-95.
489. Hindin MJ, Fatusi AO. Adolescent sexual and reproductive health in developing countries: An overview of trends and interventions. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2009; **35**(2): 58-62.
490. Bayer AM, Tsui AO, Hindin MJ. Constrained choices: adolescents speak on sexuality in Peru. *Culture, health & sexuality* 2010; **12**(7): 771-82.
491. Quirino GdS, Rocha JBTd. Prática docente em educação sexual em uma escola pública de Juazeiro do Norte, CE, Brasil. *Ciência & Educação (Bauru)* 2013; **19**: 677-94.
492. Givaudan M, Leenen I, Van De Vijver FJR, Poortinga YH, Pick S. Longitudinal study of a School based HIV/AIDS early prevention program for Mexican Adolescents. *Psychology, Health & Medicine* 2008; **13**(1): 98-110.
493. Näslund-Hadley E, Binstock G. The Miseducation of Latin American Girls: Poor schooling makes pregnancy a rational choice: Inter-American Development Bank, 2011.
494. González A E, Molina G T, Luttgés D C. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas [Characteristics of school sexual education and its association with age of sexual initiation and use of contraceptives in sexually active Chilean adolescents]. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2015; **80**: 24-32.
495. Huedo-Medina T, Boynton M, Warren M, LaCroix J, Carey M, Johnson B. Efficacy of HIV prevention interventions in Latin American and Caribbean nations, 1995-2008: a meta-analysis. *AIDS & Behavior* 2010; **14**(6).
496. Bearinger LH. Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: patterns, prevention, and potential. *The Lancet* 2007; **369**(9568): 1220-31.
497. Gogna M, Binstock, G., Fernández, S., Ibarlucía, I. & Zamberlin, N. Adolescent pregnancy in Argentina: evidence-based recommendations for public policies. 2008; **16**(31): 192-201.
498. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Revista Pediátrica Electronica [en línea]* 2008; **5**(1): 42-52.
499. De Meyer S, Jaruseviciene L, Zaborskis A, et al. A cross-sectional study on attitudes toward gender equality, sexual behavior, positive sexual experiences, and communication about sex among sexually active and non-sexually active adolescents in Bolivia and Ecuador. *Global health action* 2014; **7**: 24089.
500. Cordova Pozo K, V C-M, Decat P, et al. Improving adolescent sexual and reproductive health in Latin America: reflections from an International Congress. *Reproductive Health Matters* 2015; (1742-4755 (Electronic)).
501. UNFPA. Motherhood in childhood. Facing the challenge of adolescent pregnancy. State of the world population 2013. New York: UNFPA; 2013.
502. UNICEF. Ending Child Marriage: Progress and prospects. New York: UNICEF; 2014.
503. Raj A, Boehmer U. Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries. 2013.
504. Clark S, Bruce J, Dude A. Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage. *International Family Planning Perspectives* 2006: 79-88.
505. Flórez CE, Vargas E, Henao J, González C, Soto V, Kassem D. Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. *Documento Cede* 2004; **31**.
506. Gómez PI, Molina R, Zamberlin N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe: Promsex; 2011.
507. Samandari G, Speizer IS. Adolescent sexual behavior and reproductive outcomes in Central America: trends over the past two decades. *International perspectives on sexual and reproductive health* 2010; **36**(1): 26.
508. Di Brienza M. Modalidad de las uniones conyugales en Venezuela: continuidad y cambios. *Revista temas de coyuntura* 2013; (55).
509. Martín TC, García TM, González DP. Matrimonio vs. unión consensual en Latinoamérica: contrastes desde una perspectiva de género. 2008.
510. M. Ali M, Cleland J. Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis 2005; **60**(6): 1175-85.
511. Jensen R, Thornton R. Early female marriage in the developing world. *Gender & Development* 2003; **11**(2): 9-19.
512. Azevedo J, Favara M, Haddock S, López-Calva L, Muller M, Perova E. Teenage pregnancy and opportunities in Latin America and the Caribbean: On teenage fertility decisions, poverty and economic achievement. Washington DC: World Bank; 2012.
513. Mendoza W, Fondo de Población de las Naciones Unidas L, Perú, Subiría G, Fondo de Población de las Naciones Unidas L, Perú. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas [Adolescent pregnancy in Peru: current situation and implication for public policies]. *Rev perú med exp salud publica* 2013; **30**(3): 471-9.
514. Salazar-Arango A, Acosta-Murcia MM, Lozano-Restrepo N, Quintero-Camacho MC. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia [Consequences of adolescent pregnancy on the civil status of the young mother: a pilot study in Bogotá, Colombia]. *Persona y Bioética* 2008; **12**: 169-82.
515. PAHO. Salud Sexual y Reproductiva y VIH [Sexual and Reproductive and HIV]. Washington, DC, 2010.
516. Maddaleno M, Morello P, Infante-Espínola F. Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década [Health and development of adolescents and young adults in Latin America and the Caribbean: challenges for the next decade]. *Salud Pública de México* 2003; **45**: S132-S9.
517. Meuwissen LE, Gorter AC, Segura Z, Kester ADM, Knottnerus JA. Uncovering and responding to needs for sexual and reproductive health care among poor urban female adolescents in Nicaragua. *Tropical Medicine & International Health* 2006; **11**(12): 1858-67.
518. Bankole A, Malarcher S. Removing Barriers to Adolescents' Access to Contraceptive Information and Services. *Studies in Family Planning* 2010; **41**(2): 117-24.
519. Loch JdA, Clotet J, Goldim JR. Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários [Privacy and confidentiality in adolescent health care: perceptions and behavior of a group of 711 college students]. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2007; **53**: 240-6.
520. Kostrzewa K. The sexual and reproductive health of young people in Latin America: evidence from WHO case studies.

- Salud publica de Mexico* 2008; **50**(1): 10-6.
521. Decat P, Maes L, Temmerman M, et al. Community embedded reproductive health interventions for adolescents in Latin America: development and evaluation of a complex multi-centre intervention. *Biomed Central public health* 2013; **13**(1): 31-.
 522. Jaruseviciene L, Orozco M, Ibarra M, et al. Primary health-care providers' views on improving sexual and reproductive healthcare for adolescents in Bolivia, Ecuador, and Nicaragua. *Global health action* 2013; **6**: 20444.
 523. Tebbets C, Redwine D. Beyond the clinic walls: empowering young people through youth peer provider programmes in Ecuador and Nicaragua. 2013; (1460-9576 (Electronic)).
 524. Shaw D. Access to sexual and reproductive health for young people: Bridging the disconnect between rights and reality. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009; **106**(2): 132-6.
 525. Meuwissen LE, Gorter AC, Kester ADM, Knottnerus JA. Can a comprehensive voucher programme prompt changes in doctors' knowledge, attitudes and practices related to sexual and reproductive health care for adolescents? A case study from Latin America. *Tropical Medicine & International Health* 2006; **11**(6): 889-98.
 526. PAHO. Salud Sexual y Reproductiva al Alcance de Adolescentes Pobres y en Situaciones de Vulnerabilidad [Sexual and Reproductive Health for Adolescents who are Poor or in Vulnerable Situations]. Washington, DC, 2013.
 527. Ryan J, Casapía M, Aguilar E, Silva H, Joseph A, Gyorkos T. Comparison of prenatal care coverage in early adolescents, late adolescents, and adult pregnant women in the Peruvian Amazon. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009; **107**(2): 162-5.
 528. Abadia-Barrero C, Castro A. Experiences of stigma and access to HAART in children and adolescents living with HIV/AIDS in Brazil. *Social science & medicine* 2006; **62**(5): 1219-28.
 529. Meuwissen LE, Gorter AC, Knottnerus AJ. Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study. *Journal of Adolescent Health* 2006; **38**(1): 56.e1-.e9.
 530. Carvacho IE, Mello MBd, Morais SS, Silva JLPe. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes [Factos associated with access to health services before gestation for pregnant adolescents]. *Revista de Saúde Pública* 2008; **42**: 886-94.
 531. Crawford TV, McGrowder DA, Crawford A. Access to contraception by minors in Jamaica: a public health concern. *North American Journal of Medical Sciences* 2009; **1**(5): 247-55.
 532. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Washington, DC: US-AID-TRAction Project; 2010.
 533. Ehrle N, Sarker M. Emergency Contraceptive Pills: Knowledge and Attitudes Of Pharmacy Personnel in Managua, Nicaragua. *International Perspectives on Sexual & Reproductive Health* 2011; **37**(2): 67-74.
 534. Fiedler MW, Araújo A, Souza MCCd. The prevention of teenage pregnancy in adolescent's view. *Texto & Contexto - Enfermagem* 2015; **24**: 30-7.
 535. United Nations. World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP.241. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2015.
 536. ECLAC. Notas de Población N°78. Santiago, Chile: Economic Commission of Latin America and the Caribbean, 2004.
 537. Näslund-Hadley E, Binstock G. The Miseducation of Latin American Girls: Poor Schooling Makes Pregnancy a Rational Choice. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2010.
 538. Rani M, Lule E. Exploring the socioeconomic dimension of adolescent reproductive health: a multicountry analysis. 2004. <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1566499?uid=3739256&uid=2&uid=4&sid=21104831054681>.
 539. Bagby E, Cunningham W. Early Identification of At-Risk Youth in Latin America: An Application of Cluster Analysis: World Bank, 2007.
 540. PAHO. Salud Sexual y Reproductiva del Joven y del Adolescente [Adolescent and Youth Sexual Reproductive Health: Opportunities, Approaches and Choices]. Washington, DC., 2008.
 541. Salusky I. The Meaning of Motherhood: Adolescent Childbearing and its Significance for Poor Dominican Females of Haitian Descent. *Journal of Adolescent Research* 2013; **28**(5): 591-614.
 542. González A E, Molina G T. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas [Characteristics of adolescent motherhood among mothers and their daughters] *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2007; **72**: 374-82.
 543. Jara L. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas: indicador propuesto para el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina [Percentage of adolescents 15-19 years old that are mothers or are pregnant: proposed indicator for the Gender Equality Observatory of Latin America]: Pan American Health Organization, 2008.
 544. Petito CV, Fostik A. Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez? [Adolescent fertility in Uruguay: precarious and precocious transition to adulthood?]. *Revista Latinoamericana de Población* 2011; **5**(8): 115-40.
 545. ECLAC. A look at grants. Support and burden for women. Annual Report 2012. Santiago, Chile: United Nations; 2013.
 546. Vignoli JR. La reproducción en la adolescencia y sus desigualdades en América Latina: introducción al Análisis Demográfico, con Énfasis en el uso de microdatos censales de la ronda de 2010 [Reproduction among adolescents and their inequalities in Latin America: introduction to the Demographic Analysis with emphasis on the use of census microdata from 2010]. Santiago, Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), 2014.
 547. Conde-Agudelo A, Belizán JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American journal of obstetrics and gynecology* 2005; **192**(2): 342-9.
 548. Ganchimeg T, Mori R, Ota E, et al. Maternal and perinatal outcomes among nulliparous adolescents in low- and middle-income countries: a multi-country study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2013; **120**(13): 1622-30; discussion 30.
 549. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; **192**(2): 342-9.
 550. Restrepo-Méndez MC, Barros AJ, Santos IS, et al. Childbearing during adolescence and offspring mortality: findings from three population-based cohorts in southern Brazil. *BMC public health* 2011; **11**(781).

551. Ganchimeg T, Mori R, Ota E, et al. Maternal and perinatal outcomes among nulliparous adolescents in low- and middle-income countries: a multi-country study. *BJOG* 2013; **120**(13): 1622-30; discussion 30.
552. Laopaiboon M, Lumbiganon P, Intarut N, et al. Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment. *BJOG* 2014; **121 Suppl 1**: 49-56.
553. Fall CH, Sachdev HS, Osmond C, et al. Association between maternal age at childbirth and child and adult outcomes in the offspring: a prospective study in five low-income and middle-income countries (COHORTS collaboration). *Lancet Glob Health* 2015; **3**(7): e366-77.
554. Restrepo-Méndez MC, Barros AJ, Santos IS, et al. Childbearing during adolescence and offspring mortality: findings from three population-based cohorts in southern Brazil. *BMC public health* 2011.
555. Azevedo J, Favara M, Haddock S, López-Calva L, Muller M, Perova E. Teenage pregnancy and opportunities in Latin America and the Caribbean: On teenage fertility decisions, poverty and economic achievement. Summary. Washington, DC: World Bank; 2012.
556. Binstock G, Näslund-Hadley E. Iniciación sexual, asistencia escolar y embarazo adolescente en sectores populares de Asunción y Lima: una aproximación cualitativa. *Debates en Sociología* 2011; (35).
557. Magnani RJ, Sosler SM, Gilman McCann H, Speizer IL. Why the rise in adolescent fertility rates in the Dominican Republic in 1990s? *Population Research and Policy Review* 2001; **20**(6): 29.
558. Gonçalves H, Machado EC, Soares ALG, et al. Início da vida sexual entre adolescentes (10 a 14 anos) e comportamentos em saúde [Sexual initiation among adolescents (ages 10-14) and health behaviors]. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2015; **18**: 25-41.
559. Justesen M. Living On The edge — risk, protection, behavior, and outcomes Of Argentine youth. World Bank; 2008.
560. Leclerc IL. Alarman casos de niñas embarazadas. *Listín Diario* 2013.
561. Rossetto MS, Schermann LB, Béria JU. Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil [Maternity during adolescence: negative emotional indicators and associated factors in 14 to 16-year-old mothers from Porto Alegre in the State of Rio Grande do Sul, Brazil]. *Ciencia & saude coletiva* 2014; **19**: 4235-46.
562. Santaaulalia I. Medio millón de niñas son madres cada año en México. *El País*. 2013 May 18, 2013.
563. Babington LM. Perceived social support, self esteem, and pregnancy status among Dominican adolescents. *Applied Nursing Research* 2014; (Preprints).
564. Rangel M, Del Popol F. Juventud afrodescendiente en América Latina: realidades diversas y derechos (in)cumplidos [Afro-descendant youth in Latin America: diverse realities and (un)fulfilled rights]. Santiago, Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), 2011.
565. Ullmann H. La maternidad adolescente en el contexto de la migración internacional: el caso de Costa Rica [Adolescent maternity in the context of international migration: the case of Costa Rica]. *Notas de Población* 2013.
566. Silva RdCR, Assis AMO, Szarfarc SC, Pinto EdJ, Costa LCCd, Rodrigues LC. Iniquidades socioeconômicas na conformação dos padrões alimentares de crianças e adolescentes [Socioeconomic inequalities shaping dietary patterns among children and adolescents]. *Revista de Nutrição* 2012; **25**: 451-61.
567. Gómez-Arbeláez D, Camacho PA, Cohen DD, et al. Higher household income and the availability of electronic devices and transport at home are associated with higher waist circumference in Colombian children: The ACFIES study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2014; **11**(2).
568. Zonta ML, Oyhenart EE, Navone GT. Nutritional vulnerability in Mbya-Guarani adolescents and adults from Misiones, Argentina. *American Journal of Human Biology* 2011; **23**(5): 592-600.
569. Popkin BM, Gordon-Larsen P. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *International Journal of Obesity* 2004; **28**.
570. Bermudez OI, Tucker KL. Trends in dietary patterns of Latin American populations. *Cad Saúde Pública* 2003; **19**.
571. Patton GC, Coffey C, Cappa C, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *The Lancet* 2012; **379**(9826).
572. Bridle-Fitzpatrick S. Food deserts or food swamps?: A mixed-methods study of local food environments in a Mexican city. *Social science & medicine* 2015; **142**: 202-13.
573. Anderson P. Global use of alcohol, drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review* 2006; **25**(6): 489-502.
574. Ramírez Ruiz M, de Andrade D. La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador) [The family and risk factors related to alcohol and tobacco consumption among children and adolescents]. 2005.
575. Villegas-Pantoja MÁ, Alonso-Castillo MM, Alonso-Castillo BA, Guzmán Facundo FR. Eventos estresantes y la relación con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes [Stressful events and their relation with alcohol and tobacco consumption in adolescents]. *Ciencia y enfermería* 2014; **20**: 35-46.
576. Barreto SM, de Figueiredo RC, Giatti L. Socioeconomic inequalities in youth smoking in Brazil. *BMJ open* 2013; **3**(12): e003538.
577. Menezes A, Gonçalves H, Anselmi L, Hallal P, Araújo C. Smoking in early adolescence: evidence from the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. 2006; **39**(5): 669-77.
578. Martínez Martínez KI, Salazar Garza ML, Pedroza Cabrera FJ, Ruiz Torres GM, Ayala Velázquez HE. Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas [Preliminary study of a brief intervention program for adolescents who initiate alcohol and other drugs consumption]. *Salud Mental* 2008; **31**: 119-27.
579. Aguilar-Gaxiola SM-M, María Elena ; , Magaña CGV, William A.; Alejo-García, Christina; Quintanar, Tania Real; Vazquez, Lucía; Ballesteros, Patricia D.; Ibarra, Juan; Rosales, Heidi. Illicit drug use research in Latin America: Epidemiology, service use, and HIV. 2006; **84**: S85-S93.
580. Díaz Martínez LR, Díaz Martínez A, Hernández-Ávila CA, Fernández Varela H, Solís Torres C, Narro Robles J. El consumo riesgoso y dañino de alcohol y sus factores predictivos en adolescentes estudiantes del bachillerato [The high risk and harmful consumption of alcohol and its predictive factors in high school students]. *Salud mental* 2009; **32**: 447-58.
581. PAHO. Políticas para la reducción de la violencia relacionada con el alcohol en los jóvenes: un enfoque ambiental [Policies for the reduction of alcohol-related violence in youths: an environmental focus] Washington, DC, 2008.

582. Gutiérrez JP, Atienzo EE. Socioeconomic status, urbanicity and risk behaviors in Mexican youth: an analysis of three cross-sectional surveys. *BMC Public Health* 2011.
583. Justesen M. Factors impacting youth development In Haiti: policy research working papers. 2007.
584. Cunningham W, McGinnis L, García Verdú R, Tesliuc C, Verner D. Youth at Risk in Latin America and the Caribbean : Understanding the Causes, Realizing the Potential; 2008.
585. Chen C-Y, M. Dormitzer C, Bejarano J, C. Anthony J. Religiosity and the Earliest Stages of Adolescent Drug Involvement in Seven Countries of Latin America. *American Journal of Epidemiology* 2004.
586. Kliewer W, Murrelle L. Risk and Protective Factors for Adolescent Substance Use: Findings from a Study in Selected Central American Countries. 2007; **40**(5): 448–55.
587. Springer A, Parcel G, Baumler E, Ross M. Supportive social relationships and adolescent health risk behavior among secondary school students in El Salvador. *Social Science & Medicine* 2006; **62**(7): 1628–40.
588. UNAIDS. Thematic segment: HIV, adolescents, and youth - background note. Thirty-Third Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board. Geneva, Switzerland; 2013.
589. Arraes CdO, Palos MAP, Barbosa MA, Teles SA, Souza MMd, Matos MAd. Masculinity, vulnerability and prevention of STD/HIV/AIDS among male adolescents: social representations in a land reform settlement. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2013; **21**: 1266-73.
590. Bassols AMS, Boni Rd, Pechansky F. Alcohol, drugs, and risky sexual behavior are related to HIV infection in female adolescents. *Revista brasileira de psiquiatria* 2010; **32**: 361-8.
591. Orcasita LT, Uribe AF, Castellanos LP, Gutiérrez Rodríguez M. Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander [Social support and at risk sexual behavior in adolescents of Lebrija-Santander]. *Revista de Psicología (PUCP)* 2012; **30**: 371-406.
592. Costa ACPdJ, Lins AG, Araújo MFdM, Araújo TMd, Gubert FdA, Vieira NFC. Vulnerability of adolescent students to STD/HIV in Imperatriz- Maranhão. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2013; **34**: 179-86.
593. Gayet C, Juarez F, Pedrosa LA, Magis C. [Use of condoms among Mexican adolescents for the prevention of sexually transmitted diseases]. 2003; (0036-3634 (Print)).
594. Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics* 2013; **68**(4): 489-94.
595. dos Anjos RHD, Silva JAdS, Val LFd, Rincon LA, Nichiata LYI. Differences between female and male adolescents regarding individual vulnerability to HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2012; **46**: 829-37.
596. Bermúdez MP, Teva I, Ramiro MT, Uribe-Rodríguez AF, Sierra JC, Buena-Casal G. Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2012; **12**(2): 235-49.
597. Valenzuela Rivera E, Casas Becerra L. Derechos Sexuales y Reproductivos: Confidencialidad y VIH/SIDA en adolescentes chilenos. *Acta bioethica* 2007; **13**: 207-15.
598. Taquette SR. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças [HIV/ Aids among adolescents in Brazil and France: similarities and differences]. *Saúde e Sociedade* 2013; **22**: 618-28.
599. F. Caceres C, Vanoss Marin B, Sid Hudes E. Sexual coercion among youth and young adults in Lima, Peru. 2000; **27**(5): 361–7.
600. Drakes N, Perks C, Kumar A, et al. Prevalence and risk factors for inter-generational Sex: a cross-sectional cluster survey of Barbadian females aged 15–19. *BioMed Central Womens Health* 2013.
601. UNAIDS. AIDSinfo. In: UNAIDS, editor.; 2014.
602. Marques HHdS, Silva NGd, Gutierrez PL, et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores [Disclosure of HIV infection from the perspective of adolescents living with HIV/AIDS and their parents and caregivers]. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; **22**: 619-29.
603. Kourrouski MFC, Lima RAGd. Treatment adherence: the experience of adolescents with HIV/AIDS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2009; **17**: 947-52.
604. Lima A, Pedro E. Growing up with HIV/AIDS: a study on adolescents with HIV/AIDS and their family caregivers. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; **16**(3): 348-54.
605. Paiva V, Ayres JRCdM, Segurado AC, et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado [The sexuality of HIV-positive Adolescents: rights and challenges for healthcare]. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; **16**: 4199-210.
606. Castro A, Farmer P. Understanding and addressing AIDS-related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti. *American journal of public health* 2005; **95**(1): 53-9.
607. Guerra CPP, Seidl EMF. Crianças e adolescentes com HIV/ Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma [Children and adolescents with HIV/Aids: a review on disclosure of diagnosis, adherence and stigma]. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2009; **19**: 59-65.
608. Arrivillaga M, Martucci V, Hoyos PA, Arango A. Adherence among children and young people living with HIV/AIDS: A systematic review of medication and comprehensive interventions. *Vulnerable Children and Youth Studies* 2013; **8**(4): 321-37.
609. Barros ACMWd, Bastos OM, Pone MVdS, Deslandes SF. A violência intrafamiliar e o adolescente que vive com HIV/AIDS por transmissão vertical: análise dos fatores de proteção e de vulnerabilidade [Domestic violence and the adolescent that was infected with HIV through vertical transmission: analysis of protection and vulnerability factors]. *Ciencia & saude coletiva* 2013; **18**: 1493-500.
610. Pavia-Ruz N, Tovar Larrea P, Muñoz Hernández R. Trastornos psicológicos en niños y adolescentes infectados perinatalmente por el VIH. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología* 2003; **23**(4): 126.
611. Pérez-Cuevas R, Pavia-Ruz N, Pámanes-González V, et al. Necesidades de atención social a la salud de los niños y adolescentes con VIH-SIDA: perspectivas del Hospital Infantil de México Federico Gómez [Social care needs to the health of child and adolescents with HIV-AIDS; perspectives of the Hospital Infantil de Mexico Federico Gomez]. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 2009; **66**: 364-72.
612. França-Junior I, Doring M, Stella IM. Crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV no Brasil: onde estamos e para onde vamos? [Orphans and vulnerable children affected by HIV/AIDS in Brazil: where do we stand and where are we heading?]. *Revista de Saúde Pública* 2006; **40**: 23-30.
613. Cruz MLS, Cardoso CAA, Darmont MQ, et al. Viral suppression and adherence among HIV-infected children and adolescents on antiretroviral therapy: results of a multicenter study.

614. Trejo AM, Palacio JE, Mosquera M, Blasini I, de Jesús Tucsca R. Revelación del estado serológico para VIH/SIDA en niños, niñas y adolescentes: Una revisión teórica (a). *Revista Chilena de Salud Pública* 2009; **13**(3).
615. Bustos AF, Elias D, Fabiola ED, Bertolini PR. Conducta sexual en adolescentes varones: hacia un nuevo horizonte [Sexual conduct in male adolescents: towards a new horizon]. *Rev Anacem* 2011; **5**(2): 123-7.
616. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde e Sociedade* 2012; **21**: 651-67.
617. de Oliveira Pireslii T. Adolescence, sexual behavior and risk factors to health. *Rev Saúde Pública* 2014; **48**(1): 1-8.
618. Taquette SR, Matos HJ, Rodrigues AdO, Bortolotti LR, Amorim E. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2011; **44**: 467-70.
619. Ortiz-Hernández L, García MI. Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México [Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals, lesbians, and gays in Mexico City]. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; **21**(3): 913-25.
620. Taquette SR, Vilhena MM, Santos ÚPPd, Barros MMVd. Relatos de experiência homossexual em adolescentes masculinos [Reports on homosexual experiences in adolescent males]. *Ciência & saúde coletiva* 2005; **10**: 399-407.
621. Souza MHTd, Malvasi P, Signorelli MC, Pereira PPG. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2015; **31**: 767-76.
622. Pineda Roa CA. Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes autoidentificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2013; **42**: 333-49.
623. Ortiz-Hernández L, Valencia-Valero RG. Disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos Disparities in mental health associated with sexual orientation among Mexican adolescents Desigualdades em saúde mental associada com. *Cad Saúde Pública* 2015; **31**(2): 417-30.
624. Ugarte MB, Zarate L, Farley M. Prostitution and trafficking of women and children from Mexico to the United States. *Journal of Trauma Practice* 2004; **2**(3-4): 147-65.
625. Pereira BdS, Costa MCO, Amaral MTR, Costa HSd, Silva CALd, Sampaio VS. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciência & saúde coletiva* 2014; **19**: 747-58.
626. Toibaro JJ, Ebersrtejin JF, Parlante Á, et al. Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales. *Medicina (Buenos Aires)* 2009; **69**: 327-30.
627. Cavalcante FG, Goldson E. Análise da situação da pobreza e da violência entre crianças e jovens com deficiência nas Américas – uma proposta de agenda [Situational analysis of poverty and violence among children and youth with disabilities in the Americas an agenda proposal]. *Ciência & saúde coletiva* 2009; **14**(1): 7-20.
628. Cavalcante FG, Marinho AS, Bastos OM, et al. Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro [Situational diagnosis about violence against children and adolescents with disability in three institutions of Rio de Janeiro]. *Ciência & saúde coletiva* 2009; **14**(1): 45-56.
629. Moreira MCN, Bastos OM, Bastos LC, Soares AHR, da Silva Souza W, Sanchez RN. Violência contra crianças e adolescentes com deficiência: narrativas com conselheiros tutelares. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; **19**(9): 3869-77.
630. Rosenthal E, Jehn E, Galván S. Abandoned and Disappeared: Mexico's Segregation and Abuse of Children and Adults with Disabilities. Mexico City, Mexico: Disability Rights International Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, 2010.
631. Moreno C, Bermúdez J, Latorre LF, DeBedout R. Potential of a Hand Transplantation Program in Colombia. *Transplantation Proceedings* 2011; **43**(9): 3529-32.
632. Lagache D. [Rehabilitation of war disabled people in the tropics: example from Colombia]. *Med Trop (Mars)* 2011; **71**(6): 554-7.
633. Delgado LC, Valencia MB. Neuropsychological exploration of the attention and memory in children and adolescents victims of violence in Colombia. *Revista CES Psicología* 2012; **5**(1): 39-48.
634. Castellanos García AdP, Guerrero Ochoa LN. La población infantil como víctima de los artefactos explosivos improvisados en Colombia. 2014.
635. Presidential program for the integral action against anti-personnel mines. Situation of victims. 2015. <http://www.accioncontraminas.gov.co/Paginas/AICMA.aspx> (accessed September 2 2015).
636. ICBL-CMC. Cluster Munition Monitor 2015 Report. Colombia. Available at: <http://www.the-monitor.org/en-gb/reports/2015/colombia/casualties-and-victim-assistance.aspx>. Geneva: International Campaign to Ban Landmines - Cluster Munition Coalition; 2015.
637. Machel G. Impact of Armed Conflict on Children. New York: UNICEF; 1996.
638. UNICEF. Children and Landmines: A Deadly Legacy. Available at http://www.unicef.org/french/protection/files/Landmines_Factsheet_04_LTR_HD.pdf.
639. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. The prevalence of war-related post-traumatic stress disorder in children from Cundinamarca, Colombia. *Revista de Salud Pública* 2005; **7**(3): 268-80.
640. Unicef. Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. 2014.
641. Meekers D, Pallin SC, Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC women's health* 2013; **13**(1): 28.
642. Mosquera J, Bermúdez A. Percepción de riesgo de abuso sexual entre adolescentes escolarizados de la ciudad de Cali [Risk perception of sexual abuse among adolescent students in Cali]. *Colombia Médica* 2010; **41**: 35-44.
643. Rivera-Rivera L, Allen B, Rodríguez-Ortega G, Chávez-Ayala R, Lazcano-Ponce E. Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años) {Dating violence and associations with depression and risk behaviors: female students in Morelos, Mexico}. *Salud Pública de México* 2006; **48**: s288-s96.
644. Pallitto CC, Murillo V. Childhood abuse as a risk factor for adolescent pregnancy in El Salvador. *Journal of Adolescent Health* 2008; **42**(6): 580-6.

645. Gomes FA, O'Brien B, Nakano AMS. Attempted suicide in reproductive age women. *Health Care for Women International* 2009; **30**(8): 707-19.
646. Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos [Violence and unsafe sexual activity of adolescents under 15 years of age]. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2010; **56**: 440-6.
647. Gaviria SL, Rondon MB. Some considerations on women's mental health in Latin America and the Caribbean. *International Review of Psychiatry* 2010; **22**(4): 363-9.
648. Maida S AM, Molina P ME, Basualto R C, Bahamondes P C, Leonvendagar B X, Abarca C C. La experiencia de abuso en las madres: ¿Es un predictor de abuso sexual de sus hijos? [The experience of abuse in mothers ¿Is it a predictor of sexual abuse in their children?]. *Revista chilena de pediatría* 2005; **76**: 41-7.
649. Peláez Mendoza J. El abuso sexual y su asociación con las infecciones de transmisión sexual. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2010; **36**: 109-23.
650. Salazar M, San Sebastian M. Violence against women and unintended pregnancies in Nicaragua: a population-based multilevel study. *BMC Women's Health* 2014; **14**(1): 26-.
651. Heise LL. Reproductive freedom and violence against women: where are the intersections? *Journal of Law, Medicine, and Ethics* 1993; **21**(2): 206-16.
652. González A E, Montero V A, Martínez N V, Leyton M C, Luttes D C, Molina G T. Características y consecuencias de las agresiones sexuales en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva [Characteristics and consequences of sexual aggressions in adolescents using a center for sexual and reproductive center]. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2012; **77**: 413-22.
653. Reichenheim ME, Moraes CL, Lopes CS, Lobato G. The role of intimate partner violence and other health-related social factors on postpartum common mental disorders: a survey-based structural equation modeling analysis. *BMC public health* 2014; **14**(1): 427-.
654. Caldas de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric services* 2010; **61**(3): 218-21.
655. Espinola-Nadurille M, Huicochea IV, Raviola G, Ramirez-Bermudez J, Kutcher S. Mental health care reforms in Latin America: child and adolescent mental health services in Mexico. *Psychiatric Services* 2010.
656. Steptoe A, Tsuda A, Tanaka Y, Wardle J. Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *International Journal of Behavioral Medicine* 2007; **14**(2): 97.
657. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *British Medical Journal* 2001.
658. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência [Current view of sexual abuse in childhood and adolescence]. *Jornal de Pediatria* 2005; **81**: s197-s204.
659. Ibarra-Alcantar MC, Ortiz-Guzmán JA, Alvarado-Cruz FJ, Graciano-Morales H, Jiménez-Genchi A. Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor [Correlates of childhood physical abuse in adult women with dysthymic disorder or major depression]. *Salud mental* 2010; **33**: 317-24.
660. Serafim AdP, Saffi F, Achá MFF, Barros DMd. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual [Demographics, psychological, and behavioral characteristics of child and adolescent victims of sexual abuse]. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 2011; **38**: 143-7.
661. WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013.
662. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. Violence against women in Latin America and the Caribbean: a comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2012.
663. WHO. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization, 2005.
664. Viellas EF, Gama SG, Carvalho ML, Pinto LW. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. *J Pediatr (Rio J)* 2013; **89**(1): 83-90.
665. Cursino Menezes T, Ramos de Amorim MM, Santos LC, Faúndes A. Violência Física Doméstica e Gestação: Resultados de um Inquérito no Puerpério. [Domestic Physical Violence and Pregnancy: Results of a Survey in the Postpartum Period.]. *RBGO* 2003; **25**(5): 309-16.
666. Rodrigues DP, Gomes-Sponholz FA, Stefanelo J, Nakano AM, Monteiro JC. Intimate partner violence against pregnant women: study about the repercussions on the obstetric and neonatal results. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P* 2014; **48**(2): 206-13.
667. Cuevas S, Blanco J, Juarez C, Palma O, Valdez-Santiago R. Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. [Violence and pregnancy in female users of Ministry of Health care services in highly deprived states in Mexico]. *Salud publica de Mexico* 2006; **48 Suppl 2**: S239-49.
668. Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 2014; **124**(1): 6-11.
669. Nunez-Rivas HP, Monge-Rojas R, Griós-Davila C, Elizondo-Urena AM, Rojas-Chavarría A. La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. [Physical, psychological, emotional, and sexual violence during pregnancy as a reproductive-risk predictor of low birthweight in Costa Rica]. *Rev Panam Salud Publica* 2003; **14**(2): 75-83.
670. Oyarce AM RB, Pedrero M. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural [Maternal and child health of indigenous and Afro-descendant populations in Latin America: contributions for a rereading of the right to cultural integrity]. Santiago, Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC), 2010.
671. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala [Barriers to accessing health care services for the indigenous populations in Rabinal, Guatemala]. *Salud Pública de México* 2007; **49**(2): 86-93.
672. Roost M, Johnsdotter S, Liljestrand J, Essen B. A qualitative

- study of conceptions and attitudes regarding maternal mortality among traditional birth attendants in rural Guatemala. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; **111**(12): 1372-7.
673. Otis KE, Brett JA. Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home? *Pan American Journal of Public Health* 2008; **24**(1): 46-53.
674. Yamin AE, Cole J, Moore Simas TA, Brown M. *Deadly Delays: Maternal Mortality in Peru: A Rights-Based Approach to Safe Motherhood*. Cambridge, Massachusetts: Physicians for Human Rights; 2007.
675. Alarcón-Muñoz AM, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de salud intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile [Intercultural health care policy from the perspective of health care providers and mapuche clients]. *Revista Médica de Chile* 2004; **132**(9): 1109-14.
676. Oyarce AM, Ribotta B, Pedrero MM. Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: Inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos. Santiago, Chile: Economic Commission for Latin America and the Caribbean, 2010.
677. Torri MC, Hollenberg D. Indigenous traditional medicine and intercultural healthcare in Bolivia: a case study from the Potosi region. *Journal of community health nursing* 2013; **30**(4): 216-29.
678. Muñoz Bravo SF, Castro E, Castro Escobar ZA, Chávez Narvaez N, Ortega Rodríguez DM. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud* 2012; **44**: 39-44.
679. Castro R, Erviti J. Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights* 2003; **7**(1): 90-110.
680. Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; **5**(1): 125-32.
681. Wurtz H. Indigenous Women of Latin America: Unintended Pregnancy, Unsafe Abortion, and Reproductive Health Outcomes. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* 2012; **10**(3): 271-82.
682. van Dijk M, Ruiz MJ, Letona D, García SG. Ensuring intercultural maternal health care for Mayan women in Guatemala: a qualitative assessment. *Culture, Health, and Sexuality* 2013; **15**(sup3): S365-S82.
683. Nagahama EE, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil [Childbirth practices and challenges for humanization of care in two public hospitals in Southern Brazil]. *Cadernos de saúde publica* 2008; **24**(8): 1859-68.
684. García-Jorda D, Díaz-Bernal Z, Acosta Alamo M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica [Childbirth in Cuba: analysis of the experience of medically supervised delivery from an anthropological perspective]. *Cien Saúde Colet* 2012; **17**(7): 1893-902.
685. Enderle Cde F, Kerber NP, Susin LR, Goncalves BG. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência [Delivery in adolescents: qualitative factors of care]. *Rev Esc Enferm USP* 2012; **46**(2): 287-94.
686. Teixeira NZ, Pereira WR. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT [Hospital delivery--women's experience from the suburbs of Cuiba-MT]. *Rev Bras Enferm* 2006; **59**(6): 740-4.
687. Gamlin JB. Shame as a barrier to health seeking among indigenous Huichol migrant labourers: an interpretive approach of the "violence continuum" and "authoritative knowledge". *Social Science and Medicine* 2013; **97**: 75-81.
688. Gamlin JB, Hawkes SJ. Pregnancy and birth in an indigenous Huichol community: from structural violence to structural policy responses. *Culture, Health, and Sexuality* 2015; **17**(1): 78-91.
689. Goldade K. "Health is hard here" or "health for all"? the politics of blame, gender, and health care for undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica. *Medical anthropology quarterly* 2009; **23**(4): 483-503.
690. Scozia Leighton C, Leiva C, Garrido N, Leiva A. Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas [Interactional barriers in mother and child health service for Peruvian immigrants]. *Revista Sociedad y Equidad* 2014; (6): 6-33.
691. Rohloff P, Diaz AK, Dasgupta S. "Beyond Development": A Critical Appraisal of the Emergence of Small Health Care Non-Governmental Organizations in Rural Guatemala. *Human Organization* 2011; **70**(4): 427-37.
692. de Oliveira ZM, Madeira AM. Vivenciado o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes [Living the humanized delivery: phenomenological study from the point of view of adolescents]. *Rev Esc Enferm USP* 2002; **36**(2): 133-40.
693. Miller S, Cordero M, Coleman AL, et al. Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. *Int J Gynaecol Obstet* 2003; **82**(1): 89-103; discussion 87-8.
694. Roost M, Jonsson C, Liljestrand J, Essen B. Social differentiation and embodied dispositions: a qualitative study of maternal care-seeking behaviour for near-miss morbidity in Bolivia. *Reprod Health* 2009; **6**: 13.
695. Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Revista de Salud Pública* 2008; **10**(1): 58-71.
696. Castro R. Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos. In: Stern C, Echarri C, eds. *Salud reproductiva y sociedad Resultados de investigación*. Mexico City: El Colegio de México; 2000: 33-66.
697. Leal MdC, da Gama SGN, da Cunha CB. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999-2001. *Rev Saude Publica* 2005; **39**(1): 100-7.
698. Felker-Kantor E. *Perceptions of Maternal Health Care Among Haitian Women in the Dominican Republic: Do Race and Ethnicity Matter?* Miami: University of Miami; 2011.
699. Angotti T. *Urban Latin America: Violence, Enclaves, and Struggles for Land*. *Latin American Perspectives* 2013; **40**(2): 5-20.
700. UN Habitat. *Estado de las ciudades de America Latina y El Caribe 2012: Rumbo a una nueva transicion urbana: ONU Habitat*, 2012.
701. Gómez Builes GM, Astaiza Arias GM, Minayo MCdS. Las migraciones forzadas por la violencia: el caso de Colombia [Forced migrations due to violence: the case of Colombia]. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; **13**: 1649-60.
702. Ochoa Díaz D, Orjuela Ortiz M. El desplazamiento forzado y la pobreza de la mujer colombiana. *Entramado* 2013; **9**: 66-83.

703. Miranda A, Cravino MC, Martí Garro S. Transiciones juveniles de migrantes paraguayos/as en la Argentina: condiciones de vida y vigencia de las redes [Youth transitions of Paraguayan migrants in Argentina: life conditions and duration of networks]. *Ultima década* 2012; **20**: 11-39.
704. Chapela L. Ciudades inhóspitas [Inhospitable cities]. *Niñez y juventud: Dislocaciones y mudanzas* 2007: 17.
705. Hernández Bello A, Gutiérrez Bonilla ML. Vulnerabilidad y exclusión: Condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá - Colombia, 2005* [Vulnerability and exclusion: life conditions, health situations, and access to health services for the population displaced by violence in Bogotá, Colombia 2005]. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2008; **7**: 145-76.
706. Magliano MJ. Migración, género y desigualdad social: la migración de mujeres bolivianas hacia Argentina [Migration, gender, and social inequality: the migration of Bolivian women to Argentina]. *Revista Estudios Feministas* 2009; **17**: 349-67.
707. Muggah R. Es hora de hacer frente al problema de la violencia en América Latina y el Caribe [It is the time to confront the problem of violence in Latin America and the Caribbean]. 2013.
708. Seguridad JyP. San Pedro Sula otra vez primer lugar mundial; Acapulco, el segundo. 2013.
709. Heinemann A, Verner D. Crime and violence In development : a literature review of Latin America And the Caribbean: policy research working papers; 2007.
710. Paniagua I, Crespín E, Guardado A, Mauricio A. Wounds caused by firearms in El Salvador, 2003-2004: epidemiological issues. *Medicine, conflict, and survival* 2005; **21**(3): 191-8.
711. Briceño-León R. La Comprensión de los Homicidios en América Latina: ¿Pobreza o Institucionalidad? [Understanding homicides in Latin America: poverty or institutionalization?]. *Ciencia & saude coletiva* 2012; **17**(12): 3159-70.
712. Duque LF, Montoya NE, Restrepo A. Violence witnessing, perpetrating and victimization in Medellín, Colombia: a random population survey. *BMC public health* 2011; **11**: 628.
713. Bank W. Argentine Youth : An Untapped Potential: World Bank; 2009.
714. Mari JdJ, de Mello MF, Figueira I. The impact of urban violence on mental health. *Revista brasileira de psiquiatria* 2008; **30**(3): 183-4.
715. Briceño-León R, Villaveces A, Concha-Eastman A. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. *International journal of epidemiology* 2008; **37**(4): 751-7.
716. Mortality Database, 2009. In: Organization PAH, editor. Washington DC; 2009.
717. Kjaerulf F, Barahona R. Preventing violence and reinforcing human security: a rights-based framework for top-down and bottom-up action. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2010; **27**(5): 382-95.
718. UNICEF. Hidden in plain sight. A statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF; 2014.
719. Sanchez M. Insecurity and violence as a new power relation in Latin America. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* 2006; **606**(1): 178-95.
720. Araújo Emd, Costa MdCN, Oliveira NFd, et al. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according to race/skin color in an intra-urban Brazilian space. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2010; **13**: 549-60.
721. Franco S. A social-medical approach to violence in Colombia. *American journal of public health* 2003; **93**(12): 2032-6.
722. Costa IERd, Ludermir AB, Silva IA. Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade do Recife [Differences in mortality due to violence against adolescents according to life conditions and race/color in the city of Recife]. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; **14**: 1781-8.
723. Barrón M, Crabay MI, Schiavoni MC, Peña EB. Adolescentes, violencia y familia en la ciudad de Córdoba (Argentina). *Pedagogía social Revista interuniversitaria* 2010; (17): 83-96.
724. Williams Castro F. Afro-Colombians and the Cosmopolitan City: New Negotiations of Race and Space in Bogotá, Colombia. *Latin American Perspectives* 2013; **40**(2): 105-17.
725. Brook DW, Brook Js Fau - Rosen Z, Rosen Z Fau - De La Rosa M, De La Rosa M Fau - Montoya ID, Montoya Id Fau - Whiteman M, Whiteman M. Early risk factors for violence in Colombian adolescents. 2003; (0002-953X (Print)).
726. Brook JS, Brook Dw Fau - Whiteman M, Whiteman M. Growing up in a violent society: longitudinal predictors of violence in Colombian adolescents. 2007; (0091-0562 (Print)).
727. Kubik MY, Jennings BR, Olivier NM. Assessing youth well-being in rural Honduras: a qualitative study. *Public health* 2014; **128**(7): 671-3.
728. Moser C, Winston A, Moser A. Violence, fear, and insecurity among the urban poor in Latin America. In: Fay M, ed. The Urban Poor in Latin America. Washington DC: World Bank; 2005: 125-78.
729. Ramão FP, Wadi YM. Espaço urbano e criminalidade violenta: análise da distribuição espacial dos homicídios no município de Cascavel/PR [Urban space and violent crime: analysis of the spatial distribution of homicide in the Cascavel municipality in Paraná]. *Revista de Sociologia e Política* 2010; **18**: 207-30.
730. van den Broek N. Anaemia and micronutrient deficiencies. *Br Med Bull* 2003; **67**: 149-60.
731. Teixeira-Filho FS, Rondini CA, Silva JM, Araújo MV. Tipos e consequências da violência sexual sofrida por estudantes do interior paulista na infância e/ou adolescência [Types and consequences of sexual violence suffered by students during childhood and adolescence in the countryside of São Paulo]. *Psicologia & Sociedade* 2013; **25**: 90-102.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Calle Alberto Tejada, Edificio 102, Ciudad del Saber
Panamá, República de Panamá
Apartado postal: 0843-03045
Teléfono: +507 301-7400
www.unicef.org/lac
Twitter: @uniceflac
Facebook: /UnicefLac

unicef 
para cada niño