

DE POBLACIÓN



85

# NOTAS



NACIONES UNIDAS

Comisión Económica para América Latina y el Caribe ■ CEPAL  
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía ■ CELADE

CEPAL

# NOTAS DE POBLACIÓN

AÑO XXXIV • N°85 • SANTIAGO DE CHILE



Comisión Económica para América Latina y el Caribe  
Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población

# COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)

José Luis Machinea, Secretario Ejecutivo

## Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)

### División de Población de la CEPAL

Dirk Jaspers, Director

La Revista **NOTAS DE POBLACIÓN** es una publicación del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, cuyo propósito principal es la difusión de investigaciones y estudios de población sobre América Latina y el Caribe, aun cuando recibe con particular interés artículos de especialistas de fuera de la región y, en algunos casos, contribuciones que se refieren a otras regiones del mundo. Se publica dos veces al año, con una orientación interdisciplinaria, por lo que acoge tanto artículos sobre demografía propiamente tal, como otros que aborden las relaciones entre las tendencias demográficas y los fenómenos económicos, sociales y biológicos.

Las opiniones expresadas en esta revista son responsabilidad de los autores, sin que el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población, sea necesariamente partícipe de ellas.

#### Comité editorial:

Juan Chackiel  
Susana Schkolnik  
Dirk Jaspers  
Orly Winer  
Jorge Martínez  
Enrique Pemjean (†)  
Jorge Rodríguez  
Miguel Villa

#### Secretaria:

María Teresa Donoso

#### Editor especial:

Jorge Martínez Pizarro

#### Redacción y administración:

Casilla 179-D, Santiago, Chile. E-mail: [mariateresa.donoso@cepal.org](mailto:mariateresa.donoso@cepal.org)

Ventas: [publications@cepal.org](mailto:publications@cepal.org). Precio del ejemplar: US\$ 12 Suscripción anual: US\$ 20.

Diseño de portada: Coka Urzúa

Ilustración de portada: Alfredo Guttero (Buenos Aires, 1882-1932), “Cargadores Ligures”.

Diagramación interior: Gloria Barrios

---

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 0303-1829 ISSN versión electrónica 1681-0333

ISBN 978-92-1-323103-6

LC/G.2346-P

Nº de venta S.07.II.G.105

Copyright © Naciones Unidas 2007.

Todos los derechos reservados. Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

---

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, N.Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

## Sumario

In memoriam. . . . .	5
Presentación . . . . .	7
Derechos sociales, deudas pendientes y necesidad de un nuevo pacto social <i>Martín Hopenhayn</i> . . . . .	15
América Latina y el Caribe: una propuesta para abordar los temas de población, desarrollo y derechos humanos <i>Marcela Ferrer Lues y Jorge Martínez Pizarro</i> . . . . .	31
Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos <i>Alejandro Morlachetti</i> . . . . .	63
El VIH y los derechos humanos: retos de política y legislación <i>Ana Elena Badilla</i> . . . . .	97
Globalización, migración internacional y división sexual del trabajo. Una mirada desde el género y los derechos reproductivos <i>Luis Mora</i> . . . . .	115
Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina <i>Sandra Huenchuan y Alejandro Morlachetti</i> . . . . .	145



## In memoriam

*El Comité Editorial de Notas de población desea recordar la fructífera labor de quien fuera uno de sus principales colaboradores durante muchos años, Enrique Pemjean, fallecido el 21 de noviembre de 2007 mientras se editaba este número. Nacido en Valparaíso (Chile), fue un colega ejemplar, un genuino maestro y compañero de muchas jornadas en el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Durante sus muchos años de colaboración con el CELADE y luego, después de su jubilación, Enrique demostró un compromiso ejemplar con el trabajo, una gran lealtad y un apego irrestricto a grandes valores. Testigo de la historia de la institución y de los avatares de su propio país, su recuerdo permanecerá para siempre entre todos nosotros.*



## Presentación

Este número especial de *Notas de población* contiene una selección de artículos presentados originalmente a la “Reunión de expertos sobre población, desigualdades y derechos humanos”, organizada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. La reunión, celebrada en Santiago de Chile los días 26 y 27 de octubre de 2006, contó con el respaldo de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el apoyo financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas. En esa oportunidad se analizaron diversos temas relacionados con los derechos humanos en el contexto de las relaciones entre la dinámica demográfica y el desarrollo, por lo que se invitó a participar a expertos en temas de población y campos afines al derecho, provenientes de organizaciones internacionales, gobiernos, centros académicos y organizaciones de la sociedad civil.

Como lo reflejan los artículos presentados en este número, el CELADE considera que la adopción del enfoque de derechos en el campo de la población y el desarrollo se hace indispensable, dada la relevancia que adquiere como base de sustentación de políticas públicas eficaces sobre la materia. La selección de los textos presentados en este número ha sido hecha con el espíritu de avanzar en esta vasta tarea, reconociendo que desde hace varias décadas se viene estableciendo una relación entre los fenómenos demográficos y los derechos humanos. Prueba de ello son los acuerdos adoptados en la Conferencia Mundial de Población (Bucarest, 1974) y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994). La fecundidad y la mortalidad se han vinculado desde hace mucho tiempo con el derecho a la salud y, gradualmente, se han ido estableciendo también relaciones con la pobreza y la exclusión social, lo que ha dado lugar a la incorporación de otros temas, entre los que se cuentan el envejecimiento de la población, la equidad de género, la salud reproductiva y sexual y la situación de los pueblos indígenas. Buena parte de estas interrelaciones se han estudiado como parte del examen de los efectos que ejerce actualmente la globalización en términos de discriminación y vulnerabilidad de distintos grupos de población, lo que ha abierto el cauce para el debate a partir del enfoque de derechos sobre la migración internacional y sobre el VIH/SIDA.

Los artículos presentados en este número de *Notas de población* son ilustrativos de una discusión muy necesaria y tienen como hilo conductor la

identificación de intersecciones entre la población, los derechos humanos y el desarrollo, tanto a nivel general como en áreas específicas.

El artículo de Martín Hopenhayn, “Derechos sociales, deudas pendientes y necesidad de un nuevo pacto social”, se basa en el documento presentado por la CEPAL en su trigésimo primer período de sesiones, “*La protección social, de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*”. El autor se refiere a cuatro temas relacionados con el pacto de protección social que la CEPAL propone adoptar: derechos sociales y ciudadanía, asimetría entre derechos y políticas, el derecho a un nivel de vida adecuado frente a la pobreza y la desigualdad. Junto con reconocer la indivisibilidad de los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales, sostiene que los primeros apuntan a garantizar las libertades básicas, en tanto que los demás tienen por objeto democratizar la ciudadanía social. Respecto a las asimetrías entre derechos y políticas, señala que los derechos civiles y políticos se han consolidado, pero no ha ocurrido lo mismo con los económicos, sociales y culturales, sobre todo en lo que se refiere a la pobreza y las desigualdades sociales, lo que responde a factores estructurales que impiden su progresividad. Nuevos fenómenos como la vulnerabilidad económica y vulnerabilidad externa, además de los cambios en el paradigma del trabajo, han contribuido a acentuar la exclusión y a dificultar aún más la provisión garantizada de protección social.

El cuanto al tema del derecho a un nivel de vida adecuado, Hopenhayn indica que hay una relación entre poder y privilegio, debido a la cual los excluidos son doblemente víctimas de esa condición —por la falta de recursos y activos y por la falta de poder para incidir en los cambios—, lo que da origen a una diferencia entre los avances en los derechos políticos y los avances en los derechos económicos, sociales y culturales. Las desigualdades en la distribución del ingreso tienen que ser comprendidas como una violación de los derechos humanos de los individuos. Es por ello que la CEPAL ha propuesto un pacto de protección social, cuyos propósitos son el desarrollo y el fomento de estrategias nacionales, regionales y globales. Estas últimas dicen relación con el financiamiento del desarrollo, haciendo un llamado a distintos actores a la solidaridad a nivel internacional. Asimismo, el pacto de protección social se refiere a estrategias que puedan aplicarse en los países y que se clasifican en dos categorías: estrategias nacionales, en la esfera de las políticas macroeconómicas, y estrategias destinadas al establecimiento de pactos sólidos que garanticen la estabilidad política. La protección social actualmente se sustenta en los supuestos de existencia de un mercado de trabajo formal y una familia bien establecida, fenómenos que en la práctica no se dan, por lo que los sistemas de protección son completamente excluyentes y hacen necesaria la concertación de un nuevo contrato social que haga posible la universalización de dicha protección.

El estudio de Marcela Ferrer y Jorge Martínez Pizarro contiene una propuesta de análisis de las intersecciones entre derechos humanos y población en la región.

Los autores señalan que no se trata de un tema nuevo, sino de un tema que hasta ahora no ha sido reconocido con la profundidad que se merece. Vincular conceptualmente las diversas dimensiones de la población y el desarrollo con los derechos humanos implica, necesariamente, plantear una discusión entre una perspectiva macrosocial, propia de la dinámica demográfica, y una perspectiva microsocia. Dado que las tendencias demográficas son consecuencia de los comportamientos individuales, el propósito de la intersección es determinar el grado de vinculación y conciliación entre los intereses sociales referidos a la dinámica y estado de la población, y los intereses individuales referidos a los aspectos que inciden en esa dinámica y estado, puesto que en ese plano se dan decisiones trascendentales para la vida de las personas. En la intersección influyen por lo menos dos grupos de factores: los relacionados con el progreso científico y tecnológico, derivados de los avances biomédicos y directamente vinculados a los derechos sobre fecundidad y mortalidad, y los relativos al avance del transporte y las comunicaciones, que se relacionan con los derechos a la movilidad de las personas. Conciliar los intereses colectivos e individuales no es una tarea simple, pero es crucial para el Estado, sobre todo en lo que respecta a las políticas destinadas a la superación de la pobreza.

Tomando como referencia la propuesta metodológica de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, los autores postulan que los derechos pueden ser vinculados al campo de la población y el desarrollo de acuerdo con su pertinencia constitutiva, puesto que habilitan a los seres humanos para tomar decisiones libres e informadas, o su pertinencia instrumental, dado que contribuyen a tomar tales decisiones. Esta perspectiva es útil para formular una estrategia encaminada a exigir el respeto de los derechos humanos en el campo de la población, aunque deberá analizarse el alcance que podrían tener los derechos de pertinencia instrumental. Como punto de partida de la aplicación del enfoque de derechos en materia de población, todo esto trae una serie de derivaciones éticas importantes. Hay que orientar los procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en el campo de la población y el desarrollo considerando el cumplimiento y la exigibilidad de los derechos; ampliar las fronteras de la investigación, reconociendo las intersecciones y sus complejidades y realizando actividades de abogacía respecto de esos asuntos, y responder a las demandas de protección de los derechos a la par de los avances de la tecnociencia, el transporte y las telecomunicaciones, así como encarar las visiones del primer mundo en torno a la inmigración desde el sur.

Los autores también presentan recomendaciones para la aplicación de este enfoque en el campo de la población y el desarrollo, que incluyen líneas de investigación. Entre estas se cuentan la realización de catastros y registros de los derechos sobre población vigentes en los países de la región y el desarrollo de indicadores de derechos humanos en este ámbito. Asimismo, se aconseja ampliar las miradas, incorporando destrezas y compromisos no tradicionales.

En el artículo de Alejandro Morlchetti, “Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos” el autor examina el tema de la salud sexual y reproductiva entre adolescentes y jóvenes, destacando la importancia de determinar el origen de los derechos y el ámbito en que se aplican, puesto que son integrales y se relacionan entre sí. A continuación, enumera una serie de derechos que se encuentran relacionados con la salud reproductiva y sexual, y con el derecho a la salud, que es el derecho marco, y que están consagrados en todos los tratados internacionales pertinentes. En especial, hace una reseña de los comités de derechos que han ido perfilando el acceso de los adolescentes a información sobre salud sexual y reproductiva. En el ámbito nacional, en la constitución de varios países se reconoce el derecho al espaciamiento y a la determinación del número de hijos y del acceso a los medios para lograrlo, lo que da un carácter de obligatoriedad a los derechos reproductivos y sexuales.

El autor de este artículo señala que en la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes de 2005 reconoce a las personas de 15 a 24 años, como sujetos de derechos, actores estratégicos del desarrollo e individuos capaces de ejercer con responsabilidades sus derechos y libertades. La Convención contiene dos artículos en los que se reconoce el tema de la educación sexual y el derecho a la salud, específicamente entendida como salud sexual y reproductiva. Con respecto a la obligación de los Estados, recalca que estos deben garantizar el acceso a información y educación sexual y reproductiva; a servicios de salud sexual y de salud reproductiva seguros y adecuados a toda la población, incluidos los productos del progreso científico, mediante la provisión de tratamientos y medicamentos que garanticen el control de su fecundidad por parte de hombres y mujeres, y servicios sociales y legales de respaldo al ejercicio de esos derechos.

Refiriéndose al cambio de paradigma en los conceptos sobre ciudadanía y juventud, el autor sostiene que consiste fundamentalmente en el reconocimiento del derecho a tener y ejercer derechos. La ciudadanía implica un ejercicio activo de los derechos humanos en condiciones de equidad e igualdad, incluida la capacidad para participar activamente en la adopción de políticas y decisiones públicas. Por todo esto, Morlchetti sostiene que el enfoque de derechos aplicados a las políticas implica el abandono de la visión del joven como problema para convertirlo en un sujeto de derechos, lo que entre otras cosas supone exigibilidad y legitimidad activa y deja atrás la idea asistencialista de políticas focalizadas. Hay un núcleo de derechos exigibles que el Estado debe garantizar, y que en caso de que no se garanticen, debe buscar los medios para hacerlo.

En suma, las políticas de salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes y jóvenes deben orientarse a mejorar sus condiciones de vida, fomentando la equidad intergeneracional y de género en su acceso a las oportunidades, promoviendo el desarrollo de sus capacidades, garantizando el

pleno goce y ejercicio de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y otorgando prioridad a los más desprotegidos.

Ana Badilla examina el problema de los derechos aplicables en los casos de VIH/SIDA, que según la autora debe considerarse en el marco de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos. Además, la Organización Internacional del Trabajo ha adoptado convenios muy relevantes sobre la materia, dado que en el ámbito laboral es donde se dan con más frecuencia casos de violaciones de los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA. La normativa internacional sobre la materia comienza a desarrollarse a partir de 1998 con las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Sin duda, uno de los instrumentos internacionales más relevantes en esta esfera es la Declaración del Milenio, cuyo objetivo 6 consiste en combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades y como parte del cual se establece la meta específica de detener y comenzar a reducir la propagación de la enfermedad en el año 2015. La autora recuerda asimismo que en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA de 2001 se señala expresamente que la garantía de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de todos los seres humanos es indispensable para reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA; de hecho, el respeto de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA constituye una respuesta humana y efectiva a los desafíos que plantea la epidemia en los países.

La autora también destaca el papel desempeñado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en la tutela y reconocimiento de los derechos humanos de este sector de la población. La Comisión reconoció tener competencia para ofrecer una vía para la exigibilidad jurídica de los derechos económicos, sociales y culturales, en especial respecto del derecho a la salud. En cuanto a la legislación sobre la materia, la autora indica que no ha sido suficientemente desarrollada en América Latina y el Caribe y, de hecho, pocos países cuentan con una ley o política específica. En general, los países enfrentan varias limitaciones en este sentido, la más grave de las cuales es la falta de recursos financieros. A esta se suman el hecho de que en la mayoría de los países el organismo nacional responsable de las políticas contra el VIH/SIDA es el Ministerio de Salud, cuyas funciones le impiden hacerse cargo directamente de esa tarea; las incongruencias entre las leyes laborales y las leyes sobre VIH/SIDA; la falta de registros, información y difusión o su deficiencia; la falta de educación formal e informal sobre sexualidad, y las dificultades para ofrecer garantías de confidencialidad.

En el artículo titulado, “Globalización, migración internacional y división sexual del trabajo. Una mirada desde el género y los derechos reproductivos”, Luis Mora aborda el tema de la migración de las mujeres y el género, y presenta datos empíricos que demuestran su participación en los procesos migratorios; asimismo, analiza el aporte que podría hacer la aplicación de la perspectiva de género a la

comprensión de la participación de la mujer en estos procesos y, por último, examina el tema de los derechos humanos y la salud reproductiva de las migrantes desde esa perspectiva. El autor destaca que el fenómeno de la “feminización de la migración” no es solo de carácter numérico, sino que consiste fundamentalmente en nuevas tendencias, características y consecuencias de la migración de las mujeres. En los países desarrollados, las migrantes superan en número a los varones, mientras en América Latina y el Caribe los datos muestran una clara tendencia creciente de su participación; de hecho, esta región fue la primera en el mundo en la que las cifras de hombres y mujeres migrantes se igualaron.

Mora destaca que los determinantes de la migración de las mujeres muestran una lógica propia, que se relacionaría con el tipo de demanda proveniente del mercado del trabajo y ciertos rasgos característicos de las mujeres, entre otros el mayor nivel educativo, el fortalecimiento de la autonomía y el consenso sobre la legitimidad de su búsqueda de salidas propias. En este marco, la familia se convierte en otro factor determinante de la decisión de emigrar, lo que obliga a adoptar una perspectiva de género en el análisis de los procesos migratorios. Por consiguiente, los temas de análisis que destacan en este contexto son los relacionados con la globalización, la división sexual del trabajo, las reformas del sector salud y los derechos humanos, y la salud sexual y reproductiva de los migrantes internacionales.

Sandra Huenchuan y Alejandro Morlachetti estudian la relación entre los derechos sociales y el envejecimiento en el artículo titulado, “Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina”, en el que presentan una sistematización de los análisis sobre derechos de los adultos mayores y de propuestas de definición ante la inexistencia de una convención sobre el tema. La etapa de la vejez supone riesgos específicos, que se traducen en desventajas desde el punto de vista social, cultural y económico. Si bien ha habido intentos de considerar la vejez en términos positivos, esta se caracteriza por ciertas carencias y pérdidas que deben ser reconocidas desde el punto de vista de la protección de los derechos. Los riesgos asociados a la vejez dicen relación con la pobreza y el acceso a la jubilación y pensión; la invisibilización de las personas mayores en la agenda del desarrollo; la discriminación de la población adulta mayor, y la fragilidad provocada por la falta de recursos que conduce a una pérdida de autonomía.

A partir de la propuesta de la CEPAL de adopción de un nuevo pacto de protección social, los autores se refirieron a las dimensiones del necesario consenso político en torno a los derechos sociales, que tiene una dimensión ética dada por los derechos humanos no solo desde una perspectiva moral, sino también de la obligatoriedad; una dimensión instrumental basada en leyes y políticas, y una dimensión de intervención, consistente en acciones sectoriales. La protección social en los países de América Latina y el Caribe se caracteriza actualmente por

estar desvinculada de los factores demográficos, entre otros el envejecimiento de la población. La propuesta de la CEPAL de desarrollo de un nuevo pacto de protección social incorpora el envejecimiento poblacional. La situación actual de las personas mayores, el aumento de las necesidades de cuidado, y las deficiencias de los sistemas de salud y protección social hacen necesaria la creación de un nuevo pilar para el sistema de protección social clásico, concretamente de servicios sociales que fortalezcan la autonomía de las personas mayores.

Los autores examinan una matriz de protección y garantía de los derechos sociales, basada en las dimensiones mencionadas, y señalan que en el caso de la región el Protocolo de San Salvador es vinculante en lo que respecta a los derechos de las personas de edad avanzada, pese a lo cual los organismos nacionales que trabajan con adultos mayores en la región no conocen los instrumentos. En el caso de la dimensión instrumental, los países comenzaron en 1986 a elaborar leyes y políticas para la protección de los derechos de los adultos mayores, que asignan un rol muy importante a la familia, sin considerar si estas cuentan con las condiciones adecuadas para desempeñarlo. En rigor, en los países existen leyes y políticas que no se aplican. En cuanto a las acciones sectoriales, se deben aplicar las herramientas que proporciona la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en relación con áreas tales como la seguridad económica, la salud y los entornos.

Huenchuan y Morlachetti concluyen indicando que algunos países de la región ofrecen un abanico más amplio de prestaciones, servicios y activos a la población de edad avanzada. Los ámbitos en los que se registran avances en términos de protección y garantía de los derechos económicos, sociales y culturales son relativamente reducidos, pero se empiezan a apreciar otros asuntos importantes para la agenda pública, como la promoción de condiciones para el empleo, el acceso a viviendas adecuadas a las necesidades en la vejez y servicios de apoyo domiciliario para atenuar la carga del cuidado que recae en las familias.



# Derechos sociales, deudas pendientes y necesidad de un nuevo pacto social

Martín Hopenhayn\*

## Resumen

Se presentan cuatro temas relacionados con el nuevo pacto de protección social: derechos sociales y ciudadanía, la asimetría entre derechos y políticas, el derecho a un nivel de vida adecuado frente a la pobreza y la desigualdad y, finalmente, la propuesta de la CEPAL sobre un pacto social basado en el enfoque de derechos. Se presta especial atención a la indivisibilidad de los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales. Las asimetrías entre derechos y políticas dan cuenta de factores estructurales que impiden la progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales. En cuanto al tema del derecho a un nivel de vida adecuado, se ha profundizado la brecha entre los avances en materia de derechos políticos y los correspondientes a los derechos económicos, sociales y culturales, por lo que las desigualdades en la distribución del ingreso deben comprenderse como una violación de los derechos humanos. La CEPAL ha propuesto un pacto de protección social tendiente al desarrollo y fomento de estrategias nacionales, regionales y globales. Estas últimas dicen relación con el financiamiento del desarrollo, al hacer un llamado a la solidaridad a nivel internacional. El pacto de protección social se refiere a estrategias que se pueden aplicar en forma interna, en dos áreas distintas: una estrategia nacional relativa a las políticas macroeconómicas y otra destinada a establecer pactos sólidos que garanticen la estabilidad política. La protección social actualmente está sustentada en los supuestos de un mercado de trabajo formal y una familia bien establecida, elementos que en la práctica no siempre están presentes, lo que hace que estos sistemas sean completamente excluyentes. En consecuencia, se requiere un nuevo contrato social para universalizar la protección social.

---

\* El contenido de este artículo se basa parcialmente en otros estudios del autor, como ser CEPAL (2006) y Machinea y Hopenhayn (2005).

## Abstract

### **Social rights, outstanding debts and the need for a new social covenant**

This study looks at four issues relating to the new social protection covenant: social rights and citizenship, the asymmetry between rights and policies, the right to a decent standard of living in the face of poverty and inequality and, lastly, the ECLAC proposal for a rights-based social covenant. Special attention is paid to the indivisibility of civil and political rights and economic, social and cultural rights. The asymmetries between rights and policies reflect structural factors that are obstacles to the progressiveness of economic, social and cultural rights. As regards the right to a decent standard of living, the gap between the advances in enforcing political rights and those relating to economic, social and cultural rights has deepened, and the inequalities in income distribution must therefore be understood as a violation of human rights. ECLAC has proposed a social protection covenant for the development and promotion of national, regional and global strategies. The latter are related to development financing, insofar as they make an appeal for international solidarity. The social protection covenant refers to strategies that can be applied domestically in two different areas: a national strategy relating to macroeconomic policies and another designed to establish solid covenants that guarantee political stability. Currently, social protection takes for granted the existence of a formal labour market and a well-established family, but since these elements are sometimes lacking, such systems are totally exclusionary. Consequently, a new social contract is needed to ensure universal social protection.

## Résumé

### **Droits sociaux, dettes en souffrance et nécessité d'un nouveau pacte social**

Cette étude concerne quatre thèmes associés au nouveau pacte de protection sociale : les droits sociaux et la citoyenneté, l'asymétrie entre les droits et les politiques, le droit à un niveau de vie adéquat dans un contexte de la pauvreté et d'inégalité et, finalement, la proposition de la CEPALC d'un Pacte social basé sur l'approche des droits. L'étude met l'accent sur l'indivisibilité des droits civils et politiques et les droits économiques socioculturels. Les asymétries entre droits et politiques rendent compte de facteurs structurels qui font obstacle à la progressivité des droits économiques sociaux et culturels. En ce qui concerne le thème du droit à un niveau de vie adéquat, on observe une différence plus marquée entre les progrès accomplis en matière de droits politiques et ceux correspondant aux droits économiques, sociaux et culturels; les inégalités de la répartition du revenu doivent donc être conçues comme une violation des droits humains. La CEPALC a proposé un pacte de protection sociale visant à favoriser le développement et l'application de stratégies nationales, régionales et mondiales, en ce qui concerne le financement du développement, pour lequel il est fait appel à la solidarité à l'échelon international. Le pacte de protection sociale concerne des stratégies qui peuvent être appliquées à l'échelon interne dans deux domaines différents : une stratégie nationale relative aux politiques macro-économiques et une autre visant à établir des pactes solides garantissant la stabilité politique. Actuellement, la protection sociale se base sur les hypothèses de marché du travail formel et d'une famille conventionnelle, éléments qui, dans la pratique, ne sont pas toujours présents, ce qui en fait des systèmes complètement excluants. Par voie de conséquence, un nouveau contrat social est indispensable afin de parvenir à une protection sociale universelle.

## I. Derechos sociales y ciudadanía

Las libertades básicas y la delegación de la voluntad de los individuos en sus representantes en el Estado son el objeto de los derechos civiles y políticos. Los derechos económicos, sociales y culturales buscan democratizar la ciudadanía social, vale decir, el acceso a los activos y prestaciones que ofrece la sociedad y el pleno reconocimiento de los distintos grupos que pertenecen a ella, con sus diferencias específicas.

Los derechos económicos, sociales y culturales expresan valores tales como la igualdad de oportunidades, la calidad de vida, la solidaridad y la no discriminación. En virtud de ellos, y dado que son derechos humanos universales, indivisibles e interdependientes de los civiles y políticos, las personas deberían disfrutar efectivamente del derecho al trabajo, a tener un nivel de vida adecuado, a la salud, la alimentación, la vivienda, la educación, la protección social, el reconocimiento étnico y de la identidad cultural, y otros. De lo contrario, se encuentran en una situación de “preciudadanía” o de ciudadanía incompleta.

A diferencia de los derechos civiles y políticos, la realización de los derechos económicos, sociales y culturales plantea una relación normativa respecto de cómo se asignan los recursos colectivos. En la medida en que se reconoce el carácter imperativo de estos derechos, se otorga mayor urgencia y fuerza a la creación de mecanismos de distribución de activos que permitan avanzar hacia formas menos excluyentes de sociedad.

Por otra parte, los derechos económicos, sociales y culturales se vinculan estrechamente con los derechos civiles y políticos.<sup>1</sup> Porque mientras mayor sea el acceso de las personas a activos, prestaciones y reconocimiento, más posibilidades tendrán de participar en las instituciones políticas, de ejercer su libertad para emprender proyectos propios y de mejorar sus capacidades para el diálogo público y la participación en las asociaciones civiles y el intercambio cultural. A su vez, una mayor libertad de expresión y de asociación y una mayor igualdad en el ejercicio de los derechos políticos permite una presencia más significativa de los grupos excluidos en las decisiones que inciden en las políticas que favorecen su acceso al bienestar y al reconocimiento.

El desarrollo orientado por los derechos humanos supone que la articulación entre Estado y sociedad se inspira en un contrato ético de ciudadanía, en virtud del cual el pleno reconocimiento de los derechos de las personas obedece a un pacto entre una amplia gama de actores de ambos. El contrato se basaría en que el desarrollo busca compatibilizar lo que no siempre va de la mano con los hechos: el pleno ejercicio de las libertades individuales; el acceso al bienestar

---

<sup>1</sup> Esta interdependencia queda de manifiesto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966.

con formas representativas y eficaces de arbitrar conflictos, aplicar políticas y distribuir poderes; un crecimiento económico con una estructura distributiva y de provisión de servicios que optimice, conforme al grado de recursos socialmente producidos, la satisfacción de las necesidades básicas de toda la población; una democracia política en que se respete plenamente la diversidad cultural, plasmada en instituciones idóneas que permitan el reconocimiento de las distintas identidades colectivas e impidan toda forma de discriminación.

Según Norberto Bobbio, “la razón de ser de los derechos sociales como la educación, el derecho al trabajo, el derecho a la salud, es una razón igualitaria” puesto que “tienden a hacer menos grande la desigualdad entre quienes tienen y quienes no tienen, o a poner un número de individuos siempre mayor en condiciones de ser menos desiguales respecto a individuos más afortunados por nacimiento o condición social” (Bobbio, 1995, p. 151). El desarrollo orientado por derechos “de primera y segunda generación” se nutre de una decisión compartida de vivir entre iguales. Según Rawls, esto implicaría que la eficacia económica debe subordinarse a un metavalor de justicia política, lo cual significa iguales libertades e igualdad de oportunidades (Rawls, 1971).

Con los derechos económicos, sociales y culturales se aspira, por una parte, a recobrar o redinamizar la igualdad, entendida sobre todo como la inclusión de los excluidos, sin que ello conduzca a la homogeneidad cultural, a una mayor concentración del poder político o a la uniformidad en los gustos y estilos de vida; por la otra, a apoyar y promover la diferencia, concebida como diversidad cultural, pluralismo en los valores y mayor autonomía de los sujetos, pero sin que ello signifique justificar la desigualdad o la no inclusión de los excluidos. La integración sin subordinación pasaría por el doble eje de los derechos sociales y de los culturales, en el sentido de que una mejor distribución de los activos materiales va de la mano con el acceso más igualitario a los activos simbólicos —información, comunicación y conocimiento—, todo esto con una presencia más equitativa de los numerosos actores socioculturales en el debate público y con un pluralismo cultural encarnado en normas e instituciones.

La titularidad de los derechos sociales, entendida como el acceso universal a un umbral determinado de prestaciones e ingresos que asegure la satisfacción de las necesidades básicas, constituye la definición misma de ciudadanía social, tal como lo propuso originalmente T.H. Marshall (Marshall, 1950). Según este autor, la ciudadanía social “abarca tanto el derecho a un modicum de bienestar económico y seguridad, como a tomar parte en el conjunto de la herencia social y vivir la vida de un ser civilizado, de acuerdo con los estándares prevalecientes en la sociedad” (Gordon, 2003, p. 9). En este contexto, la protección social surge como consecuencia de un derecho básico de pertenencia a la sociedad, vale decir, de participación e inclusión, que se traduce en poder disfrutar de un horizonte mínimo de garantías acorde con el nivel promedio de progreso y bienestar de una sociedad.

Sin embargo, el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales plantea problemas que no se presentan en el caso de los derechos civiles y políticos, pues el tránsito del de jure al de facto exige disponibilidad de recursos, un contrato social base para el reparto de excedentes, una reflexión especial sobre cómo los distintos actores sociales y culturales entienden el logro de estos derechos y que la sociedad sea capaz de organizarse para demandar su plena realización. Surgen de inmediato varios dilemas nada fáciles de resolver. ¿Quién decide y cómo se decide qué prestaciones de salud y educación satisfacen plenamente este derecho social, dado que las sociedades son dinámicas y la salud varía de acuerdo con los perfiles demográficos y epidemiológicos, mientras que la educación eleva el umbral mínimo requerido para participar en mejores condiciones en el mundo productivo? ¿Qué es más importante como indicador de los derechos sociales: la reducción de la mortalidad infantil o de la pobreza, el aumento de las expectativas de vida de la sociedad o la mejor distribución del ingreso? ¿Cómo garantizar el derecho al trabajo y al sistema de protección asociado al trabajo, fundamento del Estado de bienestar moderno, en una estructura productiva que funciona reduciendo el número de empleados de planta de las empresas, en una economía inestable que se contrae y expande a ritmos acelerados, o cuando existe una tendencia histórica a disociar el incremento de la productividad de la expansión del empleo?

## **II. Problemas relacionados con el criterio de exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales**

**D**e acuerdo con lo planteado en el párrafo precedente, no es fácil determinar la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Si bien es cierto que en teoría los derechos son indivisibles, vale decir que no hay derechos “prioritarios” ni se prescribe un proceso por etapas para avanzar desde los civiles y políticos a los económicos, sociales y culturales, para garantizar el respeto de los primeros se requiere solamente de instituciones y leyes apropiadas. Los segundos, en cambio, involucran prestaciones y recursos, y por lo tanto su materialización depende no solo de la forma de distribuirlos, sino también de su disponibilidad. Además, como los derechos sociales implican políticas universales y no una desagregación individual, hay un problema de consistencia entre el ámbito individual de la exigibilidad y la esfera colectiva del reparto.

En América Latina y el Caribe, la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales choca con una situación secular caracterizada por grandes desigualdades, altos niveles de pobreza, un crecimiento económico moderado

y un ingreso per cápita comparativamente bajo. Asegurar el cumplimiento del “derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso a alimentación, vestido y vivienda adecuados y a una mejoría continua de las condiciones de existencia”<sup>2</sup> escapa, entonces, en gran medida a la buena voluntad de los gobernantes y depende cada vez más de factores que incluso trascienden los límites territoriales del Estado nación. Pero por otra parte, ¿cuánta desigualdad es tolerable en un proceso de desarrollo centrado en los derechos humanos si hasta cierto punto es esta desigualdad y no el bajo ingreso promedio de la sociedad lo que impide avanzar en la universalidad y exigibilidad de los derechos?

Existen numerosos argumentos en favor y en contra de la exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Para algunos, son exigibles en cuanto se trata del acceso a bienes o servicios necesarios para materializar la dignidad, la autonomía y la libertad de las personas, y de precondiciones para la participación democrática. En este contexto, la única forma de no comprometerlos en el debate democrático y en el proceso político es situarlos bajo protección judicial (De Roux y Ramírez, 2004). Quienes se oponen a la idea de exigibilidad sostienen que estos derechos son muy indeterminados en cuanto a la medida de las prestaciones que derivan de ellos, con lo cual no se establece claramente la extensión de las obligaciones estatales y por lo tanto las decisiones al respecto dependerían más del proceso político y legislativo que de los jueces. También plantean que, contrariamente a lo que sucede en el caso de los derechos civiles y políticos, el ámbito judicial no es una buena vía para resolver las controversias relativas a los derechos sociales debido a la dificultad para identificar a los actores relevantes en relación con un problema específico y para dirimir entre intereses muy diversos en competencia (De Roux y Ramírez, 2004, p. 12).

Además, es necesario considerar que los resultados de una política pública orientada expresamente por los derechos económicos, sociales y culturales pueden ser distintos de lo esperado, y en este sentido cabe preguntarse hasta qué punto la política económica es responsable ante los reclamos por derechos incumplidos. En cierta medida, toda política económica altera la relación entre equilibrio y desequilibrio, y entre ganadores y perdedores. Las políticas tienen muchas consecuencias impredecibles y efectos muy diversos según si se evalúan a corto o a largo plazo. Así, por ejemplo, una transferencia de fondos para un programa asistencial producirá efectos a corto plazo, mientras que una reforma educacional lo hará a largo plazo, o asignar más recursos a la educación primaria que a la universitaria produce efectos graduales en materia de equidad, mientras que los del gasto en seguridad social tienden a ser regresivos en términos distributivos.

Por último, si los recursos son escasos, los derechos estarían inevitablemente sujetos a algún tipo de escala de prioridades. Esto no implica postergarlos, sino

---

<sup>2</sup> Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976.

graduar de manera progresiva su plena realización. Lo que hay que determinar es si debe partirse de “un mínimo viable” o de “un óptimo proyectable”, vale decir, del piso o del techo. El nivel mínimo garantizable universalmente se fija conforme al grado de desarrollo de la sociedad y se acuerda incrementarlo gradualmente: en eso consiste la progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales. En este contexto, la sociedad “debe ponerse de acuerdo en cuál es el mínimo, económicamente factible, que va a garantizar a todos sus miembros, y que, por comprender estándares y metas claras, es exigible y justiciable” (De Roux y Ramírez, 2004, p. 25). En cambio, el nivel óptimo se fija para imprimirle un carácter de obligatoriedad a la distribución de los recursos que se produzcan en el futuro. Vale decir, más que determinar un punto de partida, establece un itinerario. En ambos casos, junto a la progresividad de los derechos también se plantea la exigencia de no regresividad de los mismos, lo cual implica que el Estado debe procurar, mediante sus políticas y la canalización adecuada de los recursos, que los umbrales logrados en términos de realización de los derechos sean irreversibles.

### III. La asimetría entre derechos y políticas

**E**n el nuevo escenario de globalización, el concepto y la práctica de la ciudadanía han adquirido nuevos matices.<sup>3</sup> Por una parte, se difunde a escala planetaria un imaginario político centrado en los derechos humanos y sociales, el respeto de la diversidad cultural y la institucionalidad liberal democrática. Por la otra, sin embargo, la globalización comercial y financiera y la difusión muy desigual de las nuevas tecnologías en la economía real tornan cada vez más vulnerables a las economías nacionales, agudizan las desigualdades de productividad y de bienestar entre los países y al interior de ellos, producen inestabilidad en el trabajo, segmentan la capacidad de acceder a los empleos productivos y corroen la soberanía de los Estados y naciones, coartando así el ejercicio efectivo de la ciudadanía y la realización de los derechos sociales y económicos.

Se da, pues, un fuerte asincronismo en la evolución de los derechos civiles y políticos y de los derechos económicos, sociales y culturales. En el caso de los primeros, la recuperación del Estado de derecho en muchos países de América Latina y el Caribe marca una inflexión positiva. Prácticamente todos tienen hoy día gobernantes elegidos por votación popular, incluidos presidente, parlamentarios y alcaldes o gobernadores. La libertad de pensamiento, de expresión, de culto y de asociación se han hecho casi universales en la región. Sin embargo, existen problemas relacionados con la falta de idoneidad en la justicia, así como problemas graves de corrupción pública y de falta de participación efectiva de la

<sup>3</sup> Véase Hopenhayn (2005).

gente en los espacios de deliberación y representación política, y todavía subsisten prácticas discriminatorias por adscripción. Todo esto limita en forma apreciable la consolidación de una democracia dotada de instituciones transparentes e idóneas, de una cultura democrática extendida y de mecanismos deliberativos que realmente permitan que la voluntad de los actores se traduzca en políticas que incidan en la orientación del proceso de desarrollo. Los avances logrados por los países en esta triple dirección son variados y se requiere de acciones serias y eficaces que formen parte de la agenda pendiente. Más aún, avanzar en estas tres líneas tendría efectos positivos en la creación de las condiciones institucionales necesarias para lograr una mayor inclusión social, contribuyendo con ello a la plena titularidad de los derechos económicos, sociales y culturales.

La evolución de los derechos económicos, sociales y culturales es aún más contradictoria. Hay indicadores de “onda larga” que destacan por su trayectoria positiva en el tiempo. Es interesante observar que, de 1960 a la fecha, los países de la región y los que pertenecen a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) revelan una tendencia convergente en materia de expectativas de vida al nacer, mortalidad infantil, acceso a los servicios básicos —agua y saneamiento— y cobertura de la educación básica. Así, por ejemplo, en 1960 la esperanza de vida alcanzó un promedio de 56 años de edad en América Latina y de 70 años en la OCDE, pero en 2004 la brecha entre ambas regiones había disminuido a un promedio de 73 y 79 años de edad, respectivamente. A su vez, en 1960 la mortalidad infantil fue del 35 por mil en los países europeos y del 101 por mil en los latinoamericanos, índice que en 2004 ascendió al 4 por mil y al 25 por mil, respectivamente. En materia de acceso a agua potable y saneamiento, en la OCDE se aproximaba al 100% tanto en 1990 como en 2002, mientras que en América Latina aumentó del 68,8% al 75,2% en el mismo período. Y en lo que toca a la educación secundaria, la diferencia que en 1991 era de 53 puntos porcentuales entre el 83,3% de la OCDE y el 30% de América Latina, en 2003 se redujo al 29,5%, con un 93,6% y un 64,1%, respectivamente (CEPAL, 2007).

Sin embargo, entre ambas regiones hay una tendencia divergente en indicadores tales como el PIB per cápita, la incidencia de la pobreza y de la extrema pobreza y la productividad laboral, con un claro rezago para América Latina y el Caribe. Por ejemplo, de 1975 a 1994 el PIB per cápita promedio de los países de la OCDE —medido en dólares de 2000— aumentó de 15.000 a 25.000 dólares, mientras que en los países latinoamericanos se mantuvo estancado en torno a los 5.000 dólares, o a los 7.000 u 8.000 dólares (CEPAL, 2007).

En relación con los derechos económicos, sociales y culturales, más que el crecimiento insuficiente, el punto crítico en América Latina es la mala distribución del ingreso y la brecha creciente en el acceso a los activos, sobre todo productivos, marcada por el nivel socioeconómico, la distribución espacial y las diferencias de género y de etnia. Al respecto, existen elementos relacionados con la sociedad y la

política que son decisivos para avanzar en la universalización de estos derechos, como ser la distribución desigual que puede reflejarse en la estructura impositiva, la orientación y magnitud del gasto público social y la regulación capital-trabajo; la posibilidad que tienen los gobiernos de mitigar el costo social mediante políticas contracíclicas orientadas a combatir la volatilidad económica; la gestión eficaz para optimizar los efectos de programas y políticas en pro de los grupos rezagados; limitar la especulación y la “depredación” financieras; aplicar políticas fuertemente antidiscriminatorias para revertir las desigualdades por adscripción y otras medidas.

#### **IV. El derecho a un nivel de vida adecuado frente a la pobreza y la desigualdad: un diagnóstico crítico de América Latina y el Caribe**

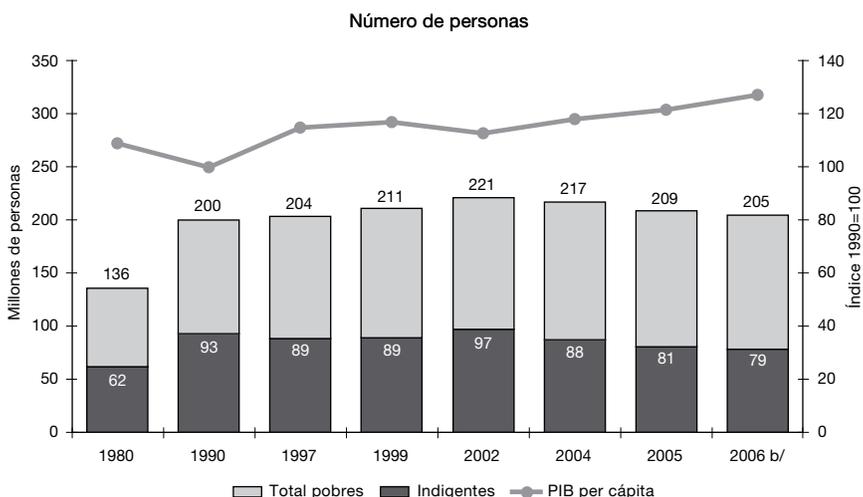
**E**l derecho a un nivel de vida adecuado supone que el crecimiento se traduzca en reducción de la pobreza y de la brecha en el acceso a los activos y prestaciones. En América Latina esta dinámica no parece cumplirse tal como lo prescribe el derecho, al menos desde una perspectiva sistémica. El gráfico 1 resulta ilustrativo al respecto, pues muestra la disociación que se produjo en los últimos años entre el aumento del PIB y del número de pobres, en parte, debido al crecimiento demográfico. Esta tendencia al aumento del número de pobres e indigentes recién comienza a revertirse de manera incipiente a partir de 2004. Por otra parte, el porcentaje de pobres disminuyó en una proporción mucho menor que el incremento del PIB.<sup>4</sup>

De esta manera, en sociedades altamente inequitativas como las nuestras se plantean deudas fuertes y urgentes cuando se considera que los derechos humanos, incluidos los sociales, son la base ética orientadora del desarrollo y, sobre todo, si se piensa que gran parte de la pobreza existente en ellas podría evitarse dado su nivel de desarrollo en términos del PIB por habitante. Esto se debe especialmente a la desigualdad que acompaña desde larga data a las sociedades de la región, sintetizada en estructuras económicas, sociales, de género y étnicas altamente segmentadas.

Tal vez la señal más elocuente del problema de inequidad que predomina en América Latina y el Caribe es la mala distribución del ingreso, que es la más desigual de todas las regiones del mundo. En efecto, esta queda en evidencia

<sup>4</sup> De acuerdo con datos más recientes de la CEPAL, basados en proyecciones, en 2005 y 2006 se produjo un leve repunte —aunque todavía incierto— del crecimiento económico y una disminución de la pobreza y la extrema pobreza, tanto en porcentajes como en número de personas.

Gráfico 1  
**AMÉRICA LATINA (19 PAÍSES): POBREZA,<sup>a</sup> INDIGENCIA  
 Y CRECIMIENTO DEL PIB, 1990-2006**



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama social de América Latina, 2004*.

<sup>a</sup> Incluye a la población indigente.

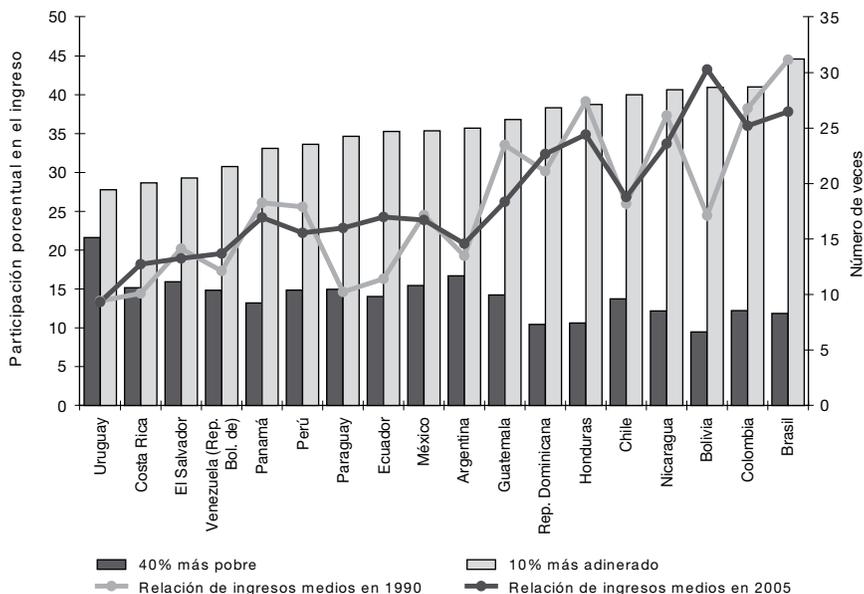
<sup>b</sup> Proyecciones.

al comparar la reducida participación en el ingreso del 40% más pobre con la del decil más adinerado y cuando se observa que de 1990 a 2005, la relación de ingresos medios mejora en algunos países pero empeora en otros, con lo cual en la región se ha mantenido en promedio una rigidez distributiva sorprendente (véase el gráfico 2).

Pero la mala distribución del ingreso es, al mismo tiempo, causa y efecto de otras desigualdades, tales como las que se generan en la educación y el empleo o las que se reproducen intergeneracionalmente por adscripción étnica y de género, por distribución espacial y por dependencia demográfica (Machinea y Hopenhayn, 2005). De hecho, la distribución del ingreso per cápita de los hogares refleja claramente la desigualdad con que se distribuyen la educación, el conocimiento, el patrimonio y el acceso al empleo y al financiamiento en la población de los países de la región.

Además, en una sociedad inequitativa desde el punto de vista económico y político tienden a crearse instituciones económicas y sociales que defienden los privilegios de aquellos con mayor influencia (Machinea y Hopenhayn, 2005). Como se señaló en el acápite anterior, existe una relación entre poder y privilegios

Gráfico 2  
**AMÉRICA LATINA: PARTICIPACIÓN DE LOS HOGARES EN EL INGRESO TOTAL SEGÚN DECILES DE INGRESO ALREDEDOR DE 2005 Y RELACIÓN DE INGRESOS MEDIOS ENTRE AMBOS, 1990-2005**

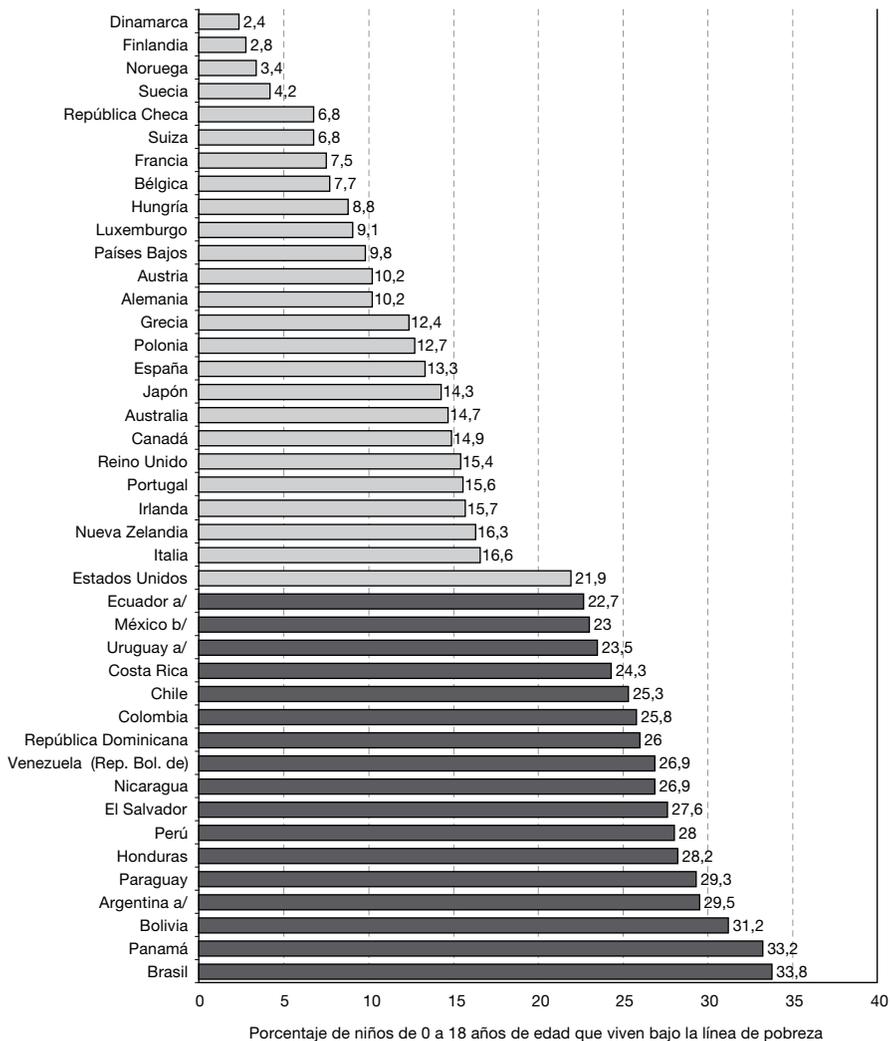


**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países, y Banco Mundial, World Development Indicators [base de datos en línea].

que posibilita que los excluidos lo sean doblemente por falta de acceso a los recursos y activos y falta de poder para incidir socialmente en la redistribución de los primeros.

La desigualdad distributiva atenta contra los derechos en más de un sentido. Primero, porque a partir de un determinado nivel económico de la sociedad es éticamente impugnado que un gran contingente de personas no pueda alcanzar una calidad de vida decente y ejercer sus legítimos derechos. El ejemplo más elocuente al respecto es que la brecha distributiva puede marcar la mayor o menor posibilidad de sobrevivir en los primeros años de la infancia, vale decir, que la concentración de la riqueza segmenta implícitamente el pleno derecho a la vida, que es el primero de los derechos. Más significativo aun es el hecho de que la mala distribución del ingreso lleva a que en la región haya países donde existen altos niveles de subnutrición, desnutrición global y desnutrición aguda —sobre todo en la población en extrema pobreza, en la perteneciente a minorías étnicas

Gráfico 3  
**AMÉRICA LATINA (17 PAÍSES) Y OCDE (25 PAÍSES): INCIDENCIA DE LA POBREZA EN LOS NIÑOS, ALREDEDOR DE 2000**



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países, e Innocenti Research Centre, "Child Poverty in Rich Countries 2005", Report Card N° 6.

<sup>a</sup> Zonas urbanas.

<sup>b</sup> Aunque este país forma parte de la OCDE, se considera parte del grupo latinoamericano.

y en la asentada en zonas rurales—, en circunstancias en que en ella se producen suficientes alimentos como para garantizar que hasta tres veces su población reciba una dieta adecuada.

En el gráfico 3 se compara la pobreza relativa de los niños y niñas de los países latinoamericanos y de la OCDE.<sup>5</sup> Los resultados confirman en qué medida la mala distribución del ingreso en los primeros, comparado con los segundos, se traduce en una mayor pobreza relativa de los niños y niñas de América Latina y el Caribe. En efecto, en todos los casos, sin excepción, la pobreza relativa que afecta a la infancia es mayor en los 17 países latinoamericanos que en los 23 países de la OCDE. Mientras en estos últimos del 2% al 17% de los menores de 18 años de edad viven en la pobreza —con ingresos inferiores al 50% del promedio de la sociedad—, en los países latinoamericanos este porcentaje varía entre el 22% y el 34% y se eleva a un total cercano a los 52.000.000 de niños pobres o un 28,5% del total. En resumen, estas cifras revelan que, en América Latina, una proporción absolutamente excesiva de niños y niñas carece de acceso a los derechos contemplados en la Convención sobre los Derechos del Niño, y tampoco accederá al derecho al bienestar en su vida adulta debido a que la injusta estructura distributiva no lo permite.

## V. Hacia un pacto social basado en el enfoque de derechos

**E**l concepto de protección social basado en los derechos humanos se inscribe en la noción de ciudadanía social planteada en el primer apartado de este artículo. En otras palabras, estar protegido contra los riesgos evitables relacionados con la pobreza, la salud y la vejez tiene que ver con el hecho de pertenecer efectivamente a una sociedad cuyo desarrollo se fundamenta en un enfoque de derechos (CEPAL, 2006).

En este contexto, las políticas sociales deben orientarse a subsanar la indefensión de la sociedad y a mitigar las inseguridades que aumentan la sensación de vulnerabilidad entre sus miembros. Para esos efectos se requieren medidas anticipatorias y correctivas tales como inversión social para fortalecer el capital humano y social, un sistema de seguridad social asociado al trabajo o redes de protección paliativas a falta de este.

La puesta en marcha de un sistema integral de protección social como el que se plantea en el párrafo anterior no puede sustraerse a las tensiones existentes entre derechos, recursos, patrones distributivos y diseños institucionales. Como se dijo, no existen soluciones universales y en cada caso el contenido real de los derechos

<sup>5</sup> Basado en CEPAL/UNICEF (2005).

sociales debe contemplar cuántos recursos hay disponibles para su distribución y la forma de aumentarlos.

Para respaldar todo esto se requiere un acuerdo o pacto social mediante el cual se institucionalice el compromiso de todos los actores con un proyecto compartido de sociedad al que se aspira. El pacto o contrato es necesario debido a la envergadura de la tarea —innovaciones institucionales, magnitud y asignación de los recursos y forma en que la solidaridad se plasma en transferencias efectivas— y a los intereses que puede afectar. Además, permite poner en marcha las políticas de Estado y darles continuidad. En otras palabras, el pacto es un instrumento político para mantener las políticas sociales a mediano y largo plazos, asignar el gasto social a las medidas de mayor efecto distributivo y asegurar los recursos fiscales necesarios para financiar los programas en el tiempo.

Un pacto social tiene aspectos sustantivos y metodológicos. Los primeros se refieren al contenido e involucran pisos mínimos, formas concretas de solidaridad y transferencias, progresividad en la cobertura y calidad de las prestaciones y ampliación del acceso a ellas. Entre los aspectos metodológicos se cuentan cómo convocar al pacto, quiénes participan, cuáles son los procedimientos de deliberación y representación, cómo se fiscalizan los acuerdos y se comprueba su aplicación y de qué manera desempeña el Estado su papel regulador.

Aunque un pacto o acuerdo de protección social centrado en la titularidad universal de los derechos sociales parte de la base de que sus beneficiarios por definición son los ciudadanos, también se requiere determinar cuáles y cuántos de esos derechos deben garantizarse para toda la sociedad, teniendo como referencia el grado de progreso histórico que esta haya alcanzado y los riesgos que enfrenta la ciudadanía. Esto implica crear consenso entre todos los actores para convenir los mecanismos de transferencia en que se plasma el principio de solidaridad social, expresado en la distribución de recursos materiales y financieros, de acceso a la salud y la educación, de riesgos y oportunidades, y otros, entre generaciones y al interior de estas.

El contenido de un pacto o contrato social basado en los derechos no se puede generalizar a todos los países y situaciones, pues la universalidad de los derechos debe traducirse a los estándares de realización que históricamente se consideran adecuados y viables. Por este motivo, el pacto establece al mismo tiempo contenidos y umbrales mínimos, así como ritmos de expansión en el tiempo.

A modo tentativo, quisiera finalizar este artículo señalando algunos elementos que podrían servir de base de negociación para construir un pacto como el descrito:<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Basado en CEPAL (2006).

- Piso de protección social al cual deben tener acceso todos los miembros de la sociedad por el hecho de ser ciudadanos.
- Ritmo de expansión de ese piso y secuencia de ampliación de las esferas de protección y provisión.
- Formas concretas de solidaridad con mecanismos establecidos de transferencia de activos a pasivos, de grupos de mayores ingresos a grupos de menores ingresos, de población más protegida a población más vulnerable.
- Una institucionalidad social con suficiente autoridad y legitimidad para aplicar las políticas del caso.
- Formas establecidas de regulación que debe hacer cumplir el Estado y que permitan garantizar el ejercicio de las formas de solidaridad, sea mediante una organización idónea público-privada para financiar las prestaciones y la provisión de servicios, o combinando aportes individuales y retribuciones públicas, carga y estructura tributaria y distribución de costos y beneficios de las reformas laborales.
- Un esquema progresivo, tanto en materia de gasto social como de carga tributaria, que a su vez vincule por la vía constitucional parte de la segunda con determinados aspectos del primero, a fin de producir efectos positivos en la universalización de la ciudadanía social.

## Bibliografía

- Bobbio, Norberto (1995), *Derecha e izquierda*, Madrid, Santillana-Taurus, cuarta edición.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2007), *La cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe* (LC/G.2335/Rev.1), Santiago de Chile, enero.
- (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile, febrero.
- (2004a), *Panorama social de América Latina, 2004* (LC/G.2259-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.148.
- (2004b), *Desarrollo productivo en economías abiertas* (LC/G.2234(SES.30/3)), Santiago de Chile.
- CEPAL/UNICEF (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2005), “La pobreza infantil en América Latina”, *Boletín Desafíos*, N° 1, Santiago de Chile, septiembre.
- De Roux, Carlos Vicente y J.C. Ramírez (2004), “Derechos económicos, sociales y culturales, política pública y justicia social”, *serie Estudios y perspectivas*, N° 4, Bogotá, D.C., Oficina de la CEPAL en Bogotá.
- Gordon, Sara (2003), “Ciudadanía y derechos: ¿criterios redistributivos?”, *serie Políticas sociales*, N° 70 (LC/L.1932-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para

América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.91.

Hopenhayn, Martín (2005), *América Latina: desigual y descentrada*, Buenos Aires, Grupo Editorial Norma.

Machinea, José Luis y Martín Hopenhayn (2005), “La esquivada equidad en el desarrollo latinoamericano: una visión estructural, una aproximación multifacética”, *serie Informes y estudios especiales*, N° 14 (LC/L.2414-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.158.

Marshall, T.H. (1950), *Citizenship and Social Class and Other Essays*, Cambridge, Cambridge University Press.

Rawls, John (1971), *A Theory of Justice*, Cambridge, The Belknap Press of Harvard University Press.

# **América Latina y el Caribe: una propuesta para abordar los temas de población, desarrollo y derechos humanos**

Marcela Ferrer Lues\* y Jorge Martínez Pizarro\*\*

## **Resumen**

Se expone una propuesta para abordar las intersecciones entre derechos humanos, población y desarrollo en la región. Se intenta conocer el grado de vinculación y conciliación entre los intereses sociales referidos a la dinámica y el estado de la población y los intereses individuales referidos a los aspectos que inciden en esa dinámica y estado. En esta intersección tienen injerencia al menos dos grupos de factores: los relacionados con el progreso científico y tecnológico, dados por el progreso biomédico, que tienen directa relación con los derechos en fecundidad y mortalidad, y los relacionados con los avances en el transporte y las comunicaciones, que se vinculan a los derechos en el tema de la movilidad de las personas. Conciliar los intereses colectivos e individuales es crucial para el Estado, en particular en las políticas destinadas a la superación de la pobreza. Tomando como referencia la propuesta metodológica de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, se propone que los derechos pueden vincularse al campo de la población y

---

\* Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.

\*\* Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

el desarrollo según su pertinencia constitutiva (habilitan a los seres humanos para tomar decisiones libres e informadas) o según su pertinencia instrumental (contribuyen a tomar decisiones libres e informadas). Esta perspectiva posibilita diseñar una estrategia para exigir el respeto de los derechos humanos en el campo de la población, aunque deberá discutirse el alcance que podrían tener los derechos con pertinencia instrumental. Como punto de inicio de la aplicación del enfoque de derechos en población, ello trae una serie de derivaciones éticas importantes. Hay que orientar los procesos de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en el campo de la población y el desarrollo considerando el cumplimiento y exigibilidad de los derechos; ampliar las fronteras de la investigación, reconociendo las intersecciones y sus complejidades y desplegando labores de fomento respecto de esos asuntos; enfrentar las demandas de protección de los derechos a la par de los avances de la tecnociencia, el transporte y las telecomunicaciones, así como las visiones del primer mundo en torno a la inmigración desde el sur. Entre las líneas de investigación, se cuentan la realización de catastros y registros de los derechos en población en los países de la región, la construcción de indicadores de derechos humanos en este ámbito y la necesidad de ampliar las miradas, incorporando destrezas y compromisos no tradicionales.

## Abstract

### **Latin America and the Caribbean: a proposal for addressing the issues of population, development and human rights**

A proposal is put forward for addressing the intersections between human rights, population and development in the region. An attempt is made to understand how social interests relating to the dynamics and status of the population tie in and may be reconciled with individual interests relating to issues that influence this dynamic and status. At this intersection, at least two groups of factors come into play: those relating to scientific and technological progress, resulting from biomedical progress, which bear a direct relationship to rights in the area of fertility and mortality, and those relating to advances in transport and communications, which are linked to rights to the mobility of persons. The State has a crucial role to play in reconciling collective and individual rights, in particular in policies for combating poverty. Taking as a point of reference, the methodology proposed by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, it is proposed that rights can be linked to the field of population and development based on their constituent relevance (they enable human beings to take free and informed decisions) or based on their instrumental relevance (they contribute to free and informed decision-making). From this perspective, it is possible to design a strategy for enforcing respect for human rights in the field of population, although the scope that rights with instrumental relevance may have must be the subject of discussion. As a starting point for the application of the rights approach to population, this has a series of important ethical implications. Steps must be taken: to guide public-policy formulation, implementation and evaluation in the field of population and development, bearing in mind the fulfilment and enforceability of rights; to expand research frontiers, recognizing intersections and complexities and deploying efforts to foster respect in these areas; to keep up with demands for rights protection in tandem with advances in techno-science, transport and telecommunications, as well as with the first world's visions regarding immigration from the south. Lines of research should include setting up land registers and records of rights concerning the population of countries of the region, the construction of human rights indicators in this area and the need to broaden the perspectives, incorporating non-traditional skills and commitments.

## Résumé

### **L'Amérique latine et les Caraïbes: propositions pour aborder les questions de population, de développement et des droits humains**

Dans cet article, les auteurs proposent d'aborder les intersections entre les droits humains, la population et le développement dans la région. Il s'agit de déterminer le degré de relation et de conciliation entre les intérêts sociaux portant sur la dynamique et la situation de la population et les intérêts individuels liés aux aspects qui ont une incidence sur cette dynamique et cette situation. Deux groupes de facteurs au moins interviennent dans cette intersection: les facteurs dérivant du progrès scientifique et technologique qui résulte du progrès biomédical et qui sont directement liés aux droits en matière de fécondité et de mortalité, et ceux qui résultent du progrès des transports et des communications et qui sont liés aux droits en matière de mobilité des personnes. Il est crucial, pour l'État, de concilier les intérêts collectifs et individuels, en particulier dans les politiques d'éradication de la pauvreté. Sur la base de la proposition méthodologique du Haut Commissariat des Nations Unies pour les droits de l'homme, les auteurs proposent que les droits puissent être associés au domaine de la population et du développement en fonction de leur pertinence constitutive (ils mettent les êtres humains en mesure de prendre des décisions libres et informées) ou en fonction de leur pertinence instrumentale (ils contribuent à prendre des décisions libres et informées). Il est possible, dans cette perspective, de mettre au point une stratégie pour exiger le respect des droits humains dans le domaine de la population, bien qu'il faille analyser les répercussions que pourraient avoir les droits à pertinence instrumentale. Comme point de départ de l'application de l'approche basée sur les droits en matière de population, cette perspective a entraîné une série de dérivations éthiques importantes. Il faut orienter le processus de formulation, d'implication et d'évaluation des politiques dans le domaine de la population et du développement en fonction du respect et de l'exigibilité des droits; élargir les frontières de la recherche, à la lumière des intersections et de leur complexité et dans le cadre d'un travail de promotion de ces thématiques; répondre aux demandes de protection des droits au même rythme que les progrès de la technoscience, de transport et des télécommunications, ainsi que des visions du premier monde à propos de l'immigration en provenance du sud. Des recherches pourraient être menées dans la réalisation de cadastres et de registres des droits en matière de population dans les pays de la région, l'élaboration d'un indicateur des droits humains dans ce domaine et la nécessité d'appliquer une vision plus vaste qui intègre les compétences et les engagements non traditionnels.

## I. Introducción

Aunque el imaginario colectivo alberga distintas visiones sobre el significado de los derechos humanos, referirse a ellos remite en gran medida a la labor de las Naciones Unidas en cuya Carta se establece que la Organización promoverá “el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”. Este fue el primer paso para definir un sistema internacional de protección de los derechos humanos y representa un gran logro de la humanidad.

Sin embargo, para nadie es novedad que la expresión práctica del sistema internacional de derechos humanos ha estado lejos de ser la ideal. La misma Organización reconoció que esta tarea estaba pendiente al cumplir 50 años de existencia. Por ello, en su Programa de Reforma definió como esfera prioritaria la ampliación de las actividades relacionadas con los derechos humanos “mediante la reorganización y reestructuración de la secretaría de derechos humanos e integración de los derechos humanos en todas las actividades y programas importantes de las Naciones Unidas” (Naciones Unidas, 1997). Desde entonces, los organismos de la Organización han desarrollado diversas estrategias para incorporar el enfoque de derechos humanos en sus actividades, y han realizado actividades de promoción para lograr que los gobiernos suscriban la legislación internacional de derechos humanos, la respeten e incorporen dicho enfoque en las políticas públicas. La aplicación del enfoque de derechos humanos a los fenómenos de población es una respuesta a este llamado, que en la región de América Latina y el Caribe es encabezada por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.

Existen antecedentes de larga data en los cuales se aplica este enfoque de derechos humanos a los fenómenos de población, tanto en el campo de población y desarrollo, como en el de derechos humanos. En el campo de la población y el desarrollo, en la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas en Bucarest (1974) se estableció que “la planificación de la familia es un derecho fundamental de todas las parejas e individuos”. Años más tarde, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994 se consagró la inclusión del enfoque de derechos humanos en los asuntos de población. En especial, se legitimó el concepto de derechos reproductivos y se estipuló que los derechos humanos reconocidos en la legislación internacional se aplican a todos los aspectos de los programas de población. El Programa de Acción de la Conferencia contiene un llamado a conciliar las tendencias de la población y el desarrollo sustentable, cautelando el respeto de los derechos humanos (Ferrer, 2005, pp. 48-52).

En el campo de los derechos humanos, la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán (1968) fue el primer foro mundial donde se

reconoció el derecho a la planificación familiar. Posteriormente, los asuntos de población y desarrollo siguieron siendo incorporados a diversos instrumentos de legislación internacional y tratados en varios foros internacionales, y el tratado internacional más reciente fue la convención internacional destinada a definir y proteger los derechos humanos de los migrantes internacionales.<sup>1</sup>

Si bien hace mucho tiempo que se reconocen las intersecciones entre población, desarrollo y derechos humanos, su comprensión y aplicación a las políticas públicas sigue siendo una enorme tarea, que no es ajena a la incorporación del enfoque de derechos en el marco del desarrollo con sus “encuentros y desencuentros” (Abramovich, 2004). Por citar el ejemplo más clásico, el abordaje de la planificación familiar desde los derechos humanos debe conciliar las tensiones entre individuo y Estado o individuo y sociedad, que se producen cuando los intereses sociales o del Estado entran en contradicción con los intereses individuales. Por ejemplo, la tensión entre la necesidad de conciliar el crecimiento de la población y el derecho de las mujeres o de las parejas a tomar decisiones libres e informadas respecto de su propia reproducción dista mucho de ser un asunto sencillo. Se trata de conciliar los intereses sociales orientados al bienestar del grupo (por ejemplo, una adecuada relación entre población y recursos o el poblamiento de áreas de baja densidad poblacional con fines de ejercer soberanía) con la primacía de los intereses individuales orientados a la autodeterminación de los individuos en tanto seres autónomos (como la decisión de tener o no tener hijos). En definitiva, el objetivo de conciliar principios macroéticos y microéticos impone retos y dilemas permanentes a quienes deben adoptar las decisiones en materia de política pública.

Las intersecciones entre población, desarrollo y derechos humanos se reconocieron primero en el campo de la fecundidad, luego en el de la mortalidad, principalmente en cuestiones como calidad de vida y derecho a la salud, acompañadas por el tema de la migración interna, principalmente del campo a la ciudad. Y más recientemente han cobrado importancia varios fenómenos sociodemográficos por su vinculación con situaciones de vulnerabilidad, directamente relacionadas con el desarrollo y los derechos humanos: el envejecimiento, la salud reproductiva, la equidad de género, la pobreza y los pueblos indígenas. En forma paralela, el interés por las relaciones de la migración internacional, el desarrollo y los derechos humanos ha aumentado considerablemente, sobre todo por los efectos de la globalización y la situación de vulnerabilidad, desprotección y discriminación que enfrentan muchos inmigrantes en los países desarrollados y en desarrollo. Pese a algunos avances, es necesario admitir que estas intersecciones no han sido abordadas con gran profundidad en América Latina y el Caribe, hecho que se

---

<sup>1</sup> Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1990, para entrada en vigor en 2003.

aprecia tanto en el ámbito académico y de las organizaciones internacionales, como en el terreno de las decisiones políticas.

Este documento explora una propuesta para abordar las intersecciones entre población, desarrollo y derechos humanos en América Latina y el Caribe. Se entiende por intersecciones los puntos de vinculación entre los comportamientos de carácter demográfico y los procesos de desarrollo, vistos desde una perspectiva de derechos. El trabajo está estructurado en cinco partes. En la primera se señala brevemente qué entendemos por “derechos humanos”, cuestión fundamental debido a los diversos significados que suelen asignarse a este concepto, en particular con respecto a los fenómenos de población. La segunda contiene reflexiones sobre las intersecciones de los fenómenos de población, desarrollo y derechos humanos, destacando la necesidad de conciliar variables macrosociales y microsociales. En la tercera parte se describen los avances de los organismos especializados de las Naciones Unidas en estos temas. En la cuarta se identifican los derechos humanos vinculados a las variables de población que han sido reconocidos en la legislación internacional. Finalmente, en la quinta parte se presenta un conjunto de sugerencias para el tratamiento de las intersecciones de población, desarrollo y derechos humanos en América Latina y el Caribe.

## II. La noción de derechos humanos

**A**doptar un enfoque de intersecciones de población, desarrollo y derechos humanos supone conciliar las tendencias de la población con el desarrollo y los derechos humanos según el principio de igualdad de los miembros de la “familia humana”. La noción de igualdad entre los seres humanos ha estado presente durante gran parte de la historia de la humanidad. Hasta el siglo XVII se plasmó en documentos de distintas religiones; los siglos XVIII y XIX dieron paso a las luchas laicas por los derechos humanos, iniciadas por la Revolución Francesa (PNUD, 2000). En esos años, ya se contaba con importantes documentos que definían y reivindicaban estos derechos.<sup>2</sup> Sin embargo, las declaraciones estadounidenses de 1776 y 1789, y la francesa de 1789 fueron especialmente importantes porque proclamaban con fuerza un nuevo concepto de “hombre” y sociedad (Cassese, 1993), si bien excluían a otros grupos humanos, como los esclavos en Estados Unidos y los campesinos, obreros y mujeres en la Francia posrevolucionaria (Muguerza, 2004). La creación de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) marcaron un hito tras el cual otros instrumentos se aplican a todos los seres humanos sin discriminación.

---

<sup>2</sup> Tal es el caso, en Inglaterra, de la Carta Magna de 1215 y de la Carta o Declaración de derechos de 1689.

La noción de derechos humanos contenida en esos instrumentos es laica, fruto del consenso entre seres humanos alcanzado en ciertas condiciones históricas, políticas, culturales y económicas que se vinculan a momentos y lugares determinados y por ello pueden estar sujetos a constante revisión y redefinición, incluida la creación de nuevos instrumentos.

Especialmente en los últimos años, la exigibilidad del respeto por los derechos humanos se ha convertido en algo corriente, tanto en virtud del movimiento de organizaciones de la sociedad civil como de la adopción de acuerdos nacionales e internacionales. Partidarios de distintas tendencias ideológicas utilizan los derechos humanos como herramienta política en el discurso, sea para promover o para rechazar una misma causa. Esto es recurrente, por ejemplo, en el caso del aborto inducido. Quienes defienden su legalización afirman que es una opción legítima basada en el derecho de las mujeres a la autonomía e integridad corporal y que esa legitimidad se acrecienta cuando un embarazo implica riesgo vital y se invoca el derecho de las mujeres a la vida. Quienes se oponen afirman que el aborto inducido niega el derecho a la vida del no nacido (Warren, 2002, citado en La Follete, 2002 y Singer, 2002, pp. 179-198). Si bien ambas posturas pueden ser justificadas desde la ética individual o de ciertos grupos, la comunidad internacional cuenta con un marco ético de consenso y con obligaciones claras de los Estados que lo han suscrito, como ocurre con la legislación internacional de derechos humanos. En el caso específico del aborto inducido, la legislación reconoce los derechos de los seres humanos pero no reconoce derecho alguno a los fetos o no natos.<sup>3</sup> Esto ilustra el carácter supranacional del consenso y la forma en que se han ido resolviendo los dilemas éticos.

Como reflejo de ese consenso, la legislación internacional de derechos humanos comprende una serie de instrumentos creados como respuesta a los atentados contra la paz y la humanidad ocurridos durante la Segunda Guerra Mundial,<sup>4</sup> que comenzó con la Carta de las Naciones Unidas de 1945 y derivó en una serie de instrumentos y de organismos que supervisan el cumplimiento de los acuerdos (Naciones Unidas, 1991a). Los instrumentos internacionales de

---

<sup>3</sup> La Convención Americana de Derechos Humanos, conocida como Pacto de San José de Costa Rica establece la protección de la vida, en general, desde el momento de la concepción (artículo 4). Sin embargo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos señaló en la causa de Baby Boy en Estados Unidos que el término “en general” matiza la protección de la vida desde el momento de la concepción, concluyendo que la Convención no requiere que los Estados prohíban el aborto. Véase Katzive y Rahman (2000).

<sup>4</sup> Esta no fue la primera vez que se trató de desarrollar una protección universal de los derechos humanos. Cassese (1993) señala dos intentos previos: el primero en 1919, en ocasión de la redacción del Pacto de la Sociedad de las Naciones, donde Japón solicitó que se incluyera una disposición que asegurara un trato igual y justo a todos los extranjeros que tuvieran la ciudadanía de un Estado miembro de la Sociedad; el segundo en 1933, en el reclamo de discriminación racial que efectuó un ciudadano alemán de origen hebreo al Consejo de la Sociedad de Naciones. Ambos intentos fracasaron.

derechos humanos más importantes son los siete tratados, pactos o convenciones, que corresponden a acuerdos jurídicamente obligatorios entre Estados: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966); Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965); Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979); Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (1984); Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y sus Familiares (1990).

Como se sostiene más adelante, estos instrumentos establecen derechos humanos que se vinculan con los fenómenos de población. Además, las Naciones Unidas han realizado varias conferencias internacionales relevantes para los derechos humanos y los fenómenos de población y desarrollo, ya sea porque tratan específicamente el tema de derechos humanos o porque abordan temas particulares de población desde una perspectiva de derechos. Tienen especial importancia la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán (1968); la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994); la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (1993); la Conferencia sobre la Mujer de Beijing (1995); la Declaración del Milenio (2000) y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002). Si bien estas conferencias no son vinculantes, los Estados han suscrito compromisos específicos en materia de población, desarrollo y derechos humanos, los cuales pueden ser exigibles, abren campos para demandas específicas y sugieren elementos para el diseño de políticas. Un ejemplo conocido es la labor de las organizaciones de mujeres destinada a vigilar los acuerdos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Beijing, en materia de derechos en salud sexual y reproductiva.<sup>5</sup>

En síntesis, remitirse a hablar de las intersecciones de población, desarrollo y derechos humanos supone conciliar las tendencias de la población con el desarrollo y los derechos humanos. Como se expresa previamente, si bien la noción de derechos humanos se emplea con múltiples significados, la comunidad internacional tiene un marco ético de consenso que identifica un conjunto de derechos plasmados en la legislación internacional sobre la materia y que implica una serie de obligaciones para los Estados signatarios. La constante revisión y redefinición de estos instrumentos, permite inferir que algunas “exigencias morales” pueden transformarse en derechos humanos, como lo demuestran las continuas actividades de promoción realizadas por diversos actores. Más allá de los derechos humanos, que han sido reconocidos y por lo tanto pueden, ser exigibles, en el siguiente

---

<sup>5</sup> Véase, por ejemplo, ATENEA (2003).

apartado se aborda el desarrollo de un enfoque basado en las intersecciones de la población, el desarrollo y los derechos humanos que supone conciliar factores situados en los niveles macrosocial y microsocioal.

### **III. Intersecciones de población, desarrollo y derechos humanos: conciliar variables macrosociales y microsociales**

**E**l análisis de las intersecciones de los fenómenos de población, el desarrollo y los derechos humanos supone hallar puntos de encuentro entre la dinámica y el estado de los tres y remite al intento de conciliar la perspectiva macrosocial de las tendencias de las variables demográficas, el tamaño de la población y su distribución etaria, o los ritmos de crecimiento de la población, y su relación con los recursos disponibles y su sustentabilidad, con una perspectiva microsocioal que pone énfasis en el individuo y su relación con el Estado por sobre cualquier consideración. En la medida en que las tendencias demográficas son, en última instancia, resultado de comportamientos individuales que responden a una particular inserción social, histórica, económica, cultural y comunitaria, la intersección busca conciliar los intereses sociales referidos a la dinámica y estado de la población, con los intereses individuales referidos a los aspectos que inciden en esta dinámica y estado, y que se expresan en los comportamientos reproductivos, de morbilidad y de movilidad espacial de las personas y familias.

Conciliar los intereses sociales e individuales referidos a la dinámica y el estado de la población no es tarea fácil. Alude a cuestiones cruciales de la vida de todas las personas: dónde vivir y cuándo trasladarse de un lugar a otro; tener hijos o no tenerlos; cuántos hijos tener y en qué momento; cuándo y cómo morir. Este último aspecto cada vez cobra más importancia, dado el avance científico y las posibilidades de mantener la vida de una persona por medios artificiales, lo cual, a su vez, plantea el problema de los esfuerzos terapéuticos, muchas veces enconados, y de la necesidad de establecer límites humanos al progreso científico. En otras palabras, con la necesidad de dar respuesta a dilemas instalados por la tecnociencia, pero que no pueden ser resueltos por ella, surgió, a finales del decenio de 1970, la bioética.

Estas situaciones, trascendentales para la vida de cada persona, a su vez se corresponden con preguntas trascendentales para los Estados: la relación entre población y recursos, o cómo satisfacer las demandas de una población que crece sostenidamente y, en algunos países en desarrollo, a ritmos muy superiores a los que sus gobiernos desearían. En el otro polo, algunos países desarrollados

—principalmente europeos— crecen a ritmo tan bajo que su propia supervivencia estaría amenazada si no contaran con la inmigración internacional, pese al rechazo que genera la déada migración-irregularidad. Ni las esterilizaciones forzadas, ni la prohibición de todo método anticonceptivo, ni las deportaciones masivas de inmigrantes irregulares son alternativas de solución pues todas implican la violación de varios derechos humanos.

¿Qué factores se pueden reconocer en las intersecciones de población, desarrollo y derechos humanos? ¿En qué condiciones se profundizan o se hacen complejas estas intersecciones y generan nuevas demandas? Sin duda, el progreso científico y tecnológico, especialmente en el campo biomédico, es un aspecto central; basta recordar los avances sanitarios en la transición demográfica, que impulsaron una simultánea transición epidemiológica, y que han dado sentido al vínculo entre población, desarrollo y derecho a la salud. También cabe mencionar que el derecho a decidir la cantidad de hijos y el espaciamiento entre ellos, hoy rotulados como “derechos reproductivos”, fue reconocido por primera vez en 1968, pocos años después de la aparición y comercialización de la píldora anticonceptiva. Transcurridos 40 años, el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida agrega una nueva dimensión a los derechos reproductivos, especialmente cuando esta práctica se instala como recurso efectivo para las mujeres o parejas con problemas de fertilidad. El panorama es complejo, porque el desarrollo de la tecnociencia está afectado por condicionantes religiosas, culturales y económicas, que a su vez inciden en el acceso de las personas a los avances tecnocientíficos y que pueden limitar su propia capacidad de elegir, es decir, su autonomía.

No sólo los avances tecnocientíficos en el campo biomédico son centrales en las intersecciones de población, desarrollo y derechos humanos, los avances en el transporte y las comunicaciones internacionales —que han tenido aumentos sin precedentes— inciden con fuerza en el crecimiento sostenido de la migración internacional. Cientos de miles de personas, provenientes en su mayoría de países en desarrollo, viven en países desarrollados en condiciones de extrema vulnerabilidad. El tema es motivo de controversia, puesto que instala en la agenda pública cuestiones diversas, e incluso contradictorias: la demanda por la fuerza de trabajo frente a la demanda de integración social y cultural de los inmigrantes; el respeto a la diversidad cultural y el reconocimiento de las diferencias. También en este caso, integrar estos temas desde un enfoque de derechos humanos supone conciliar intereses sociales, asociados al bienestar del grupo, con intereses individuales, orientados a la autodeterminación de las personas como seres autónomos. Independientemente de las intenciones, las decisiones de política pública afectan, en última instancia, a las personas y sus proyectos de vida individuales y familiares. Un enfoque basado en los derechos humanos obliga a considerar también esta dimensión.

Conciliar los intereses sociales de la dinámica demográfica con los intereses individuales que se le relacionan, es una tarea crucial que el Estado debe asumir. En

lo esencial, se debe determinar cómo conciliar el tamaño, distribución y crecimiento de la población con los recursos y medios disponibles para atender las demandas de esa misma población en materia de servicios, principalmente sanitarios, de empleo, educación, previsión social, vivienda, infraestructura urbana u ocupación de zonas de interés estratégico, al tiempo que cautela el respeto a las personas y sus proyectos de vida. El asunto es más complejo aún si se considera el problema crucial de la pobreza: son conocidas las interrelaciones de la dinámica demográfica con una mayor fecundidad y de una mayor mortalidad materna e infantil con la reproducción de la pobreza. El interés que manifiestan todos los gobiernos en reducir la pobreza, ya expresado en la Declaración del Milenio, debería ser incorporado a políticas que modifiquen la dinámica demográfica —mediante una menor fecundidad, dado su potencial para superar la pobreza—, pero que a la vez respeten los derechos de los seres humanos que viven en condiciones de pobreza y les permitan ejercer otros derechos. No es una cuestión sencilla pues implica brindar información y medios a mujeres y hombres pobres para que decidan sobre su reproducción de manera autónoma, lo que bien podría desembocar en una alta fecundidad. ¿Significa esto que respetar los derechos reproductivos de las personas pobres representa una amenaza para superar la pobreza? La respuesta es afirmativa en el plano de la reflexión teórica, independientemente del grado que se atribuya a esta amenaza. Sin embargo, los datos de la región indican que las mujeres pobres tienen mayor fecundidad no deseada y mayor demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos que las mujeres no pobres (CEPAL, 2005). En la mayoría de los casos, la alta fecundidad de las mujeres pobres se debe a falta de información y de medios para regularla, lo que legitima la aplicación del enfoque de derechos humanos en materia de fecundidad en el marco de las políticas para superar la pobreza.

En las poblaciones indígenas hay una situación similar, con altos niveles de fecundidad, los cuales disminuyen al aumentar el nivel de educación al igual que ocurre con las mujeres no indígenas. La mayor fecundidad no sólo obedece a la falta de acceso a información y servicios sino también a un patrón reproductivo según el cual una mayor cantidad de hijos puede ser percibida como respuesta a las necesidades de supervivencia física y cultural. En Guatemala en el año 2002, por ejemplo, para las mujeres indígenas la cantidad ideal de hijos era 5, mientras que para las mujeres no indígenas era 3 (Del Popolo y Oyarce, 2005). Respetar los derechos reproductivos de los indígenas implica entregar información y servicios pertinentes desde el punto de vista cultural, de manera que mujeres y hombres indígenas puedan decidir sobre su propia reproducción de manera libre e informada. En la perspectiva de derechos de los pueblos indígenas confluyen los derechos individuales y colectivos debido a su estrecha relación con la pertenencia territorial y a las amenazas a su supervivencia.

En síntesis, las intersecciones de población, desarrollo y derechos humanos exigen conciliar una perspectiva macrosocial —es decir, las tendencias de las

variables demográficas, el tamaño de la población y su distribución etaria (o los ritmos de crecimiento de la población), y su relación con los recursos disponibles y su sustentabilidad— con una perspectiva microsocia, que enfatice en el individuo y en su relación con el Estado. La intersección busca conciliar los intereses sociales referidos a la dinámica y el estado de la población con los intereses individuales de conductas y decisiones que repercuten en esta dinámica, lo cual representa un gran desafío. Por una parte, alude a cuestiones vitales de las personas: dónde vivir, cuándo trasladarse, tener hijos o no, cuántos hijos tener y en qué momento, cuándo y cómo morir. Por la otra, se vincula a cuestiones y preguntas trascendentales para los Estados, que en lo principal apuntan a la relación entre población y recursos. Los avances en el campo de la tecnociencia, el transporte y las telecomunicaciones hacen que esas intersecciones resulten más profundas o complejas, creando nuevas demandas que eventualmente pueden canalizarse como derechos. En materia de política pública, los Estados deben encontrar la manera de conciliar los intereses sociales o mayoritarios con los intereses individuales, orientados a la autodeterminación de las personas como seres autónomos, entendiendo que las decisiones públicas afectan, en última instancia, a las personas y sus proyectos de vida individuales y familiares. ¿Cómo han abordado estos asuntos los organismos especializados de las Naciones Unidas? En el próximo apartado se hará referencia al tema.

#### **IV. Población, desarrollo y derechos humanos en el trabajo de las Naciones Unidas**

Las propuestas formuladas en las Naciones Unidas para aplicar un enfoque de derechos humanos a los fenómenos de población y desarrollo son de larga data, los ejes de la discusión se han modificado y se han agregado nuevos temas. En el campo de los derechos humanos, la inclusión de los fenómenos de población se observó por primera vez a fines de los años sesenta, en la Conferencia de Teherán. El énfasis se centró en el derecho a la planificación de la familia, incluido, en la terminología actual, en los derechos reproductivos. Estos derechos forman parte de la legislación internacional sobre derechos humanos, reconocidos especialmente por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Como los derechos son indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí (Conferencia de Derechos Humanos de Viena de 1993), su ejercicio se vincula o depende del ejercicio de otros derechos, como el derecho a la salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), el derecho a buscar, recibir y difundir información (artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos) o el derecho a la libertad de

conciencia, creencia y religión (artículo 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos).

Las intersecciones han sido tratadas también en el campo de la población. Es sabido que las posturas que defendían la planificación familiar durante los decenios de 1960 y 1970 fueron ampliamente criticadas por desconocer y omitir las relaciones entre población y desarrollo, crítica que está muy bien resumida en la frase “el desarrollo es el mejor anticonceptivo”. Sin embargo, las objeciones apuntaron también, aunque con menor fuerza, a la violación de los derechos humanos, como quedó consignado en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest (1974), en la cual se estableció que “la planificación de la familia es un derecho fundamental de todas las parejas e individuos”. La consagración definitiva de la inclusión de la perspectiva de derechos humanos se produjo en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, que además de referirse a los fenómenos de población desde la perspectiva de “sujetos de derecho”, legitimó el concepto de derechos reproductivos y extendió la aplicación del enfoque de derechos humanos a los distintos componentes de la población y el desarrollo.

Las actividades de las Naciones Unidas en el campo de la población y los derechos humanos se iniciaron en 1974, cuando se realizó en Amsterdam la primera reunión del grupo de expertos en población y derechos humanos, luego hubo una segunda reunión en Viena (1981) y una tercera en Ginebra (1989). Esta última reunión, en su momento, se propuso evaluar la situación de las relaciones de la fecundidad, la mortalidad y el crecimiento de la población con los asuntos de derechos humanos, y proponer acciones al respecto (Naciones Unidas, 1990). Es importante revisar los temas abordados en ese último encuentro de 1989, pues marcan la pauta de las preocupaciones de ese momento: anticoncepción y planificación familiar, aborto, incentivos y desincentivos en políticas de fecundidad; nuevas biotecnologías, políticas de población y derechos humanos; atención de salud y derechos humanos, incluido el VIH/SIDA; derechos humanos, enfermedades terminales y eutanasia; derechos humanos, envejecimiento de la población y equidad intergeneracional.

Muchos de los temas revisados tienen mayor importancia ahora que hace 15 años, en particular los referidos a las nuevas biotecnologías, enfermedades terminales, eutanasia y envejecimiento de la población y equidad intergeneracional, e incluso han llegado a ser significativas para algunos países en desarrollo —entre ellos muchos latinoamericanos y caribeños— dado el avance de sus transiciones demográficas y epidemiológicas. Para otros países en desarrollo, en cambio, no son aún importantes pero lo serán en un futuro no lejano.

En la tercera reunión de expertos en población y derechos humanos de las Naciones Unidas (1989), se entregó un conjunto de sugerencias que pueden ser plenamente consideradas en la actualidad. En ellas se afirmaba que los derechos humanos no pueden ser tomados como estructuras rígidas, ya que no son los mismos en todos los tiempos ni en todos los lugares y reflejan el consenso internacional

alcanzado en un determinado momento. Por ello, el desarrollo de derechos humanos pertinentes para los fenómenos de población puede incluir la reformulación de los existentes o la formulación de otros nuevos. Se sugería asimismo la existencia de una importante necesidad de revisar los derechos relacionados con población que habían sido aceptados por la comunidad internacional y que estaban diseminados en una diversidad de instrumentos internacionales. Complementariamente, se advertía sobre la necesidad de evaluar la observancia e implementación de los derechos humanos existentes. Por último, en la reunión se recomendó: i) poner atención a las consecuencias sociales, económicas y legales (incluidos riesgos y beneficios) de la reproducción médicamente asistida, el diagnóstico prenatal, la manipulación genética y la investigación en embriones; ii) aplicar normas éticas y jurídicas orientadas a asegurar el consentimiento libre e informado en materias referidas a cualquier intervención externa sobre el proceso reproductivo; iii) considerar las implicancias de los derechos humanos vinculados con el envejecimiento de la población y, iv) difundir información actualizada, confiable y pertinente para que las personas y las parejas ejerzan plenamente sus derechos humanos referidos a población, lo que remite a las actividades de promoción.

Si bien algunos de estos temas — particularmente la reproducción asistida, el diagnóstico prenatal, la manipulación genética, la investigación en embriones y el envejecimiento— pueden parecer ajenos a la realidad de los países en desarrollo, existen al menos tres razones para considerarlos seriamente. En primer lugar, muchos países en desarrollo han realizado importantes avances en el campo científico y tecnológico, como ha ocurrido con Brasil y Cuba (Ferrer y otros, 2004; Thorsteinsdóttir y otros) en la región. Segundo, el envejecimiento está presente en todos los países latinoamericanos y caribeños; según las proyecciones vigentes en esos países —y en gran parte del Caribe— es mayor la tasa de crecimiento de la población de más de 60 años que la de la población total, y en más de la mitad de esos países es igual o superior al 7% de la población total. En tercer término, están cobrando importancia en la región otros temas emergentes que se derivan de los fenómenos anteriores, como la clonación terapéutica y reproductiva; la genómica y las posibilidades de diagnóstico temprano y de manipulación genética; los matrimonios entre homosexuales y la discusión sobre su derecho a la adopción. La unión civil entre homosexuales ya es permitida en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En Chile, se discute la posibilidad de legislar sobre las uniones homosexuales con el objetivo de solucionar problemas de propiedad común y herencia. La adopción de niños y niñas por parejas homosexuales, tema de debate en Estados Unidos y Europa, parece estar todavía alejado de la región, pero el avance de las técnicas de reproducción asistida y la posibilidad de “alquilar” vientres pueden modificar la situación sin necesidad de debatir ni legislar. Estas nuevas situaciones familiares y reproductivas tendrán efectos hasta ahora imprevisibles sobre la dinámica demográfica, en especial sobre la fecundidad,

y pueden repercutir en la forma de conceptualizar y medir la fecundidad (por ejemplo, ampliar el período reproductivo, cambio del sujeto y la construcción de las medidas resúmenes); por lo tanto, podrían redefinir los sujetos y contenidos de las políticas públicas en la materia. La rapidez del avance científico exige que estos temas sean incorporados a la discusión y reflexión públicas, de manera que sea posible respetar la autonomía de las personas y la existencia de espacios para la expresión de la diversidad, asuntos todos vinculados a las intersecciones de población, desarrollo y derechos humanos.

A modo de síntesis, se puede afirmar que el trabajo de los organismos especializados de las Naciones Unidas en las intersecciones de población, desarrollo y derechos humanos es de larga data, pero que los ejes de la discusión actual han cambiado y se han agregado nuevos temas, en especial los referidos a la búsqueda de mecanismos de exigibilidad de los derechos y la incorporación del enfoque en las políticas públicas. No obstante, los temas abordados y las sugerencias tienen plena vigencia, lo que contribuye a esclarecer el ámbito de acción. Una de las acciones es identificar los derechos humanos vinculados a los fenómenos de población, cuestión que se aborda en el siguiente apartado.

## **V. Derechos humanos vinculados a asuntos de población, que han sido reconocidos**

Identificar los derechos humanos vinculados con fenómenos de población parece, a primera vista, una tarea sencilla. Se trataría de revisar tratados, convenciones o pactos y seleccionar los derechos que se relacionan con la fecundidad, la mortalidad y la migración. Sin embargo, la tarea no consiste simplemente en seleccionar los derechos asociados con estos fenómenos, sino los que habilitan a los seres humanos para actuar y definir libremente sus propios proyectos de vida, respecto de materias relacionadas con las tres variables componentes del cambio demográfico, o los derechos que contribuyen a este fin. Por ejemplo, el derecho de las mujeres a recibir servicios de planificación de la familia (artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) las habilita para actuar libre e informadamente sobre su propia fecundidad, ya sea para mantener la cantidad promedio de hijos de su sociedad, aumentarlo o disminuirlo. El derecho de las mujeres al trabajo en iguales condiciones que los hombres (artículo 11 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer) se relaciona también con la fecundidad, y es sabido que esta descende con la incorporación de las mujeres al trabajo. Sin embargo, no se trata de una relación directa, sino que opera por la vía del ofrecimiento de otras expectativas de vida,

mejores condiciones económicas y superación de la pobreza, entre otros, situaciones que actúan conjuntamente en las variables intermedias de fecundidad. La diferencia entre ambos derechos es clara: el primero incide directamente en las decisiones de fecundidad y el segundo, indirectamente. Por su parte, las interrelaciones entre población y desarrollo son complejas, de múltiples dimensiones y comprenden numerosos factores. La pregunta que surge es: ¿en qué medida incluir los derechos que inciden indirectamente?

El trabajo del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, referido a la aplicación de un enfoque de derechos humanos a las estrategias de reducción de la pobreza, ofrece ciertas orientaciones al respecto distinguiendo entre derechos con pertinencia constitutiva y derechos con pertinencia instrumental para el contenido y las estrategias de reducción de la pobreza (ACNUDH, 2004). La utilización de criterios de “pertinencia constitutiva” y de “pertinencia instrumental” permite identificar los “derechos que habilitan a los seres humanos para tomar decisiones libres e informadas sobre su fecundidad, mortalidad y migración, y actuar en consecuencia” (pertinencia constitutiva), y distinguirlos de los “derechos humanos que contribuyen a tomar decisiones libres e informadas sobre aspectos relacionados con su fecundidad, mortalidad y migración, y actuar en consecuencia, o cuya ausencia incide negativamente en esto” (pertinencia instrumental). Por ejemplo, el derecho a elegir libremente el lugar de residencia tiene pertinencia constitutiva respecto de la migración, mientras que el derecho al trabajo tiene pertinencia instrumental en el sentido de evitar la migración forzada por razones laborales.

Una estrategia para exigir el respeto de los derechos humanos vinculados a los fenómenos de población debería incluir ambos tipos de derechos, especificando sus diferencias, alcance y relevancia. ¿En qué medida se deben incluir los derechos con pertinencia instrumental a los fenómenos de población? Responder esta pregunta requiere consenso respecto de cuáles derechos son más importantes a estos efectos, lo cual traslada la discusión al terreno ético. Dado que los derechos humanos son indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí, no corresponde atribuirles un orden de prioridad. El sentido de la jerarquía que proponemos está relacionado con seleccionar los derechos vinculados a fenómenos de población. En última instancia, es una selección que responde a criterios subjetivos sobre la importancia que se le otorga a una u otra condición para que las personas tomen decisiones libres e informadas sobre aspectos relacionados con su fecundidad, mortalidad y migración, y actúen conforme a esas decisiones.

Considerando estos aspectos, a continuación se presentan los derechos humanos con pertinencia constitutiva e instrumental para las variables de población, que son reconocidos en los instrumentos vinculantes de la legislación internacional sobre derechos humanos, a saber: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención

Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y Convención sobre los Derechos del Niño. Por su carácter fundador y —según algunos— de ley internacional consuetudinaria (Gostin, 2001) se incluye también la Declaración Universal de los Derechos Humanos. No se considera la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares pues es en sí misma un instrumento que contiene derechos explícitos sobre un fenómeno de población, como es la migración internacional. El detalle de estos instrumentos se presenta en el cuadro 1.

Cuadro 1  
**INSTRUMENTOS VINCULANTES DE LA LEGISLACIÓN INTERNACIONAL SOBRE DERECHOS HUMANOS QUE RECONOCEN DERECHOS DE POBLACIÓN**

Instrumento	Año de aprobación	Año de entrada en vigor
Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948	1948
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	1966	1976
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1966	1976
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	1966	1969
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	1979	1981
Convención contra la Tortura y otros Tratos Cruelles, Inhumanos y Degradantes	1984	1989
Convención sobre los Derechos del Niño	1989	1990

**Fuente:** Elaboración propia.

## 1. Derechos humanos con pertinencia constitutiva o instrumental para la fecundidad

En el cuadro 2 se presentan los derechos humanos con pertinencia constitutiva o instrumental para la fecundidad que han sido reconocidos en la legislación internacional. Como se observa, los primeros se refieren a situaciones que habilitan para la decisión de tener hijos o no, y acceder a servicios de salud, asesoramiento e información. El derecho básico se refiere a decidir la cantidad y el espaciamiento entre los hijos, y a contar con servicios e información para ejercer este derecho. Se incluye también el derecho de toda persona a la vida, que fundamenta la aceptación del aborto inducido en los casos en que peligran la vida de la mujer.

Los derechos con pertinencia instrumental para la fecundidad (educación, trabajo y seguridad social) se refieren a un conjunto de condiciones que permiten

Cuadro 2  
DERECHOS HUMANOS CON PERTINENCIA CONSTITUTIVA O INSTRUMENTAL PARA LA FECUNDIDAD, RECONOCIDOS  
POR LA LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

Pertinencia	Tratado o convención/artículo						Observaciones para su aplicación	
	Declaración Universal de los Derechos Humanos	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes		Convención sobre los Derechos del Niño
<b>CONSTITUTIVA</b>								
Derecho a la vida	3	6					6	Ninguna mujer puede arriesgar su vida por un embarazo o la falta de servicios en salud sexual y reproductiva. La objeción de conciencia por parte de los(as) prestadores(as) procede sólo si existen condiciones para derivar o tratar a la mujer en situación de riesgo vital
Derecho al libre consentimiento e igualdad en el matrimonio	16	23	10	5	16			La igualdad se refiere al hombre y la mujer. Incluye igual distribución de los deberes respecto de la crianza de los hijos e hijas
Derecho a la protección de las madres antes y después del parto, incluyendo atención de salud y seguridad social	25		10		11		24	
Derecho a la salud y a la atención de salud			12	5	12			Derecho a la salud sexual y reproductiva
Derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones			15					Se relaciona con el derecho a utilizar técnicas de reproducción asistida
Derecho a la información y asesoramiento sobre planificación de la familia							24	
Derecho a servicios de planificación familiar							24	

(continúa)

Cuadro 2 (continuación)

Pertinencia	Tratado o convenio/artículo					Observaciones para su aplicación
	Declaración Universal de los Derechos Humanos	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	Convención sobre los Derechos del Niño
<b>CONSTITUTIVA</b>						
Derecho a decidir libre y responsablemente la cantidad y espaciamiento de sus hijos				16		Se relaciona tanto con la planificación de la familia como con el tratamiento de la infertilidad
<b>INSTRUMENTAL</b>						
Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión	18	18		5		14
Derecho a recibir información	19	19				13
Derecho a un nivel de vida adecuado que asegure salud y bienestar	25		11			27
Derecho a la educación	26		13		10	28
Derecho al trabajo	23		6-7	5	11	
Derecho a la seguridad social	22-25		9	5	11	26

**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de Marcela Ferrer, "La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional", serie *Población y desarrollo*, N° 60 (LC/L.2425-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre de 2005. Publicación de las Naciones Unidas. N° de venta: S.05.II.G.172.

a las mujeres y a las parejas estar en una mejor situación para ejercer su derecho a decidir libremente la cantidad y el espaciamiento de sus hijos, incluyen dos garantías que deben ser respetadas por cualquier estrategia orientada a hacer efectivo el derecho a la autodeterminación reproductiva: el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, y el derecho a recibir información. Ambos se ven violados cuando —a solicitud de ciertos grupos religiosos o fundamentalistas— el gobierno restringe los servicios de salud sexual o reproductiva en función de cuestiones religiosas o valóricas.

Por último, es importante mencionar que se hace referencia indirectamente al tema de la reproducción asistida por la vía del derecho a gozar de los avances del progreso científico y sus aplicaciones. Dados los progresos conseguidos en esta materia, algunos países han incluido las técnicas de reproducción asistida dentro de sus programas de salud pública, lo que abre la discusión sobre el derecho de acceso a estos procedimientos.

## **2. Derechos humanos con pertinencia constitutiva o instrumental para la mortalidad**

En el cuadro 3 se presentan los derechos humanos con pertinencia constitutiva o instrumental para la mortalidad que han sido reconocidos en la legislación internacional. Los derechos con pertinencia constitutiva para la mortalidad se refieren a un conjunto de condiciones que permiten mantener la vida y retrasar el momento de la muerte. El derecho básico es el referido a la salud, entendido tanto en relación con los servicios de atención institucional, como con los macrodeterminantes de las condiciones de la salud.

Por su parte, los derechos con pertinencia instrumental remiten a un conjunto de condiciones que permiten a los seres humanos estar en mejores condiciones materiales y psicológicas para preservar la vida y retrasar la muerte, como el derecho a la educación, al trabajo y a la seguridad social.

Por último, es importante consignar que en la legislación internacional sobre derechos humanos no se han abordado explícitamente los fenómenos de prolongación artificial de la vida humana o del “encarnizamiento terapéutico” derivados de los avances de la tecnociencia en el campo de la medicina. No obstante, se ha reconocido el derecho a la autonomía y a la integridad corporal, lo que implica el derecho a rechazar tratamientos o intervenciones médicas. En este marco se halla la discusión sobre la eutanasia y lo que algunos llaman el “derecho al buen morir”, cuestión que cobra cada día más importancia y que debe ser abordada desde una perspectiva de derechos humanos. Se trata de un fenómeno que ha cobrado protagonismo a raíz del envejecimiento de la población, aunque no es privativo de las edades avanzadas. Es también pertinente en el caso de los recién nacidos con escasas posibilidades de vida o en las situaciones que conducen a un estado vegetativo permanente, riesgo presente en cualquier edad.

Cuadro 3  
**DERECHOS HUMANOS CON PERTINENCIA CONSTITUTIVA O INSTRUMENTAL PARA LA MORTALIDAD, RECONOCIDOS POR LA LEGISLACIÓN INTERNACIONAL**

Pertinencia	Tratado o convención/artículo						Observaciones para su aplicación
	Declaración Universal de los Derechos Humanos	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes	
<b>CONSTITUTIVA</b>							
Derecho a la vida	3	6				6	
Derecho a no ser sometido a tortura o a experimentos médicos sin su consentimiento	5	7				37	La DUDH y la CRC no se refieren a los experimentos médicos
Derecho a un nivel de vida adecuado que asegure salud y bienestar	25		11			27	El ICESCR incluye el derecho a la alimentación
Derecho a la salud y a servicios de atención de salud			12			24	El ICESCR establece que los Estados partes tomarán medidas para disminuir la mortalidad y la mortalidad infantil. La CRC establece la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez
Derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones			15				Introduce la discusión sobre los límites del derecho a la atención de salud
<b>INSTRUMENTAL</b>							
Derecho a la educación			13			28	
Derecho al trabajo	23		6-7	5		11	
Derecho a la seguridad social	22		9	5		11	

**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de Marcela Ferrer, "La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional", *serie Población y desarrollo*, N° 60 (LC/L.2425-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre de 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.172.

### **3. Derechos humanos con pertinencia constitutiva o instrumental para la migración**

En el cuadro 4 se presentan los derechos humanos con pertinencia constitutiva o instrumental para la migración que han sido reconocidos en la legislación internacional. Como se observa, existe sólo un derecho con pertinencia constitutiva y se circunscribe a la migración interna: la libertad para decidir el lugar de residencia dentro del propio país.

Por su parte, los derechos con pertinencia instrumental se refieren a un conjunto de condiciones que contribuyen a evitar la migración interna e internacional forzadas, como son los relativos a la educación, el trabajo y la seguridad social, y el acceso a un nivel de vida adecuado que asegure la salud y el bienestar. Los otros derechos con pertinencia instrumental aluden especialmente a la migración internacional y se refieren a asegurar la igualdad y no discriminación por motivo de origen nacional, étnico o religioso. Incluyen, en el caso de los niños, el derecho a ser reconocidos como refugiados y, en el caso de los pueblos indígenas, el derecho a tener su propia vida cultural, religiosa y mantener su idioma. Varios de estos derechos instrumentales fueron recogidos en la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares, que entró en vigor en 2003.

En síntesis, en la legislación internacional sobre derechos humanos se reconoce un conjunto de garantías que tienen pertinencia constitutiva o instrumental para las decisiones individuales relacionadas con los comportamientos asociados a las variables de población. Esos derechos han sido reconocidos en las Conferencias Internacionales de Población y las Conferencias Internacionales de Derechos Humanos, en la Conferencia sobre la Mujer de Beijing, y más recientemente, en la Cumbre del Milenio. Este amplio reconocimiento les otorga mayor fuerza y constituye un punto de partida necesario para profundizar y exigir respeto, reconocimiento, promoción y garantía de estos derechos humanos.

Por último, es decisivo enfatizar que todas las acciones tendientes a lograr mayor equidad de género y mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres, son centrales para producir avances en materia de derechos humanos en población. El principio de igualdad y no discriminación en razón de la raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición es transversal a todos los instrumentos de derechos humanos. Ello implica observar el incumplimiento de estos derechos desde la perspectiva de la desigualdad, y se conecta directamente con las temáticas de la vulnerabilidad sociodemográfica, en especial las relacionadas con la población en situación de pobreza y los pueblos indígenas. Es importante señalar que en los factores contemplados originalmente en el principio de igualdad y no discriminación no se consideró la discriminación por edad. Se incluyó como factor de no discriminación recién en la Convención Internacional sobre la

Cuadro 4  
DERECHOS HUMANOS CON PERTINENCIA CONSTITUTIVA O INSTRUMENTAL PARA LA MIGRACIÓN,  
RECONOCIDOS POR LA LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

Pertinencia	Tratado o convención/artículo						
	Declaración Universal de los Derechos Humanos	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes	Convención sobre los Derechos del Niño
<b>CONSTITUTIVA</b>							
Derecho a circular y escoger libremente el lugar de residencia dentro de un país	13	12		5	15		
<b>INSTRUMENTAL</b>							
Derecho a ingresar y salir de cualquier país, incluido el propio	13	12		5			10
Derecho a buscar asilo	14						
Derecho de un extranjero a no ser injustamente expulsado	15	13					6
Derecho a tener una nacionalidad	25	24	11	5			27
Derecho a un nivel de vida adecuado que asegure salud y bienestar		27					30
Derecho de las personas que pertenecen a minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, a tener su propia vida cultural, religión e idioma							
Derecho al trabajo	23		6-7	5	11		
Derecho a la seguridad social	22		9	5	11		26
Derecho a la educación			13		10		28
Derechos civiles y políticos sin distinción de raza, origen nacional y étnico	20-21	26		5	16		
Derechos económicos, sociales y culturales sin distinción de raza, origen nacional y étnico				5			
Derecho del niño a obtener el estatus de refugiado							22

**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de Marcela Ferrer, "La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional", *serie Población y desarrollo*, N° 60 (L/C/L.2425-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre de 2005. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.172.

protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y sus familiares, al adquirir relevancia social debido al proceso de envejecimiento de la población. Los derechos humanos de los adultos mayores fueron reconocidos en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) y deberían manifestarse en acciones concretas de los gobiernos.

## **VI. Propuesta para abordar las intersecciones de población, desarrollo y derechos humanos en América Latina y el Caribe**

Como se mencionó al principio de este documento, la aplicación de un enfoque de derechos humanos a los fenómenos de población no es un tema estrictamente nuevo, ni para quienes han trabajado en el ámbito de los derechos humanos, ni para quienes lo han hecho en el campo de la población. Sin embargo, se debe reconocer que sus intersecciones no han sido suficientemente reconocidas ni examinadas con profundidad y, en tal sentido, existen muchas tareas que emprender para avanzar en su materialización como enfoque para las políticas públicas. Emprender esta línea de trabajo tiene múltiples derivaciones relevantes para los países de la región. Tal enfoque permitiría orientar los procesos de formulación, aplicación y evaluación de las políticas públicas en población y desarrollo, desde el prisma de los derechos humanos (aplicando criterios de cumplimiento y exigibilidad), y también contribuiría a ampliar las fronteras de la investigación y reflexión en el campo de la población (reconocimiento de intersecciones y tareas de promoción). Sin duda que el desarrollo de esta línea lleva implícito el riesgo de las controversias propias de introducir nuevas miradas en temáticas consolidadas. Sin embargo, es necesario asumir este desafío y sus riesgos, pues los países de la región enfrentan demandas cada vez mayores en materia de protección de los derechos humanos en un contexto de desigualdad creciente; asimismo, se debe tomar conciencia de que los avances de la tecnociencia en el campo biomédico, el transporte y las comunicaciones introducen nuevos dilemas éticos, de gran relevancia en el área de la población y el desarrollo.

A continuación se formula un conjunto de sugerencias para el desarrollo de esta área de trabajo, que se relacionan tanto con la aproximación teórica y de políticas públicas, como con el desarrollo de líneas de investigación.

### **1. Sobre la aproximación teórica y de políticas públicas**

- a) Referirse a las intersecciones de los fenómenos de población, desarrollo y derechos humanos implica suponer puntos de encuentro entre la dinámica y el estado de la población, el desarrollo y los derechos

- humanos. La intersección busca conciliar los intereses sociales referidos a la dinámica y estado de la población con los intereses individuales referidos a los aspectos que inciden en esta dinámica y estado, entendiendo que las tendencias demográficas son, en última instancia, resultado de decisiones y comportamientos individuales que responden a la particular inserción social, histórica, económica, cultural y comunitaria de las personas, y de los individuos con quienes interactúan.
- b) Las intersecciones de los fenómenos de población, desarrollo y derechos humanos guardan relación con cuestiones cruciales para las personas: dónde vivir y cuándo trasladarse de un lugar a otro; tener hijos o no tenerlos; cuántos hijos tener y en qué momento; evitar la muerte temprana y —cuando sea posible— decidir cuándo y cómo morir. Los avances científicos y tecnológicos relacionados con ello (especialmente en el campo biomédico) generan nuevos dilemas éticos que pueden estimular la redefinición o creación de nuevos derechos humanos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la multiplicación de los derechos humanos lleva implícito el riesgo de hacerles perder su especificidad y fuerza. Por eso es mucho más conveniente maximizar los esfuerzos para que los actuales instrumentos de derechos humanos sean respetados, lo que puede incluir una relectura del contenido o ámbito de aplicación de los derechos que ya han sido reconocidos, y que se vinculan con los fenómenos de población y desarrollo.
- c) Para que el enfoque de derechos humanos en temas de población y desarrollo sea efectivo y pueda tener injerencia en políticas públicas, es necesario remitirse a la legislación y a los instrumentos internacionales de derechos humanos. Los derechos humanos son fruto de acuerdos o pactos sociales que buscan definir ciertos estándares de justicia en las condiciones de vida de los seres humanos y en su relación con el Estado, ya sea directamente o en su rol de agente mediador (por ejemplo de la relación entre empresarios y trabajadores por la vía de los derechos laborales y sindicales), conforme al principio de igualdad y no discriminación. En tanto acuerdos sociales, están sujetos a revisión y modificación y ello supone lograr altos niveles de consenso entre los países, por lo que el trabajo en población y derechos humanos debe tener un componente importante de actividades de promoción y de fortalecimiento de la participación ciudadana (que es en sí misma un asunto de derechos humanos). La realización de conferencias u otras instancias internacionales de concertación que permitan lograr consensos sobre el tema es otra actividad importante, como lo muestra la historia reciente.

- d) Un punto de partida para identificar los derechos humanos vinculados con los fenómenos de población consiste en utilizar la distinción entre pertinencia constitutiva y pertinencia instrumental. La primera corresponde a los derechos que habilitan a los seres humanos a tomar decisiones libres e informadas sobre su fecundidad, mortalidad y migración, y actuar en consecuencia. La segunda se refiere a los derechos que contribuyen a tomar decisiones libres e informadas sobre aspectos relacionados con esos mismos fenómenos, cuya violación afecta negativamente la libertad para tomar tales decisiones y acciones. Existen varios derechos humanos consagrados en la legislación internacional que cubren estas dimensiones y que han sido reconocidos en diversas conferencias internacionales. No obstante, el límite teórico de los derechos con pertinencia instrumental corresponde a todos los derechos humanos, dada su indivisibilidad, interdependencia e interrelación. Por ello, resulta más conveniente profundizar en los derechos humanos que tienen pertinencia constitutiva para las variables del cambio demográfico, abogar por su respeto, protección y garantía, especificando el sentido y ámbito que tienen para cada una de estas variables, sus interrelaciones y vinculación con los procesos de desarrollo.
- e) En el plano de las políticas públicas, la aplicación del enfoque de derechos humanos tiene un doble efecto. Por un lado, permite exigir que los Estados tomen medidas o formulen políticas, ya que están obligados por los convenios o pactos de los cuales son parte. El ejemplo máximo es la obligación de tomar medidas contra la pobreza, porque implica varios derechos humanos. Por otro lado, dicho enfoque constituye una guía para definir su contenido y configurar los sujetos de derechos. Por ejemplo, las políticas para disminuir la pobreza deben considerar la entrega de información y la generación de espacios de participación para las personas pobres, puesto que ambos constituyen derechos reconocidos en el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, y deben además propender a la igualdad de género y a la no discriminación por otros criterios. Este doble efecto debe ser incorporado en las políticas públicas referidas a la población y el desarrollo.
- f) La aplicación del enfoque de derechos humanos a las políticas públicas implica un cambio en la visión y relación con las personas a quienes están dirigidas esas políticas: ya no se trata de “beneficiarios” sino de “sujetos de derecho”, de manera que, por ejemplo, no se atiende a la integración de los inmigrantes, el acceso a la tierra por parte de los pueblos indígenas o la equidad de género por caridad o por opciones éticas, ya que el Estado tiene la obligación de hacerlo.

En otras palabras, las personas o grupos son “beneficiarios” de esta política no en función de sus necesidades, sino de sus derechos. El paternalismo debiera tender a desaparecer, puesto que el enfoque de derechos humanos implica considerar los derechos civiles y políticos, que propenden a la participación de los seres humanos en la vida social y en las decisiones públicas, como también a potenciar la autonomía de las personas respecto de distintos ámbitos de su vida social, privada y familiar.

- g) Adoptar el enfoque de los derechos humanos en toda política pública implica necesariamente reforzar el papel del Estado, ya sea en su rol directo o de mediador entre privados. Reforzar el enfoque de derechos humanos implica, por lo tanto, revisar el rol del Estado en el ámbito social, pues constituye el principal garante de los derechos humanos.
- h) Para el trabajo referido a las intersecciones de los fenómenos de población, desarrollo y derechos humanos, corresponde distinguir tres niveles de análisis. Primero, las variables de la dinámica demográfica (fecundidad, mortalidad y migración). Segundo, algunas temáticas pertinentes que resultan del comportamiento de esta dinámica, como la salud sexual, la salud reproductiva, la mortalidad infantil y en la niñez, o el envejecimiento. Tercero, algunos grupos que han adquirido mayor importancia a raíz de la transición demográfica —como los adultos mayores (y, en su momento, los niños y los jóvenes)—, o de su vulnerabilidad sociodemográfica, como las personas pobres, los pueblos indígenas, las mujeres, los migrantes (y sus respectivas combinaciones). Las fronteras entre estos tres niveles no son absolutas. Por ejemplo, el envejecimiento es un tema en sí mismo, pero también es necesario pensar en el principio de no discriminación por edad; es decir, atender a los adultos mayores como grupo y promover la observancia de los derechos humanos de las personas que pertenecen al mismo. En igual sentido, la salud sexual, además de ser una materia por sí sola, también se aplica a los adultos mayores, los adolescentes, los indígenas y otros, en tanto derecho que hasta ahora no es vinculante en la legislación internacional.

Lo anterior significa que tanto los derechos que se relacionan —o se intersectan— con las variables de la dinámica demográfica, como con las temáticas de población y desarrollo, corresponden a derechos que se aplican a todos los seres humanos. En cambio, la consideración de los grupos que han cobrado importancia a raíz de la dinámica demográfica o de su vulnerabilidad sociodemográfica se realiza en función del combate contra la discriminación, que es la función de los derechos humanos. Esto es muy similar al trabajo que se ha realizado con

los instrumentos internacionales de derechos humanos. Primero, se definieron derechos para todos los seres humanos (Declaración Universal, Pacto de Derechos Civiles y Políticos, Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Más tarde, se identificaron derechos para ciertas temáticas que requerían atención especial (tortura y discriminación racial). Por último, se definieron derechos para individuos que no quedaron suficientemente protegidos por los anteriores (mujeres, niños y migrantes). Evidentemente, esto tiene relación con la importancia política que adquieren los temas y grupos, lo que refuerza la importancia de las actividades de promoción y de representación (fortalecimiento de la ciudadanía). El desarrollo de estas actividades exige contar con información actualizada, para lo cual es menester que se desarrollen investigaciones específicas.

## **2. Sobre las posibles líneas de investigación**

- a) Realizar un catastro y análisis de los derechos humanos vinculados con los fenómenos de población y desarrollo que están contemplados en la legislación de los países latinoamericanos y caribeños. Esta tarea incluye la búsqueda de correspondencias entre los acuerdos que han suscrito los países y su aplicación a escala nacional. A partir de los derechos identificados es preciso construir indicadores que permitan seguir la marcha de los derechos humanos relativos a temas de población en los países de la región, considerando tanto la información disponible como la que sería necesario producir (hacer evidente esta necesidad es también promover los derechos humanos en población). La construcción de indicadores de derechos humanos en población supone recurrir a los indicadores tradicionales del campo de la población, así como incluir, en una parte importante, o mayoritaria, indicadores cualitativos. Esto requiere ampliar las miradas, introducir nuevas perspectivas y desplegar técnicas, compromisos y competencias no tradicionales, lo que ciertamente puede generar las resistencias habituales ante el cambio que se dan en cualquier disciplina, organización o proceso social.
- b) Realizar un estudio sobre la situación actual de las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en temas de población y derechos humanos en los países de la región. Esto permitirá identificar el grado de avance en la materia, las metodologías empleadas y las aproximaciones teóricas. Contribuir asimismo en la formación de redes de organizaciones que trabajan en la materia e identificar a otros actores para las actividades de promoción y defensa.
- c) Analizar, desde la perspectiva de los derechos humanos, las políticas y programas de población que se están poniendo en práctica en países de la región, lo cual permitiría elaborar un diagnóstico del tratamiento

del tema a nivel regional e identificar buenas prácticas o sugerencias para mejorar la inclusión de los derechos humanos en las políticas y programas de población.

- d) Revisar la normativa y la legislación referidas a las comisiones nacionales de ética o bioética en los países que cuenten con ellas, enfatizando el tratamiento de los temas de población, en particular los vinculados a la investigación biomédica.
- e) En relación con la fecundidad: i) evaluar la situación de los derechos reproductivos en los países de la región, complementando o continuando el trabajo de seguimiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo; ii) indagar sobre los avances en la legislación referida a la reproducción médicamente asistida, diagnóstico prenatal e investigación en embriones; iii) reflexionar y proponer un marco para abordar los derechos reproductivos y sexuales de los adolescentes, incluido un análisis de la legislación y la normativa en los países de la región; iv) analizar la legislación, la normativa y la práctica de aborto inducido en los países latinoamericanos y caribeños, considerando el aborto desde una perspectiva de derechos, y v) llevar adelante un análisis de situación y proponer guías para los procesos de consentimiento informado en atención y asesoramiento en salud sexual y reproductiva a escala regional.
- f) Respecto de la mortalidad: sistematizar la conceptualización del derecho a la salud en la legislación de los países de la región y su relación con el acceso a los servicios de atención, lo que puede hacerse profundizando el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en este campo; analizar la situación y las posibilidades de los derechos humanos de los enfermos terminales en América Latina y el Caribe, estudiando los temas de cuidados paliativos y eutanasia y su relación con las particularidades culturales e históricas de los países de la región; analizar la situación de las personas enfermas y portadoras de VIH/SIDA en los países de la región, incluso su acceso a servicios de salud, su situación sociodemográfica y de participación en investigaciones, y las normativas y reglamentos existentes para estas personas y sus condiciones de aplicabilidad.
- g) Respecto de la migración: indagar en qué situación se encuentra el debate sobre la Convención sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares en los países de la región, identificando los factores que impiden o retrasan su ratificación, analizar la observancia de esta Convención en los

países latinoamericanos y caribeños que la han ratificado, incluida la descripción de la situación de los inmigrantes en tales países, su grado de integración social, las formas de discriminación que enfrentan y los abusos de que son objeto en el plano laboral, y examinar las condiciones en que se generan los procesos migratorios internos y las consecuencias que trae la movilidad en distintas escalas, prestando atención a la movilidad social y a la vulnerabilidad que suele acarrear la migración interna para muchas personas.

- h) Por último, elaborar estudios orientados a abordar la desigualdad sociodemográfica y la pobreza, a la luz del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también desde la óptica de los objetivos de desarrollo del Milenio, lo que se puede hacer con los estudios e información disponibles. En esta misma línea, desarrollar estudios especiales para mujeres, pueblos indígenas, migrantes internacionales, adultos mayores, adolescentes y personas que viven con VIH/SIDA.

## Bibliografía

- Abramovich, V. (2004), “Una aproximación al enfoque de derechos en las políticas y estrategias de desarrollo de América Latina”, documento presentado en Derechos y desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo, Santiago de Chile, 9 al 10 de diciembre [en línea] <http://www.iadb.org/sds/doc/SOC-Unaaproximacionalenfoque-s.pdf>.
- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2004), *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza. Un marco conceptual* (HR/PUB/04/01), Nueva York.
- (1993), “Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, *Folleto informativo*, N° 16 (Rev. 1), Ginebra.
- Annan, Kofi (1997), “Carta de envío”, *Renovación de las Naciones Unidas: un programa de reforma. Informe del Secretario General (A/51/950)*, Nueva York, Naciones Unidas [en línea] <http://www.un.org/spanish/docs/cover.htm>.
- Artigas, Carmen (2003), “La incorporación del concepto de derechos económicos, sociales y culturales al trabajo de la CEPAL. Reseña de algunas lecturas pertinentes”, *serie Políticas sociales*, N° 72 (LC/L.1964-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.123.
- (2001), “El aporte de las Naciones Unidas a la globalización de la ética. Revisión de algunas oportunidades”, *serie Políticas sociales*, N° 54 (LC/L.1597-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.01.II.G.128.
- ATENEA (2003), *Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*, Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán/Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC).
- Ballarín, P. y otros (1997), “Las mujeres en la Unión Europea”, Proyecto piloto Erasmus, N° (26-26394-MG2-196-1-ES-ERASMUS-EEM), Red de estudios de las mujeres, Universidad de Granada/ Universidad de Leeds Metropolitan/Universidad de Toulouse-

- Le Mirail/Universidad de Helsinki [en línea] <http://www.helsinki.fi/science/xantippa/wes/wes20.html>.
- Bobbio, Norberto (1993), *Igualdad y libertad*, Barcelona, Ediciones Paidós.
- Carrozza, P. (2003), "From conquest to constitutions: retrieving a Latin American tradition of the idea of human rights", *Human Rights Quarterly*, vol. 25, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Cassese, A. (1993), *Los derechos humanos en el mundo contemporáneo*, Barcelona, Editorial Ariel.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2005), *Panorama social de América Latina 2004* (LC/L.2220-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.148.
- (1996), *América Latina y el Caribe quince años después. De la década perdida a la transformación económica, 1980-1995*, Santiago de Chile, Fondo de Cultura Económica (FCE).
- Del Popolo, Fabiana y Ana María Oyarce (2005), "América Latina, población indígena: perfil sociodemográfico en el marco de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo y de las metas del Milenio", *Notas de población*, N° 79 (LC/G.2284-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), julio.
- Ferrer, Marcela (2005), "La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional", *serie Población y desarrollo*, N° 60 (LC/L.2425-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), noviembre. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.172.
- Ferrer, Marcela y otros (2004), "The scientific muscle of Brazil's health biotechnology", *Nature Biotechnology*, vol. 22.
- Gostin, L. (2003), "Public health ethics: tradition, profession and values", *Acta bioethica*, año 9, N° 2-2003, Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS).
- (2001), "Public health, ethics and human rights: a tribute to the late Jonathan Mann", *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 29, N° 2.
- Hierro, L. (2002), "El concepto de justicia y la teoría de los derechos", *Estado, justicia, derechos*, E. Díaz y J.L. Colomer (eds.), Madrid, Alianza Editorial, S.A.
- Hottois, G. (2000), "Bioética y derechos humanos", *Bioética y derechos humanos*, J. Escobar y otros, Bogotá, D.C., Ediciones El Bosque.
- Ipas (2003), *Los derechos humanos, el embarazo no deseado y la atención relacionada con el aborto. Información de referencia y casos ilustrativos*, julio.
- La Follete, H. (2002), *Ethics in Practice*, Massachusetts, Blackwell Publishers Limited.
- Moravcsik, A. (1998), "Explaining the emergence of human rights regimes: liberal democracy and political uncertainty in postwar Europe", *Working Papers series*, N° 98-17, Weatherhead Center for International Affairs, Harvard University [en línea] <http://www.ciaonet.org/wps/moa02/> [16 de septiembre del 2004].
- Muguerza, J. (2004), "Cosmopolitismo y derechos humanos", *Ética y globalización. Cosmopolitismo, responsabilidad y diferencia en un mundo global*, V. Serrano (ed.), Madrid, Biblioteca Nueva.
- Naciones Unidas (2003), "Discriminación contra la mujer: la Convención y el Comité", *Folleto informativo sobre los derechos humanos*, N° 22, Nueva York.
- (2000), *Declaración del Milenio (A/RES/55/2)*, Resolución aprobada por la Asamblea General, Nueva York.

- (1997), *Renovación de las Naciones Unidas: un programa de reforma. Informe del Secretario General (A/51/950)*, Nueva York.
- (1996a), “Los derechos de los trabajadores migratorios”, *Folletos informativos sobre los derechos humanos*, N° 24, Nueva York.
- (1993), *Declaración y Programa de Acción de Viena (A/CONF.157/23)*, Nueva York.
- (1991a), “Derechos civiles y políticos: el Comité de Derechos Humanos”, *Folletos informativos sobre los derechos humanos*, N° 15, Nueva York.
- (1991b), “Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad”, *Resolución 46/91*, Asamblea General, 16 de diciembre [en línea] <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/principios.htm>.
- (1990), *Population and Human Rights Proceedings of the Meeting (ST/ESA/SER.R/107)*, Nueva York.
- (1986), “Establecimiento de normas internacionales en materia de derechos humanos”, *Resolución 41/120*, Asamblea General, Nueva York [en línea] <http://www.un.org/spanish/documents/ga/res/41/list41.htm>.
- (1968), *Proclamación de Teherán (A/CONF.32/41 at 3)*, Nueva York.
- (1948), *Declaración Universal de Derechos Humanos (A/RES.217 A III)* [en línea] <http://www.unhcr.ch/udhr/lang/spn.pdf>.
- (1945), *Carta de las Naciones Unidas* [en línea] <http://www.un.org/aboutun/charter>.
- OEA (Organización de Estados Americanos) (2003), *Programa Interamericano para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos de la Personas Migrantes en el Marco de la Organización de los Estados Americanos (CP/CAJP-2038/3)*, Consejo Permanente, Comisión de Asuntos Jurídicos y Políticos.
- Perley, S. y otros (1992), “The Nuremberg Code: an international overview”, *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation*, George Annas y M. Grodin (eds.), Nueva York, Oxford University Press.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2004), *Informe sobre el desarrollo humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy* [en línea] <http://hdr.undp.org/reports/global/2004/espanol/>.
- (2000), *Informe sobre el desarrollo humano 2000. Derechos humanos y desarrollo humano: en pro de la libertad y la solidaridad* [en línea] <http://www.undp.org/hdr2000/spanish/HDR2000.html>.
- Rodríguez, L. (2002) “El debate sobre los derechos de grupo”, *Estado, justicia, derechos*, E. Díaz y J.L. Colomer (eds.), Madrid, Alianza Editorial, S.A.
- Sass, H. (1983), “Reichsrundschreiben 1931: pre-Nuremberg German regulations concerning new therapy and human experimentation”, *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 8.
- Singer, Peter (2003), *Un solo mundo. La ética de la globalización*, Barcelona, Editorial Paidós.
- (2002), “Quitar la vida: el embrión y el feto”, *Una vida ética. Escritos*, Madrid, Taurus Pensamiento.
- Sumner, L.W. (2001), “Rights”, *The Blackwell Guide to Ethical Theory*, H. La Follette (ed.), Blackwell Philosophy Guides, Blackwell Publishers.
- Thorsteinsdóttir, H. y otros (2004), “Cuba-innovation through synergy”, *Nature Biotechnology*, vol. 22 [en línea] [http://www.utoronto.ca/jcb/home/news\\_nature.htm](http://www.utoronto.ca/jcb/home/news_nature.htm).
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2004), *Estado de la población mundial 2004* [en línea] <http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch1/page5.htm>.
- Wellman, C. (1995), “Rights: systematic analysis”, *Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition*, Warren Reich (ed.), Macmillan.

# Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos

Alejandro Morlachetti\*

*“[Los derechos humanos] no nacen todos en un momento. Nacen cuando deben o pueden nacer. Nacen cuando el aumento del poder del hombre sobre el hombre, que acompaña inevitablemente al progreso técnico, es decir, al progreso de la capacidad del hombre de dominar la naturaleza y a los demás, crea nuevas amenazas a la libertad del individuo o bien descubre nuevos remedios a su indigencia: amenazas que se desactivan con exigencias de límites al poder; remedios que se facilitan con la exigencia de intervenciones protectoras del mismo poder...”*

NORBERTO BOBBIO<sup>1</sup>

## Resumen

En la actualidad no existen dudas acerca de la necesidad de abordar específicamente la temática de la adolescencia y, en particular, de la juventud, debido a la trascendencia de este grupo etario para el desarrollo y a su gravitación en la población total de América Latina y el Caribe.

---

\* Abogado, especialista en derecho internacional y consultor en organismos internacionales.

<sup>1</sup> Bobbio, 1991.

Si bien el envejecimiento de la población afectará a la región con fuerza, especialmente hacia mediados de este siglo, el tema de la juventud está presente aquí y ahora.<sup>2</sup> Es preciso, por lo tanto, que la atención de las políticas públicas se centre en él, sobre todo en estas dos décadas clave.<sup>3</sup>

La actual situación de pobreza e inequidad que impera en los países de la región pone en serio peligro el desarrollo de ese capital humano. La mayoría de las personas pobres tienen menos de 30 años de edad y enfrentan graves dificultades en cuanto a acceso a los servicios básicos, sobre todo en las áreas de salud y educación.

El objetivo de este trabajo es analizar la cuestión de las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes con un enfoque que tenga en cuenta sus derechos humanos y, en especial, reproductivos. Esta perspectiva se funda en compromisos contraídos por los países al ratificar la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño; entre otros tratados internacionales las conclusiones de las conferencias mundiales (en particular la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, con sus respectivos exámenes quinquenales), y en los principios fundamentales de no discriminación, igualdad, privacidad, integridad, autonomía, dignidad y bienestar del individuo.

---

<sup>2</sup> La gente joven constituye un segmento cada vez más importante de la población. En la de América Latina y el Caribe, el contingente entre 10 y 24 años de edad representa un 30% del total y los adolescentes entre 10 y 19 años, un 20%. Esta distribución se divide igualmente entre hombres y mujeres (CEPAL, 2000a). El número de personas jóvenes en la región es de 155 millones (según datos del año 2000) y se espera que llegue a 163 millones en 2025.

<sup>3</sup> Lo primero que conviene analizar son las implicaciones del denominado “bono” o “dividendo” demográfico, recordando que más allá de estos términos, lo que se pretende destacar es que las tendencias demográficas pasadas, presentes y futuras brindan una gran oportunidad al desarrollo, por cuanto ya no nacen los contingentes abrumadores de niños que caracterizaron la evolución demográfica en los últimos 50 años y todavía no existen segmentos demasiado significativos de población anciana (cuyo número será muy importante a mediados de siglo), especialmente en los países en desarrollo que todavía no han completado su proceso de transición demográfica o están plenamente inmersos en él, localizados en su mayor parte en América Latina (Rodríguez, 2004).

## Abstract

### **Policies on sexual and reproductive health for adolescents and young people: a human-rights-based approach**

At present, it is imperative to address the issue of adolescence and of young people, in particular, bearing in mind the importance of this age group for development and its impact on the total population of Latin America and the Caribbean.

While population ageing will have a powerful effect on the region, especially towards the middle of this century, the issue of youth is an overwhelmingly current matter.<sup>2</sup> Public policy must therefore focus on this segment of the population, especially in these two key decades.<sup>3</sup>

The current situation of poverty and inequity prevailing in the countries of the region poses a serious threat to the development of this human capital. Most poor persons are under 30 years of age and face serious difficulties in terms of access to basic services, especially in the area of health and education.

This study seeks to examine the issue of sexual and reproductive health policies that target adolescents and young people from a perspective that takes into account their human rights and in particular, their reproductive rights. This perspective is based on commitments by countries to ratify the Universal Declaration of Human Rights, the Convention on the Elimination on All Forms of Discrimination against Women, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights and the Convention on the Rights of the Child; among other international treaties; the outcome of world conferences (in particular the International Conference on Population and Development and the Fourth World Conference on Women, and their respective five-year reviews), and the fundamental principles of non-discrimination, equality, privacy, integrity, autonomy, dignity and well-being of the individual.

---

<sup>2</sup> Young people account for an ever-growing segment of the population. In Latin America and the Caribbean, the segment between 10 and 24 years of age account for 30% of the total population and adolescents between 10 and 19 years of age account for 20%. This distribution is divided equally between males and females (ECLAC, 2000a). There are 155 million young people in the region (according to 2000 data and the number is expected to reach 163 million by 2025).

<sup>3</sup> First, it should be recalled that “the demographic bonus” or “dividend” refers to the fact that past, present and future demographic trends have provided a great opportunity for development, since the overwhelmingly high birth rates observed in the past half-century are now no longer being witnessed, while the proportion of older persons (whose numbers will escalate sharply towards the middle of the century) is still not too significant, especially in developing countries, which for the most part are located in Latin America and which today have completed their demographic transition or are in the throes of it (Rodríguez, 2004).

## Résumé

### Politiques de santé sexuelle et reproductive ciblées sur les adolescents et les jeunes: une approche fondée sur les droits humains

Il ne fait nul doute actuellement que la thématique de l'adolescence, et en particulier la jeunesse, doit être abordée de façon spécifique en raison de la transcendance de ce groupe d'âge pour le développement et son importance dans la population totale de l'Amérique latine et des Caraïbes.

Malgré l'impact du vieillissement de la population sur la région, en particulier vers la moitié de ce siècle, la question qui se pose ici et maintenant est celle de la jeunesse.<sup>2</sup> Les politiques publiques doivent donc se centrer sur cette thématique, en particulier dans ces deux décennies cruciales.<sup>3</sup>

La situation actuelle de pauvreté et d'inégalité qui prévaut dans les pays de la région menace sérieusement le développement de ce capital humain. La plupart des personnes pauvres ont moins de 30 ans et rencontrent de graves difficultés pour accéder aux services de base, en particulier en matière de santé et d'éducation. Cette étude a pour but d'analyser la question des politiques de santé sexuelle et reproductive ciblées sur les adolescents et les jeunes, dans le cadre d'une approche tenant compte de leurs droits humains, en particulier en matière de procréation. Cette perspective est basée sur les engagements contractés par les pays moyennant la ratification de la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, le Pacte international des droits économiques sociaux et culturels et la Convention sur les droits de l'enfant, parmi d'autres traités internationaux, les conclusions des Conférences mondiales (notamment la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, et leur suivi quinquennal respectif), de même que sur les principes fondamentaux de non-discrimination, d'égalité, de confidentialité, d'intégrité, d'autonomie, de dignité et de bien-être de l'individu.

---

<sup>2</sup> Les jeunes constituent un segment de plus en plus important de la population. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le contingent de jeunes âgés de 10 à 24 ans représente 30% du total de la population, et les adolescents âgés de 10 à 19 ans représentent 20%. Cette distribution se divise en parts égales entre hommes et femmes (CEPALC, 2000). Dans la région, le nombre de jeunes est de 155 millions de personnes (selon les données de l'an 2000) et devrait atteindre 163 millions en 2025.

<sup>3</sup> Il faut d'abord analyser les conséquences dudit "bonus" ou "dividende" démographique; au-delà de la terminologie, il faut retenir que les tendances démographiques passées, actuelles et futures constituent une grande opportunité de développement car l'évolution démographique n'est plus caractérisée par les taux élevés de natalité observés au cours des 50 dernières années et, par ailleurs, les segments correspondant à la population âgée ne sont pas encore trop importants (ils le seront vers la moitié du siècle), notamment dans les pays en développement qui n'ont pas encore achevé leur processus de transition démographique ou qui sont en plein processus, ce qui est le cas de la plupart des pays d'Amérique latine (Rodriguez, 2004).

## I. Introducción

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) se subrayó la necesidad de considerar a adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, lo cual fue reafirmado en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). El tema fue también objeto de especial atención en la Cumbre del Milenio de 2005, durante la cual se sostuvo que la salud sexual y reproductiva era clave para la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano.

En estos planteamientos se toma como base la vigencia de los principios que sustentan los derechos humanos, fundamentos centrales para asegurar a adolescentes y jóvenes el acceso a la ciudadanía mediante su participación en los procesos de construcción de políticas y programas, en la identificación de prioridades y en la toma de decisiones.

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su resolución 2003/28, confirmó que “la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental”.

Debido a que el grupo de población adolescente y joven presenta bajos niveles de morbilidad y mortalidad asociada a causas naturales o a enfermedad, son pocos los países en los que se ha dado prioridad a su salud. No obstante, esta etapa de la vida, definitoria en muchos aspectos, también puede ser decisiva en cuanto a la opción entre estilos de vida saludables, que garanticen un futuro más protegido de la enfermedad, y otros de riesgo, que impliquen graves peligros para el mantenimiento de la salud y de la vida misma.

Los hombres y mujeres adolescentes y jóvenes de menos de 25 años de edad son especialmente vulnerables en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ya que para que puedan ejercer sus derechos a ella, y a la salud en general, existen numerosos obstáculos. Para lograr hacerlo, ambos grupos, en especial el de los adolescentes, suelen enfrentar restricciones que tienen su origen en la escasa autonomía que la sociedad suele otorgarles en relación con estas materias, en las señales contradictorias que reciben de diferentes actores e instituciones sociales, y en los vacíos de las políticas destinadas a fortalecer la educación y la información sobre los asuntos reproductivos y sexuales.

Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes. En América Latina y el Caribe, muchos de sus problemas de salud están vinculados a situaciones de pobreza y exclusión, dado que estas se relacionan con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud.

En términos generales, las mujeres y hombres jóvenes provenientes de distintos estratos socioeconómicos muestran trayectorias de emancipación diferentes. Una, más tardía y con baja fecundidad, propia de los sectores medios y altos; otra, con abandono temprano de los estudios, maternidad adolescente y mayores tasas de fecundidad, caracteriza a los sectores más pobres. Estas diferencias entre los patrones de comportamiento reproductivo terminan por descargar el mayor peso de la reproducción biológica y social de la población en los adolescentes y jóvenes pobres de ambos sexos.

Se origina, entonces, un círculo vicioso entre exclusión social y fecundidad adolescente. Es importante hacer notar que persiste la frecuencia de los embarazos entre la población menor de 20 años y de sectores más pobres, sobre todo en el grupo de 15 a 17 años, y fuera de uniones o matrimonios. Estos segmentos están expuestos a procesos de exclusión prematura del sistema educativo y de inserción precaria y temprana en el mercado de trabajo, sin opciones de progresión ocupacional. La persistencia de riesgos demográficos se explica por una combinación compleja de comportamientos tradicionales (unión y embarazo temprano en el caso de la fecundidad adolescente en los grupos pobres), con fenómenos clásicos de exclusión y de patrones culturales, tales como falta de información sobre temas sexuales, carencia de acceso a medios anticonceptivos en el caso de la fecundidad no planificada, sesgos culturales en las relaciones sexuales y otros factores asociados a la cultura juvenil (CEPAL/OIJ, 2003, pp. 11 y 12).

En lo referente a la salud, los adolescentes y jóvenes de ambos sexos enfrentan varias dificultades que es preciso abordar simultáneamente en diferentes planos para proveer respuestas acordes con la dimensión y la complejidad de los problemas existentes. Esto requiere una perspectiva integral cuyo eje sea la salud sexual y reproductiva, y que busque la debida articulación entre las distintas intervenciones institucionales, especialmente sobre la base de enfoques en que la salud se asume como un derecho humano fundamental (Schutt-Aine y Maddaleno, 2003; Rodríguez, 2004). Es así, por ejemplo, que está probada la relación existente entre años de educación y mejoramiento de la condición de las mujeres en lo que respecta a los aspectos adversos del matrimonio y el embarazo tempranos. Este último también tiene nexos directos con condicionantes de género que asignan a la mujer un rol reproductivo ajeno a su control y decisión, con la baja autoestima femenina y con la falta de un proyecto de vida o de oportunidades para realizarlo. A menudo las personas jóvenes de la región no se protegen contra el embarazo o no buscan tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, inhibidas por normas sociales, restricciones financieras, falta de confidencialidad y escasa información.

Existe hoy una creciente conciencia acerca de la necesidad de diseñar políticas públicas específicas para adolescentes y jóvenes; en general, en la región se ha apreciado una mejora cualitativa de las políticas, programas y normas sobre

salud sexual y reproductiva, atribuible a la actual concepción de los derechos humanos, a la equidad social y de género y al empoderamiento de las mujeres y los adolescentes.

Se han llevado a cabo programas nacionales de salud dirigidos a la población adolescente y se han creado unidades especiales para su atención en los establecimientos de salud, así como también para la prestación de servicios de promoción, prevención y tratamiento, en los que se da especial importancia a la salud sexual y se realizan actividades dirigidas expresamente a prevenir el embarazo no planeado y a dar atención a madres adolescentes. En forma paralela se ha reforzado la formación de recursos humanos en prácticas de atención, el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la ampliación de la oferta de anticonceptivos para la población adolescente, entre otras vías, mediante talleres sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva dirigidos a grupos de jóvenes (CEPAL, 2004a; Naciones Unidas, 2005).

Es imprescindible generar un mayor apoyo político para que en los procesos de reforma del sector de la salud se otorgue prioridad a las actividades relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, dado que será imposible lograr los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) relativos a la salud materna si no se invierten recursos y se toman medidas eficaces dirigidas a adolescentes y jóvenes.

Ante esta situación es clara la necesidad de incrementar la difusión de información y educación en materia de salud sexual y reproductiva desde edades muy tempranas, así como de ampliar los servicios para adolescentes y jóvenes a fin de garantizarles el acceso a una salud integral, a una educación de calidad, oportuna y pertinente, y a una vida digna, fomentando sus posibilidades de convertirse en actores estratégicos de su propio desarrollo.

El planteamiento de estas cuestiones desde una perspectiva de derechos humanos puede contribuir a profundizar el análisis y a identificar políticas eficaces, equitativas y pragmáticas para abordar tan complejos problemas. Es esencial que sobre la base de las normas jurídicas en materia de derechos humanos se imponga a los responsables la obligación de hacer todo lo que sea necesario para dismantelar las barreras que obstaculizan el acceso a la salud sexual y reproductiva. A este respecto, las normas de derechos humanos ofrecen la posibilidad de informar a grupos de personas vulnerables y a comunidades desfavorecidas con vistas a potenciar su capacidad.

## II. Adolescencia y juventud

**P**ara las Naciones Unidas son considerados jóvenes todos los hombres y mujeres entre los 15 y los 24 años de edad (CEPAL, 2003).

Desde una perspectiva sociológica, la juventud se identifica como la fase de tránsito entre la niñez y la vida adulta. Específicamente tiene estrecha relación con la inserción en la vida productiva, la incorporación al empleo estable, el abandono del hogar parental y la finalización de los estudios, lo cual en muchos casos puede extenderse hasta los 29 años de edad o más en los países en desarrollo (Rodríguez, 2002, pp. 35-37).

Este tránsito depende del contexto social, por lo tanto resulta difícil determinar cuál es el momento en que se produce la completa integración en el mundo adulto.

Aunque hay una mayor coincidencia respecto de la importancia de los factores biológicos para establecer el inicio de la adolescencia, ha sido más complejo llegar a un acuerdo sobre los límites de edad que se le asignan a la población joven.

Se puede afirmar que en los instrumentos internacionales, en los códigos nacionales de niñez y adolescencia y en las políticas sobre la infancia existe consenso en cuanto a que su ámbito de aplicación comprende a las personas de hasta 18 años de edad. Sin embargo, cuando se trata de legislación referida a la juventud, el ámbito de aplicación puede abarcar edades muy variadas.

Esto ha dado origen a una amplia diversidad de criterios para definir quiénes son los hombres y mujeres jóvenes. En los países existen distintas normas legales relativas a las edades de sus grupos de población, que responden a sus respectivas realidades políticas y sociales, lo cual da lugar a diferencias muy notorias.

En México se considera jóvenes a aquellas personas cuyas edades fluctúan entre los 12 y los 29 años de edad. En Costa Rica los límites se fijan entre los 12 y los 35 años y en República Dominicana, entre los 15 y los 35 años; en otros países, en tanto, se parte de los 18 años, para evitar traslajos con las disposiciones pertinentes a los adolescentes.

En muchos casos, la designación de juventud se confunde con nociones como las de adolescencia y, en ocasiones, de niños y niñas, lo cual genera dificultades, ya que esto puede llevar incluso a contraposiciones con la Convención sobre los Derechos del Niño y con las nuevas legislaciones sobre infancia y adolescencia, a la vez que se superpone a todas las normativas jurídicas nacionales destinadas a regular los distintos ámbitos de acción de las personas adultas.

Esta vaguedad y variación en la determinación de las edades puede influir y, en muchos casos, traducirse en superposición de políticas y programas, escasa coordinación, debilidad institucional y presupuestaria y falta de atención específica.

En lo que respecta a quienes son menores de 18 años de edad es crucial subrayar el importante efecto que ha tenido la Convención sobre los Derechos del Niño, que da fundamento a la llamada doctrina de la protección integral, y con esto se hace referencia a la construcción de una nueva concepción de niño, niña y adolescente y de sus relaciones con la familia, la sociedad y el Estado.

Esta concepción se basa en su reconocimiento como sujetos de derecho, que se desprende de su carácter de persona humana, en oposición a la idea de definirlos a partir de su incapacidad jurídica. Los efectos de este enfoque, que comprende a la totalidad de la niñez y la adolescencia, son muy importantes:

- i) Niños, niñas y adolescentes son personas titulares de derechos y obligaciones, igual que los adultos y, por tanto, sujetos de derechos. No pueden ser considerados objetos pasivos de protección del Estado y de los padres.
- ii) Los derechos humanos, reconocidos en las convenciones internacionales sobre derechos humanos, también se aplican a la niñez y la adolescencia.
- iii) Más allá del respeto a los derechos y deberes de los progenitores y representantes, cabe destacar que en el artículo 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño claramente se establece que las facultades otorgadas a los padres se confieren con el objetivo de que impartan a niños, niñas y adolescentes dirección y orientación apropiadas, en consonancia con la evolución de sus facultades, para que ejerzan los derechos reconocidos en ese instrumento internacional.
- iv) Del juego armónico entre los artículos 12 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño se desprende que niños, niñas y adolescentes, en cuanto titulares del derecho a las prestaciones de salud, tienen que ser oídos y sus opiniones deben ser tomadas en cuenta en consonancia con su edad y madurez.

Además, cualquier obstáculo injustificado al acceso a la atención de salud, lo cual incluye también la información y orientación de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, constituye discriminación sobre la base de la edad y, por lo tanto, es una violación del artículo 2 de la Convención.

Como se señalara en la Observación General N° 4 (2003) del Comité de los Derechos del Niño, los Estados deben asegurar a los adolescentes el acceso a la información apropiada de acuerdo con su edad, la oportunidad de participar en las decisiones que atañen a su salud mediante el consentimiento informado y su derecho a la confidencialidad.

En lo que respecta al reconocimiento específico de los derechos de los jóvenes, mujeres y hombres, en un tratado internacional que individualiza a la persona joven y lo especifica como titular de derechos, se encuentra abierta a ratificación la Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes, la cual fue suscrita por 18 países en octubre de 2005, en Badajoz, España, y requiere la aprobación de 5 países más para entrar en vigencia.

Conforme se determina en el artículo 1, esta Convención es aplicable a las personas entre los 15 y los 24 años de edad; también se especifica que esa población

es sujeto y titular de los derechos que en ella se reconocen, sin perjuicio de los que igualmente beneficien a los menores de edad en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

La Convención tiene como finalidad consagrar en forma vinculante el reconocimiento de los requerimientos de protección y garantía para el ejercicio de los derechos de los jóvenes de ambos sexos, incluidas la igualdad de género, la libre elección de pareja, la salud integral y la salud sexual y reproductiva. Interesa destacar el artículo 23, relativo a la educación sexual, y el artículo 25, sobre la salud y la salud sexual y reproductiva, así como sobre la confidencialidad en los servicios.

El hecho de contar con un instrumento internacional específico puede contribuir a acompañar la transición niñez-adolescencia-juventud como un continuo y servir de herramienta para romper la invisibilidad que afecta a este sector de la población.

Sin embargo, la idea de especificidad no debe hacer perder de vista el requisito de que los distintos sectores trabajen en forma transversal. Integración y transversalidad son enfoques que deben ser asumidos y aplicados como prácticas y estrategias fundamentales en cualquier legislación y política dirigida a la juventud.

### **III. El derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes**

#### **A. Derecho a la salud**

La salud no es solamente la ausencia de enfermedad, un concepto de salud restringido y negativo. El principio de que “El disfrute del más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de cualquier ser humano sin distinción de raza, religión, creencia política, ideológica y condición social o económica”, se consagró por primera vez en la carta de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1946, y más adelante se reiteró en la Declaración de Alma-Ata, en 1978, y en la Declaración Mundial de la Salud, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998.<sup>4</sup> Ese derecho ha sido reafirmado en instrumentos internacionales y regionales sobre derechos humanos.

---

<sup>4</sup> Adoptada en la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata (ex Unión Soviética) en 1978, en la cual se reiteró que el concepto de salud como completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades, era un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto de salud posible era un objetivo social muy importante que requería la intervención de múltiples sectores sociales y económicos.

Ya en el preámbulo de la carta de la OMS se afirma que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”

La noción y el alcance del reconocimiento del derecho a la salud en el sistema internacional han ido evolucionando, como se desprende de las definiciones consensuadas en las declaraciones adoptadas y los tratados suscritos desde 1948 en adelante.

Este derecho ha sido reconocido en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en el artículo 11 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948); en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), en el que se establece por primera vez el derecho a la salud en un tratado con carácter vinculante; en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), y en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

La Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado en 1988 y puesto en vigencia en 1999, son otros dos instrumentos en los que se reconoce el derecho a la salud.

Asimismo, ha sido proclamado en numerosas declaraciones y recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en declaraciones y programas de acción de las conferencias mundiales.<sup>5</sup>

El derecho a la salud incluye el derecho universal de hombres y mujeres, sin discriminación, a acceder a los servicios de salud pública, así como el respeto a la autonomía y libertad de las personas, que comprende el control sobre su cuerpo y su salud. Abarca asimismo el acceso a información relacionada tanto con la salud como con la salud sexual y reproductiva. También forman parte de él la libertad de rechazar todo tipo de discriminación y de no ser sometido a esterilización forzada y el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud. Como otros derechos humanos, se aplica a las personas desfavorecidas y vulnerables que viven en la pobreza, para las cuales es especialmente relevante, y su ejercicio exige contar con un sistema de salud eficaz, inclusivo y de buena calidad (Naciones Unidas, 2004a, párr. 16).

---

<sup>5</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (E/C.12/2000/4), 2001.

## **B. Salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en el marco de los derechos humanos**

Si bien el derecho a la salud fue reconocido por primera vez en la Declaración Universal de Derechos Humanos y es imposible separar la salud sexual y reproductiva de la salud en general, ni en esa Declaración ni en los dos principales Pactos sobre derechos humanos se reconocieron explícitamente los derechos reproductivos como uno de ellos.

De hecho, fue solo en 1968, en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en Teherán, cuando se reconoció por primera vez como un derecho humano básico el derecho de las parejas a decidir el número de hijos y el espaciamiento de sus nacimientos.<sup>6</sup>

En la primera gran reunión intergubernamental sobre población —la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas— realizada en Bucarest, en 1974, se aprobó un Plan de Acción Mundial sobre Población en el que se reconoce la obligación del Estado de asegurar el derecho fundamental de toda pareja y todo individuo a decidir con libertad y con toda responsabilidad el número de hijos y cuándo se desea tenerlos, lo que incluye el acceso a la información pertinente y a métodos de control de la natalidad, aunque en esa ocasión se tomaba como base la necesidad de limitar el crecimiento demográfico como una forma de combatir la pobreza, más que el reconocimiento del derecho de la mujer a controlar su propio cuerpo y fecundidad.

En 1975, en el marco de la Conferencia Mundial sobre la Mujer que tuvo lugar en México durante el Año Internacional de la Mujer, se reconocieron los derechos a preservar la integridad física y a decidir sobre el propio cuerpo, así como los derechos reproductivos, incluida la maternidad voluntaria.

En la Conferencia Internacional de Población de 1984 (México) y en las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer, aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1985, se habla del derecho humano básico de todas las parejas y las personas a decidir libre e informadamente el número y espaciamiento del nacimiento de sus hijos y se reconoce que “la capacidad de la mujer de controlar su propia fecundidad constituye una base importante para el goce de otros derechos”.

En el Plan de Acción adoptado en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992), se establece que “se aplicarán, con carácter de urgencia y según las condiciones y sistemas jurídicos de cada país, medidas para lograr que mujeres y hombres tuvieran el mismo derecho de decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de

---

<sup>6</sup> Véase Naciones Unidas (1968), párr. 16: “La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos”.

los nacimientos de hijos y tuvieran acceso a la información, a la educación y a los medios, según procediera, que les permitiera ejercer ese derecho en consonancia con su libertad, su dignidad y sus valores personales, teniendo en cuenta las consideraciones éticas y culturales”.

En la Declaración y Programa de Acción de Viena, emanados de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), se reconoce “...la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida ... la igualdad de condición y los derechos humanos de la mujer”, y también, en el punto 41, “el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar...”.<sup>7</sup>

Asimismo, en la Declaración aprobada en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), se ratificó expresamente el compromiso de asegurar la igualdad entre mujeres y hombres, así como el de tomar medidas que garanticen el acceso universal al más amplio espectro de servicios de salud, incluidos aquellos vinculados a la salud reproductiva (Compromiso 5.d).

Con la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, se dio una sólida sustentación a la necesidad de situar la salud reproductiva como un componente central de la salud en general y de la vida de las personas en todo su ciclo vital.

En la CIPD se logró que se debatiera el tema de la salud sexual y reproductiva como un derecho humano y se estableció un nuevo paradigma en lo que respecta al tratamiento del tema población y desarrollo que iba más allá de los programas de planificación familiar limitados estrictamente a la familia, situaba a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción y reconocía que cabe a los derechos humanos desempeñar un papel esencial con respecto a la salud sexual y reproductiva. Este nuevo planteamiento se confirmó el año siguiente en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, efectuada en Beijing.

En la Conferencia de El Cairo se adoptó un Programa de Acción para los siguientes 20 años en el que se consideraron las recomendaciones formuladas por los diferentes organismos de las Naciones Unidas, lo que significó introducir contenidos como el del manejo de la función procreativa, el acceso a información confiable y a servicios de salud reproductiva de calidad, que incluyan la planificación familiar.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Declaración de Viena y Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena, 14 al 25 de junio de 1993.

<sup>8</sup> Para la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994), se congregaron representantes de más de 180 países, número sin precedentes de países y organizaciones participantes (Naciones Unidas, 1994). El Programa de Acción aprobado se sometió al examen de la Asamblea General de las Naciones Unidas que, reunida en una sesión extraordinaria en junio de 1999, evaluó los progresos ya realizados, revisó las dificultades subsistentes, presentó recomendaciones y propuso medidas prácticas para alcanzar

Uno de los objetivos fijados por la CIPD fue asegurar el acceso voluntario y universal a una gama completa de servicios de salud reproductiva e información al respecto antes de 2015.

De este modo se amplía el alcance de los derechos reproductivos, rompiendo la visión tradicional y restringida al abandonar el enfoque centrado en la fecundidad para sustituirlo por otro que integra salud reproductiva, planificación familiar, educación, igualdad y equidad de género.<sup>9</sup>

En el Programa de Acción también se afirma que los derechos reproductivos abarcan derechos humanos ya contemplados en los tratados internacionales y que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como del derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva (párr. 7.3).

Además se asegura que se debe facilitar a los adolescentes la información y los servicios que les ayuden a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad (párrs. 7.4 y 7.5).<sup>10</sup> Se sostiene, asimismo, que en la

---

los objetivos de la Conferencia en los próximos 20 años. Esta evaluación es el resultado de un largo proceso, llamado CIPD+5, en el que participaron activamente organizaciones no gubernamentales, gobiernos y organismos internacionales.

<sup>9</sup> Capítulo VII “Derechos reproductivos y salud reproductiva”. “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (párr. 7.2) “La aplicación del presente Programa de Acción debe orientarse por esta definición amplia de salud reproductiva, que incluye la salud sexual” (párr. 7.4).

<sup>10</sup> “Se exhorta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, atiendan las necesidades especiales de los adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas. Esos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA. Deberían establecerse programas para la prevención y el tratamiento de los casos de abuso sexual y de incesto, así como otros servicios de salud reproductiva. Esos programas deberían facilitar información a los adolescentes y hacer un esfuerzo consciente para consolidar valores sociales y culturales positivos. Los adolescentes sexualmente

mayoría de los países los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes (párr. 7.3).

“Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes” (párr. 7.46). “Los programas deberían llegar y capacitar a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres y las familias, así como las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información y los grupos de la misma edad e intereses. Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberían promover programas encaminados a instruir a los padres a fin de mejorar la interacción de estos con sus hijos y permitirles cumplir mejor sus deberes educativos en apoyo del proceso de maduración de sus hijos, sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva” (párr. 7.48).

En el Programa de Acción de El Cairo se sugiere prestar particular atención “a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable” (párr. 7.3), lo que significa reconocer el derecho de este grupo etario a contar con servicios de salud reproductiva.

También se subraya la importancia de implementar programas de educación en materia de salud, en la escuela o la comunidad, para niños, adolescentes y adultos, prestando especial atención a niñas y mujeres (Compromiso 6.1). Se establece igualmente que “se debe satisfacer las necesidades especiales de los adolescentes y los jóvenes, especialmente las jóvenes, en materia de apoyo de la sociedad, la familia y la comunidad, oportunidades económicas, participación en el proceso político y acceso a la educación, la salud, la orientación y servicios de salud reproductiva de alta calidad, teniendo presente la propia capacidad creativa de los adolescentes y jóvenes” (Naciones Unidas, 1994, párr. 6.7).

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) se reiteraron los conceptos generales vertidos en Cumbres anteriores sobre la necesidad de llegar a un pleno respeto de todos y cada uno de los derechos humanos de la mujer y sobre el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos humanos (párr. 216).<sup>11</sup> Además, en la Plataforma de Acción de esa Conferencia se

---

activos requerirán información, orientación y servicios especiales en materia de planificación de la familia, y las adolescentes que queden embarazadas necesitarán apoyo especial de sus familias y de la comunidad durante el embarazo y para el cuidado de sus hijos. Los adolescentes deben participar plenamente en la planificación, la prestación y la evaluación de la información y los servicios, teniendo debidamente en cuenta la orientación y las responsabilidades de los padres” (párr. 7.47).

<sup>11</sup> “Teniendo presente el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Declaración de Viena y el Programa de Acción aprobados en la Conferencia

añadió el reconocimiento explícito del derecho de la mujer a decidir y controlar su sexualidad, además de considerar la necesidad de que los países revisaran las leyes que criminalizan el aborto.<sup>12</sup>

En la Conferencia de Beijing se estableció también que en “el acceso a los servicios de nutrición y atención a la salud, la discriminación contra las niñas pone en peligro su salud y bienestar, tanto presente como futura. Las adolescentes carecen de adecuado acceso a servicios de salud y nutrición y sufren una insuficiente o inexistente información y asesoramiento en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ignorando el derecho de las adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado” (párr. 93).

Estas consideraciones fueron reafirmadas en las sesiones quinquenales de seguimiento de los planes de acción de Beijing y El Cairo, respectivamente.

En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas que tuvo lugar en 1999, también llamado CIPD+5, se reconoció el derecho de los adolescentes al disfrute de los más altos niveles posibles de salud y a la provisión de servicios adecuados, específicos, acogedores y de fácil acceso para los jóvenes, para atender eficazmente sus necesidades de salud reproductiva y sexual, que incluyan educación, información y asesoramiento sobre salud reproductiva y estrategias de fomento de la salud (párr. 73).

En la Observación General N° 4 del Comité de los Derechos del Niño se establece que para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes los Estados Partes deben respetar en forma estricta el derecho a la privacidad y la confidencialidad, que comprende la consulta y la consejería en temas de salud. Los profesionales de la salud tienen la obligación de observar la confidencialidad de la información médica relativa a los adolescentes. Esa información solo puede ser revelada con el consentimiento del adolescente o en las mismas situaciones en que

---

Mundial de Derechos Humanos, la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer reafirma que los derechos a la procreación se basan en decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento en que desean tener hijos y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, así como en el reconocimiento del derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluyen su derecho a adoptar decisiones en lo que se refiere a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos” (párr. 223). (Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, párr. 223). “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia” (párr. 96).

<sup>12</sup> En la Plataforma de Acción de Beijing y en el Programa de Acción de la CIPD se estableció que:

- No debe promoverse el aborto como un método de planificación familiar.
- Debería reducirse la incidencia del aborto mediante el acceso a la planificación familiar.
- Donde es legal, el aborto debería ser seguro.
- Donde es ilegal, deberían tratarse las consecuencias de los abortos ilegales/inseguros.
- Es preciso y urgente considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales.

se permite la excepción a la confidencialidad para los adultos. Los adolescentes de ambos sexos considerados con suficiente madurez podrán requerir tratamiento y servicios confidenciales (Comité de los Derechos del Niño, 2003, párr. 11).

Asimismo, el Comité señaló que, en virtud de los artículos 3, 17 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados deben proporcionar a los adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo los temas de la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, los peligros de la maternidad temprana, la prevención del VIH/SIDA y de las enfermedades transmisibles por vía sexual (Comité de los Derechos del Niño, 2003, párr. 28).

En la Sesión Especial de la Asamblea General a favor de la Infancia, efectuada en Nueva York en mayo de 2002, bajo el título “Un mundo apropiado para los niños”, se estableció que para una vida sana era preciso proveer “acceso a sistemas de atención primaria de la salud efectivos, equitativos y estables; garantizando el acceso a los servicios de información y consulta; ... y promoviendo hábitos de vida sanos entre los niños y los adolescentes”.<sup>13</sup>

También se señaló que para 2003 había que “establecer y/o fortalecer estrategias ... para la ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva, y la incorporación en la medida de lo posible de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA”.<sup>14</sup>

En marzo de 2004, en la Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial de Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL, realizada en Santiago de Chile, se reafirmó el compromiso de los países de la región con los principios, objetivos y acciones contenidos en el Programa de Acción de la CIPD+5 (CEPAL, 2004b).<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Véase “Un mundo apropiado para los niños”, resolución S-27/2 de la Asamblea General, aprobada en su vigésimoséptimo período extraordinario de sesiones, 10 de mayo de 2000. [REF [http://www.unicef.org/specialsession/docs\\_new/documents/A-RES-S27-2S.pdf](http://www.unicef.org/specialsession/docs_new/documents/A-RES-S27-2S.pdf)].

<sup>14</sup> Íbid, Plan de Acción, párr. B.4. “Lucha contra el VIH/SIDA”, párr. 47: “Para lograr esas metas, aplicaremos las estrategias y medidas siguientes: [...] 4. Para 2005, poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de la salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género”.

<sup>15</sup> Adolescentes y jóvenes: reiterar la importancia estratégica del fomento de la educación pública de calidad como instrumento de movilidad social ascendente para favorecer un empleo productivo y reforzar su contribución a la reducción de la pobreza y reconocer, promover y proteger el derecho de adolescentes y jóvenes al acceso a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva amigables, salvaguardando el derecho de adolescentes y jóvenes a la privacidad, confidencialidad y consentimiento informado e involucrarlos en el diseño, ejecución y evaluación de estos programas.

Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos, ha señalado que hay tres pautas inspiradas en los consensos de El Cairo y de Beijing (Comisión de Derechos Humanos, 2004, p. 19).

- i) En relación con la salud sexual y la salud reproductiva hay varios derechos humanos interrelacionados y complementarios, como los que se plasman en los párrs. 7.2 y 7.3 del Programa de Acción de la CIPD: “el derecho del hombre y la mujer a obtener información ... y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables ... de planificación de la familia de su elección”.
- ii) De estos derechos, el de mayor alcance es el de lograr el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, que también se refleja en el principio 8.
- iii) Aunque evidentemente existe una estrecha relación entre salud sexual y salud reproductiva, en la CIPD y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer se reconoció que ambas eran dimensiones propias y diferentes del bienestar humano.

### **C. Los objetivos de desarrollo del milenio y la salud sexual y reproductiva**

Es fundamental considerar los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) en el marco de los derechos humanos, lo que significa que deben ser entendidos como obligaciones de los Estados con respecto a sus ciudadanos, en especial en lo que atañe al pleno cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales.

Si bien el objetivo fijado en El Cairo de lograr el acceso universal a servicios de salud reproductiva de calidad antes de 2015 no forma parte de los ODM, se reconoce que la urgente atención de esas necesidades contribuye al exitoso cumplimiento de la mayoría de ellos (UNFPA, 2004, p. 12).

Para conquistar esas metas es preciso que se cumplan varias condiciones, en vista de que todos los ODM están interrelacionados. Es evidente que la posibilidad de alcanzarlos depende, entre otras cosas, del cumplimiento de los objetivos de salud reproductiva y sexual establecidos en la CIPD y la CIPD+5.

Por lo tanto, focalizar la acción en las necesidades de la mujer en materia de derechos sexuales y reproductivos es clave para alcanzar el objetivo relacionado con el mejoramiento de la salud materna y el combate contra el VIH/SIDA.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> Véase UNFPA (2004, p. 73) Los Adolescentes y los objetivos de desarrollo del Milenio. Posibilitar que los jóvenes aplacen el embarazo no solo es un imperativo en materia de salud y derechos humanos, sino que es también la clave para menguar el continuo crecimiento de la población y permitir que los países en desarrollo recojan los beneficios económicos que puede aportar el descenso de las tasas de fecundidad; por consiguiente, esas iniciativas deben tener prioridad en el empeño mundial por erradicar la pobreza y conquistar los objetivos de desarrollo del Milenio.

En mayo de 2004, en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS se aprobó la estrategia mundial de salud reproductiva, con el propósito de acelerar el progreso hacia el logro de los ODM y los objetivos de salud reproductiva planteados en la CIPD y en el examen de su Programa de Acción cinco años más tarde (UNFPA, 2004, p. 38).

En la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas (Nueva York, septiembre de 2005), 170 Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a “mejorar los sistemas de salud de los países en desarrollo y de los países de economía en transición a fin de que haya suficiente personal sanitario, así como la infraestructura, los sistemas de gestión y los suministros de salud necesarios para que se puedan alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud a más tardar en 2015”.<sup>17</sup>

En esa ocasión se reiteró la importancia de tomar en cuenta el considerable efecto que tendría la ampliación del acceso a servicios de salud reproductiva en las estrategias para la reducción de la pobreza y la desigualdad en un país: “Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza” (párr. 57(g)).<sup>18</sup> También se mantuvo el énfasis en “asegurar la igualdad de acceso a la salud reproductiva, para lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer” (párr. 58(c)) y en “aumentar la capacidad de adultos y jóvenes para protegerse del riesgo de infección por el VIH” (párr. 57(b)).

#### **D. Los derechos reproductivos de los jóvenes en la legislación y las políticas nacionales**

En muchos países de América Latina se emprendieron procesos para garantizar los derechos reproductivos desde el sector de la salud tras la firma de los compromisos acordados en la CIPD. En cambio, en gran parte del Caribe de habla inglesa tales procesos antecedieron las propuestas de dicha Conferencia.

---

Otras medidas esenciales para alcanzar los ODM relacionados con la igualdad de género, la mortalidad infantil, la salud materna y el VIH/SIDA serían las siguientes: i) invertir en la salud y la educación de los jóvenes y en el desarrollo de sus aptitudes, y ii) posibilitar que las niñas sigan asistiendo a la escuela y aplacen el momento de contraer matrimonio.

<sup>17</sup> Véase la resolución 60/1, párrs. 57(a) y 68(i). Véase además, Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005a) y (2005b).

<sup>18</sup> Véase el Documento final de la Cumbre [en línea] <http://www.un.org/summit2005/>.

Luego de la CIPD en numerosos países se revisaron los marcos legales y las políticas vigentes y se adoptaron medidas tendientes a asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso sin discriminación a los servicios de salud sexual y reproductiva. En Argentina, Belice, Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Santa Lucía y la República Bolivariana de Venezuela se implementaron políticas y programas nacionales de salud sexual y reproductiva. En Cuba, donde esos programas ya existían, fueron reforzados con posterioridad a la CIPD.<sup>19</sup>

El derecho a decidir sobre el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos, así como a acceder a la información y a los medios para hacer efectivo ese derecho, está presente, con mayor o menor amplitud, en las Constituciones de Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, la República Bolivariana de Venezuela y Perú, algunas de ellas reformadas recientemente.

Por su parte, en México, al igual que en Nicaragua y Perú, los principios que fundamentan las acciones para promover el ejercicio pleno de los derechos reproductivos y la garantía de acceso a los servicios de planificación familiar y de salud reproductiva están reconocidos en la política nacional de población. En México, tanto en la Ley general de salud como en el Reglamento de la Ley general de población se destaca la obligación de proporcionar información y educación sobre planificación familiar a jóvenes y adolescentes. En Ecuador se cuenta desde el año 2005 con una política de salud y derechos sexuales y reproductivos.

En algunos países se promulgaron nuevas leyes en que se incorporaba el enfoque de los derechos reproductivos y de la salud sexual y reproductiva. Así lo demuestra la aprobación de la Ley de desarrollo social, de 2001, en Guatemala; la Ley general de protección a la madre adolescente N° 7.735, de 1997, en Costa Rica, en la que se incluye el tema de la educación sexual, y del Decreto ejecutivo 27.913-S, de 1999, referido fundamentalmente a los derechos reproductivos; la Ley de educación de la sexualidad y el amor, de 1998, en Ecuador y, en Argentina, de la Ley nacional 25.673 de salud sexual y procreación responsable, en 2002, así como la Ley de 2006 en que se establece el Programa de Educación Sexual Integral; más recientemente, en este último país se legisló en materia de ligadura de trompas y vasectomía.

---

<sup>19</sup> Después de la Conferencia de El Cairo en muchos países se revisaron los marcos legales y se adoptaron leyes encaminadas a asegurar el ejercicio de los derechos reproductivos y el acceso sin discriminación a los servicios de salud sexual y reproductiva. En las nuevas constituciones de Ecuador, Perú y la República Bolivariana de Venezuela se consagra explícitamente el derecho a la toma de decisiones libre y responsable, sin discriminación, violencia ni coerción, sobre la vida sexual y el número de hijos que se desee procrear, adoptar, mantener y educar (CELADE/UNFPA, 2004).

## IV. Políticas con enfoque de derechos

### A. Enfoques de las políticas referidas a la juventud

“Durante varias décadas el enfoque predominante centró las respuestas en el terreno de la educación y el denominado tiempo libre. Este enfoque funcionó con cierta fluidez en el contexto de economías dinámicas y sociedades que contaban con mecanismos eficaces de movilidad social ascendente, pero benefició casi exclusivamente a adolescentes y jóvenes integrados, pertenecientes a estratos medios y altos. Posteriormente, en la década perdida de los ochenta, comenzó a desarrollarse una creciente preocupación por los jóvenes excluidos, identificándose a la capacitación laboral y al empleo como la principal esfera de intervención desde las políticas públicas. Más recientemente, incluso, se ha comenzado a desarrollar una creciente preocupación por el vínculo existente entre jóvenes y violencia, y en dicho contexto se comienzan a desarrollar programas de seguridad ciudadana” (Rodríguez, 2006).

En los diferentes países de la región se ha abordado el tema de los adolescentes y jóvenes considerando a ambos como grupos de riesgo. Este enfoque “mostró la existencia de amplios sectores juveniles excluidos, viviendo en condiciones sumamente precarias ... las elevadas tasas de fracaso escolar (y aun de no ingreso), junto con los elevados y persistentes niveles de desempleo y subempleo juvenil, asociadas en general a condiciones de vida (familia, vivienda, comunidad, etc.) sumamente precarias, acreditaban este enfoque de un modo contundente”. “Sin embargo, a pesar del avance que obviamente implicaba respecto a las perspectivas más tradicionales, el enfoque de riesgo no hizo (ni hace) referencia alguna a la condición ciudadana de los jóvenes y a los derechos inalienables que les corresponden en tal sentido ... ni priorizó (ni prioriza) el desarrollo de iniciativas que traten de fomentar la participación de los jóvenes” (UNFPA, 2005a).

Por lo tanto, las políticas públicas han podido responder a esta problemática solo parcialmente y mediante enfoques sectoriales. En algunos casos se han realizado esfuerzos por incorporar a adolescentes y jóvenes al sistema educativo y al mercado de trabajo y, a la vez, se ha tratado de proporcionarles mejor atención en el campo de la salud y de encarar las principales conductas de riesgo, tanto de hombres como de mujeres, pero esto se ha llevado a cabo desde diversas estructuras ministeriales, sin establecer las necesarias articulaciones interinstitucionales y sin una disposición universal ni una perspectiva de derechos.

### B. Jóvenes, derechos y ciudadanía

Tradicionalmente, la mayoría de las relaciones entre personas adolescentes y jóvenes y el Estado han sido reguladas por una cultura paternalista y con una marcada tendencia a trabajar sobre la base de programas focalizados. En la región,

las políticas sociales han perdido progresivamente su carácter de públicas para volverse más bien programas centrados en sujetos específicos, cuya finalidad es resolver problemas determinados. De ser un instrumento de política pública, la focalización ha pasado a ser una política en sí misma.

El enfoque marcado por el paternalismo y la percepción de riesgo debe ser abandonado para reemplazarlo por un nuevo marco conceptual que reconozca a adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho, asegure su libertad y los asuma como actores sociales capaces de formular, implementar y evaluar las políticas que les están destinadas.

El cambio de paradigma es clave. Si se asume que los adolescentes y jóvenes son ciudadanos y tienen derechos, entonces el acceso a servicios no debe ser visto como una concesión o un favor que el Estado hace a los jóvenes, sino como un derecho cuya vigencia tiene que estar asegurada. Esto supone cambiar el enfoque predominante en el último medio siglo, caracterizado por políticas sectoriales desplegadas con pretensiones de universalidad, pero que, en los hechos, no lograron atender adecuadamente a amplios sectores de la población latinoamericana afectados por agudos cuadros de pobreza e indigencia (ACNUDH, 2004).

“El enfoque de derechos abandona el énfasis estigmatizante y reduccionista de la juventud como problema. La integración del paradigma que la señala como actor estratégico con el paradigma de juventud ciudadana, permite reconocer su valor como sector flexible y abierto a los cambios, expresión clave de la sociedad y la cultura global, con capacidades y derechos para intervenir protagónicamente en su presente, construir democrática y participativamente su calidad de vida y aportar al desarrollo colectivo” (Krauscopf, 2000).

El ejercicio de la ciudadanía es no solo un derecho en sí mismo —que contribuye como tal al bienestar de las personas—, sino también el medio más efectivo para garantizar que los objetivos sociales del desarrollo estén adecuadamente representados en las decisiones públicas. De esta manera contribuye a la configuración de un marco social y político de estabilidad, que favorece el propio desarrollo económico.

Como dijera Bobbio, el concepto de ciudadanía implica el derecho a tener y ejercer los derechos. La ciudadanía incluye el pleno ejercicio de los derechos civiles y políticos y de los derechos económicos, sociales y culturales, pero hay personas que están excluidas de la mayoría de los derechos civiles y, por lo tanto, del ejercicio moderno de la ciudadanía; son quienes tienen menos posibilidades de participación política, de visibilidad en el espacio público, de acceso a ingresos y empleos dignos, a educación de calidad y buenos servicios.

### **C. Políticas con enfoque de derechos**

Cuando se piensa en derechos humanos y políticas públicas se debe tener en cuenta una dimensión integral que abarque en forma indivisible los derechos

civiles, políticos, económicos, sociales y culturales como marco ético para su formulación.

La vigencia de los derechos civiles y políticos garantiza la autonomía individual frente al poder del Estado y la participación en las decisiones públicas, en tanto que la de los derechos económicos, sociales y culturales responde a los valores de igualdad, solidaridad y no discriminación.

Es importante resaltar que si no se logran avances respecto de los derechos económicos, sociales y culturales, los derechos civiles y políticos tienden a perder sentido para los sectores con menores recursos y más bajos niveles de educación e información. Pobreza y ausencia del ejercicio de la ciudadanía van muchas veces de la mano. Por lo tanto, ambos conjuntos de derechos, en forma interdependiente, configuran un verdadero marco ético para las políticas económicas y sociales y el ordenamiento político (CEPAL, 2000a, p. 48).

El enfoque de los derechos abre una perspectiva de garantías cuyo objetivo expreso es lograr el reconocimiento y el ejercicio pleno de la ciudadanía de los adolescentes y jóvenes de ambos sexos, convirtiéndose así en una referencia transversal obligatoria de los esfuerzos del Estado por reducir las condiciones de exclusión que los afectan.

Al adoptar este enfoque se abandona la estrecha visión de las personas jóvenes como problema y se pasa a reafirmar que son sujetos de los derechos reconocidos en los marcos legales de carácter internacional y nacional.

Una política pública que se respalda en el ordenamiento constitucional y se basa en una perspectiva de derechos cuenta con mecanismos de exigibilidad y disminuye el riesgo de que su acción y sus programas sean de carácter focalizado, discriminatorio, asistencialista y de corto plazo, lo que puede comprometer la continuidad de su financiamiento.<sup>20</sup>

El enfoque de derechos ha adquirido una importancia creciente, no solo como cimiento ético de las políticas públicas, sino también como horizonte y criterio orientador fundamental. La aplicación de este enfoque en la formulación de las políticas públicas las ubica en un marco de derechos exigibles, cuyos beneficiarios deben ser vistos como ciudadanos que los ejercen legítimamente cuando demandan la asignación de recursos y la disponibilidad de servicios.

---

<sup>20</sup> Véase UNFPA (2003b). En 1999 se incluyó en la Constitución de la República de Costa Rica la obligación de destinar el 6% del PIB a educación, decisión que debía hacerse efectiva en el presupuesto ordinario de 2001. No obstante, en el presupuesto de ese año no se asignó el porcentaje total y, al amparo de una cláusula transitoria, esto tampoco se hizo en 2002 y en 2003. En octubre de 2002, el gobierno anunció el recorte del curso lectivo de 200 a 176 días, argumentando falta de recursos económicos para pagar el incentivo correspondiente a los educadores. El 5 de diciembre la Sala IV resolvió un recurso presentado por la Defensoría de los Habitantes y ordenó al gobierno destinar los recursos económicos necesarios para cumplir el calendario escolar de 200 días, acordado en el Convenio Centroamericano sobre Unificación Básica de la Educación.

Desde este punto de vista, una política pública cuyo objetivo básico sea hacer realidad los derechos de la población se inicia con el compromiso y la obligación adquiridos por el Estado de asumir la responsabilidad de brindar contextos adecuados para la realización y el respeto de esos derechos.

Esta perspectiva de derechos exige responsabilidad, ya que en caso contrario, al no contar con ese respaldo los derechos humanos pueden convertirse en simples declaraciones retóricas, vacías de contenido.

En efecto, como se indica en el *Informe sobre desarrollo humano* (PNUD, 2000), los derechos humanos y el desarrollo humano comparten una misma visión, que es garantizar a toda persona libertad, bienestar y dignidad.

En términos de desarrollo humano y combate contra la pobreza y las desigualdades, el desarrollo humano definiría los efectos buscados y los derechos humanos, la forma de conseguir dichos efectos. Con esta estrategia se logra que la atención se centre en esos derechos humanos y que se genere un compromiso en torno a ellos. De este modo es posible facilitar el análisis de los procesos que impulsan o frenan el desarrollo humano, aportando con la combinación de ambas perspectivas, algo que ninguna de ellas puede ofrecer separadamente.

Es por eso que se ha sostenido que el derecho a la salud proporciona un marco normativo explícito que refuerza los ODM relacionados con la salud, marco que dimana del derecho internacional relativo a los derechos humanos. Este, respaldado por valores morales reconocidos universalmente y cimentado en obligaciones jurídicas, constituye un marco normativo convincente para las políticas nacionales e internacionales encaminadas a la consecución de los objetivos del Milenio (Naciones Unidas, 2004a, p. 13).

Específicamente, cuando se habla de tener en cuenta la perspectiva de derechos en la formulación de políticas relativas a la salud sexual y reproductiva, es preciso considerar que el derecho al más alto nivel posible de salud en este ámbito implica diversos aspectos en varias dimensiones, que pueden diferenciarse siguiendo las pautas enunciadas por Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (Comisión de Derechos Humanos, 2004).

- i) Libertades: el derecho a la salud, incluidas la salud sexual y reproductiva, comprende libertades, como la libertad de no someterse a la discriminación, de controlar la propia salud y el propio cuerpo, de no ser objeto de violación y otras formas de violencia sexual, como el embarazo forzado, los métodos de contracepción no consensuados (por ejemplo, la esterilización y el aborto impuestos), la mutilación/ablación genital de la mujer y el matrimonio obligado, que constituyen otras tantas violaciones de la libertad sexual y reproductiva y son incompatibles, de por sí y en su esencia, con el derecho a la salud.
- ii) Derechos: el derecho a la salud comprende el derecho a contar con un sistema de protección de la salud que incluya la atención

sanitaria y los factores determinantes de la salud y provea igualdad de oportunidades para que todas las personas disfruten del máximo nivel asequible de salud. Los jóvenes, por ejemplo, deben gozar de igualdad de acceso, de hecho y de derecho, a la información sobre cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva. En este ámbito, los Estados deberían mejorar una amplia variedad de servicios, entre ellos los de planificación familiar, de atención prenatal y postnatal, de atención obstétrica de emergencia y de provisión de información. En todos los casos la mujer debería poder acceder a servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto.

- iii) Vulnerabilidad, discriminación y estigmatización: las normas internacionales de los derechos humanos prohíben toda discriminación en el acceso a la atención de la salud y a sus factores determinantes básicos, así como a los medios para conseguirlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud —incluido el VIH/SIDA—, orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o de ejercicio del derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva.
- iv) Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad: la condición de que los servicios, bienes e instalaciones sanitarios, incluidos los factores determinantes de la salud, estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad establece parámetros especialmente útiles para la adopción de políticas. Este marco analítico engloba la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, los servicios, bienes e instalaciones para la salud sexual y reproductiva han de estar disponibles en número suficiente dentro de la jurisdicción de un Estado y deben ser geográfica y económicamente accesibles y no discriminatorios; además, estos servicios tienen que ser culturalmente aceptables, por ejemplo, para las minorías y los pueblos indígenas, sensibles a las necesidades de género y del ciclo vital, y respetuosos de la confidencialidad. Asimismo, han de ser de buena calidad y apropiados desde el punto de vista científico y médico.
- v) Respeto, protección y cumplimiento: por obligación de respetar se entiende que los Estados deben abstenerse de denegar o limitar el acceso igualitario de todas las personas a los servicios de salud sexual y reproductiva, así como a los factores determinantes de dicha salud. Por ejemplo, los Estados tienen que respetar el derecho a

decidir el número y el espaciamiento de los nacimientos de los hijos. La obligación de proteger significa que corresponde a los Estados tomar medidas para impedir que terceros pongan en peligro la salud sexual y reproductiva de otros, mediante la violencia sexual y las prácticas culturales nocivas, entre otras acciones. La obligación de cumplimiento exige que los Estados reconozcan el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, en sus sistemas políticos y jurídicos nacionales. Las autoridades sanitarias son responsables de proveer servicios de salud sexual y reproductiva para todos, incluidos los habitantes de las zonas rurales, y los Estados deben impulsar campañas de información, por ejemplo, contra el VIH/SIDA, las prácticas tradicionales nocivas y la violencia doméstica.

#### **D. Pautas para la elaboración de políticas con enfoque de derechos**

La formulación, diseño y ejecución de políticas públicas con enfoque de derechos en materia de salud sexual y reproductiva debería incorporar los siguientes principios rectores:

- i) **Universalidad:** este criterio implica reconocer a los adolescentes y jóvenes como personas titulares de derechos y obligaciones, sin distinción de situación socioeconómica, etnia, religión, sexo, opción sexual, idioma, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, nacimiento, edad o cualquier otra condición, promoviendo una concepción de integralidad, equidad e igualdad social que favorezca a todas las personas adolescentes y jóvenes.
- ii) **Fundamento en los derechos humanos:** sobre la base del enfoque de derechos humanos, la política pública debe estructurarse en torno al conjunto de derechos exigibles de carácter político, civil, cultural, económico y social, con énfasis en el derecho a la salud integral y a una salud sexual y reproductiva de calidad, que contribuya al desarrollo humano de mujeres y hombres adolescentes y jóvenes; es igualmente preciso tomar en cuenta sus derechos a la confidencialidad, consentimiento, información y privacidad; a una educación oportuna, pertinente, equitativa y de calidad; al acceso a la innovación científica y tecnológica en igualdad de condiciones. A esto se agrega el derecho de los jóvenes de ambos sexos en situación de exclusión, vulnerabilidad y discriminación al restablecimiento de sus derechos humanos y a su inclusión en el desarrollo.
- iii) **Participación:** se debe promover la participación de los jóvenes,

lo que implica comprometerlos en la planificación y prestación de servicios de salud y en los programas, asegurar que los servicios sean amigables y apropiados para satisfacer las necesidades de ambos sexos y darles presencia efectiva en la toma de decisiones, así como en la ejecución y evaluación de las diferentes acciones.

- iv) **Aproximación integral:** es necesario tomar en cuenta los diversos factores que inciden en las vidas de adolescentes y jóvenes para lograr influir en sus conductas sexuales y en sus decisiones sobre salud reproductiva. Una política de salud reproductiva y sexual debe ir más allá de la planificación familiar e incluir el objetivo de propiciar aptitudes y proveer información que respalden las relaciones saludables, la maternidad y paternidad responsables, la asistencia escolar y la capacitación laboral, que son dimensiones más amplias de la vida reproductiva. Se debe ayudar a adolescentes y jóvenes a desarrollar habilidades y talentos que les abran oportunidades de viabilidad económica. Tales alternativas, combinadas con información y servicios de salud reproductiva, pueden contribuir a motivar a los jóvenes para que pospongan su actividad sexual al ayudarles a comprender las repercusiones a largo plazo de sus decisiones y la importancia de planificar su futuro.
- v) **Principio de efectividad de los derechos:** este principio implica establecer mecanismos y garantías, como procedimientos administrativos de control y acceso a la justicia, que aseguren la vigencia de los derechos. La aplicación de este principio impone al Estado la obligación de promover y respetar los derechos de los jóvenes de ambos sexos y de formular políticas y programas que les posibiliten la efectiva aplicación y goce de sus derechos, así como el restablecimiento de estos si hubieran sido amenazados o violados.
- vi) **Principio de afirmación positiva:** es obligación del Estado identificar a las personas adolescentes y jóvenes que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad y exclusión, para luego diseñar y poner en práctica acciones dirigidas a restablecer los derechos que les han sido negados y promover su inclusión en el sistema.
- vii) **Género e interculturalidad:** es necesario tener en cuenta un enfoque diferencial que permita visibilizar la lógica de acciones afirmativas desde las perspectivas de género y étnico-culturales. La incorporación del enfoque de género en la gestión de políticas es fundamental para promover la igualdad de oportunidades y el desarrollo de capacidades, así como para impedir la discriminación de las jóvenes en las áreas de la educación, el empleo y la salud. Tanto en la Convención sobre

la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer como en su Protocolo Facultativo —ambos instrumentos vinculantes— se plantea la necesidad de transversalizar el enfoque de derechos y la pertinencia de incorporar la perspectiva de género en todos los ámbitos de la vida.

- viii) Mejoramiento del acceso a los servicios integrales de salud: esta meta implica diversos elementos: hacer efectivo el derecho legal a la atención de salud y la confidencialidad; reducir los obstáculos legales al acceso de los adolescentes a los servicios de salud, como el requisito del consentimiento de los padres para ser atendidos; proveer servicios de salud centrados en adolescentes y jóvenes y aceptables para ellos; asegurar una atención de salud de calidad y amigable para estos dos grupos etarios, como servicios privados, confidenciales y acogedores, que permitan la participación juvenil y les provean un espacio atractivo y cómodo; incorporar la estrategia de pares y otras que sean eficientes para abordar los asuntos que atañen a adolescentes y jóvenes, con recursos humanos suficientes, calificados e identificados con ellos; promover la utilización de los servicios de salud entre la población juvenil (Rodríguez, 2004); fortalecer la labor informativa, de orientación y consulta de los servicios de salud, especialmente a nivel de atención primaria en áreas rurales y urbano-marginales, en materia de sexualidad, planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH/SIDA, y difundir los derechos sexuales y reproductivos.<sup>21</sup>

## V. Conclusiones

Se puede afirmar que los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes se encuentran plenamente reconocidos y protegidos por acuerdos internacionales de derechos humanos, entre los que se destacan la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981); la Convención sobre los Derechos del Niño (1990); la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993); la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y su seguimiento (Beijing+5); el Programa de Acción de la Conferencia

---

<sup>21</sup> Los gobiernos deben poner gran énfasis en proveer servicios de salud sexual y reproductiva que sean accesibles y amigables para la juventud, así como proveer información para satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad (Naciones Unidas, 1999, párrs. 73 a 75).

Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), y su seguimiento (Cairo+5 y Cairo+10), y la Cumbre Mundial de 2005 (ODM). Por lo tanto, para los países constituye un deber inexcusable garantizar su efectivo cumplimiento, teniendo especialmente en consideración que:

- Estos derechos son parte integral de los derechos humanos y esenciales para el disfrute del pleno potencial humano de cada persona y para su bienestar, emocional y físico.
- La mujer tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, lo que comprende su derecho a tener el control de su salud sexual y reproductiva, así como a decidir libremente al respecto, sin estar expuesta a la coerción, la discriminación y la violencia; el ejercicio del dominio de su propia fecundidad es un elemento indispensable para el disfrute de otros derechos.
- La salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para los derechos humanos y el desarrollo. Todas las parejas e individuos tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de los nacimientos de sus hijos y a recibir la información, la educación y los medios para hacerlo.

Es necesario tener en cuenta que si bien los derechos humanos pueden estar reconocidos en las convenciones internacionales, e incluso en las Constituciones de los países, en la práctica su vigencia es retórica en tanto los principios fundamentales a los que remiten no se concreten en toda su plenitud (Morlachetti, 1999).

Para lograr el cumplimiento de los principios y las disposiciones contenidos en las convenciones internacionales y su observancia en la formulación y ejecución de políticas y programas es preciso ampliar el concepto tradicional de políticas públicas.

Las políticas y las instituciones encargadas de aplicar un curso de acción gubernamental se deben basar explícitamente en las normas de derechos humanos, lo que permite recordar a todos los participantes en su formulación y ejecución que tienen el deber, como mínimo, de evitar políticas y prácticas que dificulten el cumplimiento de las obligaciones que los gobiernos asumen respecto de los individuos y grupos dentro de su jurisdicción.

La vigencia sociológica de los derechos humanos y el respeto de los valores fundamentales consagrados en los instrumentos internacionales constituyen una exigencia no solo jurídica, sino ética e impostergable.

El reconocimiento jurídico-ciudadano de los jóvenes es una abstracción que no siempre se condice con la realidad. Su participación es fundamental, como esencial es el pleno reconocimiento de sus derechos. Por lo tanto, los esfuerzos debieran orientarse a crear una conciencia colectiva de ciudadanía, que permita la participación y promoción de los jóvenes como sujetos plenos de derechos.

Esto significa que las políticas públicas dirigidas a adolescentes y jóvenes deben encausarse de manera que aseguren la protección de los derechos humanos de los hombres y mujeres de ambos grupos y promuevan el ejercicio activo de esos derechos desde su condición de ciudadanos y ciudadanas.

Asimismo, las políticas públicas tienen que enmarcarse en el principio de la universalización de los derechos, en oposición al inmediatismo de las políticas focalizadas. Es preciso contar con políticas universales e integrales orientadas al desarrollo pleno de las capacidades de adolescentes y jóvenes, considerándolos como sujetos de derechos (UNICEF, 2001, p. 23).

La universalidad no es incompatible con la adopción de criterios selectivos que den prioridad a los jóvenes en especial condición de vulnerabilidad, para quienes se requieran políticas focalizadas de prevención y protección que les garanticen el ejercicio pleno de sus derechos y se concentren en restituir aquellos que les han sido violados, mediante acciones compensatorias y medidas de salvaguardia.

Las políticas universales e integrales y de prevención y protección deben ir juntas y ser complementarias. Si se atiende solamente a una población minoritaria necesitada de servicios o de protección especial se deja fuera a la gran mayoría de la población adolescente y joven y se pierde la oportunidad de prevenir los factores de riesgo, así como de fortalecer sus derechos para el ejercicio de una ciudadanía plena y activa. Asimismo, si las políticas no atienden a las poblaciones minoritarias con necesidades específicas, estas permanecerán en situaciones de desventaja que les impedirán acceder y beneficiarse de las políticas universales de protección de sus derechos (UNICEF, 2001, p. 23).

Además, la idea de una política específica para ese grupo de población no debe hacer perder de vista la necesidad de que los distintos sectores trabajen en forma transversal. La integración y la transversalidad deben ser asumidas y practicadas como estrategias fundamentales en cualquier política dirigida a adolescentes y jóvenes.

Las políticas de salud sexual y reproductiva para los adolescentes y jóvenes de ambos sexos deben buscar el mejoramiento de sus condiciones de vida mediante el fomento de la equidad generacional y de género en su acceso a las oportunidades, la promoción del desarrollo de sus capacidades, el respeto e incentivo del pleno goce y ejercicio de sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y la priorización de aquellos que se encuentran más desprotegidos.

## Bibliografía

- ACNUDH (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2004), *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza: un marco conceptual* (HR/PUB/04/1), Nueva York.
- (2001), “Cerrar la brecha entre los derechos humanos y el desarrollo: de los principios normativos a la pertinencia operacional”, Conferencia de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en el Banco Mundial, 3 de diciembre.
- Bobbio, Norberto (1991), *El tiempo de los derechos*, Madrid, Sistema.
- CELADE/UNFPA (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL/Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2004), “Conmemoración del décimo aniversario de la celebración de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: acciones emprendidas para la implementación del Programa de Acción en América Latina y el Caribe”, *serie Población y desarrollo*, N° 55 (LC/L.2064/Rev.1-P), Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2004a), *Panorama social de América Latina, 2004* (LC/G.2259-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.04.II.G.148.
- (2004b), Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL, Santiago de Chile, 10 y 11 de marzo de 2004 (LC/L.2141), Santiago de Chile.
- (2003), Juventud, pobreza y desarrollo en América Latina y el Caribe. XII Conferencia de Primeras Damas, Esposas y Representantes de los Jefes de Estado y de Gobierno de las Américas 15 al 17 de octubre de 2003 (LC/MEX.L.575), México, D.F., sede subregional de la CEPAL en México.
- (2000a), *Equidad, desarrollo y ciudadanía* (LC/G.2071/Rev.1-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.81.
- (2000b), “El desafío de la equidad de género y de los derechos humanos en los albores del siglo XXI”, *serie Mujer y desarrollo*, N° 27 (LC/L.1295(CRM.8/3)-P/E), Santiago de Chile, mayo.
- CEPAL/OIJ (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Iberoamericana de Juventud) (2004), *La juventud en Iberoamérica: tendencias y urgencias* (LC/L.2180), Santiago de Chile.
- (2003), *Juventud e inclusión social en Iberoamérica* (LC/R.2108), Santiago de Chile.
- (2000), “Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo”, *serie Población y desarrollo*, N° 9 (LC/L.2180-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.00.II.G.122.
- CEPAL/UNICEF/SECIB (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Secretaría de Cooperación Iberoamericana) (2001), *Construir equidad desde la infancia y la adolescencia en Iberoamérica* (LC/G.2144/E), J.A. Ocampo (coord.), Santiago de Chile.
- Comisión de Derechos Humanos (2004), *Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt* (E/CN.4/2004/49), Nueva York, febrero.
- Comité de los Derechos del Niño (2003), *La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño* (CRC/GC/2003/4), Nueva York.

- Krauskopf, Dina (2000), "Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes", *La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo*, Sergio Balardini (comp.), Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Maddaleno, M. y P. Kastrinakis (1998), El ambiente legislativo y de políticas relacionado con la salud del adolescente en América Latina y el Caribe, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Fundación K.W.Kellogg.
- Maddaleno, M. y otros (eds.) (1995), *La salud del adolescente y del joven*, Publicación científica, N° 552, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Morlachetti, Alejandro (1999), "Situación actual. Obligaciones de Latinoamérica y el Caribe ante el derecho internacional de adolescentes y jóvenes. Con revisión de los documentos actuales", Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS) [en línea] <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/situacion.pdf>.
- Naciones Unidas (2005), *Objetivos de desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe* (LC/G.2331-P), J.L. Machinea, A. Bárcena y A. León (coords.), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.107.
- (2004a), *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nota del Secretario General* (A/59/422), Nueva York.
- (2004b), *Informe sobre la juventud mundial, 2005. Informe del Secretario General* (A/60/61; E/2005/7), Ginebra.
- (1999), *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (A/S-21/5/Add.1), Nueva York.
- (1995), Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4 a 15 de septiembre de 1995, UN, Doc. A/CONF.177/20 (17 de octubre de 1995).
- (1994), "Programa de Acción", *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* (El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994) (A/CONF.171/1/13/Rev.1), Nueva York.
- (1968), "Proclamación de Teherán", *Informe de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos* (A/CONF.32/41).
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2000), *Informe sobre desarrollo humano, 2000*, Nueva York.
- Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005a), *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals*, J. Sachs (ed.), Earthscan Publications.
- (2005b), *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*, Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- Rodríguez, Ernesto (2006), *Políticas públicas y marcos legales para la prevención de la violencia relacionada con adolescentes y jóvenes. Estado del arte en América Latina 1995-2004*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- (2004), "Políticas públicas de juventud en América Latina: del Año Internacional de la Juventud (1985) a los objetivos de desarrollo del Milenio (2015)", documento presentado en el décimo Congreso Latinoamericano de Ciencias Políticas, San José.
- (2003), "Políticas públicas de juventud en América Latina: de la construcción de espacios específicos al desarrollo de una perspectiva generacional", *Revista latinoamericana de ciencias sociales, infancia y juventud*, vol. 1, N° 2, Manizales, Coalición Costarricense de Iniciativas para el Desarrollo (CINDE)/Universidad de Manizales.
- (2002), *Actores estratégicos para el desarrollo. Políticas de juventud para el siglo XXI*, México, D.F., Instituto Mexicano de la Juventud.

- Rodríguez, R. M. Madaleno y M. Kastríñakis (1998), *El ambiente legislativo y de políticas relacionado con la salud del adolescente en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Fundación K.W.Kellogg.
- Shutt-Aine, Jessie y M. Maddaleno (1995), *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: implicaciones en programas y políticas*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2005a), *Políticas públicas de juventud y derechos reproductivos: limitaciones, oportunidades y desafíos en América Latina y el Caribe*, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe, diciembre.
- (2005b), *Pobreza, salud sexual y reproductiva y derechos humanos*, México, D.F., Equipo de Apoyo Técnico.
- (2005c), *Salud sexual y reproductiva de adolescentes al comienzo del siglo XXI*, México, D.F., Pantelides.
- (2005c), *The Case for Investing in Young People, as Part as National Poverty Reduction Strategy*, Nueva York.
- (2004), *El estado de la población mundial, 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*, Nueva York.
- (2003a), *Estado de la población mundial, 2003. Inversiones en su salud y sus derechos*, Nueva York.
- (2003b), *Balance de la institucionalidad de la juventud en Costa Rica*, San José, Consejo Nacional de la Política Pública de la Persona Joven.
- (2000), “Políticas de población para adolescentes: diagnóstico de situación y políticas de salud sexual y reproductiva”, 5ta Reunión Ministerial sobre la niñez y las políticas sociales, Kingston, Jamaica, 9 al 13 de octubre.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2004), *La infancia amenazada: situación mundial de la infancia, 2005*, Nueva York.
- (2003), *Adolescencia: una etapa fundamental*, Nueva York.
- (2001), *Adolescencia en América Latina y el Caribe: orientaciones para la formulación de políticas*, Bogotá, D.C., Oficina Regional para América Latina y el Caribe.



# **El VIH y los derechos humanos: retos de política y legislación**

Ana Elena Badilla\*

## **Resumen**

El objetivo de este documento es analizar algunos factores de la legislación sobre el VIH que hoy día constituyen dificultades para lograr el respeto por los derechos humanos de todas las personas. Se señalan algunas limitaciones y vacíos, así como recomendaciones que pueden adoptar los Estados para formular políticas públicas y legislar sobre el tema.

El análisis se basó en algunos estudios relacionados con la materia y, especialmente, en una investigación realizada para el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) acerca de la legislación centroamericana sobre el VIH.

---

\* Consultora del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

## **Abstract**

### **HIV and human rights: policy challenges and legislation**

This document seeks to examine some aspects of HIV legislation which today pose difficulties in terms of achieving respect for the human rights of all persons. Some of the existing constraints and gaps are pointed out and recommendations are formulated to enable the State to adopt public policies and enact legislation in this area.

This analysis was based on relevant studies and, in particular, on research conducted for the Inter-American Institute of Human Rights (IHR) on Central American legislation relating to HIV.

## **Résumé**

### **Le VIH et les droits humains: enjeux de politique et législation**

L'objectif de ce document est d'analyser certains aspects de la législation relative au VIH qui constituent actuellement des entraves au respect des droits humains de toutes les personnes. Cette analyse fait référence à certaines limitations et lacunes et formule des recommandations que les États peuvent adopter pour formuler des politiques publiques et légiférer en la matière.

Cette analyse se fonde sur certaines études ont mené dans ce domaine, en particulier sur une recherche effectuée par l'Institut interaméricain des droits humains (IIDH) à propos de la législation des pays centraméricains sur le VIH.

## I. Antecedentes

La legislación y las políticas nacionales sobre el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) y los derechos humanos en América Latina y el Caribe se sustentan en una serie de instrumentos jurídicos y acuerdos de la comunidad internacional.

A continuación se examinarán los principales instrumentos internacionales, tanto del sistema universal como del interamericano, y también importantes documentos que, aunque no son vinculantes, se refieren directa o indirectamente al VIH y constituyen el marco internacional en esta materia.

### A. Instrumentos internacionales sobre los derechos humanos y el VIH

El marco legal sobre el VIH se compone de un amplio conjunto de documentos de derechos humanos que desde hace muchos años reconocen, tutelan y garantizan los derechos fundamentales de todas las personas, particularmente en relación con el VIH.

Entre estos instrumentos, cabe destacar los siguientes:

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos; Pacto de San José de Costa Rica (1969)
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales; Protocolo de San Salvador (1988)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer; Convención de Belém do Pará (1994)

Además, existen algunos convenios relevantes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en esta materia:

- Convenio 81 relativo a la inspección del trabajo
- Convenio 102 sobre la seguridad social

- Convenio 111 relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación
- Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores
- Convenio 161 con respecto a servicios de salud en el trabajo

Existen también muchas directrices y documentos internacionales en los cuales se aborda el VIH de manera exclusiva o en relación con otros temas. Entre los documentos que plantean y proponen la promoción, garantía y defensa de los derechos humanos respecto del VIH, destacan los siguientes:

- Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948)
- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964)
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo (1994)
- Plataforma de Acción de Beijing de las Naciones Unidas aprobada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, Beijing (1995)
- El VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Directrices internacionales. Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, Naciones Unidas (1998)
- Declaración del Milenio de las Naciones Unidas presentada en la Cumbre del Milenio (2000)
- Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (2001)
- Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo (2001)
- Protocolo para la identificación de discriminación contra las personas que viven con el VIH del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2001)
- “Prevención del VIH/SIDA”, *Informe Anual* del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2002)
- El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales. Sexta Directriz Revisada, Naciones Unidas (2002)

Todos estos instrumentos recogen los lineamientos generales, las estrategias globales y los compromisos asumidos por los Estados, los organismos bilaterales y multilaterales y la sociedad civil.

Mediante el Programa de Acción de la CIPD, por ejemplo, los Estados se comprometieron a fomentar la salud reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos y la prevención del VIH/SIDA en el contexto de la mitigación de la pobreza, la protección del medio ambiente, la moderación en las pautas de consumo, el apoyo a las familias y la creación de condiciones dignas para las poblaciones móviles y migrantes.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, los Estados asumieron, entre otros, el compromiso de garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación, la atención de la salud y la promoción de la salud sexual y reproductiva de la mujer, incluidos los servicios relacionados con el VIH/SIDA.

En el año 2000, con la Declaración del Milenio, se incluyó entre los objetivos de desarrollo del Milenio una meta específica para combatir el VIH/SIDA, estimándose que en 2015 se habrá detenido y comenzado a reducir la propagación de esta pandemia. En la Declaración también se solicita prestar especial asistencia a los niños huérfanos por causa del VIH/SIDA.

En 2001 se aprobó la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, en la cual se señala que la garantía y el disfrute de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de todos los seres humanos es indispensable para reducir la vulnerabilidad a este mal y se sostiene que el respeto de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH/SIDA constituye una respuesta humanitaria y eficaz a los desafíos que plantea la epidemia en cada país.

En el documento de las Directrices internacionales sobre los derechos humanos y el VIH/SIDA se proporciona un marco de acción para responder al VIH y al SIDA sobre la base de los principios de derechos humanos, y se indican medidas legislativas y de política pública que deben ser tomadas en cuenta por los diferentes actores en el ámbito nacional. En estas directrices se ofrece a los Estados y a los gobiernos un mecanismo para diseñar, coordinar y poner en funcionamiento estrategias y acciones de respuesta al VIH/SIDA, cuyo fundamento son los principios de igualdad y no discriminación.

## **B. Instrumentos interamericanos para la protección de los derechos humanos en relación con el VIH**

En el ámbito interamericano específicamente, también se cuenta con algunos instrumentos fundamentales de derechos humanos que amplían el marco de protección de las personas en relación con el VIH.

- Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA) (1948)
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos; Pacto de San José de Costa Rica (1969)

- Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1985)
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales; Protocolo de San Salvador (1988)
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la Abolición de la Pena de Muerte (1990)
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer; Convención de Belém do Pará (1994)
- Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas (1996)
- Convención Interamericana contra la Corrupción (1996)
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999)

### **C. El sistema interamericano de derechos humanos y el VIH**

En el sistema interamericano se conoce un caso presentado en 2000 ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH): la causa N° 12.249 contra el Estado de El Salvador, en la cual se denuncia que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social no provee de medicamentos antirretrovirales a las personas que viven con el VIH/SIDA.

El 8 de octubre de 2003, la Comisión emitió un informe sobre el fondo por la falta de entrega de los medicamentos esenciales y por la aplicación de prácticas discriminatorias contra las personas con el VIH/SIDA en el contexto hospitalario. De igual manera, en el caso se denunciaba la tardanza injustificada de la Corte Suprema de Justicia en resolver un proceso de amparo iniciado en 1999 y destinado a lograr, por la vía judicial, el acceso a esos medicamentos y el fin de las prácticas discriminatorias.

Originalmente, los peticionarios alegaron la violación del derecho a la salud por estar sometidos a un trato discriminatorio arbitrario o irracional y solicitaron protección judicial al respecto. Pero además, tomando en cuenta la estrecha relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida, se logró que en forma subsidiaria se estudiara si la responsabilidad internacional del Estado salvadoreño se extendía al derecho a la vida —especialmente de quienes fallecieron en el ínterin— y al derecho a la integridad personal —sobre todo de quienes se hubieran visto afectados por la falta de medicamentos.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), “Informe N° 29/01, caso 12.249, Jorge Odir Miranda Cortez y otros”, El Salvador, 7 de marzo de 2001.

En este caso se planteó la posibilidad de ofrecer una vía de exigibilidad jurisdiccional de los derechos económicos, sociales y culturales, en especial respecto del derecho a la salud, y la Comisión reconoció su competencia al respecto y se pronunció sobre el fondo de la reclamación. Esta decisión constituye uno de los aportes más importantes del sistema interamericano, no solo en el debate sobre los derechos humanos en el contexto del VIH, sino también sobre la forma integral con que deben tratarse los derechos económicos, sociales y culturales (González y Chiriboga, 2005, p. 220).

Por otra parte, la Comisión tiene la potestad de dictar medidas cautelares a fin de evitar que en casos urgentes se cometa un daño irreparable. Estas pueden solicitarse de oficio por la parte interesada o por la Comisión, y existen varios casos en que se otorgaron para proteger los derechos de personas afectadas por el VIH.

En los años 2000 a 2002, la Comisión dictó medidas cautelares por un plazo de seis meses que posibilitaron el acceso a medicamentos antirretrovirales y a exámenes médicos de un gran número de personas en diversos países de América Latina y el Caribe, cuyo sistema público de salud no contemplaba programas de atención o suministro de medicamentos. Específicamente, las medidas favorecieron a diversas personas en Bolivia (52), Colombia (1), Ecuador (153), Guatemala (11), Honduras (9), Nicaragua (16), Perú (15), República Dominicana (119), Chile (3) y El Salvador (27).

Durante el proceso orientado a lograr la aplicación efectiva de estas medidas, en muchos casos los peticionarios informaron del fallecimiento de otros afectados que no habían logrado acceder al tratamiento adecuado.

## II. Las relaciones entre el VIH y los derechos humanos

Los derechos humanos son atributos inherentes a todas las personas, por su sola condición de tales, sin distinciones de edad, raza, sexo, nacionalidad o clase social, y tienen las siguientes características:

- son universales: inherentes a todas las personas en todos los sistemas políticos, económicos y culturales;
- son irrenunciables: no pueden traspasarse a otra persona ni renunciarse a ellos;
- son integrales, interdependientes e indivisibles: se relacionan unos con otros, forman un todo —civiles, políticos, económicos, sociales y culturales— y no puede sacrificarse un derecho para privilegiar a otro, y
- son jurídicamente exigibles: al estar reconocidos por los Estados en

la legislación internacional y nacional, puede exigirse su respeto y cumplimiento.

Cuando los Estados ratifican los tratados o convenciones internacionales en materia de derechos humanos, tienen la obligación de respetar y garantizar el cumplimiento de los compromisos adquiridos. Asumen con ello la responsabilidad de asegurar que sus leyes, políticas y prácticas nacionales sean compatibles con los derechos humanos. Es deber de los Estados no solo no infringir directamente los derechos, sino también asegurar las condiciones que permitan su respeto, protección, goce y ejercicio.

En la resolución 1996/43 de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, de 16 de abril de 1996, se solicitó a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que continuara los esfuerzos orientados a la redacción de directrices para la promoción y protección de los derechos humanos en el contexto del VIH. Esta iniciativa tuvo su origen en el informe del Secretario General de las Naciones Unidas a la Comisión en 1995, cuyo propósito fue facilitar el conocimiento de la compleja relación existente entre la salud pública, los derechos humanos y el VIH.

Este informe es de gran importancia, porque el Secretario General advierte que los problemas de salud pública relacionados con el VIH no pueden abordarse en forma independiente de los derechos humanos y la dignidad de las personas que viven con él, puesto que el hecho de estar infectado o la simple sospecha de que existe tal infección conduce normalmente a la estigmatización o discriminación de la persona o del grupo, con consecuencias tales como la pérdida del empleo o la negación del acceso a la educación. Por este motivo, muchas personas intentarán evitar que se conozca su situación y perderán así el contacto con los servicios sociales y de salud, lo cual hace más difícil prevenir la infección y menoscaba los esfuerzos educativos que puedan desarrollarse al respecto.

La relación entre los derechos humanos y la salud pública en materia del VIH se expresa, según este informe del Secretario General, en tres ámbitos. En primer lugar, la falta de protección de los derechos humanos contribuye a incrementar el riesgo de transmisión de la enfermedad, ya que prevenir la infección es un proceso educativo y de cambio de comportamiento que involucra conductas íntimas. La prevención depende de que las personas sepan cómo evitar la infección, cómo mantener prácticas sexuales seguras y cómo y por qué deben actuar de manera responsable. Por eso, medidas coercitivas tales como los exámenes médicos obligatorios, la pérdida de confidencialidad y la segregación alejan a las personas de los servicios de educación preventiva y de atención de la salud y subvierten este proceso de cambio de comportamiento.

En segundo lugar, ciertos grupos de personas que no gozan del pleno ejercicio de sus derechos, como ser muchas mujeres, los niños, las minorías, los

migrantes, las poblaciones indígenas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las trabajadoras comerciales del sexo y los toxicómanos que se inyectan drogas, son particularmente vulnerables a la infección toda vez que su acceso a la educación relacionada con el VIH y a los programas de prevención y atención de la salud es limitado o inexistente.

Finalmente, la discriminación y la estigmatización de las personas que viven con el VIH magnifican los efectos de este en su vida y no solo afectan su derecho a no ser discriminados, sino que traen consigo otras consecuencias tales como la limitación del acceso al empleo, a la vivienda, a la atención de salud y a los servicios sociales.

Los derechos humanos están estrechamente vinculados a la propagación y los efectos del VIH en los individuos y las comunidades de todo el mundo. Es por ello que puede afirmarse que el ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales es indispensable para reducir la vulnerabilidad al VIH. Por lo tanto, su atención y prevención en función de la salud pública no pueden separarse de los derechos individuales de las personas.

### **III. La legislación sobre el VIH/SIDA en América Latina**

**E**n muchos países latinoamericanos existen leyes específicas sobre el VIH/SIDA, adoptadas en su mayoría en la década de los noventa y principios de la actual, que pueden apreciarse en el cuadro 1.

En algunos países existen resoluciones ministeriales sobre el tema: en Bolivia, por ejemplo, se dictó la Resolución Ministerial N° 0711 para la prevención y vigilancia del VIH/SIDA y en el Parlamento hay un anteproyecto de ley para la prevención del VIH/SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral a las personas que viven con el virus.

Aunque las normas legales citadas no constituyen la totalidad de la legislación latinoamericana al respecto, sino más bien una reseña de aquellas a las que se ha tenido acceso hasta la fecha, permiten ejemplificar el tipo de leyes existente en la región y analizar cuáles son los rasgos positivos comunes a los diferentes países. Entre ellos, cabe mencionar siete aspectos que se configuran como los más importantes: la orientación de derechos humanos, la declaración del VIH/SIDA como un asunto de interés público, la creación de entidades responsables de las políticas nacionales sobre el VIH/SIDA, la garantía de financiamiento de esas políticas y de los programas pertinentes, la garantía de no obligatoriedad de los exámenes de VIH/SIDA (con excepción de Honduras), la garantía de confidencialidad y el reconocimiento del papel de la sociedad civil en la lucha contra esta pandemia (Aguilar y Badilla, 2005, p. 155).

Cuadro 1  
**LEGISLACIÓN RELACIONADA CON EL VIH/SIDA EN AMÉRICA LATINA**

Año	País	Legislación
1990	Argentina	Ley N° 23.798 de prevención y lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
s.f.		Ley N° 24.455 de obligación de las obras sociales de cubrir gastos derivados del SIDA
1993	República Dominicana	Ley N° 55-93 sobre SIDA
1993	México	Norma oficial mexicana para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, NOM-010-SSA2-1993
1995	Nicaragua	Ley N° 238 de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA
1996	Perú	Ley N° 26.626
1998	Costa Rica	Ley general sobre el VIH/SIDA
1999	Honduras	Ley especial sobre VIH/SIDA
2000	Guatemala	Ley general para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA y de la promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos ante el VIH-SIDA
2000	Panamá	Ley general sobre las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana y el SIDA
2001	El Salvador	Ley de prevención y control de la infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

**Fuente:** Elaboración propia.

No obstante, estas leyes contienen algunas limitaciones y vacíos que es necesario señalar, a fin de impulsar acciones de modificación o reforma que garanticen el pleno respeto por los derechos humanos en relación con el VIH/SIDA, una mejor calidad de vida y la inserción laboral de las personas afectadas.

## **A. Principales limitaciones de la legislación sobre el VIH<sup>2</sup>**

En las leyes sobre el VIH existen limitaciones importantes que se refieren generalmente a brechas en su aplicación, es decir, a obstáculos o dificultades para llevar a cabo lo estipulado en ellas, sea porque no contemplan los mecanismos necesarios para esos efectos, porque estos no son eficaces o porque persisten creencias, actitudes o comportamientos que impiden su cumplimiento. A continuación se indican algunas de las principales limitaciones o vacíos comunes a la mayoría de los países centroamericanos.

### **1. Deficiencias de los mecanismos de obtención de recursos financieros**

Pese a que por lo general en las leyes relacionadas con el VIH se prevén mecanismos de asignación de recursos financieros para aplicar la política nacional sobre la materia, con excepción de Costa Rica, estos tienen importantes vacíos que impiden que las entidades encargadas reciban la totalidad de los recursos necesarios o dispongan de ellos oportunamente a fin de invertirlos en programas de prevención, atención y apoyo.

Panamá es el país en que existe una mayor cantidad de normas legales sobre el VIH y se han establecido diversos mecanismos para la asignación de recursos financieros a los programas correspondientes. En los casos de Guatemala y Nicaragua, se prevé una partida específica para esos efectos en el presupuesto general de la república, y en lo que toca a El Salvador, Honduras y Costa Rica, la gestión de los recursos necesarios se le asigna a las entidades responsables. No obstante, en el caso de Costa Rica hay una deficiencia más grave, pues esta tarea se establece en el reglamento de la ley sobre el VIH/SIDA, es decir, constituye una disposición administrativa de menor rango que ella y podría ser derogada por algún gobierno que no tenga voluntad política para apoyar los programas pertinentes.

Sin embargo, los recursos asignados hasta la fecha en los presupuestos nacionales han sido insuficientes para implementar acciones eficaces de prevención y atención. De hecho, muchos de los programas aplicados en los distintos países han sido posibles gracias a los recursos aportados por conducto de la cooperación internacional.

### **2. Deficiencias de las entidades nacionales responsables de la política sobre el VIH**

Pese a que la creación de entidades responsables de las políticas sobre el VIH constituye un aspecto positivo de la legislación en este ámbito, en la práctica estas tienen una gran debilidad política. Su composición varía de un país en otro, pero generalmente están integradas por la máxima autoridad de salud o su

<sup>2</sup> Aguilar y Badilla, 2005, p. 162.

representante. No obstante, esto no significa que las entidades tengan el poder suficiente para llevar a cabo las políticas. En algunos casos, como el de Costa Rica, el hecho de que no incluyan a las autoridades del trabajo les ha otorgado un gran sesgo de salubridad. En otros, como ser Honduras, la participación de representantes de las iglesias ha dado lugar a dificultades relacionadas con su orientación.

### **3. Incompatibilidad entre las leyes específicas sobre el VIH y la legislación laboral**

La mayoría de los Estados latinoamericanos han ratificado el Convenio 111 de la OIT sobre discriminación en el empleo y la ocupación que los obliga a formular y aplicar una política nacional orientada a promover, por métodos ajustados a las condiciones y a las prácticas nacionales, la igualdad de oportunidades y de trato en esa materia a fin de eliminar cualquier acto discriminatorio al respecto.

Sin embargo, no todas las leyes nacionales contienen disposiciones específicas sobre discriminación en el empleo. En algunos países, como ser Costa Rica, solamente se prohíbe todo acto discriminatorio de índole laboral contra cualquier trabajador que padezca el VIH/SIDA o, como en el caso de Guatemala, se dispone que ningún empleador puede solicitar dictámenes y certificaciones médicas relacionados con la infección del VIH a los trabajadores para los efectos de conservar o terminar una relación laboral.

En otros países, como El Salvador, existe una prohibición expresa que impide el despido o la desmejora de las condiciones laborales en razón del VIH. En Panamá, incluso se prevé una instancia —la Inspectoría del Trabajo— a la cual puede acudir en caso de ser despedido a causa del virus.

No obstante, en la práctica continúan los despidos motivados por la sospecha de que las personas están infectadas con el VIH, y en los países no existen mecanismos adecuados para impedir esta situación. Incluso se han comprobado importantes incongruencias entre las leyes específicas sobre el VIH y las normas laborales.

En los casos de Guatemala y Costa Rica, por ejemplo, la legislación laboral permite la realización de exámenes médicos a los trabajadores antes o durante el período de vigencia del contrato de trabajo. Aun cuando la ley no incluye el examen del VIH, muchas personas han denunciado su sospecha de que este efectivamente se les realizó sin su consentimiento y que sirvió de base para rescindir el contrato o no renovarlo a su término. Esto contraviene las prohibiciones expresas de las leyes sobre el VIH, pero a los trabajadores les resultaría difícil probar que se les hizo el examen y que su resultado fue lo que motivó el despido. En algunos casos se alegó “reorganización” o “reingeniería”, o el despido se realizó con responsabilidad patronal, es decir, mediante el pago de las prestaciones laborales correspondientes,

pero violando la prohibición de efectuar exámenes médicos relacionados con el VIH para efectos laborales y el requisito de consentimiento informado necesario para realizarlos.

#### **4. Deficiencias de los mecanismos de registro y difusión de información sobre el VIH**

La falta de información y el hecho de que la existente no es confiable constituyen uno de los principales problemas en relación con el manejo y la formulación de estrategias institucionales sobre el VIH.

Esto se constata al acudir a las entidades nacionales responsables para solicitar datos sobre el alcance de la epidemia en cada país y sus particularidades. Generalmente, la información disponible es contradictoria y la que se reconoce oficialmente parece estar reduciendo la magnitud real del problema.

Al consultar estudios internacionales sobre el tema se encuentra muy poca información por países, pues esta generalmente es de carácter regional. Los datos disponibles no permiten visualizar las diferencias entre los países o al interior de ellos entre las diversas regiones, y reflejan las deficiencias de los registros nacionales. Esta falta de información debilita el fundamento de las acciones que se llevan a cabo y podría estar incidiendo en su reducida eficacia.

#### **5. Falta o incumplimiento de la garantía de acceso a terapia antirretroviral**

No todas las legislaciones establecen la obligación de los Estados de suministrar una terapia antirretroviral a las personas que viven con el VIH. En Honduras y Panamá, por ejemplo, no se establece expresamente, y en aquellos en que sí se prevé, tales como Nicaragua, existen dificultades para cumplir con esta disposición. En muchos países fue necesario utilizar la vía judicial —el caso de Costa Rica— o acudir a organizaciones internacionales como la CIDH para lograr que las instituciones de seguridad social brindaran el tratamiento.

#### **6. Enfoque epidemiológico basado en “grupos de riesgo”**

El aumento de la epidemia en personas jóvenes y en mujeres casadas de la subregión ha demostrado que el enfoque epidemiológico tradicional basado en grupos de riesgo —en que se asigna el riesgo de infección por el VIH a ciertos grupos de personas tales como los homosexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o las mujeres que se dedican a la prostitución— constituye un factor que limita la adopción de estrategias de prevención adecuadas.

En realidad, el problema radica en las prácticas que configuran un comportamiento de riesgo, independiente del estatus social, la orientación sexual, el género, el estado civil, la profesión u oficio, el credo religioso o el grupo étnico de las personas involucradas.

## **7. Falta de educación sexual en los programas formales e informales**

El tema de la educación para la sexualidad, en el marco más amplio de los derechos sexuales y reproductivos, es un factor que no puede dejar de mencionarse dentro de las limitaciones a la aplicación de las normas jurídicas sobre el VIH. El Programa de Acción de la CIPD y otros instrumentos ya analizados constituyen el marco de referencia para abordar los derechos sexuales y reproductivos. En este contexto, la educación para la sexualidad se convierte no solo en un derecho reconocido internacionalmente, sino en una necesidad urgente.

La verdad es que en los países ha existido poca voluntad para impulsar programas de educación sexual, y en varios de ellos hay grupos religiosos conservadores que han manifestado su oposición u objeciones al respecto.

## **8. La desinformación sobre el VIH en los medios de comunicación**

Pese a que en la legislación sobre el VIH se establece el importante papel que desempeñan los medios de comunicación en la difusión de los riesgos relacionados con el virus y de cómo prevenir la infección, lo cierto es que, en general, en los países existe una gran desinformación al respecto. Esta conduce al desconocimiento de la enfermedad y de sus formas de transmisión, no solo por parte de la población en general, sino incluso de los funcionarios públicos encargados de su atención y prevención.

## **9. Dificultades para aplicar la garantía de confidencialidad**

Con mucha frecuencia, tanto en los servicios de salud como en el sistema educacional o en los centros de trabajo, se viola la garantía de confidencialidad. Tal como lo establecen las leyes sobre el VIH, salvo excepciones nadie puede hacer referencia a la condición de estar infectado de alguna persona, sea pública o privadamente, sin el consentimiento previo del afectado. Pese a ello, continúan aplicándose prácticas institucionales, procedimientos y actitudes que violentan este derecho.

## **10. Persistencia de prácticas sexuales de riesgo**

La persistencia de prácticas sexuales de riesgo constituye una de las principales limitaciones culturales para lograr el cumplimiento de la legislación, a fin de reducir la epidemia y evitar que se expanda. La no utilización del condón en las relaciones sexuales heterosexuales y homosexuales ha incidido en la propagación del VIH en la región, riesgo que aumenta en la población joven.

Al respecto, existen diversos factores adversos, la mayoría de ellos de tipo cultural y religioso. La falta de poder de las mujeres casadas o en pareja para negociar con su marido o compañero, por ejemplo, es un factor que imposibilita el

uso del condón. Esto también es importante en el caso de las trabajadoras del sexo, pues muchos de sus clientes se niegan a utilizarlo. Por otra parte, algunas creencias y mensajes religiosos contrarios al uso del condón influyen sin duda en los hábitos de la población más creyente.

### **11. Prejuicios, estereotipos y tabúes**

No solo en la población en general, sino también entre los funcionarios de las instituciones de salud, educación y trabajo relacionadas con la atención de las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS), continúan observándose actitudes discriminatorias y homofóbicas que contribuyen a crear barreras y resistencias para trabajar en este campo, así como a la negación de los derechos de las personas en relación con el VIH. La discriminación y el rechazo, sea sutil o expreso, son prácticas que enfrentan diariamente los enfermos de SIDA en su familia, en su lugar de trabajo, en su comunidad y en las propias instituciones de salud.

## **IV. Principales vacíos del marco jurídico sobre el VIH**

Las leyes, procedimientos o prácticas institucionales relacionadas con el VIH tienen importantes vacíos en distintos aspectos. A continuación se señalan algunos de los más relevantes.

### **A. Falta de la perspectiva de género en la legislación, las políticas y los programas**

Una de las principales limitaciones de las legislaciones, políticas y programas sobre el VIH es la falta de una perspectiva de género, lo cual se expresa de la siguiente manera:

- no se establecen medidas de prevención y atención diferenciadas para mujeres y hombres;
- en la legislación sobre el VIH no se expresa el hecho de que las necesidades de hombres y mujeres son diferentes y que incluso varían durante su ciclo de vida;
- no se establecen medidas orientadas a minimizar la situación de subordinación real de las mujeres y su vulnerabilidad social y sexual a la epidemia, que les imposibilita exigir relaciones sexuales protegidas;
- no se expresan las desigualdades legales o de hecho entre mujeres y hombres;

- no se consideran las desigualdades legales o de hecho relacionadas con el VIH que viven mujeres y hombres en el trabajo;
- no se establecen garantías o mecanismos de apoyo para atender a las responsabilidades familiares de mujeres y hombres que viven con el VIH, y
- no se consideran la situación de violencia y abuso que enfrentan muchas mujeres, niñas y adolescentes como causal de mayor riesgo.

Existen dos factores determinantes en la vulnerabilidad de las mujeres a la infección. Primero, desde el punto de vista biológico los tejidos genitales femeninos son más frágiles y la mucosa vaginal está expuesta durante más tiempo al contagio. A su vez, como en el semen masculino hay una mayor cantidad de virus, la posibilidad de que un hombre seropositivo contagie a una mujer es dos veces mayor que la de que una mujer seropositiva contagie a un hombre.

Por otra parte, desde una perspectiva psicosocial la subordinación de la mujer en la sociedad y en la vida de pareja reduce sus posibilidades de negociar o rechazar las relaciones sexuales no deseadas, o de mantener relaciones sexuales protegidas. Al respecto, también cabe mencionar la extendida costumbre de tener varias parejas y las prácticas sexuales sin protección de los varones, así como la violencia y el abuso sexual que sufren las mujeres dentro y fuera del hogar. (Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA), citado por Aguilar y Badilla, 2005, p. 173).

La mayor vulnerabilidad de la mujer adolescente y joven se debe además a la inmadurez de sus órganos genitales y sobre todo a un conjunto de factores culturales y educativos que la someten a la voluntad de su pareja sexual, privándola de la posibilidad de protegerse de la infección o de un embarazo a temprana edad.

## **B. Falta de mecanismos para controlar el cumplimiento de la garantía de no obligatoriedad de los exámenes médicos**

Si bien es cierto que en las leyes sobre el VIH se establece la garantía de no obligatoriedad de los exámenes médicos, salvo excepciones calificadas, lo cierto es que existen diferentes prácticas institucionales y personales que violentan esta garantía y que no existen mecanismos eficaces para evitar que ello ocurra. No se trata solo de mejorar el marco sancionatorio de las normas legales para no dejar impune su violación, sino también de regular de mejor manera algunos procedimientos de modo que el cumplimiento de la garantía sea mayor.

### **C. Falta de provisiones legales y de programas de prevención y atención para la población joven y adolescente**

Pese a la tendencia mundial de incremento de la población joven infectada, no existen programas orientados a la prevención y atención en este sector. En las leyes se prevén programas de educación sexual en los sistemas de educación formal, pero —como se dijo— las disposiciones legales no se cumplen y los sistemas se caracteriza más bien por la falta de ellos. Además, debido a la gran deserción escolar que se produce a causa de la pobreza, la falta de calidad de la educación y otros factores, una parte significativa de la población joven y adolescente queda excluida del sistema educacional y ni siquiera recibe las acciones aisladas que puedan impulsar por ese conducto los gobiernos.

### **D. Falta de programas sociales de apoyo a las personas afectadas por el VIH**

En la mayoría de los países, la legislación sobre el VIH se caracteriza por la falta de programas sociales de apoyo a las personas afectadas por el virus. Pese a que en algunos casos se garantiza el derecho a la seguridad social, existen serias barreras para darle cumplimiento, sobre todo en países con una baja cobertura en materia de seguridad social. Más aún, tampoco hay garantías de apoyo en otros ámbitos tales como la vivienda, el empleo, la recreación y demás aspectos sociales en que se requiere especial cuidado por parte de los gobiernos.

### **E. Falta de programas interdisciplinarios de atención para los familiares sobrevivientes**

Uno de los vacíos importantes de las legislaciones nacionales es la falta de programas de apoyo o atención para los familiares de las personas fallecidas a causa del SIDA. Con frecuencia, niños o adolescentes —sobre todo cuando se trata de familias monoparentales, principalmente mujeres— quedan a cargo de otros familiares con recursos limitados, lo cual contribuye a su empobrecimiento. Este tipo de programas deberían incluir información sobre diversos aspectos, como ser la gestión de pensiones. En otros casos se requerirá de seguimiento en materia de la salud tanto física como psicológica de las personas sobrevivientes, sean o no seropositivas. En caso afirmativo, será necesario controlar su estado de salud y el tratamiento respectivo.

### **F. Falta de garantías de atención para la población migrante**

El fenómeno migratorio no afecta de la misma manera a todos los países de la subregión: algunos se consideran expulsores, mientras que otros son más bien

receptores. La tasa más elevada de migración en la región se debe actualmente a la búsqueda de empleo; sin embargo, en las leyes no se establecen garantías para atender a este grupo etario que se encuentra en condiciones vulnerables precisamente a causa de la pobreza, el desarraigo y la desinformación.

### **G. Falta de políticas de suministro de condones para prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)**

Las políticas de suministro de condones de las instituciones estatales —cuando las hay— se orientan primordialmente a la prevención de los embarazos no deseados en las consultas de planificación familiar, donde se entregan condones a las mujeres. Por lo general no se suministran condones a los hombres, ni se distribuyen con el fin de prevenir el contagio con el VIH y otras ITS.

## **Bibliografía**

- Aguilar Cruz, Vera y Badilla, Ana Elena (2005), *VIH/SIDA y derechos humanos: de las limitaciones a los desafíos. Análisis comparativo del marco jurídico de los países centroamericanos sobre VIH/SIDA*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH)/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Badilla, Ana Elena e Hidalgo, Ana (2006), “Los derechos reproductivos son derechos humanos. Sistematización”, documento elaborado para el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), San José.
- Facio, Alda (2003), “Asegurando el futuro. Las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos”, San José, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- González, Lorena y Chiriboga, María Teresa (2005), “Derechos humanos y VIH/SIDA”, *Derechos Humanos y VIH/SIDA*, San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH).
- IIDH (Instituto Interamericano de Derechos Humanos) (2003), “Promoción y defensa de los derechos reproductivos: nuevo reto para las instituciones nacionales de derechos humanos”, San José, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH).
- Medilex, Consultoría Médico Legal (2003), “Análisis de la situación legal de la discriminación de que son objeto las personas afectadas por el VIH/SIDA en México”, México, D.F.

# **Globalización, migración internacional y división sexual del trabajo. Una mirada desde el género y los derechos reproductivos**

Luis Mora\*

## **Resumen**

El análisis de las tendencias de la migración internacional femenina revela la consolidación de una demanda de mano de obra migrante en el sector de los servicios domésticos y de cuidado de los países desarrollados y de las economías más prósperas del mundo en desarrollo. Este fenómeno se explica, en gran medida, por la creciente “feminización de la responsabilidad y de la obligación” para la superación de la pobreza en los países en desarrollo (Chant, 2006), así como por las necesidades resultantes de las reformas estructurales del estado de bienestar y los profundos cambios sociodemográficos de los países desarrollados. Los patrones de la migración internacional femenina reflejan el progresivo traslado al ámbito mundial de la división sexual del trabajo. En este contexto, la protección de los derechos humanos de las mujeres migrantes, en particular sus derechos reproductivos, se está convirtiendo en una preocupación central de las políticas públicas sobre migración, tanto en los principales países emisores como en los países de destino.

---

\* Asesor Regional en Género y Masculinidades, Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y Caribe, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

## **Abstract**

### **Globalization, international migration and sexual division of labour. A gender-and reproductive-rights-based perspective**

The analysis of female international migration trends reveals the consolidation of a demand for a migrant labour force in the domestic-services and care sector in the developed countries and more prosperous economies of the developing world. This phenomenon stems largely from the growing “feminization of responsibility and obligation” for overcoming poverty in developing countries (Chant, 2006), as well as from the resulting need for structural reform of the welfare State and far-reaching socio-demographic changes in developed countries. Female international migration patterns reflect the progressive transfer of the sexual division of labour to the global sphere. In this context, the protection of the human rights of migrant women, and in particular the reproductive rights of these women, is becoming one of the central focuses of public policies on migration, both in the principal sending countries and in the destination countries.

## **Résumé**

### **Mondialisation, migrations internationales et division sexuelle du travail. Une perspective fondée sur les genres et les droits reproductifs**

L'analyse des tendances de la migration féminine internationale révèle la consolidation d'une demande de main-d'oeuvre migrante dans le secteur des services domestiques et des soins dans les pays développés et dans les économies les plus prospères du monde en développement. Ce phénomène s'explique, en grande partie, par la croissante “féminisation de la responsabilité et de l'obligation” dans le combat contre la pauvreté dans les pays en développement (Chant, 2006), ainsi que par les besoins résultant des réformes structurelles de l'État Providence et des profondes mutations sociodémographiques des pays développés. Des modèles de la migration féminine internationale rendent compte d'une évolution progressive de la division sexuelle du travail à l'échelon mondial. Dans ce contexte, la protection des droits humains des femmes migrantes, en particulier de leur droit à la procréation, devient un souci majeur des politiques publiques en matière de migration, aussi bien dans les principaux pays d'origine que dans les pays d'accueil.

## I. Género y migración internacional: algunas evidencias empíricas

El número de migrantes internacionales ha pasado de una cifra estimada de 75 millones de personas en 1960 a 191 millones de personas en 2005 (Naciones Unidas, 2006). Históricamente, la migración de mujeres ha sido un importante componente de la migración internacional. Las estimaciones de la migración internacional por sexo muestran una alta proporción de mujeres y niñas en el volumen global de migrantes a lo largo del tiempo: en 1960, las mujeres constituían cerca del 47% de los migrantes internacionales, y llegaron al 48% en 1990 y a casi el 49,6% en 2005 (Zlotnik 2003; Naciones Unidas, 2006; UNFPA, 2006a). Esta tendencia muestra claramente que durante aproximadamente medio siglo el número de mujeres migrantes ha sido muy similar al de los hombres migrantes. En consecuencia, la extendida tesis de la “feminización” de la migración internacional, que hace referencia al rápido incremento de la proporción de mujeres en el volumen global de migrantes requiere ciertas precisiones, así como un análisis más profundo de aspectos relacionados con la distribución de la migración internacional por sexo, las nuevas tendencias y características de la migración femenina y la “autonomización” de la migración femenina en el contexto de las profundas transformaciones de los sistemas de género (Oso-Casa y otros, 2005; Mora, 2006).

La migración femenina ha sido más significativa en los flujos migratorios de los países desarrollados que en los de las regiones en desarrollo (Zlotnik, 2003 y 2005). En 1960, el 48% de los migrantes internacionales de países desarrollados eran mujeres, mientras que la cifra de mujeres migrantes de países en desarrollo alcanzaba solo el 46%. En el año 2000, la brecha se había profundizado: las mujeres constituían el 51% de la población migrante del mundo desarrollado, mientras que la cifra de mujeres migrantes de los países en desarrollo seguía siendo un 46%, el mismo porcentaje que cuatro décadas antes (Zlotnik, 2003).

Las diferencias entre regiones y países en la distribución de la migración internacional por sexo obedecen a razones complejas. Las condiciones socioeconómicas y políticas constituyen el contexto general en que se producen las decisiones y los procesos migratorios de hombres y mujeres. Sin embargo, las relaciones y la estratificación de género repercuten en las decisiones, las opciones y las experiencias migratorias, tanto en los países emisores como receptores (Naciones Unidas, 2005; UNFPA, 2006a). El estatus de las mujeres en los diferentes contextos socioculturales es un elemento determinante en el análisis de la migración femenina. Las desigualdades de género pueden constituirse en un factor que precipite la migración de las mujeres o, por el contrario, que limite sus posibilidades de movilidad más allá del ámbito familiar y comunitario (Naciones Unidas, 2005; Pessar, 2005; UNFPA, 2006a).

La demanda de mano de obra migrante, vinculada a los cambios en los mercados de trabajo de los países receptores, así como la legislación en materia de políticas migratorias, son aspectos esenciales que se reflejan en el volumen y características de la migración (Pessar, 2005; Naciones Unidas, 2005; UNFPA, 2006a). La demanda de determinadas ocupaciones en las que claramente existe una segregación por sexo en los países receptores repercute en la feminización o masculinización de la migración. Mientras que se observa una mayor proporción de migrantes mujeres de Filipinas en el extranjero (aproximadamente un 60% de los migrantes de ese país según datos de los años noventa), en México se registra un mayor porcentaje de migrantes hombres (69% de los migrantes según el censo realizado en 1995) (Naciones Unidas, 2005). En países receptores, como Italia, se constata una notable segregación por sexo y nacionalidad: el 85% de los migrantes de Cabo Verde son mujeres, mientras que el 96% de los migrantes de Senegal son hombres (Carling, 2005).

## II. Nuevas tendencias de la migración femenina internacional

La reunificación familiar sigue siendo uno de los motivos más destacados de la migración femenina dado que las políticas migratorias de muchos países, principalmente de los países desarrollados, favorecen esta vía de admisión de migrantes. Se considera que las mujeres son las que participan más en la reunificación familiar y que esta reunificación a menudo sigue a la migración laboral predominantemente masculina; los estereotipos de género que permean las normas migratorias perpetúan la imagen de la mujer dependiente. No obstante, las limitaciones impuestas a la reunificación familiar impiden que esta se cumpla como un derecho universal. Tras el aumento de las formas de migración temporal, algunos contratos laborales prohíben explícitamente la admisión de otros miembros de la familia.

Las definiciones de familia que se adoptan en las políticas migratorias se traducen en que existan o no posibilidades de reunificación. En Estados Unidos, los padres y hermanos y hermanas de ciudadanos estadounidenses y de residentes permanentes son elegibles en términos de reunificación familiar al igual que sus esposas, hijos e hijas (HRW, 2006b). En cambio, la Directiva 2003/86/EC sobre el derecho a la reunificación familiar en la Unión Europea se refiere únicamente al cónyuge, hijos e hijas menores de edad de la pareja o adoptados y deja a discreción de los Estados miembros la adopción de disposiciones que permitan la reagrupación familiar de otros miembros de la familia. Muchos Estados restringen la admisión a una sola esposa en el caso de los matrimonios polígamos, lo cual afecta no solo a las otras esposas sino también a sus hijos e hijas.

La legislación sobre migración varía en materia de parejas de hecho, así como en el caso de uniones formadas por personas del mismo sexo (Naciones Unidas, 2005; HRW, 2006b). En la actualidad, al menos 19 países ofrecen algún tipo de beneficio migratorio a las parejas del mismo sexo de sus ciudadanos y residentes permanentes (Alemania, Australia, Bélgica, Brasil, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Gran Bretaña, Islandia, Israel, Países Bajos, Noruega, Nueva Zelandia, Portugal, Sudáfrica, Suecia y Suiza) (HRW, 2006b). En cambio, en Estados Unidos, donde el censo de 2000 reveló la existencia de 40.000 parejas lesbianas y homosexuales binacionales, la legislación existente no reconoce este tipo de uniones y, en consecuencia, tampoco el derecho de las parejas lesbianas y homosexuales a la reunificación familiar (HRW, 2006b). Existe actualmente un proyecto de ley para la reunificación familiar de las familias americanas que ofrecería el mismo reconocimiento y trato a las parejas binacionales del mismo sexo que se da a las parejas binacionales heterosexuales.

En todo caso, se constata una tendencia a que las mujeres migren cada vez más de manera autónoma en calidad de trabajadoras independientes y como principales proveedoras de sus familias. En general, esta “autonomización” de la migración femenina guarda una estrecha relación con la progresiva consolidación de una demanda globalizada de mano de obra migrante en el sector de los servicios domésticos y de cuidado —denominada en ocasiones “comercio de empleadas domésticas”— en los mercados de trabajo de los países receptores. En los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) la demanda de trabajadoras migrantes para el servicio doméstico ha crecido rápidamente (OCDE, 2003), lo que se asocia a factores como el incremento de la participación femenina en el mercado de trabajo, el envejecimiento de la población y los cambios en las estructuras familiares. De acuerdo con un informe de SOPEMI (OCDE, 2003), más del 10% de los trabajadores extranjeros en el sur de Europa están empleados en servicios domésticos. En 2002, casi un millón de familias italianas contrataba trabajadoras domésticas extranjeras (OCDE, 2003). En Francia y Estados Unidos, cerca de 51.000 y 150.000 extranjeros, respectivamente, proporcionan cuidados a adultos mayores y a niños en los hogares. En las regiones en desarrollo, debido a la prosperidad de algunas de sus economías, como las de Chile y Malasia, se reproduce este mismo fenómeno (OIT, 2004). Por su parte, los países emisores de mano de obra femenina se han adaptado a las necesidades de esta demanda. En Filipinas, el 50% de las trabajadoras que emigraron al extranjero en 1998 se desempeñaban en el sector de los servicios (enfermeras, empleadas domésticas, cuidadoras) y del entretenimiento, mientras que en el período 1999-2000 el porcentaje era casi un 97% (UNIFEM, 2005). Esta misma tendencia se observa en otros países tradicionalmente expulsores de migración femenina.

### III. Globalización, migración internacional y división sexual del trabajo

La demanda creciente de trabajadoras domésticas y cuidadoras, incluidas las proveedoras de atención de la salud, ha provocado un rápido incremento de los flujos migratorios de mujeres procedentes de países en desarrollo (Hondagneu-Sotelo, 2001). Por una parte, el impacto de las crisis económicas de los años noventa y la feminización de la responsabilidad y de la obligación para la superación de la pobreza en los países pobres (Chant, 2006), y, por otra, el desarrollo de economías basadas en servicios en las sociedades posindustriales, junto con el acelerado envejecimiento de la población, constituyen elementos explicativos esenciales de las características de la demanda actual de mano de obra migrante femenina (OCDE, 2003; OIT, 2004). En el mundo, el trabajo doméstico remunerado está siendo asumido por mujeres migrantes que abandonan sus países de origen, sus familias y sus comunidades (Cohen, 1987; Anderson, 2000 y 2001; Hondagneu-Sotelo, 2001). El legado histórico del trabajo doméstico remunerado como una actividad altamente segregada por razones socioeconómicas, de género y raciales se está trasladando de esta manera al ámbito internacional. Algunos autores llaman la atención acerca de la aparición de un nuevo *apartheid* mundial en el que las trabajadoras domésticas migrantes representan el nuevo proletariado en esta etapa del capitalismo globalizado.<sup>1</sup>

Ante esta situación, los países desarrollados y las economías más prósperas del mundo en desarrollo recurren a diferentes métodos de “importación” de trabajadoras domésticas. Algunos países disponen de programas gubernamentales altamente regulados. Canadá y Hong Kong (región administrativa especial de China) son casos ilustrativos de este fenómeno. Desde 1981, el Gobierno Federal de Canadá ha reclutado formalmente miles de niñeras y empleadas domésticas, cuya mayoría procede de países en desarrollo, sobre todo del Caribe (en la década de los ochenta) y de Filipinas (a partir de los años noventa). Desde 1973, Hong Kong (RAE de China) también ha reclutado oficialmente empleadas domésticas filipinas de tiempo completo. En Oriente Medio, los países receptores de trabajadoras domésticas asiáticas también tienen políticas migratorias en extremo regularizadas. En España, cerca de la mitad de los migrantes se concentran en trabajos domésticos, sobre todo las mujeres procedentes de América Latina y el Caribe (Pessar, 2005; Calavita, 2006).

<sup>1</sup> Comentario tomado de la presentación realizada por Saskia Sassen durante el panel sobre género y remesas, organizado conjuntamente por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW), Washington, D.C., mayo de 2004.

En algunos de los países emisores de trabajadoras domésticas se observa que la “exportación” de mano de obra se encuentra altamente institucionalizada, como en el caso de Filipinas, donde el empleo temporal en el extranjero ha sido una parte vital de la economía nacional desde mediados de los años setenta (Lim y Oishi, 1996; Rodríguez, 2005). En otros casos, la situación varía de la existencia de regulaciones débiles, como en el caso de las trabajadoras domésticas mexicanas en Estados Unidos, a la existencia de prohibiciones explícitas para la migración de mujeres trabajadoras no calificadas, como ocurre en Bangladesh y Pakistán (OIT, 2004).

El drástico aumento de la migración internacional en el sector de la salud es parte de un conjunto más amplio de transformaciones asociadas con la globalización económica y los mercados de trabajo, el proceso de envejecimiento en los países desarrollados, las reformas públicas y privadas del sector de la salud y los cambios en los roles de género (OCDE, 2002; OIT, 2004; OMS, 2004 y 2005). En el contexto de la demanda mundial de proveedores de salud, las mujeres se han visto en extremo afectadas, dado que constituyen la mayoría de los trabajadores del sector (OCDE, 2003; OMS, 2004 y 2005; Buchan y Sochalski, 2004; Buchan y otros, 2005; Redfoot y Houser, 2005).

Para atender la falta de recursos humanos en el área de la salud, los países desarrollados han reclutado cada vez más proveedores de servicios de salud, mayoritariamente enfermeras, de los países en desarrollo (OCDE, 2003; OMS, 2005; UNFPA, 2006a). En Nueva Zelanda, más del 50% de las enfermeras registradas han sido formadas en el extranjero, mientras que esta situación alcanza al 25% de los médicos en Canadá, Estados Unidos y Gran Bretaña. En las regiones en desarrollo, como algunos países africanos y del Caribe de habla inglesa, la falta de enfermeras debido a la migración internacional se ha convertido en un problema social y económico de primera magnitud (Thomas-Hope, 2005; UNFPA, 2005; Buchan y otros, 2005; UNFPA, 2006a). En la región de Kerala (India) la migración de los profesionales de la salud a Oriente Medio es una forma de aliviar la grave inseguridad económica y la presión sobre su trabajo que se han visto agravadas por los programas de ajuste estructural (Ramji, 2002).

La demanda de mano de obra migrante en el sector de la salud y el cuidado se relaciona también con el rápido envejecimiento de la población en los países desarrollados. Según algunas proyecciones, hacia el año 2050 la población adulta mayor de Europa occidental y central habrá aumentado un 50%, mientras que la población en edad productiva habrá disminuido casi un 20% (Holzmann y Muenz, 2004). La relación entre envejecimiento e incapacidad ha motivado la realización de proyecciones sobre la demanda de servicios de cuidado de larga duración, el gasto público y la fuerza de trabajo necesaria para prestarlos (Kupiszewski y otros, 2005). La Unión Europea estima que los gastos en cuidados de larga duración para la población adulta mayor se duplicarán como porcentaje del PIB entre los años 2000 y 2050 (Przywara, 2005). Según estimaciones de la OMS, la demanda

de personal de salud seguirá aumentando: hacia 2008, en comparación con 1997, Gran Bretaña requerirá otros 25.000 médicos y 250.000 enfermeras (UNFPA, 2006a). Según proyecciones del Gobierno de Estados Unidos, hacia 2020 será necesario cubrir más de 1.000.000 de puestos de enfermeras (UNFPA, 2006a). En Australia, se prevé una falta de 40.000 enfermeras hacia 2010 y en Canadá de 78.000 enfermeras en 2021 (Van Eych, 2005).

En este contexto, la mayoría de los países desarrollados facilita la admisión de profesionales de la salud y de mano de obra para el cuidado procedente de los países en desarrollo (OIT, 2004). Estudios realizados en cinco países desarrollados (Australia, Estados Unidos, Irlanda, Noruega y Reino Unido) revelaron la importancia porcentual del número de enfermeras de países en desarrollo en los últimos años (Buchan y otros, 2003 y Buchan y Dovlo, 2004). Algunos países de Oriente Medio también han reclutado regularmente enfermeras extranjeras: en 2000, dos tercios del personal de enfermería de Omán estaba constituido por migrantes (Buchan y otros, 2003). En 2003, el 20% de las enfermeras registradas en Singapur eran “no residentes” y otro 10% eran residentes no nacidas en el país, procedentes de China, Filipinas y Malasia (Buchan y otros, 2003). Asimismo, un informe de la OCDE sobre la migración de profesionales de la salud reveló que en el sector privado más competitivo y a menudo menos regulado, el menor costo de la contratación de mano de obra migrante representa un incentivo para los empleadores (OCDE, 2002).

Para los países en desarrollo, el impacto de la migración del personal de la salud depende de aspectos como las características del país (tamaño y nivel de desarrollo), el tipo de sector u ocupación afectados (médicos, enfermeras), el modo de financiamiento de la formación en el área de la salud (pública o privada) y el tipo de migración (permanente, temporal, circular) (OIT, 2004). Existe un número creciente de investigaciones sobre las consecuencias de este fenómeno en el desarrollo de los países emisores, particularmente con relación a la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio vinculados a la salud (UNFPA, 2005); en este sentido, diferentes organismos de cooperación internacional han contribuido al desarrollo de modelos de medición de los costos y beneficios de la migración del personal de salud (Schmidt, 2003; Biritwum y Mackintosh, 2003).

Algunos gobiernos ya han empezado a hacerse cargo de este problema. En 2003, el Ministerio de Salud de Sudáfrica aprobó directrices sobre el reclutamiento de profesionales de salud extranjeros, que prohíben la contratación de personal de salud de países en desarrollo, en particular de la Comunidad del África Meridional para el Desarrollo (PSI, 2005c). Asimismo, el Departamento de Salud de Gran Bretaña emitió en 2004 un Código de conducta que restringe la contratación de enfermeras procedentes de países en desarrollo, a menos que haya un acuerdo oficial con el país de origen (UNFPA, 2006a). A pesar de ello, las agencias privadas siguen contratando este tipo de personal: entre abril de 2004 y marzo de 2005, 3.301 enfermeras de esos países se registraron profesionalmente en Gran Bretaña

(UNFPA, 2006a). También las asociaciones de enfermeras están desarrollando iniciativas sobre los efectos del éxodo de profesionales: el Consejo Internacional de Enfermeras (ICN, con miembros en 128 países), la Federación Europea de Asociaciones de Enfermeras y la Organización de Enfermeras Caribeñas están exhortando a llevar a cabo una mejor gestión de los recursos humanos del sector de la salud en todo el mundo.

#### **IV. Derechos humanos y salud sexual y reproductiva de los migrantes internacionales**

**E**xiste un amplio marco jurídico internacional en materia de derechos humanos de las poblaciones migrantes. Sin embargo, a pesar de los compromisos internacionales asumidos por muchos países receptores de migrantes, persiste una limitada adecuación de las legislaciones nacionales a los estándares internacionales. En la práctica, generalmente prevalece un menor reconocimiento de derechos para los migrantes en comparación con los nacionales y existen importantes brechas entre los derechos de migrantes documentados e indocumentados. Ciertos países reconocen el derecho de los migrantes al acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones que los nacionales, aunque, en general, suelen prevalecer ciertas restricciones. Cuando se trata de migración irregular, las legislaciones de los países receptores suelen limitarse a la atención médica de emergencia. Cabe destacar que, en los últimos años, se observa cierto endurecimiento de la legislación migratoria, particularmente en materia de derecho a la salud. Esta situación da cuenta, en parte, de los procesos de reforma y privatización de los sistemas de salud en los países desarrollados, así como de ciertas tendencias de la migración internacional, principalmente el incremento de la migración laboral temporal y del desplazamiento irregular.

La feminización y autonomización de la migración internacional, unidas a la demanda creciente de mujeres migrantes en el sector de los servicios domésticos y de cuidado, así como en la industria del sexo, constituye un importante reto para la protección de los derechos reproductivos y la promoción de la salud sexual y reproductiva de la población migrante femenina. Numerosos estudios e investigaciones, tanto en el ámbito internacional como regional, ponen de relieve la vulnerabilidad diferencial de las mujeres en los procesos de reclutamiento, traslado, tránsito por la frontera y permanencia en el país de destino. Las migrantes enfrentan a menudo mayores riesgos de ser víctimas de diferentes tipos de violencia, se ven imposibilitadas de negociar relaciones sexuales seguras, tienen embarazos no deseados, contraen infecciones de transmisión sexual, incluso VIH/SIDA, o se

ven obligadas a prostituirse como única vía de inserción laboral. A esto se añade que las migrantes suelen integrarse a actividades laborales con menos protección legal o que ni siquiera son reconocidas por la legislación vigente, como ocurre con el trabajo doméstico o de cuidado. A pesar de estas limitaciones, el aumento del número de mujeres migrantes, en su mayoría en edad reproductiva, ha contribuido a que la mejora de la salud reproductiva de las inmigrantes se esté convirtiendo en una prioridad de salud pública en Australia, Canadá y la Unión Europea.

## **A. Una aproximación a la salud sexual y reproductiva de las migrantes**

De acuerdo con Venema y otros (1995), la salud de las y los migrantes se ve condicionada por factores biogenéticos, socioculturales y socioeconómicos. El género juega también un importante papel en los condicionantes socioeconómicos y culturales que inciden en la salud de la población migrante. Los problemas de salud tienden a verse exacerbados por el bajo nivel socioeconómico de los migrantes. A este respecto, la situación legal en el país de residencia determina el acceso a los servicios sociales y de salud, así como el grado de vulnerabilidad a diferentes formas de abuso y explotación en el lugar de trabajo o en la calle. Los métodos de administración del tratamiento médico o las personas responsables de la asistencia sanitaria se constituyen también en elementos esenciales para la búsqueda de asistencia sanitaria y el cumplimiento del tratamiento recomendado por los profesionales de la salud (Parsons, 1990; Ferguson y Browne, 1994; Bollini y Siem, 1995; Venema y otros, 1995; Carballo y Nerukart, 2001; Mclay y otros, 2003; Carballo y otros, 2004a y 2004b; OIM, 2001; UNFPA, 2006a).

### **1. Acceso a los servicios de salud**

El acceso de las mujeres migrantes a los servicios de salud es uno de los temas que ha recibido más atención en las investigaciones y las intervenciones de política pública. Diferentes estudios en contextos socioculturales y geográficos muy diversos muestran que las poblaciones migrantes y nacionales no poseen similares expectativas y conocimientos sobre su propia salud y sobre el valor de los servicios de salud. La búsqueda de asistencia médica es una conducta marcada por la base cultural y la experiencia personal. El grado de autonomía de las mujeres, el miedo o la vergüenza a ser examinadas por un médico varón, los tabúes sobre la desnudez y los órganos sexuales o los problemas de comunicación con los proveedores de salud son factores limitantes en el acceso de las mujeres a los servicios. Así lo muestran numerosas investigaciones realizadas sobre el acceso a los servicios de salud de mujeres migrantes en Estados Unidos, Europa y Asia (Cape, 1994; Rice, 1994; Ferguson y Browne, 1994; Darj y Lindmark, 2002; Carballo y otros, 2004a y 2004b; Carballo, 2006; UNFPA, 2006a).

Los costos de los servicios pueden afectar su uso por parte de la población migrante, al igual que la falta de adscripción a las modalidades públicas o privadas de aseguramiento de la salud. En Estados Unidos, alrededor del 86% por ciento de la población que reside en el país está cubierta por algún tipo de servicio de salud (privado o público). Sin embargo, la población de origen hispano, que constituye uno de los grupos minoritarios más numerosos en Estados Unidos, pues representa alrededor del 12% de la población, registra una menor cobertura de los servicios de salud: un 66% cuenta con algún tipo de cobertura médica pública o privada (CONAPO, 2002). De la población de origen mexicano, más de la mitad, aproximadamente el 55%, no cuenta con cobertura de salud, lo que en números absolutos significa casi 6.000.000 de personas (CONAPO, 2005). Buena parte de los migrantes mexicanos son indocumentados, lo que explica esta situación. La cobertura de salud varía significativamente entre grupos etarios, así como también, aunque en menor medida, entre hombres y mujeres. Las mayores deficiencias se registran en el grupo de 18 a 29 años, con notorias diferencias entre sexos (81% en el caso de las mujeres y 75% en el de los hombres). La población de migrantes mexicanos residente en Estados Unidos clasificada como pobre tiene un porcentaje de cobertura de servicios de salud de solo el 32%, mientras que este valor para la población clasificada como no pobre alcanza el 52% (CONAPO, 2002).

## **2. Uso de métodos anticonceptivos**

El uso de métodos anticonceptivos varía mucho según los migrantes. El nivel educativo, la inserción en el mercado de trabajo, el número de hijos, el estado civil, el lugar de residencia o la religión tienen una influencia significativa en el uso de anticonceptivos. Los datos señalan que generalmente las mujeres migrantes muestran tasas de uso de anticonceptivos y de acceso a la planificación familiar más bajas que las de las nacionales, lo que suele traducirse en mayores tasas de fecundidad (Makatjane, 1997; Abbasi-Shavazi y MacDonald, 2000; Spycher y Sieber, 2001; Penn y Lambert, 2002; Omondi y Ayiamba, 2003; Mora, 2002; Carballo y otros, 2004a; Sargent, 2005; UNFPA, 2006a). Sin embargo, las brechas en las tasas de fecundidad y el uso de anticonceptivos entre mujeres migrantes y nacionales tienden a reducirse cuanto más tiempo residen las mujeres migrantes en el país de destino.

En Francia, un estudio sobre la prevalencia del uso de anticonceptivos entre migrantes de Mali reveló que casi el 70% utilizaba métodos contraceptivos modernos, principalmente píldoras anticonceptivas, y que el 60% lo hacía a pesar de la oposición de sus parejas (Sargent, 2005). Este porcentaje resulta sorprendente en comparación con la prevalencia del uso de anticonceptivos en el país de origen, que según la Encuesta Nacional de Salud de 2001 se estimaba en un 6% de las mujeres que estaban unidas. En este sentido, el porcentaje de uso de anticonceptivos de las migrantes de Mali se acercaba mucho más al de las mujeres francesas. Las

migrantes de Etiopía (que partieron con tasas de uso de anticonceptivos muy bajas) y de la ex Unión Soviética (que partieron con tasas de uso de anticonceptivos muy altas) muestran una tendencia semejante de asimilación al comportamiento reproductivo prevaleciente en Israel (país de destino) (Nahmias, 2004).

### **3. Salud materna y resultados del embarazo**

Los indicadores relativos a complicaciones en el embarazo, bajo peso al nacer, incidencia de cesáreas, dificultades perinatales y pobre seguimiento posnatal sugieren que la salud materna de las mujeres migrantes es particularmente pobre (Howell, 1989; Gayral-Taminh y otros, 1999; Ferguson y Browne, 1994; Carballo y otros, 2004a y 2004b; Carballo, 2006). Las dificultades en el embarazo y las enfermedades relacionadas con este entre las mujeres migrantes son un problema en todos los países de la Unión Europea. En Gran Bretaña, los niños de madres asiáticas tienden a tener menos peso al nacer y la mortalidad perinatal y posnatal es más elevada entre migrantes pakistanés y caribeñas que en la población general. En España, los nacimientos prematuros, el bajo peso al nacer y las complicaciones en el parto son particularmente comunes entre mujeres migrantes de África subsahariana y de Centroamérica y América del Sur. Las inmigrantes africanas presentan una incidencia de nacimientos prematuros y de bajo peso al nacer que duplica la media española.

En Estados Unidos, las inmigrantes mexicanas presentan las tasas más bajas de realización de exámenes de papanicolau y mamografía (CONAPO, 2005). Entre las inmigrantes recientes, un tercio de mujeres entre 18 y 64 años de edad no se ha realizado el examen de papanicolau cada tres años. Asimismo, casi la mitad de las migrantes mexicanas de 40 años o más no se practicaron una mamografía cada dos años (CONAPO, 2005).

### **4. Incidencia de abortos**

Existen evidencias que revelan que la incidencia de abortos es más elevada entre las mujeres migrantes (Carballo et Nerukart, 2001; OIM, 2001; Eskild y otros, 2002; Medda y otros, 2002; Carballo y otros, 2004a y 2004b; Nahmias, 2004; Carballo, 2006). En Noruega, donde el 15,5% de la población es de origen no occidental, el 25% de las solicitudes de aborto inducido proceden de mujeres migrantes no occidentales (Eskild y otros, 2002). Un estudio realizado en la región de Lazio, Italia, reveló que la probabilidad de que ocurrieran abortos inducidos era tres veces más alta en mujeres extranjeras que en las mujeres italianas (Medda y otros, 2002).

### **5. Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA**

En el contexto de la epidemia de VIH/SIDA, el problema de la vulnerabilidad de la población migrante a las infecciones de transmisión sexual y a la transmisión

del VIH/SIDA ha adquirido gran relevancia (Bronfman y otros, 2001; Del Amo y otros, 2002; Carballo y otros, 2004a y 2004b; Carballo, 2006; UNFPA, 2006a). La relación entre vulnerabilidad basada en el género, poblaciones móviles y situación de la población que cruza fronteras se hace particularmente visible cuando se considera el tema del VIH/SIDA. La triple vulnerabilidad de las mujeres a la epidemia (biológica, epidemiológica y social) se acentúa tanto en las mujeres que atraviesan las fronteras como en las parejas de los hombres migrantes temporales o permanentes (Mora, 2002). En los países de destino esta situación de mayor vulnerabilidad puede verse exacerbada por el estatus socioeconómico de las migrantes, ciertas prácticas culturales o un menor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (Carballo, 2006).

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en Francia, un 69% de todos los diagnósticos de VIH/SIDA atribuidos a contactos heterosexuales durante 2003 correspondieron a inmigrantes, de los cuales un 65% eran mujeres. En Costa Rica, una organización de servicios de salud comprobó que un 40% de las mujeres que recibieron tratamiento por infecciones de transmisión sexual eran inmigrantes. En Sri Lanka, el gobierno informó que por cada hombre inmigrante que mostraba una reacción serológica positiva en 2002, había siete mujeres inmigrantes en las mismas condiciones (UNFPA, 2006a). En Gran Bretaña, se constata un aumento del VIH/SIDA entre algunos grupos de inmigrantes, lo que ha llamado la atención sobre la naturaleza compleja de la autonomía sexual en algunos grupos de mujeres africanas y sobre las limitaciones sociales que les rodean en sus comunidades (Carballo, 2006). En Nepal, un estudio realizado sobre prevalencia de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA y factores de riesgo en la población migrante y no migrante reveló la existencia de una mayor variedad de enfermedades sexuales entre la población migrante.

## **6. Violencia de género**

Muchas mujeres migrantes son víctimas de violencia durante el proceso migratorio o en el país de destino. La situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres a algunas formas de violencia es aún más visible en los casos de experiencias migratorias irregulares, con riesgos considerables para su integridad física y su salud. Las migrantes indocumentadas corren un riesgo elevado de sufrir abusos sexuales, como parte del precio que deben pagar por el traslado o bien durante el viaje por parte de las redes de traficantes o el personal de migración y seguridad de los países de tránsito y de llegada (Comisión de Derechos Humanos, 2002).

Una vez en el país de destino, las mujeres migrantes sufren diferentes formas de violencia y de explotación en el hogar, el lugar de trabajo, en las comunidades en que se insertan o en los espacios públicos. Un estudio realizado por la Comisión de Trabajadores Migrantes Filipinos y la organización KALAYAAN reveló que cientos de trabajadoras domésticas de 17 nacionalidades habían sufrido diversas y

graves formas de abuso: el 88% había sido víctima de abuso psicológico, el 81,5% no recibía regularmente sus salarios, al 62,9% se le confiscó su pasaporte, el 31,1% había sufrido abuso físico y un 10,9% informaba acerca de situaciones de ataque sexual o violación. En España, la sección nacional de Amnistía Internacional denunció que las 700.000 mujeres migrantes que se encuentran en el país en situación irregular son las más vulnerables a la violencia de género dado que, al no realizar denuncias por temor a la deportación, no tienen acceso a los centros de acogida para mujeres maltratadas ni cumplen con los requisitos para recibir asistencia económica.

En Asia, algunos de los casos más dramáticos de violencia contra trabajadoras domésticas migrantes de Filipinas e Indonesia han conmocionado a la opinión pública regional, lo que ha provocado cambios en la legislación y en las políticas migratorias de algunos países (HRW, 2004a, 2004b y 2005). Entre 1999 y 2005, en Singapur, al menos 147 migrantes trabajadoras domésticas murieron por accidentes laborales y suicidios (HRW, 2005). Una encuesta realizada por el Comité de Trabajadores Migrantes de la República de Corea reveló que el 12% de las mujeres migrantes entrevistadas había sufrido violencia sexual en el lugar de trabajo, y que muchas de ellas no habían realizado denuncias por miedo a ser despedidas y perder su estatus legal (Amnistía Internacional, 2006a). Este porcentaje se elevaba al 54% en el caso de las mujeres migrantes indocumentadas, quienes en su mayoría recibieron amenazas de deportación por parte de sus supervisores en caso de denuncia.

## **B. Derecho a la salud de los migrantes internacionales, sobre todo a la salud sexual y reproductiva**

### **1. Derecho a la salud, sobre todo a la salud sexual y reproductiva de los migrantes en la normativa internacional**

La Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/158, con fecha de 18 de diciembre de 1990 y entró en vigor el 1º de julio de 2003. La Convención cuenta con 25 Estados signatarios y 31 Estados parte (todos ellos emisores de migrantes), pero ninguno de ellos ha adoptado la Declaración en que se acepta la competencia del Comité de protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares para conocer sobre las denuncias a los derechos humanos de la población migrante. Esta Convención no ha sido ratificada por ninguno de los países industrializados. La importancia de la entrada en vigor de este instrumento internacional radica en la posibilidad de lograr la protección de los trabajadores y trabajadoras que migran tanto en forma documentada como indocumentada.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) también ha adoptado ciertas normas laborales internacionales para los trabajadores migrantes que incluyen disposiciones relativas al derecho a la salud: el Convenio sobre los trabajadores migrantes (revisado) N° 97 de 1949 y la Recomendación N° 86, y el Convenio sobre los trabajadores migrantes (disposiciones complementarias) N° 143 de 1975 y la Recomendación N° 151. La Convención N° 97 (revisada) incluye disposiciones sobre el acceso a servicios de salud para los migrantes, aunque solo se refiere a los migrantes en situación regular. La Convención N° 143 de 1975 se centra en las medidas para controlar y suprimir el empleo ilegal y los desplazamientos clandestinos, y reconoce el derecho a la salud para los migrantes regulares y sus familias de acuerdo con las normas establecidas por la legislación del país de residencia. Ninguno de estos instrumentos opera sobre la base de la reciprocidad, por lo que el trabajador migrante nacional de un Estado que no hubiera ratificado los convenios puede invocar su aplicación en un Estado ratificante. Asimismo, existe un conjunto de recomendaciones de la OIT sobre seguridad y salud ocupacional que no son jurídicamente vinculantes y que, en consecuencia, no están sujetas a ratificación.

## **2. Derecho a la salud, sobre todo a la salud sexual y reproductiva de los migrantes en las legislaciones nacionales**

El acceso de los migrantes a los servicios de salud depende de su situación migratoria, el tipo de inserción laboral y el nivel de atención de salud que requieran. Los migrantes indocumentados enfrentan dificultades especiales para acceder al aseguramiento de la salud, sea del tipo que sea (directo, indirecto o voluntario), dado que los trámites administrativos requieren generalmente la presentación del permiso de residencia o de trabajo. De hecho, aun en situaciones de migración documentada, el tipo de actividad laboral y de contrato repercute en las posibilidades de acceso a la seguridad social y, en consecuencia, a los servicios públicos de salud. A este respecto, las trabajadoras domésticas y los trabajadores y las trabajadoras que se contratan de acuerdo con el sistema de visas temporales enfrentan notables limitaciones en materia tanto de acceso a la salud como de solicitud de protección legal ante condiciones laborales abusivas (HRW, 2006a). Además, en países como Singapur, Malasia, Arabia Saudita y Estados Unidos, a menudo los empleadores confiscan los pasaportes y permisos de residencia de los trabajadores inmigrantes (HRW, 2006a).

Algunos países garantizan el derecho de los inmigrantes, con independencia de su estatus legal, a los servicios de salud de emergencia. En Canadá, el derecho a la atención médica de emergencia es universal y no incluye limitaciones; sin embargo, se pide a los inmigrantes un período determinado de residencia para recibir una cobertura pública de salud más amplia (Conferencia Regional sobre Migración, 2003). En Estados Unidos se dispone de un sistema federal de

financiamiento de la atención de emergencias de salud (Medicaid) para la población de bajos recursos, con independencia de su situación migratoria. Cabe destacar también que los servicios públicos de prevención y tratamiento de enfermedades e infecciones están disponibles para toda la población. Los sistemas de salud de México y de los países centroamericanos tampoco tienen requisitos especiales para el acceso a la atención de emergencia de salud, aunque sí existen diferencias entre hospitales públicos y privados (Conferencia Regional sobre Migración, 2003). En México, la reforma legislativa de 1996 no establece limitaciones al acceso a la atención médica por razones de nacionalidad o estatus migratorio, mientras que en Panamá existe una de las pocas legislaciones que obliga a las clínicas privadas a la atención de emergencia de las personas cuya vida esté en riesgo (Conferencia Regional sobre Migración, 2003).

En España, la legislación garantiza la igualdad de trato entre migrantes y nacionales en materia de prestaciones de seguridad social, incluido el derecho a los servicios y las prestaciones sociales básicos para cualquier extranjero, con independencia de su situación administrativa. Nacionales y extranjeros empadronados en el municipio de su domicilio reciben la misma atención de salud, y se prevé una asistencia de emergencia para los extranjeros que se encuentren en el país y sufran enfermedades graves o accidentes. La ley española contempla situaciones especiales para los menores de 18 años y las mujeres embarazadas (durante el embarazo, el parto y el posparto). En Portugal, en cambio, solo se brinda acceso gratuito a los servicios de salud a los extranjeros documentados (Geronimi, 2004).

En Costa Rica, de acuerdo con el marco político e institucional vigente, la atención de salud está disponible de acuerdo con las necesidades de la población; sin embargo, una proporción de los inmigrantes nicaragüenses trabaja en actividades productivas caracterizadas por la flexibilidad de las relaciones laborales, lo que supone el desconocimiento de algunos derechos, como la cotización a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2003). La morosidad de los empleadores, las deducciones de las cuotas correspondientes de los salarios que no se declaran al Estado y la alta rotación de los trabajadores para no pagar los derechos sociales correspondientes son prácticas que hacen particularmente vulnerables a los inmigrantes. En actividades como el corte de la caña de azúcar o el trabajo doméstico remunerado son frecuentes las irregularidades laborales, sobre todo con relación al incumplimiento del pago de salarios mínimos (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2003).

Una investigación sobre los derechos de los trabajadores migrantes en ocho países sudamericanos reveló un conjunto de datos interesantes en relación con el derecho a la salud y, en consecuencia, con la posibilidad de acceso a estos servicios (Geronimi, 2004):

- En principio, la igualdad de trato de los trabajadores inmigrantes con los nacionales se encuentra garantizada respecto de casi todas las

prestaciones de seguridad social en Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay, aunque en Bolivia, Ecuador y Perú se excluyen las prestaciones de desempleo. Sin embargo, existen diferencias en el alcance del derecho a la seguridad social con respecto a las modalidades de prestación cuando se presentan situaciones de movilidad, entre el país de empleo y el de origen, o entre varios países de empleo. En ese sentido, debe considerarse la diferencia entre el concepto de mantenimiento de los derechos adquiridos, que permite el goce de las prestaciones debidas por un Estado incluso cuando los trabajadores extranjeros dejan de residir en el país de empleo, y el concepto de mantenimiento de los derechos en vías de adquisición, es decir, los derechos que establecen beneficios que requieren un período de calificación.

- En Argentina, Chile o Ecuador los trabajadores inmigrantes conservan los derechos adquiridos a la seguridad social sin perjuicio de si se quedan o no en el país. En cambio, en Bolivia, Colombia o Uruguay solo conservan los derechos adquiridos que se queden en el país. Chile autoriza tanto a nacionales como a extranjeros el goce de ciertas prestaciones (asistencia médica, prestaciones económicas de enfermedad y de vejez), del mismo modo que Ecuador (prestaciones de vejez, accidentes de trabajo, prestaciones familiares, por invalidez y a sobrevivientes). En cambio, el mantenimiento de los derechos en vías de adquisición requiere en general la existencia de acuerdos bilaterales o multilaterales que establezcan su reconocimiento. Perú permite acumular derechos en situaciones en las que el trabajo se lleva a cabo en diferentes países. Argentina, Chile, Colombia o Uruguay también autorizan la acumulación de derechos en los casos en que se hayan suscrito acuerdos bilaterales o multilaterales, así como Ecuador en el marco del instrumento andino de seguridad social.
- Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Uruguay brindan acceso gratuito a los servicios de salud pública a todos los trabajadores extranjeros, con independencia de su estatus legal. La legislación colombiana, en cambio, solo reconoce a los extranjeros en situación regular, mientras que la ley boliviana se refiere a los extranjeros con residencia permanente.
- Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay ofrecen protección a todos los trabajadores extranjeros, incluso los irregulares, contra el acoso sexual y étnico. Colombia solo garantiza protección a los inmigrantes documentados.

En otros países, como la República de Corea, se observa que la falta de obligatoriedad legal en materia de aseguramiento médico de los trabajadores inmigrantes tiene un considerable impacto en la salud reproductiva de las

trabajadoras extranjeras (Amnistía Internacional, 2006b). Según un estudio del Comité de Trabajadores Migrantes de la República de Corea, el 66,7% de las trabajadoras inmigrantes que quedaron embarazadas no lo informaron a sus empleadores por temor a ser despedidas o deportadas. El 56% de las trabajadoras embarazadas tuvo complicaciones en el embarazo que resultaron en la pérdida de sus bebés (Amnistía Internacional, 2006b).

Un sector particularmente desprotegido por la legislación laboral de los países receptores de inmigrantes es el del trabajo doméstico y de cuidado remunerado. En la actualidad, solo 19 países cuentan con leyes o reglamentos relativos al trabajo doméstico (UNFPA, 2006a). Las trabajadoras domésticas inmigrantes se ven expuestas, en consecuencia, a una gran vulnerabilidad a la violación tanto de sus derechos laborales como sexuales y reproductivos (Moreno-Fontes, 2006; Amnistía Internacional, 2006a; UNFPA, 2006a). La legislación laboral y en materia de seguridad social de muchos países no reconoce el trabajo doméstico remunerado o proporciona a este colectivo de trabajadoras menor protección que al resto de los trabajadores (Moreno-Fontes, 2006). En procesos migratorios altamente regularizados, como la contratación de empleadas domésticas en países del sudeste asiático y de Oriente Medio, las emigrantes son sometidas a pruebas obligatorias de embarazo antes del desplazamiento y una vez en el lugar de trabajo (HRW, 2006b). En caso de constatarse un embarazo en el país de destino, son obligadas a elegir entre abortar o perder su trabajo. En Singapur, los derechos reconocidos por la legislación laboral se aplican a la mayoría de los trabajadores migrantes calificados y no calificados, pero excluyen a las empleadas domésticas. Estas tienen prohibido el matrimonio con nacionales o residentes permanentes y están obligadas a realizarse exámenes médicos cada seis meses, que incluyen la prueba de embarazo y de VIH/SIDA. Un embarazo puede significar la pérdida del trabajo y la deportación (HRW, 2005).

En Arabia Saudita, los trabajadores domésticos, sean hombres o mujeres, no tienen derecho a la protección de la legislación laboral por considerarse que esa es una actividad que pertenece a la esfera privada. Las empleadas domésticas extranjeras embarazadas como resultado de una violación no tienen derecho al aborto, dado que este supuesto no está reconocido por la ley (HRW, 2004a). En caso de que el embarazo se haya producido por otras razones y la migrante quiera abortar, la legislación exige una justificación médica bien documentada. Teniendo en cuenta los limitados medios económicos de estas mujeres, en su mayoría no casadas o cuyos maridos no viven en el país, tramitar la aprobación oficial para la realización de un aborto resulta una tarea ardua, a la que se añade el miedo a ser arrestadas y perder sus trabajos. Desde 2003, existe una directiva del Ministerio de Salud que prohíbe la admisión en los hospitales de mujeres embarazadas si no están acompañadas de un hombre que reconozca la paternidad, que sea de nacionalidad árabe saudita y que proporcione una copia de su identificación que se adjunta al archivo médico de la

mujer embarazada; el hombre debe además firmar un documento en el que acepta la responsabilidad sobre la madre y el niño (HRW, 2004a).

La vigilancia de las condiciones del lugar de trabajo —un elemento crítico a fin de hacer valer los derechos de las trabajadoras domésticas— sigue siendo limitada en la mayoría de los países, en parte debido a las restricciones que enfrentan los inspectores laborales para ingresar en residencias privadas. Otros componentes necesarios de una estrategia integral son dar a conocer públicamente a las agencias de empleo que violen la ley y a los patronos que maltratan a sus empleados y realizar sondeos a las trabajadoras domésticas migrantes cuando regresan a su lugar de origen. La legislación laboral debe complementarse con legislación penal que permita el enjuiciamiento de quienes cometen infracciones o delitos como el abuso físico, psicológico y sexual, el sometimiento a trabajos forzados, el encierro forzado y la trata de personas (HRW, 2006a).

### **3. Migrantes indocumentados y derecho a la salud sexual y reproductiva**

Las estimaciones señalan que entre 120.000 y 150.000 migrantes ingresan anualmente de manera irregular a los países de la Unión Europea (OIM, 2005). En los últimos años, el aumento de los migrantes indocumentados y el estatuto de los migrantes irregulares se han convertido en un tema central de política pública y se ha producido una creciente tensión entre las obligaciones contraídas por los países europeos en materia de derecho a la salud de los migrantes indocumentados y los cambios impulsados por las nuevas legislaciones sobre migración (Scott, 2004). En Francia, la gratuidad del acceso a los servicios de salud y a los tratamientos médicos para los migrantes indocumentados que garantizaba la legislación francesa sufrió un importante cambio a partir de la aprobación de la nueva ley en 2002. Los migrantes indocumentados deben pagar parte del tratamiento médico, mientras que los migrantes que no puedan probar haber residido por más de tres meses en el país no tienen derecho a la asistencia pública de salud, salvo en caso de emergencia o amenaza para la vida. Debido a este cambio en la legislación, la Federación Internacional de los Derechos Humanos presentó una queja ante el Comité Europeo de Derechos Sociales del Consejo de Europa por considerar que contravenía las disposiciones establecidas en los artículos 13 y 17 de la Carta Social Europea revisada. El Comité estableció que toda legislación o práctica que niegue el derecho a asistencia médica a extranjeros en el territorio de cualquiera de los Estados Parte, incluso si se encuentran en él ilegalmente, es contraria a la Carta.<sup>2</sup>

En Alemania, residir en el país sin un permiso válido o visa es un delito de acuerdo con la Ley de Extranjería (secciones 92, 92a y 92b), que prescribe que todos los migrantes sin visa o permiso válido de residencia pueden ser confinados

<sup>2</sup> Véase el sitio [www.gisti.org/doc/actions/2005/ame/index.html](http://www.gisti.org/doc/actions/2005/ame/index.html).

o encarcelados por un período de hasta un año (Braun, 2003; Scott, 2004). Esto supone que, en virtud de su situación “ilegal”, los migrantes indocumentados están excluidos del sistema de salud. Esta situación contrasta con otras disposiciones según las cuales, al menos en teoría, los indocumentados pueden obtener asistencia médica y apoyo financiero a través de los Centros de Bienestar Social. Sin embargo, el artículo 76 de la Ley de Extranjería dispone que cualquier miembro de un servicio público que posea información sobre un individuo sin un permiso de residencia válido debe comunicarlo al Ministerio del Interior. En consecuencia, los funcionarios públicos tienen la obligación de denunciar a todos los migrantes indocumentados, ya que de lo contrario pueden ser penalizados (Scott, 2004).

Respecto de la asistencia médica de emergencia y hospitalaria, las unidades de emergencia y los médicos generalistas, en principio, deben proporcionar atención de salud con independencia del seguro de salud o del estatuto de residencia del paciente (Scott, 2004). De hecho, los embarazos de mujeres migrantes indocumentadas se consideran de alto riesgo en razón de la tensión psicológica y física que supone la situación de irregularidad. Según la ley alemana, el permiso de maternidad se extiende entre las seis semanas anteriores al parto y las ocho semanas siguientes, período durante el cual las mujeres indocumentadas pueden legalizar su residencia solicitando una *Duldung*, es decir, una suspensión temporal de deportación para los migrantes que no pueden regresar a sus países de origen por conflictos políticos o por razones de salud. Este permiso debe ser renovado semestralmente e incluye muy pocos derechos, entre ellos el acceso a la atención médica, aunque generalmente solo en casos especiales. Si una migrante no documentada da a luz en su domicilio o en un hospital privado y no solicita la *Duldung*, el niño o niña nace en la ilegalidad dado que es imposible obtener un certificado de nacimiento si la madre no está registrada, lo que puede resultar en la separación de madre e hijo en caso de deportación de la madre, ya que esta no puede probar legalmente su maternidad (Scott, 2004).

En Gran Bretaña, la legislación nacional no se ha ocupado explícitamente del derecho a la salud de los migrantes indocumentados (Scott, 2004). Sin embargo, el financiamiento público de la atención de la salud, la ausencia de controles sistemáticos sobre la situación de residencia de los beneficiarios del sistema de salud y la importancia jurídica del tiempo de residencia o a la intención de residir han sido factores que tradicionalmente han hecho accesible la atención de la salud a los migrantes indocumentados. Esta situación ha cambiado desde abril de 2004 debido a la introducción por parte del Sistema Nacional de Salud de un conjunto de regulaciones que modifican la atención médica para visitantes extranjeros, así como sobre la obligación de solicitar el permiso de residencia en los centros de salud. Posteriormente, el Gobierno de Gran Bretaña presentó varias propuestas relacionadas con la falta de elegibilidad de los visitantes extranjeros para obtener atención primaria de la salud de forma gratuita. En marcado contraste

con las regulaciones del Sistema Nacional de Salud, estas nuevas iniciativas se refieren claramente a los “inmigrantes ilegales” y establecen que los proveedores de servicios de salud tendrán la responsabilidad de denunciar a los migrantes indocumentados (Scott, 2004).

En Suecia, Médicos del Mundo publicó en 2005 una encuesta sobre la exclusión del cuidado de la salud de inmigrantes indocumentados, que revela que el 82% de estos inmigrantes enfrentan barreras directas para el acceso a la salud —el alto costo de las consultas médicas o la falta de atención por carecer de documentación válida— y barreras indirectas, fundamentalmente el temor a utilizar los servicios ante la posibilidad de ser denunciados a las autoridades. Aproximadamente el 65% de las personas entrevistadas había experimentado un deterioro en su salud física y mental desde que vivían en Suecia como indocumentados (Médicos del Mundo-Suecia, 2005).

### **C. Experiencias de promoción y protección de los derechos humanos de las poblaciones migrantes, sobre todo del derecho a la salud y a la salud sexual y reproductiva**

La creciente preocupación en algunos países, tanto de origen como de destino, por el aumento de la población migrante y por el efecto de esta migración en diferentes niveles se ha traducido en una serie de iniciativas vinculadas con la promoción y protección de los derechos humanos de los migrantes. A continuación se recogen algunas de las más representativas en materia de derecho a la salud.

#### **1. Mejora de las fuentes de información sobre derechos humanos y salud sexual y reproductiva de los migrantes**

- Encuesta Nacional de Salud Reproductiva y Migración (1999-2000). Costa Rica es uno de los pocos países en desarrollo que ha llevado a cabo una encuesta que recoge información acerca del comportamiento reproductivo y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de la población extranjera residente en el país, principalmente nicaragüense. Esta fue la primera encuesta con representatividad nacional sobre los migrantes nicaragüenses y sirvió de insumo para la adecuación de la Política Nacional de Salud a las necesidades de la población inmigrante.

#### **2. Promoción y protección de los derechos humanos de los y las migrantes internacionales**

- Los diferentes estudios realizados por Human Rights Watch sobre los derechos humanos de las trabajadoras domésticas migrantes en Oriente Medio y en países del sudeste asiático han permitido visibilizar

la situación de violación sistemática de los derechos laborales y reproductivos de este colectivo, lo que contribuye a promover diferentes iniciativas que abogan por una mayor protección de sus derechos (HRW, 2004a, 2004b; 2005 y 2006a).

- La Campaña Global sobre Mujeres y Migración Internacional en el Sector Salud es una iniciativa lanzada en 2003 por la organización Public Services International (PSI), una federación mundial que representa a 20.000.000 de trabajadores y trabajadoras del sector público de 140 países, con el objetivo de llevar a cabo actividades de investigación, fortalecimiento de redes y movilización de apoyos políticos relativos al fenómeno de la migración femenina internacional en el sector de la salud, y la protección de los derechos de estas trabajadoras en los países de origen y de destino. En América Latina y el Caribe, Chile, Ecuador, Antillas Neerlandesas y Barbados han participado en estas actividades.
- En 2003, la Conferencia Regional sobre Migración, un foro intergubernamental de diálogo en la región de América del Norte y Centroamérica, realizó un seminario sobre el acceso a la atención de emergencia de salud para migrantes, en particular los que se hallan en situación irregular, que permitió a los Estados miembros revisar la legislación vigente a la luz de los estándares internacionales en materia de derecho a la salud de los migrantes.
- Dinamarca ha desarrollado una campaña pública plurilingüe dirigida a mujeres de los principales grupos de migrantes en el país sobre igualdad de género y mediante la que se les ha informado de sus derechos laborales, reproductivos y su derecho a gozar de una vida libre de violencia doméstica.
- En Singapur, el gobierno ha implementado un servicio gratuito de atención telefónica a las trabajadoras domésticas migrantes mediante el que se brinda información sobre sus derechos laborales y los procedimientos legales vigentes en la materia.
- En 2004, el Grupo de información y acción sobre prioridad para la alimentación (FIAN), sección de Alemania, y la Oficina de Atención Médica para los Refugiados presentaron un informe al Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de las Naciones Unidas sobre la atención de la salud de inmigrantes indocumentados en Alemania. Este primer informe llamó la atención tanto del Comité como de los gobiernos sobre este tema.
- Médicos del Mundo-Francia ha desarrollado una iniciativa de defensa en relación con algunos de los contenidos de las directrices de la

Unión Europea sobre estándares y procedimientos comunes de retorno de nacionales ilegales de terceros países (2005) y ha solicitado que se detenga la deportación de extranjeros gravemente enfermos que no puedan acceder a la atención efectiva de la salud en sus países de origen.

### **3. Adecuación del marco legal y de las políticas públicas en materia de derechos humanos y del derecho a la salud sexual y reproductiva de poblaciones migrantes**

- El de Hong Kong es un ejemplo positivo de protección laboral de las trabajadoras domésticas extranjeras. De acuerdo con la ley, estas tienen derecho al salario mínimo, un día de descanso por semana, licencia por maternidad y descanso en días feriados oficiales (HRW, 2006a).
- La Dirección para el Empleo en el Exterior de Filipinas ha ampliado también la protección gubernamental para las trabajadoras domésticas filipinas en el extranjero y ha previsto un contrato estándar que garantiza un día de descanso semanal, además de normas que exigen a los patrones pagar la mayor parte de los costos asociados al reclutamiento y la colocación (HRW, 2006a).
- En Malasia y Estados Unidos, las trabajadoras domésticas pueden obtener visas especiales para permanecer en el país a fin de presentar denuncias civiles y penales, pero no existen disposiciones que les faciliten la autorización para trabajar durante este período.
- Las Orientaciones estratégicas de la Confederación Suiza sobre Migración y Salud Pública (2002-2006) constituyen un modelo interesante de elaboración de políticas públicas en el ámbito del derecho a la salud de la población inmigrante mediante la realización de investigaciones en profundidad y de un amplio proceso de consulta. El objetivo es crear un sistema de salud en el que las instituciones estén en situación de prestar atención médica a una población cuya naturaleza y necesidades han cambiado como resultado de la migración.
- El Programa Regional de Empoderamiento de Trabajadoras Migrantes en Asia, desarrollado por varios gobiernos de países emisores y receptores de estas trabajadoras, con apoyo de las Oficinas Regionales del UNIFEM en países árabes y de Asia y el Pacífico, ha contribuido a adecuar las legislaciones y políticas públicas nacionales sobre migración a efectos de ampliar la protección de las trabajadoras domésticas asiáticas en el extranjero, principalmente en Filipinas, Indonesia, Jordania, Nepal y Sri Lanka.

- Desde 2003, la iniciativa europea de Hospitales Amigables para los Migrantes, financiada por la Comisión Europea, la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor (SANCO, por sus siglas en inglés) y hospitales de 12 países de la Unión Europea, apunta a identificar, desarrollar y evaluar modelos efectivos de intervención que permitan fortalecer el papel de los hospitales públicos en la promoción de la salud de las poblaciones migrantes. En 2004, los Ministerios de Salud de los países participantes llegaron a un acuerdo sobre los términos de la Declaración de Ámsterdam sobre Hospitales Amigables para los Migrantes en una Europa Étnica y Culturalmente Diversa.
- En Berlín, la Oficina de Atención Médica para los Refugiados, creada en 1996, es una organización no gubernamental de carácter antirracista que, dos veces por semana, proporciona tratamiento médico gratuito y confidencial a migrantes indocumentados y refugiados. En la actualidad, existen 10 oficinas similares en toda Alemania.
- El proyecto mesoamericano de atención integral a poblaciones móviles: Reduciendo la Vulnerabilidad de las Poblaciones Móviles al VIH/SIDA en Centroamérica, aprobado en 2004 por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, fortalece las acciones preventivas en las zonas fronterizas y brinda tratamiento a la población migrante en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. El período de implementación de esta iniciativa es 2005-2010.
- En 2006, el Gobierno de México anunció la ampliación de la atención médica a todos los migrantes mexicanos y sus familias que viajaran desde los Estados Unidos a través del sistema del “seguro popular”, que, según se prevé, ampliaría la cobertura de salud a 1.000.000 de personas e incluiría la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA.

#### **4. Redes y organizaciones de defensa de los derechos humanos de los migrantes**

- En Hong Kong, las trabajadoras domésticas migrantes crearon en 1998 el Sindicato de trabajadoras domésticas de Asia (ADWU). Esta asociación tiene actualmente casi 2.000 asociadas de Filipinas, India, Indonesia, Malasia, Nepal, Pakistán, Sri Lanka y Tailandia y ofrece servicios de consejería en materia de derechos laborales.
- En Costa Rica, la Asociación de Trabajadoras Domésticas (ASTRADOMES) es tanto una organización no gubernamental como una organización laboral femenina. Establecida en 1991 como un

sindicato, está afiliada a la Confederación Latinoamericana y del Caribe de Trabajadoras del Hogar y consta de aproximadamente 400 miembros, en su mayoría nicaragüenses. ASTRADOMES ofrece una variedad de servicios, principalmente información telefónica para empleadas domésticas, orientación social y legal en caso de dificultades en el lugar de trabajo, refugio temporal y capacitación.

- La Plataforma de Cooperación Internacional para Inmigrantes Indocumentados (PICUM) es una organización no gubernamental conformada por miembros de 14 países europeos y por representantes de organizaciones internacionales que promueve el respeto a los derechos humanos de los trabajadores indocumentados en Europa y se centra en el acceso a los derechos sociales básicos, la regularización de la situación de los migrantes indocumentados y un tratamiento humano durante los procesos de retorno forzoso de migrantes irregulares.

## Bibliografía

- Abbasi-Shavazi, M.J. y P. MacDonald (2000), "Fertility and multiculturalism: immigrants fertility in Australia, 1977-1991", *International Migration Review*, vol. 34, N° 1.
- Amnistía Internacional (2006a), *Vivir en las sombras: una introducción a los derechos humanos de las personas migrantes*, Londres.
- (2006b), *Corea del Sur: explotación y abusos contra trabajadores migrantes*, Londres.
- Anderson, B. (2001), "Reproductive labour and migration", documento presentado en la sexta Metropolis Conference, Rotterdam, 26 al 30 de noviembre.
- (2000), *Doing the Dirty Work? The Global Politics of Domestic Labour*, Londres, Zed Books.
- Banco Mundial/OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002), *Building Strategic Partnerships in Education and Health in Africa: Consultative Meeting on Improving Collaboration Between Health Professionals, Governments and Other Stakeholders in Human Resources in Health*, Addis Abeba.
- Biritwum, R. y M. Mackintosh (2003), "Project proposal: measuring the costs of out-migration of health care personnel", Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Bollini, P. y H. Siem (1995), "No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000", *Social Science and Medicine*, vol. 41, N° 6.
- Braun, T. y otros (2003), "Gesundheitsversorgung Illegalisierter Migrantinnen und Migranten: ein Europäischer Vergleich".
- Bronfman, M. y otros (2001), "Mujeres al borde... vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México", *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración*, E. Tuñón Pablos (coord.), México, D.F., El Colegio de México.
- Buchan, J. y otros (2005), *International Migration of Nurses: Trends and Policy Implications*, Issue Paper, N° 5, Ginebra, The Global Nursing Review Initiative, Consejo Internacional de Enfermeras (ICN).
- Buchan, J. y J. Sochalski (2004), "The migration of nurses: trends and policies", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 82, N° 2.

- Buchan, J. y D. Dovlo (2004), *International Recruitment of Health Workers to the UK: A Report for the Department for International Development*, Londres, Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID)/Health Systems Resource Centre (HSRC).
- Buchan, J. y otros (2003), *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications*, Ginebra, Royal College of Nursing/Consejo Internacional de Enfermeras.
- Buchan, J. (2002), *International Recruitment of Nurses: United Kingdom Case Study*, Edimburgo, Queen Margaret University College.
- Calavita, K. (2006), "Gender, Migration, and Law: Crossing Borders and Bridging Disciplines, Gender and Migration Revisited", *International Migration Review*, edición especial.
- Cape, K. (1994), "Birth in a new country", *Asian Mothers, Australian Birth: Pregnancy, Childbirth and Childbearing. The Asian Experience in an English-Speaking Country*, L.P. Rice (ed.). Melbourne, Ausmed Publications.
- Carballo, M. (2006), "Female migrants, reproductive health, HIV/AIDS and the rights of women", Selected Papers of the UNFPA-OIM Expert Group Meeting, Nueva York, 2 y 3 de mayo.
- Carballo, M. y otros (2004a), "The Process of Social Insertion of Migrants, Refugees and Asylum Seekers in the Context of Access to and Use of Health and Social Services".
- Carballo, M. y otros (2004b), Migration and Reproductive Health in Western Europe.
- Carballo, M. y A. Nerukart (2001) "Migration, Refugees, and Health Risks, Emerging Infectious Diseases", vol. 7, N° 3, Supplement, junio.
- Carling, J. (2005), "Gender dimensions of international migration", *Global Migration Perspectives*, N° 35.
- Chant, S. (2006), "¿Cómo podemos hacer que la "femimización de la pobreza" resulte más relevante en materia de políticas? ¿Hacia una feminización de la responsabilidad y de la obligación?", *Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público: una mirada desde el género*, L. Mora y otros, México, D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)/Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ).
- Cohen, R. (1987), *The New Helots: Migrants in the International Division of Labour*, Londres, Glover.
- Comisión de Derechos Humanos (2002), *Informe de la Relatora especial sobre la violencia contra la mujer, Sra. Radhika Coomaraswamy: Misión a Colombia* (E/CN.4/2002/83/Add.3), Nueva York, marzo.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2005), *Migración México-Estados Unidos: temas de salud*, México, D.F.
- (2002), *Cobertura en salud de la población mexicana en Estados Unidos*, México, D.F.
- (2000), *Mujeres migrantes en Estados Unidos*, México, D.F.
- Conferencia Regional sobre Migración (2003), "Migrants Access to Emergency Health Care".
- Cortés Castellanos, P. (2005), "Mujeres migrantes de América Latina y Caribe: derechos humanos, mitos y duras realidades", *serie Población y desarrollo*, N° 61 (LC/L.2426-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.05.II.G.173.
- Darj, E. y G. Lindmark (2002), "Not all women use maternal health services. Language barriers and fear of the examination are common", *Lakartidningen*, vol. 99, N° 1-2.
- Del Amo, J. y otros (2002), "HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain: A comparison with national subjects", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 78, N° 4.

- Eskild, A. y otros (2002), "Induced abortion among women with foreign cultural background in Oslo", *Tidsskr Nor Laegeforen*, vol. 122, N° 14.
- Ferguson, B. y E. Browne (ed.) (1994), *Health Care and Immigrants: A Guide For Helping Professionals*, Sydney, MacLennan & Petty.
- Gayral-Taminh, M. y otros (1999), "Pregnancy and labor of women born in Maghreb and Black Africa followed to delivery at the Maternal Hospital of Toulouse", *Journal of Gynecological Obstetrics Biological Reproduction*, vol. 28, N° 5.
- Geronimi, E. (2004), "Admisión, contratación y protección de trabajadores migrantes", *Estudios sobre migración internacional*, N° 70, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Holzmann, R. y R. Muenz (2004), *Challenges and Opportunities of International Migration for the EU, Its Member States, Neighboring Countries and Regions: A Policy Note*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Hondagneu-Sotelo, P. (2001), *Domestica: Immigrant Workers Caring and Cleaning in the Shadows of Affluence*, The University of California Press.
- Howell, R. (1989), "Filipino and Vietnamese women: a study of intra-partum differences", *Australia and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 29, N° 4.
- HRW (Human Rights Watch) (2006a), *Oculto bajo la alfombra. Abusos contra trabajadoras domésticas en todo el mundo*, Londres.
- (2006b), *Discrimination, Denial, and the Fate of Binational Same-Sex Couples under U.S. Law*, Londres.
- (2005), *Maid to Order. Ending Abuse Against Migrant Domestic Workers in Singapore*, Londres.
- (2004a), *Bad Dreams: Exploitation and Abuse of Migrant Workers in Saudi Arabia*, vol. 16, N° 5.
- (2004b), *Help Wanted: Abuses Against Female Migrant Domestic Workers in Indonesia and Malaysia*, vol. 16, N° 9.
- Kupiszewski, M. y otros (2005), "Impact of future demographic trends in Europe", Consejo de Europa.
- Lim, L.L. y N. Oishi (1996), "International labour migration of Asian women: distinctive characteristics and policy concerns", *Asian Women in Migration*, G. Battistella y A. Paganoni (eds.), Scalabrini Migration Center.
- Makatjane, T. (1997), "Contraceptive prevalence in Lesotho: does the sex of the household head matter?", *African Population Studies*, N° 12, vol. 2.
- Martínez Pizarro, J. (2003), "El mapa migratorio de América Latina y el Caribe: las mujeres y el género", *serie Población y desarrollo*, N° 44 (LC/L.1974-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.03.II.G.133.
- Mckay, L. y otros (2003), "Migration and health: a review of the international literature", *Occasional Paper*, N° 12, MRC Social & Public Health Sciences Unit.
- Medda, E. y otros (2002), "Reproductive health of immigrant women in the Lazio region of Italy", *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, vol. 38, N° 4.
- Médicos del Mundo-Suecia (2005), *Experiences of Gömda in Sweden: Exclusion from Health Care for Immigrants Living Without Legal Status*, Estocolmo.
- Milanovic, B. (2003), "The two faces of globalization: against globalization as we know it", *World Development*, vol. 31, N° 4.
- Ministerio de Salud de Costa Rica (2003), *Migración y salud en Costa Rica: Elementos para su análisis*, San José.
- Ministerio Federal de Salud y Seguridad Social de Alemania (2005), "Selected facts

and figures about long-term care insurance” [en línea] [http://www.bmgs.bund.de/downloads/Pflegevers\\_Tabellen.pdf](http://www.bmgs.bund.de/downloads/Pflegevers_Tabellen.pdf).

- Mora, L. (2006), “Género, migración y derechos humanos: una aproximación”, ponencia presentada en el primer Encuentro centroamericano de trata de mujeres, San José, Consejo de Ministras de la Mujer de Centroamérica (COMMCA)/Organización Internacional para las Migraciones (OIM)/Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 4 y 5 de diciembre.
- (2005), “Políticas conciliatorias: hacia una nueva agenda de género en América Latina”, ponencia presentada en la Reunión de planificación regional, Antigua y Barbuda, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- (2002), “Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos reproductivos”, documento presentado a la Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional: Derechos Humanos y Trata de Personas en las Américas, Santiago de Chile, 20 al 22 de noviembre.
- Moreno-Fontes, G. (2006), “Female migrant workers in an era of globalization”, *Selected Papers of UNFPA-IOM Expert Group Meeting*, Nueva York, 2 y 3 de mayo.
- Naciones Unidas (2006), “Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision” [CD-ROM], Nueva York.
- (2005), *World Survey on the Role of Women in Development. Women and International Migration*, Nueva York, División para el Adelanto de la Mujer. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.04.IV.4.
- Nahmias, P. (2004), “Fertility behaviour of recent immigrants in Israel: A comparative analysis of immigrants from Ethiopia and the former Soviet Union”, *Demographic Research*, vol. 10, artículo 4.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (2003), *Trends in International Migration-SOPEMI 2003*, París.
- (2002), *International Migration of Physicians and Nurses: Causes, Consequences and Health Policy Implications*, París.
- (2001), *Trends in International Migration*, París.
- OIM (Organización Internacional para las Migraciones) (2005), *World Migration 2005: Costs and Benefits*.
- (2001), “The reproductive health of immigrant women”, *Migration and Health Newsletter*, N° 2.
- Oishi, N. (2002), “Gender and migration: an integrative approach”, *Working Paper*, N° 49, San Diego, Center for Comparative Immigration Studies, University of California.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2004), *Towards a Fair Deal for Migrant Workers in the Global Economy*, Ginebra.
- Omondí, C.O. y E.H.O. Ayiamba (2003), “Contraceptive use dynamics among migrant women in Kenya”, *African Population Studies*, vol. 18, N° 2.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2005), “The Migration of Health Workers: An Overview”, Ginebra, inédito.
- (2004), “Special theme: migration and health workers”, *Bulletin of the the World Health Organization*, vol. 82, N° 8.
- Oso-Casa, L. y otros (2005), “The Feminization of International Migration”, documento presentado al seminario “Migrant Women and the Labour Market: Diversity and Challenges”, Bruselas.
- Parsons, C. (1990), “Cross-cultural issues in health care”, *The Health of Immigrant in Australia: A Social Perspective*, J. Reid y P. Trompf (ed.), Sydney.
- Penn, R. y P. Lambert (2002), “Attitudes towards ideal family size of different ethnic/nationality groups in Great Britain, France and Germany”, *Population Trends*, N° 108.

- Pessar, P. (2005), "Women, gender, and international migration across and beyond the Americas: inequalities and limited empowerment", documento presentado en la reunión de expertos sobre migración internacional y desarrollo en América Latina y el Caribe, México, D.F.
- Przywara, B. (2005), "Projections of expenditures on health and long-term care at the EU level", documento presentado al taller conjunto OECD/Comisión Europea, Bruselas, 21 y 22 de febrero.
- PSI (Public Services International) (2006), *Migration Facts*.
- (2005a), "Health care brain drain threatens to overwhelm developing world", 28 de septiembre.
- (2005b), "Medical staff exodus closes 1000 hospitals in The Philippines".
- (2005c), "South Africa: ban on recruitment from SADC countries".
- Ramji, V. (2002), "Income security and hidden care issues: female careworkers emigrating from Kerala (India) to the Middle East", *Conference Papers of the Infocus Programme of Socio-Economic Security*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Redfoot, D.L. y A.N. Houser (2005), *We Shall Travel On: Quality of Care, Economic Development and the International Migration of Long-Term Care Workers*, AARP Public Policy Institute.
- Rice, L.P. (1994) (ed.), *Asian Mothers, Australian Birth: Pregnancy, Childbirth and Childbearing. The Asian Experience in an English-Speaking Country*, Melbourne, Ausmed Publications.
- Rodríguez, R.M. (2005), "Domestic insecurities: female migration from the Philippines, development and national subject-status", *Working Paper*, N° 114, San Diego, Center for Comparative Immigration Studies, University of California.
- Sargent, C. (2005), "Counseling contraception for Malian migrants in Paris. Global, State, and personal politics", *Human Organization*, vol. 64, N° 2.
- Schmidt, C. (2003), *Emigration of Nurses from the Caribbean: Causes and Consequences for the Socio-Economic Welfare of the Country: Trinidad and Tobago, A Case Study (LC/CAR/G.748)*, Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe.
- Scott, P. (2004), "Undocumented migrants in Germany and Britain: the human "rights" and "wrongs" regarding access to health care", *Electronic Journal of Sociology*.
- Spycher, C. y C. Sieber (2001), "Contraception in immigrant women", *Ther Umsch*, vol. 58, N° 9.
- Thomas-Hope, E. (2005), *Current Trends and Issues in Caribbean Migration (LC/CAR/L.61)*, Puerto España, sede subregional de la CEPAL para el Caribe.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) (2006a), *Estado de la población mundial, 2006. Hacia la esperanza: las mujeres y la migración internacional*, Nueva York.
- (2006b), "Female migrants: bridging the gaps throughout the life cycle", *Selected Papers of the UNFPA-IOM Expert Group Meeting*, Nueva York, 2 y 3 de mayo.
- (2005), *International Migration and the Millenium Development Goals, Selected Papers of the UNFPA Expert Group Meeting*, Nueva York.
- UNIFEM (Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer) (2005), "Empowering Women Migrant Workers in Asia" [en línea] <http://www.unifem-eseasia.org/projects/migrant/Briefing%20kit%20files.htm>.
- Van Eych, K. (2005), "Who cares? Women's health workers in the global labor market", Londres, Public Services International (PSI).
- Venema, H.P. y otros (1995), "Health of migrants and migrant health policy: the Netherlands as an example", *Social Science and Medicine*, vol. 41, N° 6.

- Zlotnik, H. (2005), "International migrations trends since 1980", documento presentado en la reunión de expertos, Marrakesh, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 11 y 12 de mayo.
- (2004), *International Migration in Africa: An Analysis Based on Estimates of the Migrant Stock*, Migration Information Source, Migration Policy Institute, 1 de septiembre.
- (2003), *The Global Dimensions of Female Migration*, Migration Information Source, Migration Policy Institute.

# **Derechos sociales y envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina**

Sandra Huenchuan y Alejandro Morlachetti

## **Resumen**

Los derechos humanos son indivisibles e interdependientes, por lo que debe prestarse la misma atención y darse la misma urgencia a los derechos económicos, sociales y culturales que a los derechos civiles y políticos. A su vez, los derechos humanos son universales e inherentes a todas las personas, incluidas las personas mayores.

El envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos para el cumplimiento de los compromisos internacionales sobre derechos humanos. El Estado debe actuar como garante de los derechos sociales, debe tutelarlos, protegerlos y resguardarlos, y las políticas públicas deben concebirse como un instrumento de promoción y efectivo cumplimiento de los derechos de ciudadanía de todos quienes componen la sociedad. En consecuencia, en un contexto de envejecimiento, la articulación de capacidades técnicas y económicas del Estado y sus instrumentos jurídicos y de política se transforma en un elemento esencial para garantizar una vejez digna y segura.

En el presente artículo se aborda la relación entre los derechos sociales y el envejecimiento. Se reflexiona acerca del enfoque de derechos en las políticas públicas y se analizan los vínculos entre envejecimiento y derechos económicos, sociales y culturales, desde una perspectiva de futuro.

## Abstract

### **Social rights and ageing: modalities for ensuring their respect and guarantee in Latin America and future outlook**

Human rights are indivisible and interdependent, and the same attention and urgency must therefore be attached to economic, social and cultural rights as to civil and political rights. Moreover, human rights are universal and inherent to all persons, including older persons.

Population ageing poses new challenges for the fulfilment of international commitments in the area of human rights. The State must act as a guarantor of social rights, be responsible for, protect and safeguard them, and public policy must be conceived as an instrument for the promotion and effective fulfilment of the civil rights of all members of society. Consequently, in a context marked by ageing, coordinating the technical and economic capacities of the State and its legal and policy instruments becomes an essential element for guaranteeing a decent and secure old age.

This article addresses the relationship between social rights and ageing. It reflects on the rights-based approach in public policies and examines the links between ageing and economic, social and cultural rights in terms of the outlook for the future.

## Résumé

### **Droits sociaux et vieillissement: modalités et perspectives de respect et de garantie en Amérique latine**

Les droits humains sont indivisibles et interdépendants; les droits économiques sociaux et culturels méritent donc la même attention et présentent la même urgence que les droits civils et politiques. Par ailleurs les droits humains sont universels et inhérents à toute personne, y compris les personnes âgées.

Le vieillissement de la population implique de nouveaux défis pour l'application des engagements internationaux en matière de droits humains. L'État doit agir comme garant des droits sociaux et doit en assumer la tutelle et la protection; les politiques publiques doivent être conçues comme un instrument de promotion et d'application effective des droits de citoyenneté dont jouissent tous ceux qui font partie de la société. Dans un contexte de vieillissement, l'articulation des capacités techniques et économiques de l'État et de ses instruments juridiques de politique devient donc un élément crucial pour garantir une vieillesse digne et sécurisée.

Cet article aborde le rapport entre les droits sociaux et le vieillissement. Il s'agit d'une réflexion sur l'approche des droits dans les politiques publiques dans laquelle sont analysés les rapports entre le vieillissement et les droits économiques, sociaux et culturels, d'un point de vue prospectif.

## I. Presentación

Los derechos humanos son indivisibles e interdependientes por lo que debe prestarse la misma atención y darse la misma urgencia a los derechos económicos, sociales y culturales que a los derechos civiles y políticos.

En los tratados en los que se reconocen los derechos económicos, sociales y culturales, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, El Pacto de San José de Costa Rica y el Protocolo de San Salvador, se fundan obligaciones de carácter jurídico de los Estados Partes.

Los Estados deben actuar en todo momento de acuerdo con esta perspectiva de integralidad, consagrada en la Declaración Universal de Derechos Humanos y reafirmada en la Declaración de Viena, y son responsables ante la comunidad internacional y ante sus propios ciudadanos por el cumplimiento de las obligaciones que se derivan del Pacto.

El compromiso adquirido por los Estados ante la comunidad internacional respecto de la protección y el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales debe ser cumplido en los niveles nacional, regional y local. En términos concretos, esto implica el establecimiento de políticas de inversión de la mayor cantidad de recursos posibles, así como la incorporación del concepto de progresividad, que significa no solo que estos derechos se cumplan paulatinamente, sino que los logros alcanzados sean irreversibles.

Los derechos humanos son universales e inherentes a todas las personas, incluidas las personas mayores. Así surge de los instrumentos emanados de las diferentes cumbres y conferencias mundiales realizadas en los últimos 15 años, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, el Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, la Plataforma de Acción de Beijing, el Programa 21 y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

El envejecimiento de la población plantea nuevos desafíos para el cumplimiento de los compromisos internacionales sobre derechos humanos por parte de los Estados, pero estos desafíos no constituyen una excusa para que los Estados no cumplan sus obligaciones. De hecho, una parte importante de los instrumentos vigentes fue creada en momentos en que el envejecimiento era un fenómeno aún incipiente y propio de los países desarrollados, cuyos ciudadanos envejecían al amparo de un Estado de bienestar.

Sin embargo, tal como surge del *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece* (Naciones Unidas, 2007), en la actualidad el envejecimiento también es un fenómeno de los países en desarrollo, que presentarán un ritmo de crecimiento de la población adulta mayor mucho más

rápido que el de los países desarrollados y, por lo tanto, tendrán menos tiempo para adaptarse a las consecuencias del envejecimiento. A ello se suma que el envejecimiento en los países en desarrollo se produce en un momento en que el nivel de crecimiento socioeconómico es muy inferior al que existía en su momento en los países desarrollados (Naciones Unidas, 2002). Por ello, algunos autores prevén que el ejercicio de la ciudadanía social en la vejez será uno de los grandes retos de las políticas públicas del siglo XXI.

Teniendo en cuenta que la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas, es fundamental contar con organismos del Estado que garanticen la existencia de mecanismos jurídicos y de política pública para que todos los integrantes de la sociedad puedan ejercer la titularidad de los derechos. De este modo, el Estado se va convirtiendo en una institución que produce y redistribuye el bienestar, es el garante de los derechos sociales, es quien debe tutelarlos, protegerlos y desarrollarlos, y las políticas públicas deben concebirse como un instrumento de promoción y efectivo cumplimiento de los derechos de ciudadanía.

En un contexto de envejecimiento de la población, esta articulación de capacidades técnicas y económicas del Estado y sus instrumentos jurídicos y de política, se transforma en un elemento esencial para garantizar una vejez digna y segura, puesto que fortalece la capacidad de las personas mayores para superar la indefensión y las inseguridades que las afectan, como las pérdidas económicas, sociales y culturales.

En este artículo se aborda la relación entre los derechos sociales y el envejecimiento desde la perspectiva de la garantía y el ejercicio de esos derechos en la edad avanzada. En primer lugar se presenta el marco internacional de los derechos económicos, sociales y culturales y se ahonda en la trayectoria de la doctrina internacional de los derechos humanos y en los instrumentos vinculantes que hacen referencia a los derechos económicos, sociales y culturales. En segundo lugar, se analiza la relación entre envejecimiento y derechos económicos, sociales y culturales. Se presentan algunos argumentos sobre las particulares vulnerabilidades que se derivan de la edad avanzada y sus expresiones, se reflexiona acerca del enfoque de derechos en las políticas públicas y se analizan los vínculos entre envejecimiento y derechos económicos, sociales y culturales, desde la perspectiva de los desafíos que presenta este fenómeno para la garantía de los derechos. Para ello se hace referencia a la experiencia europea y a las especificidades del envejecimiento en América Latina. En tercer lugar, se analizan las modalidades de respeto y garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores en la región. Este examen se realiza desde tres perspectivas: la dimensión jurídica, la dimensión instrumental y la dimensión de intervención, y sobre esta base se mencionan las evidencias empíricas sobre las formas de garantía y protección de los derechos en la vejez. Por último, se presentan las conclusiones.

## II. Marco internacional de los derechos económicos, sociales y culturales

### A. El derecho internacional de los derechos humanos

El derecho internacional de los derechos humanos se ha conformado principalmente a partir de los tratados, la costumbre y los principios generales del derecho.

En el enfoque clásico del derecho internacional, este se concebía como un conjunto de normas que regía a la comunidad internacional, específicamente la relación entre los países, y en él se permitía el uso de la fuerza en las relaciones internacionales. De este modo, la manera en que un Estado trataba a sus ciudadanos en su territorio era un asunto exclusivamente interno e implícito en el concepto de soberanía.

La internacionalización de los derechos humanos, es decir, la universalización de un concepto que ya se encontraba en las normas constitucionales de algunos países, es un fenómeno que surge recientemente, en la mitad del siglo XX. La segunda guerra mundial y los hechos que llevaron a ella sirvieron de catalizador para que se produjera el desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos. A partir de entonces, y con la creación de las Naciones Unidas, surgen una serie de declaraciones y tratados que suponen el reconocimiento expreso de los derechos humanos por parte de los Estados. No se trató de una serie de normas que se sumaron a un orden existente, sino que la naturaleza de ese orden había cambiado, lo que llevó al reconocimiento del individuo como sujeto del derecho internacional.

La internacionalización de los derechos humanos ha significado que tanto estos como su protección pertenezcan a la esfera del derecho internacional público. De esta manera, lo que antes pertenecía al dominio exclusivo de cada Estado pasa también a ser parte del derecho internacional (Henkin, 1990).

### B. Instrumentos internacionales de derechos humanos

El derecho internacional de los derechos humanos ha reconocido la existencia de derechos individuales y colectivos civiles, políticos, culturales, económicos y sociales, que son aplicables íntegramente a todas las personas.

Respecto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, su base fundamental es la Carta Internacional de Derechos Humanos, que comprende tres textos: la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos —que entraron en vigor en 1976— y sus dos Protocolos Facultativos.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> En el primero se permite a los individuos que aleguen ser víctimas de una violación de cualquiera

## 1. Derechos económicos, sociales y culturales

Los derechos económicos, sociales y culturales pueden ser de carácter individual (derechos individuales) o pueden ser ejercidos y gozados por grupos de personas (derechos colectivos). Estos derechos son reconocidos en instrumentos universales y en instrumentos elaborados en el sistema interamericano de derechos humanos.

### a) *El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prevé, entre otros, el derecho a la igualdad entre el hombre y la mujer en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales (art. 3); el derecho al trabajo (art. 6); el goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias (art. 7); la sindicalización, la libertad sindical y la realización de huelgas (art. 8); el derecho a la seguridad social (art. 9), a un adecuado nivel de vida, incluidas la alimentación, la vestimenta y la vivienda (art.11), al más alto nivel posible de salud física y mental (art. 12), a la educación (art.13) y a la participación en la vida cultural y a beneficiarse de los progresos científicos y la protección de los beneficios morales y materiales derivados de su producción científica, literaria o artística (art.15).

En lo que se refiere a la vigilancia de la aplicación del Pacto, existe el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Los Estados Partes deben presentar informes periódicos a este Comité en los que se identifiquen las medidas legislativas, judiciales, de política y de otra índole que hayan adoptado con el fin de asegurar el goce de los derechos previstos en el Pacto.

### b) *Sistema interamericano de derechos humanos y Protocolo de San Salvador*

Unos meses antes de la adopción de la Declaración Universal de Derechos Humanos se había aprobado en el seno de la Novena Conferencia Internacional Americana la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. En 1969, se aprobó la Convención Americana sobre Derechos Humanos, conocida como Pacto de San José de Costa Rica, que entró en vigor en el año 1978 y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador).

La protección de los derechos económicos, sociales y culturales en el sistema interamericano fue regulada durante mucho tiempo por la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

---

de los derechos enunciados en el Pacto someter a consideración del Comité una comunicación escrita al respecto; en el segundo, los Estados partes se comprometen a abolir la pena de muerte.

A diferencia de lo que establece la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos económicos, sociales y culturales en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre se encuentran entremezclados con los derechos civiles y políticos, lo cual ratifica su carácter interdependiente e indivisible.<sup>2</sup> Los derechos económicos, sociales y culturales contenidos en esta última Declaración son la protección de la familia, la maternidad y la infancia, el derecho a la salud, a la educación, a la cultura, al trabajo y a las condiciones dignas de trabajo, al descanso y a la seguridad social.

En cuanto a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, se refiere principalmente a los derechos civiles y políticos, aunque en el artículo 26 se hace referencia a las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos.

En el Protocolo de San Salvador se hace un reconocimiento más detallado de los derechos económicos, sociales y culturales. Su adopción y entrada en vigor el 16 de noviembre de 1999 constituye un notable avance en lo relativo a la definición y complementariedad de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales.

Además de incluir los derechos ya reconocidos por el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos incluye específicamente y amplía la cobertura a América Latina y el Caribe del derecho a un medio ambiente sano; los derechos de la niñez; los derechos de protección de las personas mayores, y los derechos de protección de las personas con algún tipo de discapacidad.

La Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos son los órganos encargados de vigilar el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales por parte de los Estados que ratificaron el Protocolo.

Los Estados Partes se comprometen además a presentar informes periódicos respecto de las medidas progresivas que hayan adoptado para asegurar el respeto a los derechos protegidos por ese instrumento (véase el recuadro 1). El Consejo Interamericano, Económico y Social y el Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura de la Organización de los Estados Americanos (OEA) se encargan de examinar estos informes.

---

<sup>2</sup> Puede verse una comparación entre estos dos instrumentos en Salvioli (1997).

Recuadro 1  
**APLICACIÓN PROGRESIVA DE LOS DERECHOS  
 ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

Se suele considerar que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es más flexible que otros instrumentos, como consecuencia de la redacción de su artículo 2.1 que dice “Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.” A menudo, los países han argumentado que este artículo significa que solo una vez que un Estado haya alcanzado un determinado nivel de desarrollo económico deben hacerse efectivos los derechos proclamados en el Pacto. En realidad, como lo indica claramente el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, esa no es la intención del artículo. Por el contrario, el Pacto obliga a todos los Estados Partes, independientemente de su nivel de riqueza nacional, a avanzar de inmediato y lo más rápidamente posible hacia la efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales y que los derechos pertinentes se ejerzan sin discriminación. En este sentido, hay que tener en cuenta ciertos elementos clave del art. 2.1 que se describen a continuación:

Se exige que todos los Estados Parte comiencen a “adoptar medidas” encaminadas a conseguir el pleno goce de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en el Pacto, que pueden ser medidas administrativas, judiciales, políticas, económicas, incluso las medidas para adaptar la legislación nacional conforme a los compromisos contraídos al ratificar el Pacto, sobre todo si las leyes existentes son claramente incompatibles con las obligaciones contraídas en virtud del Pacto.

El concepto de aplicación progresiva constituye un reconocimiento de que la plena realización de todos los derechos económicos, sociales y culturales generalmente no se puede lograr en un corto lapso, pero no significa que el Estado pueda aplazar indefinidamente su cumplimiento o aplazarlo hasta que haya alcanzado un determinado nivel de desarrollo económico. También implica una obligación de resultado ya que el Estado debe adoptar medidas para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto. Esto quiere decir que el Estado está obligado a demostrar el progreso, los avances cuantitativos y cualitativos logrados para alcanzar la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales y también entraña una limitación al Estado en cuanto a la adopción de medidas regresivas, por el principio de no regresión aplicable a los derechos humanos.

La mención a los recursos de que disponga el Estado se ha utilizado para justificar la demora en el reconocimiento pleno y efectivo de ciertos derechos y así evitar la responsabilidad por su incumplimiento. Sin embargo, como se reconoce en los Principios de Limburgo relativos a la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, este requisito obliga a los Estados Partes a garantizar la efectividad de los derechos mínimos de subsistencia para todos, sea cual sea el nivel de desarrollo económico de un país determinado, es decir que la

**Recuadro 1 (conclusión)**

escasez de recursos no exonera al Estado de su responsabilidad de satisfacer ciertas obligaciones mínimas. Cuando se habla de recursos, se hace referencia tanto a los recursos nacionales como a la asistencia o la cooperación internacional de carácter económico y técnico de que disponga el Estado Parte. En la utilización de los recursos disponibles deberá darse prioridad a los derechos reconocidos en el Pacto, teniéndose en cuenta la necesidad de garantizar a todos la satisfacción de las necesidades de subsistencia, así como la de suministrar los servicios esenciales. En este punto, el Comité concluyó en el párrafo 12 de su Observación general N° 3 que, aún en tiempos de severas limitaciones de recursos, los miembros más vulnerables de la sociedad deben estar protegidos a través de la adopción de programas de relativo bajo costo económico dirigidos a ellos. La carga de demostrar que los recursos disponibles se están utilizando en la mayor medida posible recae sobre el Estado Parte.

En el párrafo 2 del artículo 2 se obliga a los Estados Partes a garantizar el procedimiento de revisión judicial y otros recursos en caso de discriminación. Es importante señalar que los motivos de discriminación que se mencionan en esta disposición no son exhaustivos y que, por consiguiente, deben impedirse también otras formas de discriminación que repercutan negativamente en el goce de los derechos que se enuncian en el Pacto. Según los Principios de Limburgo, las medidas especiales que se tomen con el único fin de asegurar la promoción adecuada de ciertos grupos o individuos que requieran de tal protección para lograr un trato igual en cuanto al goce de derechos económicos, sociales y culturales no deberán considerarse como una discriminación, siempre que estas medidas no tengan como consecuencia el mantenimiento de una separación de derechos para los diferentes grupos ni continúen una vez logrado el objetivo fijado. Esta disposición no solo obliga a los gobiernos a desistir de cualquier comportamiento discriminatorio y a modificar las leyes y las prácticas que permitan la discriminación, sino que también establece el deber de los Estados Partes de prohibir a los particulares y a los terceros practicar la discriminación en cualquier esfera de la vida pública.

**Fuente:** Elaboración propia.

Recuadro 2

**OBLIGACIONES CONTRAÍDAS POR LOS ESTADOS RESPECTO DE  
LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

- Obligación de respetar. Los Estados Partes deben abstenerse de interferir en el goce de los derechos económicos, sociales y culturales consagrados en los instrumentos de derechos humanos.
- Obligación de proteger. Los Estados Partes deben impedir la violación de los derechos económicos, sociales y culturales por parte de terceros (promover la protección del medio ambiente por parte de las empresas o impedir la discriminación en instituciones privadas, entre otras posibilidades).
- Obligación de promover. Los Estados Partes deben tomar medidas concretas para que el ejercicio de los derechos no se torne ilusorio. Esta obligación supone el deber de organizar todo el aparato gubernamental de forma que sea capaz de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Velásquez Rodríguez, sentencia del 29 de julio de 1988).

**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de Víctor Abramovich y Christian Courtis, *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Buenos Aires, Estudios del Puerto, 2006.

### **III. Derechos económicos sociales y culturales y envejecimiento**

#### **A. La conculcación de los derechos en la vejez**

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que las personas de edad avanzada conforman un conglomerado tan heterogéneo y variado como los demás segmentos de la población, y lo ubica entre los grupos más vulnerables y desprotegidos del mundo. Al respecto, dice textualmente “en los períodos de recesión y de reestructuración de la economía, las personas de edad corren mayores riesgos” (ACNUDH, 1995).

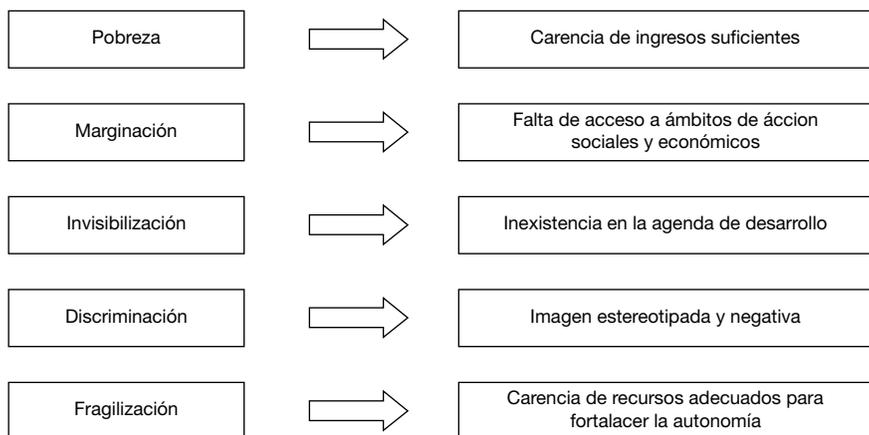
Esta situación obedece a que las instituciones, en términos estructurales e ideológicos, aún no se han adaptado a la nueva estructura etaria de la población y continúan funcionando de acuerdo con un imaginario basado en la juventud, en el que muchas personas asocian a la vejez indefectiblemente con una palabra clave: pérdida (Huenchuan, 2003). De este modo, las personas mayores —ya sea individualmente o como grupo social— tienen dificultades de índole social, económica y cultural para proteger su condición y posición en la sociedad.

En términos concretos, las personas mayores, por su edad cronológica —y aun más cuando a ello se suman otras fuentes de desigualdad como el origen étnico o el género— están expuestas a sufrir pobreza, invisibilización, discriminación o fragilización, lo que se manifiesta en diferentes expresiones (véase el gráfico 1).

En algunos países de la región, debido a la escasa cobertura de seguridad social, las personas mayores están expuestas a la pobreza por la inexistencia de programas no contributivos que les permitan acceder a un ingreso. También es evidente la invisibilización del grupo de 60 años y más en las políticas públicas, ya sea en su diseño o en la evaluación de los asuntos que les afectan, y la discriminación de las personas mayores es cada vez mayor debido a una imagen estereotipada y negativa de esta etapa de la vida, algo que se da con mayor intensidad en determinados países (Guzmán, 2005). En el ámbito de la salud, las personas mayores, por no contar con programas especiales en esta materia que los incorporen plenamente, pueden ver reducidas sus posibilidades de mantener la autonomía funcional, a lo que se añaden las dificultades que ofrece el medio en el que se encuentran. En el contexto actual, la vejez constituye cada vez más una causa de conculcación de derechos.

En la actualidad, las personas mayores tienen un poder limitado como grupo social para hacer efectivos sus derechos. Se ubican entre los excluidos de la sociedad —junto con las mujeres y los indígenas—, por lo que se perpetúa la asimétrica distribución de los recursos y beneficios que genera el desarrollo. Por eso, la sociedad en su conjunto y los poderes públicos en particular deben

Gráfico 1

**LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA VEJEZ Y SUS EXPRESIONES**

**Fuente:** Elaboración propia.

velar por el respeto de los derechos humanos de las personas mayores, y proveer de mecanismos de protección social en el ámbito personal, familiar y social (Hernández, 2003).

En este escenario, es claro que el mero reconocimiento formal de la igualdad de derechos sin distinción alguna no ha supuesto un cambio significativo en la situación de desventaja social de las personas mayores, puesto que la estructura y la ideología hegemónicas impiden su realización práctica. Hay que reconocer, sin embargo, que este problema no es privativo de las personas mayores, puesto que otros grupos sociales han expresado las mismas preocupaciones, lo que ha derivado en la adopción de convenciones específicas sobre un grupo determinado de derechos, a fin de reafirmar la aplicación de los ya reconocidos de manera general en otros instrumentos de derecho internacional, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

## **B. Los derechos económicos, sociales y culturales: un enfoque para la acción**

### **1. El consenso básico en torno a los derechos**

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) expresó en el documento *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, presentado en el trigésimo primer período de sesiones en marzo de 2006 “En el presente documento se parte de este principio, es decir de que la titularidad de los derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, plasmado en acuerdos vinculantes, tanto nacionales como internacionales”.

Esta aseveración da por superado el debate en torno a si las políticas públicas en el ámbito social deben dirigirse exclusivamente a combatir la pobreza o si las políticas públicas son instrumentos de promoción y realización de derechos de la ciudadanía. En el documento de la Comisión las ideas de beneficencia se sustituyen por modernos criterios de reconocimiento de derechos ciudadanos (Sampeiro, 2006); el Estado se convierte en el garante de los derechos sociales y a él corresponde su tutela, protección y desarrollo (Aleman, 2003).

En la propuesta de la Comisión se plantea la necesidad de arribar a un consenso político con el fin de superar las restricciones económicas, las debilidades institucionales y satisfacer las demandas de los grupos sociales titulares de derechos. Este consenso debe lograrse respecto de tres dimensiones.

- Una dimensión ética, que se rige por los principios de los derechos humanos universales de carácter vinculante y según los cuales toda

persona debe tener acceso a los recursos necesarios para llevar una vida digna.

- Una dimensión instrumental, que se refiere a los mecanismos de aplicación normativa y programática de los derechos sociales.
- Una dimensión de intervención, relativa a las acciones concretas de orden sectorial que se ponen en práctica para crear las condiciones necesarias para una vida digna.

En la práctica, este conjunto de dimensiones debe comprender el establecimiento y garantía de los derechos universales y exigibles en materia social ligados a un conjunto de prestaciones y servicios y a una financiación suficiente y sostenida (Fantova, 2006).

## **2. Los derechos sociales y los desafíos del envejecimiento de la población**

El aumento de la población de edad avanzada y sus características (niveles de educación, de pobreza, de cobertura de seguridad social, de participación en el mercado del trabajo y de dependencia funcional, entre otros) son asuntos que preocupan a los gobiernos de algunos países de la región y están muy presentes en la agenda de los países desarrollados. Se prevé que en el futuro, la garantía de protección y el ejercicio de derechos requerirá, por parte de un número cada vez más elevado de personas mayores, una integración social más plena, más servicios sociales y más mecanismos para hacer efectivos sus derechos.

Lo anterior se dará en un contexto en que —a diferencia de lo que ocurre en los países desarrollados en los que la longevidad es consecuencia de una calidad de vida superior de la sociedad— la población latinoamericana envejece en condiciones de pobreza y en un contexto de agudas desigualdades en el acceso a los recursos, desplazamientos forzados, costos impagables de los medicamentos para enfermedades crónicas, falta de pagos de las pensiones e, incluso, formas modernas de servidumbre y trabajo forzado (OIT, 2005; Naciones Unidas, 2007). En definitiva, lo que en los países desarrollados es un logro, en los países en desarrollo se convierte en una fuente de preocupación. De este modo, avanzar en la garantía de los derechos sociales en un contexto de envejecimiento de la población es un desafío de compleja solución.

En Europa, el envejecimiento de la población y las transformaciones de la estructura demográfica se han convertido en el punto central de los debates, no solo por razones de equidad y de cohesión social, sino también por su creciente impacto en los sistemas de protección social (véase el recuadro 3).

Para hacer frente a estos problemas, en Europa, sobre todo a partir de mediados de los años noventa, se han formulado diversos planteamientos y han

surgido experiencias de todo tipo (Reino Unido, 1998; Alemania, 1995; España, 2004). En este marco, la adaptación de los sistemas de protección social a las nuevas realidades sociodemográficas es la propuesta que está logrando mayor consenso y una mejor ubicación en la agenda pública. Se plantea que es necesario incorporar un cuarto pilar al sistema de protección social: el de los servicios sociales para fortalecer la autonomía.

Recuadro 3  
**MODELOS DE PROTECCIÓN SOCIAL EUROPEOS**

- Modelo de protección universal para todos los ciudadanos y de financiación mediante impuestos. Es el modelo de los países nórdicos y de los Países Bajos. En este modelo los servicios sociales son una extensión lógica de la concepción de que el Estado debe satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos, de la misma manera en que atiende cualquier otra necesidad sanitaria o educativa.
- Modelo de protección mediante el sistema de seguridad social a partir de prestaciones que tienen su origen en las cotizaciones. Es el modelo bismarckiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria y Luxemburgo. Según este modelo, los servicios sociales se sitúan, al igual que las pensiones, el seguro de desempleo y la protección de la familia en el ámbito de la seguridad social y, por lo tanto, se financian y gestionan en este marco.
- Modelo de asistencia dirigido fundamentalmente a los ciudadanos carentes de recursos. Es el modelo más aplicado en los países de Europa meridional. Se trata de un sistema público, financiado mediante impuestos, con cobertura limitada, destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos y, por lo tanto, tiene un alcance y una extensión también limitados.

**Fuente:** Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Madrid, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, diciembre, 2004.

### **3. Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores en los instrumentos internacionales de derechos humanos**

El debate sobre los servicios sociales está cada vez más presente en la agenda política y social y ello no es casual sino que responde a la encrucijada en la que se encuentra el sistema de protección social europeo. Este sistema fue construido a partir del supuesto de que las estables y tupidas redes familiares y comunitarias (integradas, sobre todo, por mujeres) se ocuparían de brindar un amplio apoyo a las personas que de forma transitoria o permanente se encontraran en situaciones

de vulnerabilidad, riesgo o desprotección. En este modelo el varón era considerado el proveedor y poseía una trayectoria laboral extensa e intensa que garantizaba los derechos sociales.

Sin embargo, en las últimas décadas, este panorama fue modificándose radicalmente ante la emergencia de nuevos riesgos y procesos sociales que alteran esos supuestos y, por lo tanto, incrementan exponencialmente los desajustes entre el sistema de protección social y la realidad. En ese contexto se impuso la necesidad de configurar el sistema de servicios sociales como el cuarto pilar de la protección social (Fantova, 2006).

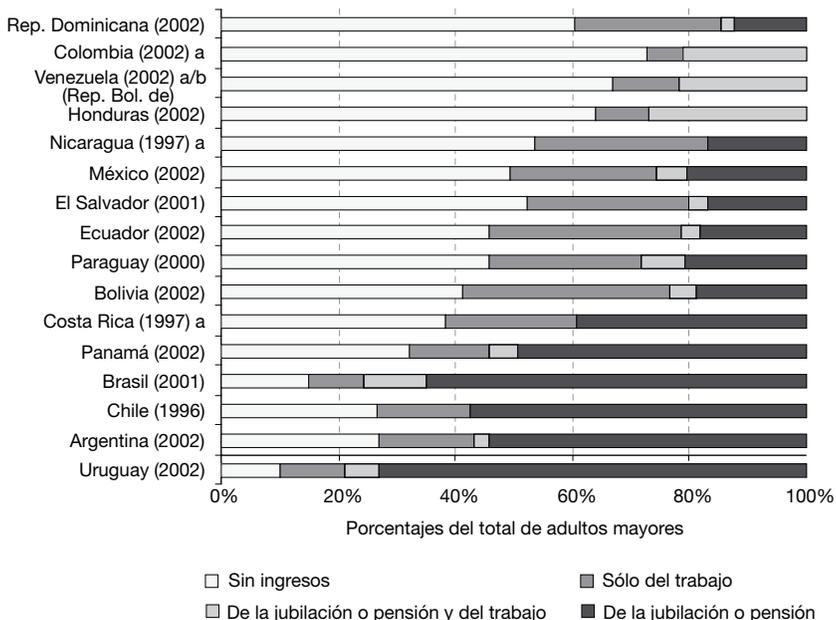
Los servicios sociales se ubican estratégicamente en la interfaz entre el sistema formal de protección social y las redes familiares y comunitarias, se dedican al apoyo personal y a la atención domiciliaria o residencial. Estos servicios tienen su fundamentación jurídica en los derechos sociales, vale decir que están dirigidos a asegurar un nivel básico de servicios que garantice el desarrollo de los individuos y de las colectividades mediante la intervención estatal en la prestación de servicios y la distribución de bienestar. De este modo, los poderes públicos promueven condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integran sean reales y efectivas, eliminando los obstáculos que impiden o dificultan su vida en plenitud y facilitando la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social (IMSERSO, 2004).

En América Latina, la discusión se orienta en diferentes direcciones. Debido al contexto general de carencia y de rezagos institucionales, la protección social de las personas mayores es aún un tema incipiente, ligado más a la seguridad social que a otros ámbitos de la vida social, lo que se relaciona directamente con la baja cobertura de las pensiones y jubilaciones y con la cantidad absoluta y relativa de personas mayores sin ingresos (véase el gráfico 2). Esto lleva a que las familias se vean en la obligación de constituirse en una de las fuentes principales de protección en la vejez, además de brindar, entre otros servicios, habitación, alimentación y cuidado. Aunque las soluciones familiares son un valioso aporte, debieran ser fruto de una opción y no de una necesidad (CEPAL, 2006).

Asimismo, los programas de otra índole —de cuidados domiciliarios, de pensiones no contributivas, de fomento a la participación, entre otros— que existen para las personas mayores tienen un claro sesgo asistencial y el acceso a estas prestaciones depende de los recursos de las personas mayores. La experiencia de los programas asistenciales dirigidos a las personas mayores demuestra que el mayor peso de los cuidados en la vejez recae en la familia, especialmente en la mujer, lo que deja en manos del mercado informal la prestación de determinados servicios (como las casas de reposo clandestinas) que en general cuentan con insuficientes recursos para asumir esta tarea.

Incluso en países con un alto grado de privatización de los servicios públicos, la gestión privada ofrece mayores garantías de calidad que los servicios

Gráfico 2  
**AMÉRICA LATINA: FUENTES DE INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES EN ZONAS URBANAS, PAÍSES SELECCIONADOS, ALREDEDOR DE 2000**  
 (En porcentajes del total de adultos mayores)



**Fuente:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de los datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.

- <sup>a</sup> Los ingresos de las jubilaciones y pensiones corresponden al total de ingresos por transferencias de personas que en la variable “condición de actividad” se declaran “jubilados y pensionados”.
- <sup>b</sup> Corresponde al total nacional.

públicos y cuando los servicios se descentralizan se producen desequilibrios territoriales importantes. Todo ello se traduce en una protección limitada e incierta de las personas mayores que no se corresponde con la protección de los derechos humanos como rectores del desarrollo.

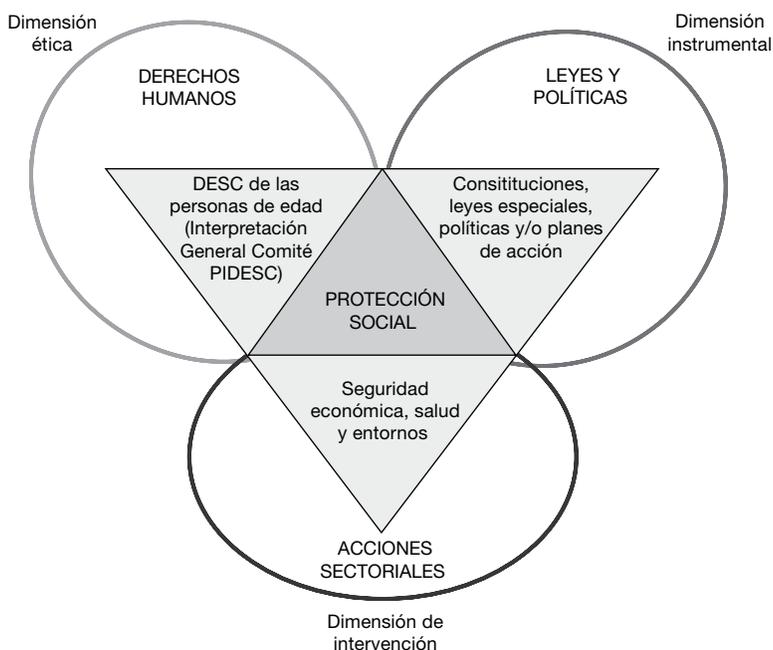
Es fundamental que se incorpore el envejecimiento como un hecho insoslayable e ineludible que plantea desafíos al actual esquema de protección social de los países en el nuevo consenso respecto de la intervención del Estado que propone la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Es preciso responder a las necesidades que derivan de una población que está envejeciendo, tal como se señala en el *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece* (Naciones Unidas, 2007).

El ejercicio y pleno goce de los derechos humanos no puede verse limitado por la edad de las personas, y las oportunidades y recursos que ofrezca la sociedad a sus miembros mayores constituirán un buen indicador del nivel de desarrollo de las políticas públicas basadas en los derechos.

#### IV. Modalidades de respeto y garantía de los derechos sociales de las personas mayores en América Latina

En el caso de las personas mayores, las dimensiones del consenso político en torno a los derechos sociales se expresan en un esquema específico de protección y garantía de derechos (véase el gráfico 3). En este esquema, la dimensión ética comprende la interpretación de los derechos económicos, sociales y culturales que

Gráfico 3  
ESQUEMA DE PROTECCIÓN Y GARANTÍA DE DERECHOS EN LA VEJEZ



**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294 (SES.31/3), Santiago de Chile, febrero de 2006.

realizó el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1995 y los derechos establecidos en el Protocolo de San Salvador; la dimensión instrumental, los derechos de las personas mayores expresados en las constituciones, leyes específicas y políticas y planes de acción existentes, y la dimensión de intervención, las acciones que los países están llevando a la práctica en las áreas prioritarias de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Santiago, 2003) a saber: seguridad económica, salud y entornos.

En esta sección se analizarán algunos contenidos del esquema de protección y garantía de derechos en la vejez. Con relación a la dimensión ética se analizarán los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores contenidos en la Observación general N° 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y algunos artículos particulares del Protocolo de San Salvador. Respecto de la dimensión instrumental se hará referencia a los contenidos específicos de las leyes especiales de protección de derechos de las personas mayores que se han promulgado en algunos países de la región.<sup>3</sup> En cuanto a la dimensión de intervención se destacarán las buenas prácticas aplicadas para la promoción y protección de los derechos económicos, sociales y culturales en la vejez. En el gráfico 4 se muestra la interacción e independencia entre cada una de estas dimensiones y los componentes de la garantía y protección de derechos en la vejez.

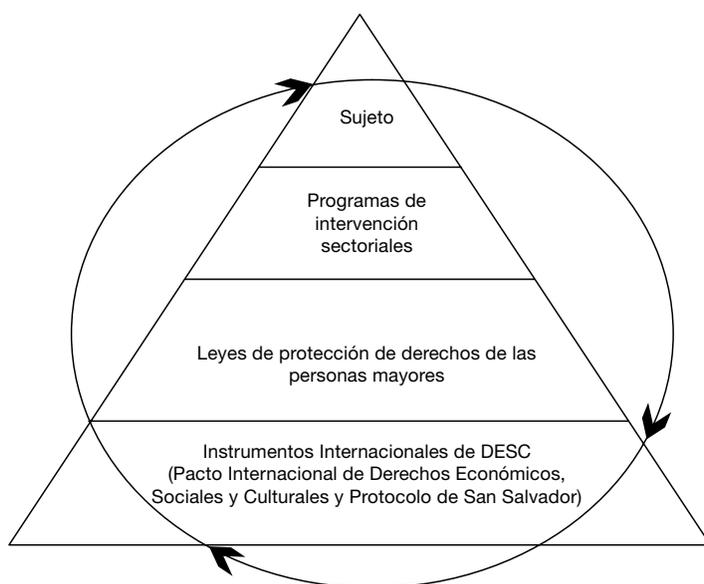
## **A. La dimensión ética. Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el Protocolo de San Salvador**

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha ido delimitando en sus observaciones generales algunos de los derechos y obligaciones derivados del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Aunque estos documentos no tienen un carácter vinculante, ofrecen una interpretación general sobre los derechos económicos, sociales y culturales que ha contribuido a la definición de estos derechos y que ayudan en gran medida a comprenderlos adecuadamente (Krennerich y Góngora, 2006).

En el caso de las personas mayores, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales preparó la Observación general N° 6 en el año 1995, que fue particularmente importante dado que a diferencia de lo que ocurre respecto de otros grupos sociales, no existe una estandarización de los derechos de las personas mayores, ni tampoco existen acuerdos de supervisión vinculantes ligados a esta esfera a nivel mundial, lo que sí ocurre en el ámbito interamericano con

<sup>3</sup> En este documento no se aborda la dimensión instrumental a partir de la constitucionalización de derechos sociales en la vejez. Este tema se trató en Huenchuan y Morlachetti (2006).

Gráfico 4  
**COMPONENTES DE LA GARANTÍA Y PROTECCIÓN DE DERECHOS EN LA VEJEZ**



Fuente: Elaboración propia.

el Protocolo de San Salvador. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales menciona especialmente el acceso a la seguridad social tanto contributiva como no contributiva en la vejez, el envejecimiento en el hogar en condiciones favorables, la opción de continuar trabajando sin discriminación de ningún tipo y la atención de la salud durante toda la vida, en el marco de la equidad de género y la solidaridad entre generaciones (véase el cuadro 1).

En el ámbito interamericano, el Protocolo de San Salvador es el único instrumento vinculante en que se establecen normas sobre los derechos básicos de las personas mayores, cuyo cumplimiento, aunque sea progresivo, debería dar origen a una base mínima de reconocimiento y ejercicio de derechos para estas personas.

En el Protocolo se establecen medidas específicas dirigidas a las personas mayores, tanto en el artículo 9, donde se indica que “toda persona tiene el derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez”, como en el artículo 17 sobre protección a los ancianos, que señala: “Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados Partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan

Cuadro 1  
**CONTENIDOS DE LA OBSERVACIÓN GENERAL N° 6 DEL COMITÉ DE DERECHOS  
 ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

Artículo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Interpretación del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Igualdad de derechos entre el hombre y la mujer (artículo 3)	Los Estados Partes deberían prestar atención especial a las mujeres de edad avanzada y crear subsidios no contributivos u otro tipo de ayudas para todas las personas, independientemente de su género, que carezcan de recursos para alcanzar una pensión a la edad especificada en la legislación nacional
Derechos relacionados con el trabajo (artículos 6, 7 y 8)	Los Estados Partes deben adoptar medidas que eviten la discriminación por razón de edad en el empleo y la profesión, garantizar condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación, dar empleo a trabajadores de edad avanzada en circunstancias que permitan hacer un mejor uso de su experiencia y conocimientos y poner en marcha programas de jubilación reparatorios
Derecho a la seguridad social (artículo 9)	Los Estados Partes deben establecer regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, establecer una edad de jubilación flexible, proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional, no hayan finalizado el período de calificación del régimen contributivo y no tengan derecho a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda y carezcan de ingresos de otra fuente
Protección a la familia (artículo 10)	Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales tienen el deber de crear servicios sociales de apoyo de la familia cuando existan personas de edad en el hogar y aplicar medidas especiales destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a las personas de edad avanzada
Derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11)	Las personas mayores deberían lograr satisfacer necesidades básicas de alimentación, ingresos, cuidados, entre otras, y lograr la autosuficiencia, y deben desarrollarse políticas que favorezcan la vida de estas personas en sus hogares por medio del mejoramiento y la adaptación de sus viviendas
Derecho a la salud física y mental (artículo 12)	Deben efectuarse intervenciones sanitarias dirigidas a mantener la salud en la vejez con una perspectiva del ciclo de vida
Derecho a la educación y a la cultura (artículo 13)	Este derecho debe abordarse desde dos ángulos diferentes y a la vez complementarios: i) el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas educativos y ii) el derecho de la persona de edad a poner sus conocimientos y experiencia a disposición de las generaciones más jóvenes

**Fuente:** Red Internacional para los Derechos Económicos Sociales y Culturales (Red-DESC), "Observación general N° 6: los derechos económicos, sociales y culturales de la las personas mayores", Nueva York, 1995.

de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas;

- ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;
- estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos” (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1988).

El Protocolo de San Salvador es un instrumento vinculante, por lo que el artículo 17 obliga a los Estados Partes a garantizar progresivamente la protección y el goce de los derechos básicos (alimentación y atención médica), el derecho al trabajo y la participación en la vejez. Este instrumento ha sido ratificado hasta la fecha por Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Uruguay.

## **B. La dimensión instrumental. Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores. El caso de las leyes específicas de protección de derechos en la vejez**

A los efectos de analizar los avances en materia instrumental de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores, se analizarán las leyes especiales de protección de sus derechos. Estas normas se ubican en un rango intermedio de la pirámide jurídica del sistema legal existente en los países de la región y constituyen el marco que rige las acciones en materia de envejecimiento a nivel nacional. En América Latina, solo en algunos países se han promulgado este tipo de leyes, entre ellos Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, El Salvador, México, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana y Uruguay (Huenchuan y Morlachetti, 2006).

Estas leyes garantizan la protección de los derechos de las personas mayores y otorgan una responsabilidad fundamental al Estado, a la familia y, en menor medida, a las personas de edad avanzada. En la mayoría de los casos se estipula que el Estado debe asumir obligaciones positivas que suponen la creación de condiciones institucionales para el ejercicio efectivo de derechos en la vejez (véase el recuadro 4). Según el derecho de que se trate, las obligaciones del Estado se centran en respetar o proteger, aunque en la mayoría de los casos se trata de obligaciones de hacer, vale decir, se establece la responsabilidad estatal de facilitar el acceso a la plena efectividad de los derechos.

## Recuadro 4

**LEYES ESPECIALES DE PROTECCIÓN DE DERECHOS EN LA VEJEZ  
OBJETIVOS DE LA COBERTURA LEGAL**

- En Brasil, la ley 10.741 (2003) establece que la persona mayor goza de todos los derechos inherentes a la persona humana, y que es obligación de la familia, la comunidad y el poder público asegurar su efectividad.
- En Costa Rica, la ley 7.935 (1999) establece que las instituciones públicas y privadas a cargo de programas sociales para las personas mayores deberán proporcionarles información y asesorarlas tanto sobre las garantías consagradas en esta ley como sobre los derechos estatuidos en su favor.
- En Ecuador, la ley 127 establece la Procuraduría General del Anciano como organismo para la protección de los derechos económicos y sociales y los reclamos legales de las personas mayores para hacer efectivos los derechos consagrados en esta ley.
- En El Salvador, la ley de atención integral para la persona adulta mayor (2002) establece que las personas mayores deben ser informadas de sus derechos y de las leyes que los garantizan, y que gozarán de los derechos que les reconoce la Constitución, los tratados internacionales ratificados por El Salvador y demás leyes en los que se garantice su protección.
- En Guatemala, la ley de protección para las personas de la tercera edad (1996) tiene por objeto tutelar los intereses de las personas de edad avanzada de modo que el Estado garantice y promueva sus derechos.
- En México, la ley de los derechos de las personas adultas mayores (2002) tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de las personas mayores, así como su cumplimiento mediante las políticas públicas nacionales para la observancia de estos derechos.
- En Perú, la ley de la persona adulta mayor (2006) establece que toda persona mayor tiene derecho a la protección efectiva del Estado para el ejercicio o defensa de sus derechos y otorga un marco normativo que garantiza los mecanismos legales para el ejercicio de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los tratados internacionales vigentes.
- En Puerto Rico, la ley 121 (1986), conocida como “Carta de Derechos de la Persona de Edad Avanzada y Política Pública”, reconoce la responsabilidad del Estado de proveer, hasta donde sus medios y recursos lo hagan factible, las condiciones adecuadas que promuevan en las personas de edad avanzada el goce de una vida plena y el disfrute de sus derechos humanos y legales.
- En República Dominicana, la ley 352-98 (1998) garantiza los derechos las personas mayores y establece acciones tendientes a que el Estado, la comunidad y la familia realicen actividades encaminadas a prestar apoyo a todas las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en la promoción de los derechos de las personas mayores.
- En la República Bolivariana de Venezuela, la ley de servicios sociales (2005) garantiza a las personas amparadas los derechos humanos sin discriminación alguna, en los términos y condiciones establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, las leyes y los tratados, pactos y convenciones, suscritos y ratificados por la República.

- En Uruguay, la ley 17.796 (2004) tiene como objetivo la promoción integral de las personas mayores y establece que sus derechos son la integración activa en la familia y en la comunidad y el goce de un trato digno y sin ninguna clase de discriminación; contar con asistencia médica y sanitaria integral y coordinada; tener acceso a la educación, a una vivienda adecuada, así como a alimentación y abrigo suficientes; tener acceso al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional, entre otros.

**Fuente:** Elaboración propia sobre la base de las leyes mencionadas en el recuadro.

No todos los derechos mencionados en la Observación general N° 6 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se encuentran garantizados en las legislaciones estudiadas, a diferencia de los derechos del Protocolo del San Salvador que sí están presentes en todas las legislaciones. A continuación se ofrece una panorámica de los derechos que cuentan con cobertura legal en los países analizados y que, por lo tanto, puede ser exigibles por parte del colectivo de personas mayores.

### **1. Derecho al trabajo (artículos 6, 7 y 8 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y artículo 17b del Protocolo de San Salvador)**

Las leyes regulan aspectos relacionados con el acceso en condiciones de igualdad al empleo decente, a la formación continua y al crédito para emprendimientos propios y comunitarios en la vejez. En este sentido, las leyes de Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Paraguay, Perú, Puerto Rico (ley 100 del 30 de junio de 1959) prevén el derecho al trabajo, en igualdad de oportunidades y sin discriminación alguna, y a la formación de microempresas, cooperativas, y agrupaciones.

La ley de la República Bolivariana de Venezuela también hace referencia al estímulo a la constitución de cooperativas y organizaciones socioproductivas, al igual que la ley 352-98 de República Dominicana que fomenta la participación de las personas mayores en los programas de autogestión apropiados para su edad que les generen ingresos.

En el caso de México, la ley de los derechos de las personas adultas mayores garantiza expresamente el goce de igualdad de oportunidades en el acceso al trabajo o de otras opciones que les permitan contar con un ingreso propio y desempeñarse en forma productiva tanto tiempo como lo deseen.

Otro ámbito relacionado con el derecho al trabajo es la promoción y facilitación de la inclusión laboral formal para las personas mayores. En el caso de la ley de Brasil, El Salvador, Guatemala, México y Perú se prevé el desarrollo

de programas de educación y capacitación para que las personas mayores puedan obtener empleos.

En Puerto Rico (ley 76 del 26 de julio de 1996 y ley 17 del 23 de enero de 2006) se establece la inclusión de las personas de edad avanzada en el programa de capacitación y trabajo, y se conceden incentivos a los empleadores que les ofrezcan oportunidades en este sentido.

En la República Bolivariana de Venezuela, la ley de servicios sociales prevé la posibilidad, a instancias del Ministerio de Finanzas, de crear incentivos tributarios para las instituciones o empresas que mantengan en sus nóminas un porcentaje mínimo (5%) de personas mayores. En la ley 17 del 23 de enero de 2006 de Puerto Rico, se establece una forma similar de promoción del empleo en la vejez con la concesión de incentivos dirigidos al empleo de personas mayores de 60 años, especialmente de mujeres de 62 años o más u hombres de 65 años o más que no hayan cotizado el mínimo requerido por trimestre que les dé derecho a una pensión de seguro social. Por último, el *Estatuto do Idoso* de Brasil menciona la posibilidad de otorgar incentivos como forma de promoción del empleo de personas mayores.

En el caso de República Dominicana, la ley de protección de la persona envejeciente resalta la importancia de ayudarlas a encontrar empleo o trabajo independiente, mediante la creación de nuevas fuentes y posibilidades de empleo y facilitando previamente la capacitación y el establecimiento de programas para la incorporación de personas mayores en los procesos productivos convencionales y no convencionales.

En el mismo sentido, en Costa Rica se contempla no solo el fomento del desarrollo de programas de capacitación para que las personas mayores adquieran conocimientos y destrezas, sino también, al igual que la ley de México, la organización de una bolsa de trabajo mediante la cual se identifiquen actividades laborales que puedan ser desempeñadas por personas mayores y orientarlas para que presenten propuestas de trabajo.

## **2. Derecho a la seguridad social (artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y artículo 9 del Protocolo de San Salvador)**

En la mayoría de las legislaciones se considera que las pensiones constituyen un derecho de la persona mayor en relación con la subsistencia y la dignidad. En Uruguay, la ley 17.796 establece que todas las personas mayores tendrán acceso al sistema previsional nacional, lo que les garantizará un respaldo económico que les permita satisfacer sus necesidades de manera digna. En la ley de México y de República Dominicana se establece que todas las personas mayores jubiladas o pensionadas deben acceder a un nivel mínimo de recursos adecuados para su subsistencia.

De la misma manera, en el decreto 80-96 de Guatemala se prevé que toda persona mayor tiene derecho a tener un ingreso económico seguro y pensiones decorosas en el momento de su retiro que le permitan un nivel de vida adecuado y la satisfacción de sus necesidades mínimas.

En El Salvador, en la ley de atención integral, se establece que deben revisarse periódicamente las pensiones a fin de adecuarlas al costo de vida, y que cada tres años se realizarán estudios actuariales de la situación de la población jubilada y que se adoptarán las medidas necesarias que se adecuen a la realidad a fin de recomendar ajustes en las prestaciones económicas sociales. Este es también el caso de República Dominicana, donde la ley prevé que se deben adecuar los sistemas de pensiones y jubilaciones de modo que respondan a las necesidades económicas derivadas del proceso inflacionario.

En el caso de Perú, se prevé que las pensiones más bajas se reajusten al inicio de cada año mediante decreto supremo con el voto favorable del Consejo de Ministros y a propuesta del Ministerio de Economía y Finanzas, teniendo en cuenta las variaciones en el costo de vida anual y la capacidad financiera del Estado.

En el *Estatuto do Idoso* de Brasil, se prevé que en los beneficios de la jubilación y de la pensión se observen criterios de cálculo que preserven el valor real de los salarios sobre los que se calculó la contribución. Por último, la ley 7.935 de Costa Rica garantiza la protección y la seguridad social de las personas mayores de manera que les ayude a satisfacer sus necesidades fundamentales, hayan contribuido o no a un régimen de pensiones.

### **3. Derecho a la protección de la familia (artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)**

Con relación a este derecho, los países han establecido en sus normas algunas medidas para aumentar la disponibilidad, sostenibilidad y adecuación de los sistemas de apoyo social de las personas mayores. En este sentido, en la República Bolivariana de Venezuela la ley prevé la formulación de programas destinados a la atención domiciliaria de las personas mayores a fin de prestarles servicios de salud, recreación, acompañamiento y alimentación.

La ley 7.935 de Costa Rica promueve la permanencia de las personas mayores en su núcleo familiar y comunitario, así como la asistencia social en caso de desempleo, discapacidad o pérdida de sus medios de subsistencia.

En la legislación de República Dominicana se declara como derecho fundamental de las personas mayores el vivir junto a su familia, con dignidad, en un ambiente que satisfaga plenamente sus diversas necesidades. En el mismo sentido, en El Salvador se establece que la familia tendrá la responsabilidad primaria de atención a las personas mayores y que el Estado estará obligado a brindar apoyo mediante las instancias respectivas, pero a falta de atención familiar para las personas mayores el Estado garantizará su atención a través de la institución correspondiente coordinada por la Secretaría Nacional de la Familia.

Por último, el *Estatuto do Idoso* de Brasil, establece que la atención de la persona mayor corresponde prioritariamente a la familia y no a los asilos, excepto cuando sea necesario, e instaure novedosas formas de hacer efectivos los derechos (Huenchuan y Morlachetti, 2006).

#### **4. Derecho a un nivel adecuado de salud física y mental (artículo 12 del Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 17a del Protocolo de San Salvador)**

Todos los países que adoptaron un marco legal específico para las personas mayores reconocen el derecho al acceso a los servicios de salud. En el caso de Uruguay se menciona la adopción de un modelo de “cuidados progresivos” en el que se privilegia la atención de base comunitaria, se crean alternativas a la hospitalización y se generan condiciones que permiten que, cuando sea posible, la atención se lleve a cabo en el ámbito familiar.

En la legislación de la República Bolivariana de Venezuela se hace referencia a la promoción y el desarrollo de la atención integral de la salud de las personas que la ley protege, mediante programas de promoción, prevención, restitución, habilitación y rehabilitación, teniendo en cuenta las particularidades inherentes a su condición.

La ley 352-98 de República Dominicana y la ley de México establecen expresamente el derecho a recibir tratamiento médico y los medicamentos que se requieran. En Uruguay se establece que la medicación básica para uso gerontológico debe venderse al costo más bajo posible, procurando liberarla de todo gravamen fiscal, y la ley de servicios sociales de la República Bolivariana de Venezuela garantiza la disponibilidad de fármacos, sobre todo los requeridos para las enfermedades crónicas, degenerativas y patologías asociadas al envejecimiento, y establece que los resultados de estas medidas se informarán a los órganos de participación y control social.

El decreto 80-96 de Guatemala establece la obligación de los hospitales de seguridad social, así como de los hospitales nacionales, de prestar en forma gratuita los tratamientos necesarios. La ley 1.886 de 1998 sobre los derechos y privilegios para las personas mayores de Bolivia instaure el seguro médico gratuito de vejez para mayores de 60 años que se reglamenta en el decreto supremo 25.186 de 1998.

En Costa Rica la ley prevé la atención integral de la salud mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que incluyan como mínimo odontología, oftalmología, audiología, geriatría y nutrición para fomentar entre las personas mayores la práctica de estilos de vida saludables y el autocuidado. Con relación al establecimiento de un servicio integral de salud que responda a las necesidades de las personas mayores, la mayoría de los países prevén en su legislación específica las necesidades propias de las personas mayores

respecto de los servicios de salud ya existentes e incluso en algunos se contempla la creación de servicios de asistencia gerontológica.

La ley 28.803 de Perú considera a la persona mayor como sujeto prioritario de la atención integral en materia de salud, así como en los casos de emergencia médica o de enfermedades terminales.

En la República Bolivariana de Venezuela, la ley de servicios sociales menciona la atención médica especializada gratuita, así como la dotación de prótesis, lentes, traslados, intervenciones quirúrgicas, atención odontológica, oftalmológica y, obligatoriamente, de los medicamentos indicados en consultas y emergencias y durante la hospitalización.

En Guatemala, la ley de protección para las personas mayores garantiza y promueve el derecho de asistencia médica geriátrica y gerontológica y el desarrollo de programas especiales de educación nutricional, salud bucal y salud mental en forma gratuita.

En El Salvador, la ley de atención integral establece que los servicios médicos de las instituciones públicas y municipales deberán contar con atención gerontogeriátrica.

En el caso de Costa Rica, se prevé la creación de servicios de geriatría en todos los hospitales generales nacionales públicos, así como la atención geriátrica en los hospitales regionales y las clínicas y la ley 352-98 de República Dominicana prevé la atención geriátrica y gerontológica y el desarrollo de servicios sanitarios de alta calidad, la instalación de unidades de geriatría en cada hospital regional y general y la creación de los servicios de atención domiciliaria, dotados de los implementos médicos y paramédicos apropiados.

Por último, en México la ley prevé el acceso a la atención médica de las personas mayores en clínicas y hospitales, mediante el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel, públicas y privadas. Se establece además que las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores son la geriatría y la gerontología.

## **5. Derecho a la educación y la cultura (artículo 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)**

El derecho a acceder a la educación a lo largo de toda la vida está garantizado de diversas formas en los marcos legales específicos que han adoptado los países de la región.

El acceso a la educación pública o sistema educativo existente en todos sus niveles y modalidades está previsto en la ley 352-98 de República Dominicana, en la ley de los derechos de las personas adultas mayores de México, en el decreto 80-96 de Guatemala y en las leyes de Uruguay y Costa Rica.

En el caso de República Dominicana, se prevé la exoneración total del monto que se cobre por concepto de matrícula y mensualidades en las instituciones

estatales de educación y, en el caso de Uruguay, se menciona la posibilidad de otorgar descuentos.

El acceso a programas de educación para adultos a nivel técnico y universitario, la firma de convenios para facilitar la inserción de las personas mayores y la creación de cursos libres en los centros de educación superior está previsto, entre otras, en la reciente ley de las personas adultas mayores de Perú, Costa Rica y la República Bolivariana de Venezuela. En el caso de Brasil, se menciona la posibilidad de creación de una universidad abierta para las personas adultas mayores.

En el caso de El Salvador se establece la obligación del Ministerio de Educación de tomar las medidas necesarias para que las personas mayores tengan fácil acceso a la enseñanza básica.

## **6. Derecho a la participación (artículo 17c del Protocolo de San Salvador)**

En general, la legislación establece la participación como un derecho de las personas mayores y valora la participación de estas en la vida social, económica, cultural y política del país mediante la creación de instituciones que las agrupen. Así lo establece la legislación de Brasil, Costa Rica, México, Perú, República Dominicana y Uruguay.

La legislación de Perú establece la creación de los centros integrales de atención al adulto mayor (CIAM) en las municipalidades, provincias y distritos y, en el caso de México, se prevé la existencia de un Consejo Ciudadano de Adultos Mayores que tendrá por objeto conocer acerca del seguimiento dado a los programas, opinar sobre estos, recabar las propuestas de la ciudadanía con relación a las personas adultas mayores y presentarlas al Consejo Directivo.

La ley de servicios sociales de la República Bolivariana de Venezuela pone el énfasis en el ejercicio de los derechos políticos y del derecho al voto, y en que el Consejo Nacional Electoral debe dar atención preferencial a las personas mayores, así como adoptar medidas especiales y nuevas tecnologías que faciliten el derecho al sufragio.

Por último, en El Salvador la ley destaca la importancia de que las personas adultas mayores sean oídas y consultadas en todos aquellos asuntos que sean de su interés y asegurarles la participación y comunicación en actividades de la comunidad.

Como se deduce de este registro de las formas de garantizar los derechos en la vejez, en algunos países de la región existe una amplia cobertura legal de los derechos de las personas mayores. En los países en que se han adoptado legislaciones especiales en favor de ellas se han logrado transformar ciertas aspiraciones en una obligación y en un compromiso legal, lo que hace que las cuestiones relativas a su observancia se conviertan en temas de legítimo interés para la acción internacional y el debate político interno. Sin embargo, además de

proclamar las leyes, es necesario que los gobiernos y sus instituciones las acaten y hagan cumplir.

Como dice Bobbio (1995), hoy en día, más allá de la declaración de derechos, se trata de saber cuál es el modo más seguro para garantizarlos, para impedir que las declaraciones solemnes sean continuamente violadas. En efecto, el consenso nacional existente en cuanto a la necesidad y utilidad de la norma que conduce a la promulgación de esos derechos constituye un paso indispensable para su acatamiento. Pero el cumplimiento de la norma requiere de una amplia visión y de un cambio en las actitudes y prácticas tradicionales con respecto al tema, tanto a nivel público como de la sociedad en general. Esto es aún más complejo cuando en algunos países las disposiciones requieren, además, la existencia de recursos e instituciones para aplicarlas. El desafío que se deriva de la adopción de estas leyes es enorme, ya que en el escenario actual el problema no radica solo en lograr que a las personas mayores se las reconozca como sujetos de derechos, sino también en construir reglamentos, políticas e instituciones que garanticen el pleno goce y ejercicio de sus derechos en la vejez (Huenchuan y Morlachetti, 2006).

### **C. La dimensión de intervención. Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores. Ejemplos de buenas prácticas**

Destacar las buenas prácticas en términos de ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales en los países de la región no es fácil, debido a las claras desventajas socioeconómicas en que se encuentran algunos sectores de la sociedad, hecho que se reitera en la población de edad avanzada. Sabemos que existen algunos avances, aunque no son homogéneos. Durante la gestión de los gobiernos pueden realizarse avances significativos que se detienen una vez concluidos estos.

La información que se presenta a continuación ha sido suministrada por las instituciones a cargo de los asuntos de la vejez a nivel nacional. Como se observará más adelante, hay países que muestran notables avances en la atención de las personas mayores y ello tiene relación con la consolidación de la cuestión del envejecimiento en la agenda de gobierno; pero hay un número importante de países que no muestran la misma evolución y los alcances de la gestión son extremadamente reducidos. Esto es así pese a los esfuerzos de las instituciones nacionales que dirigen sus actividades a las personas mayores y que aún no han logrado sensibilizar suficientemente a los encargados de tomar decisiones respecto de que las personas mayores también tienen derechos. En muchos casos, esto se debe a que los recursos son escasos y a que otros grupos sociales ocupan los primeros lugares en su asignación.

También se observa que no todos los derechos analizados cuentan con intervenciones sectoriales específicas que den cuenta de su cumplimiento. Existen

normas que consagran algunos derechos, pero la práctica efectiva de esos derechos es bastante menor.

### **1. Derecho a la seguridad social: el avance en las pensiones no contributivas**

Los escasos programas no contributivos que existen en la región brindan una protección limitada e incierta de carácter más asistencial y que no siempre se corresponde con el principio de la universalidad; sin embargo, Argentina, Brasil y Bolivia se han destacado en los últimos años por el avance en la cobertura de la seguridad social, que se ha ampliado a sectores de población adulta mayor que no han logrado acceder al sistema de seguridad social contributivo. A nivel subnacional se destaca la experiencia del gobierno de Ciudad de México que inauguró muy tempranamente un subsidio no contributivo para su población residente.

En Argentina se ha ampliado y mejorado la cobertura de pensiones. Se destaca la universalización de las pensiones no contributivas a todas las personas mayores de 70 años en situación de pobreza que no tengan cobertura de seguridad social. Este beneficio se otorga a través de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales del Ministerio de Desarrollo Social. Otro logro reciente es el aumento de los haberes previsionales de las jubilaciones mínimas y de las pensiones no contributivas. En esta misma área destaca el decreto 1454/2005 que regula la posibilidad de jubilarse de las personas mayores que han cumplido la edad jubilatoria (60 años para las mujeres y 65 años para los hombres), pero que no cuentan con los 30 años de aporte exigidos. A estas personas se les permite acceder al beneficio de la jubilación mediante el pago de la moratoria con un plan de facilidades de pago adecuado a su situación particular.

En Bolivia, mediante la ley 2.427 de 2002 se instrumentó el llamado “bono solidario” (BONOSOL) que consiste en un pago anual vitalicio para todos los bolivianos que han cumplido 65 años de edad, independientemente de su historia contributiva o nivel socioeconómico. Este programa ha permitido aumentar de manera significativa la cobertura previsional en un país cuya cobertura contributiva es relativamente baja.

En Brasil, el programa de pensiones rurales constituye uno de los ejemplos más importantes de la región en términos de cobertura previsional mediante mecanismos no contributivos. Aunque se vincula con un período mínimo de actividad en el sector agrícola (12 años) y se financia parcialmente con impuestos a la comercialización de productos agrícolas, esta iniciativa representa en la práctica una forma de pensión no contributiva focalizada por área geográfica y que ha permitido reducir enormemente la pobreza en las zonas tradicionalmente rurales como el nordeste del país (CEPAL, 2006).

Por último, a nivel subnacional cabe subrayar la experiencia del gobierno de Ciudad de México, que instauró en 2001 un bono mensual de alimentación y medicamentos para todos sus residentes mayores de 70 años (CEPAL, 2006).

## **2. Derecho al trabajo: capacitación y microcréditos como ejes centrales**

Los indicadores laborales de la población adulta mayor demuestran que en la región la participación económica de las personas mayores tiende a aumentar y que esta oferta se orienta principalmente al empleo informal a medida que avanza la edad (Bertranou, 2003). Pese a ello, los avances en términos de derecho al trabajo aún son reducidos y se centran en facilitar el acceso a la capacitación para desempeñar una actividad productiva, en la creación de fondos concursables para microemprendimientos y en la potenciación de la oferta de la mano de obra de la población adulta mayor con el aval de algún ministerio.

En Chile, para facilitar el acceso al empleo y al crédito se creó el Fondo Nacional del Adulto Mayor que cuenta con un componente para proyectos autogestionados por organizaciones de personas mayores. Asimismo el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE) está incorporando a personas mayores como beneficiarias prioritarias de los programas de becas sectoriales que se implementan con recursos provenientes de excedentes de franquicias tributarias.

En el mismo sentido, en Puerto Rico existe un programa de capacitación y gestión de empleo para personas de 55 años y más y un banco de recursos humanos de edad avanzada para el empleo remunerado y servicios voluntarios. Esto es similar a lo que se impulsa en El Salvador, donde existen programas de promoción del acceso al empleo en condiciones de igualdad, a la formación continua y al crédito para microempresas comunitarias. Con este fin, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social creó un banco de datos de empleos menores y organiza jornadas de orientación ocupacional y de promoción del empleo en la vejez. Por su parte, la Secretaria Nacional de la Familia gestionó la creación de una línea de crédito en el Fondo Solidario para la Familia Microempresaria (FOSOFAMILIA) para las personas mayores que inician microempresas.

En México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) cuenta con un programa de capacitación para el trabajo y ocupación del tiempo libre que incluye actividades de capacitación para que las personas mayores ingresen al mercado laboral y actividades de actualización en la formación de los trabajadores jubilados que deseen obtener algún ingreso. También existe el fondo Tercera Llamada mediante el cual las personas mayores que tienen proyectos productivos viables reciben apoyo económico de un fondo que agrupa a la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), a la Secretaría de Economía, a través del Fondo Nacional de Apoyo para las Empresas Sociales (FONAES) y al INAPAM.

### **3. Derecho a la salud física y mental: atención sanitaria y servicios especializados**

En la región, los cambios en la demanda de servicios de salud, producto de la dinámica demográfica, aún no se reflejan en la oferta de estos servicios y, menos aún, en sus costos. En general, se sigue actuando con el modelo de salud materno-infantil, y solo un número reducido de países exhibe cierta trayectoria en la atención de la población de edad avanzada o la está inaugurando. Los progresos en esta área son bastante heterogéneos y dan cuenta del perfil epidemiológico de la población objetivo. Aunque resta mucho por hacer en esta materia, debe reconocerse que está bastante más desarrollada que otras áreas de atención en la vejez, aunque persiste el desafío de asegurar la atención universal.

Entre los países que muestran logros se encuentra Bolivia, que mediante la ley 1.886 de 1998 instauró el seguro médico gratuito de vejez para mayores de 60 años. Este seguro ha contribuido a prestar servicios de salud a las personas mayores que no poseen un seguro social y en el año 2005 el seguro médico tenía 182.325 afiliados, principalmente en los sectores periurbanos y ciudades intermedias. En Chile, las personas mayores reciben atención gratuita en hospitales y consultorios públicos y el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE) que da cobertura a 25 enfermedades, 16 de las cuales pueden afectar a personas mayores, les otorga una garantía de acceso a la atención de la salud. También en el Ministerio de Salud existe un Programa de Apoyo Integral para el Adulto Mayor del sistema Chile Solidario que cuenta con una amplia red de servicios y beneficios para la población de edad avanzada.

En Cuba funciona un sistema de salud universal y gratuito con amplia cobertura desde el nivel primario hasta el terciario. Se desarrollan programas de vacunación, atención oftalmológica, servicios de prótesis y ayudas para la movilidad, entre otros, que son subvencionados para toda la población. También se cuenta con 402 equipos multidisciplinarios a nivel nacional de atención gerontológica que brindan atención especializada a personas mayores y en estado de necesidad en su comunidad.

Por último, en México se ofrecen diferentes servicios médicos para la población adulta mayor, entre ellos las clínicas para la atención de enfermedades crónico-degenerativas, que proporcionan atención a personas con diabetes, hipertensión, y problemas de nutrición. También existe un programa de cultura física y el programa de educación para la salud que busca promover la práctica de hábitos saludables.

Otros derechos tienen un desarrollo menor en términos de intervención estatal, por lo que es relativamente difícil establecer hasta qué punto se pueden incluir como avances la práctica de derechos. De este modo, los temas de educación, cuidado familiar y participación se cubren con programas relativamente menores, de escaso presupuesto o cobertura.

#### **4. Institucionalidad para la protección de los derechos de las personas mayores**

Cabe mencionar tres experiencias que resultan extremadamente relevantes a la hora de observar a la región desde la perspectiva de los derechos en la vejez. Se trata de las instituciones de defensa y promoción de derechos que existen en Brasil, Guatemala y Puerto Rico.

Brasil es uno de los países de la región que demuestra notables avances en este tema, que se expresan en su legislación, sus programas y las instituciones a cargo de los asuntos de la vejez. Mención particular merece la práctica de la democracia participativa en la gestión pública. La institución a cargo de los asuntos de la vejez cuenta con la participación bipartita del Estado y la sociedad civil, siendo uno de los pocos consejos que funcionan y cumplen efectivamente con su mandato en la región. Su adscripción institucional da cuenta del enfoque de derechos con que se abordan los temas de vejez en el país, donde el Consejo Nacional de Derechos de las Personas Mayores depende de la Secretaría de Estado de los Derechos Humanos que funciona en la órbita de la Presidencia de la República.<sup>4</sup>

Guatemala es otro país que cuenta con una institución y mecanismos para proteger los derechos de las personas mayores. Desde el año 2002 se institucionalizó la Defensoría del Adulto Mayor, dedicada exclusivamente a velar por los derechos de los hombres y mujeres de edad avanzada, que trabaja en 22 departamentos del país con el objetivo de tutelar y defender el pleno respeto a la dignidad y los derechos humanos de las personas mayores. La defensoría entrega al Congreso de la República informes anuales con análisis de situación y entre sus iniciativas se encuentran los talleres de derechos humanos del adulto mayor, el programa de monitoreo y vigilancia social para la defensa de los derechos humanos de la población adulta mayor y el desarrollo de un programa de educación e incidencia política mediante el que se promueve la participación de organizaciones y la coordinación institucional del tema.

En Puerto Rico existe la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada. Entre las funciones de este organismo se encuentra analizar los factores que afectan los derechos de las personas de edad avanzada en todas las esferas de su vida social, política, económica, educativa, cultural y civil, así como su participación en materia de educación y capacitación, salud, empleo, autogestión, desarrollo económico y, en general, el ejercicio de sus derechos civiles, políticos, sociales y culturales —incluso la participación en la toma de decisiones a todo nivel—, fiscalizar el cumplimiento de las políticas públicas, velar por los derechos de las personas de edad avanzada y asegurar que los organismos públicos cumplan y adopten programas de acción afirmativa o correctiva.

---

<sup>4</sup> Para más detalles sobre las acciones en Brasil en materia de derechos, véase Huenchuan y Morlachetti (2006).

## V. Conclusiones

**E**n la base de las modalidades de garantía y protección de derechos en la vejez, se encuentran los instrumentos internacionales de derechos económicos, sociales y culturales de orden vinculante (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Protocolo de San Salvador). Estos derechos constituyen la plataforma, la dimensión ética de cualquier intervención con enfoque de derechos dirigida a las personas mayores. Le siguen, en la dimensión instrumental, las leyes de protección de derechos en la vejez, que establecen a nivel nacional los derechos reconocidos para este grupo social e instauran las directrices básicas en términos de acciones a llevar a cabo para su consecución. Luego se encuentran los programas de intervención sectoriales, mediante los que se llevan a la práctica los derechos establecidos legalmente y en la cúspide de la pirámide están las personas mayores en tanto sujetos de derechos.

En una situación ideal se espera que todos estos componentes mantengan una relación armónica entre sí y que efectivamente las prestaciones, servicios y activos que disfrutan las personas de edad avanzada sean una consecuencia práctica de los derechos establecidos en la legislación nacional y, en el mejor de los casos, de los estandarizados en la doctrina internacional de derechos humanos. Las evidencias muestran que esta situación ideal no existe en los países de la región.

De la amplitud de garantías contenidas en los documentos internacionales vinculantes y en las leyes especiales, las medidas que se ponen en práctica representan solo una parte de lo dispuesto legalmente y lo que reciben las personas mayores puede ser bastante reducido en términos de cobertura y calidad.

Existen algunos países de la región que se destacan y ofrecen un abanico más amplio de prestaciones, servicios y activos a la población de edad avanzada. Los ámbitos en los que se registran avances en términos de protección y garantía de derechos económicos, sociales y culturales son relativamente reducidos, pero comienzan a surgir temas importantes para la agenda pública, entre ellos la promoción de condiciones para desarrollar un empleo, el acceso a viviendas adecuadas a las necesidades en la vejez y los servicios de apoyo domiciliario para atenuar la carga del cuidado en las familias.

El vacío que se detecta entre la cobertura legal y la cobertura real de los derechos económicos, sociales y culturales en la vejez nos remiten a otro punto que no es objeto de este trabajo, pero que resulta insoslayable: la exigibilidad de los derechos (Abramovich y Courtis, 2006). El corpus internacional de derechos de las personas mayores está condicionado por las formas en que esos derechos han sido traducidos en constituciones y leyes, y plasmados luego en políticas y prácticas; no obstante ello, la mera existencia de corpus legales de protección de derechos de las personas mayores otorga un marco interesante para la acción

y para ello es fundamental la participación del colectivo de personas de edad avanzada, de sus organizaciones y de las instituciones privadas, e incluso públicas, que trabajan en su favor.

En este sentido, una práctica no muy frecuente, y que es fundamental para la exigibilidad de los derechos, es el suministro de información. El Estado tiene la obligación legal de producir y brindar información pertinente con relación a los derechos de las personas mayores que ya están consagrados en su legislación nacional y existen experiencias al respecto de instituciones nacionales a cargo de los asuntos de la vejez en Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala y Puerto Rico, entre otros. De esta manera, la información se convierte en un instrumento para el ejercicio de los derechos.

Las personas mayores podrán ejercer el control ciudadano de las políticas públicas en general, y en particular de las que las involucran, en la medida que conozcan sus derechos y la obligación del Estado de garantizar su ejercicio.

## Bibliografía

- Abramovich Víctor y Christian Courtis (2006), *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Buenos Aires, Estudios del Puerto.
- Alemán, C. (2003), "Editorial", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N° 45, Madrid.
- Bertranou, F. (2003), "Tendencias en indicadores de empleo y protección social de las personas mayores en América Latina", Oficina Internacional del Trabajo (OIT), inédito.
- Bobbio, N. (1995), *El tiempo de los derechos*, Madrid, Editorial Listema.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (LC/G.2294 (SES.31/3), Santiago de Chile, febrero).
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1988), "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador)", San Salvador, 17 de noviembre.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1995), "Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores: 08/12/95", *CESCR Observación general*, N° 6, Nueva York.
- Fantova, F. (2006), "Apostar a los servicios sociales", Montevideo, *El País*.
- Hernández, G. (2003), "Mayores: aspectos sociales", *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, N° 45, Madrid.
- Guzmán, J.M. (2005), "La situación del envejecimiento en América del Sur en el contexto de Madrid +5 y los objetivos del Milenio", documento presentado en la Reunión de gobiernos y expertos sobre envejecimiento en países de América del Sur, Buenos Aires, 14 al 16 de noviembre.
- Henkin, Louis (1990), *The Age of Rights*, Columbia University Press, Nueva York.
- Huenchuan, S. (2003), "Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas", *Revista de trabajo social perspectivas: notas sobre intervención y acción social*, N° 12, Santiago de Chile Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.

- Huenchuan, S. y A. Morlachetti (2006), “Análisis de los instrumentos internacionales y nacionales de derechos humanos de las personas mayores”, *Notas de población*, N° 81 (LC/G.2300-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.101.
- Krennerich, M. y E. Góngora (2006), “Los derechos sociales en América Latina. Desafíos en justicia, política y economía”, *Artículos del Centro de Derechos Humanos de Nuremberg*, enero, Nuremberg, Centro de Derechos Humanos de Nuremberg.
- Naciones Unidas (2007), *Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA).
- (2002), *World Population Ageing 1950-2050 (ST/EDAD/SER.A./207)*. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.02.XIII.3.
- IMSERSO (Instituto de Mayores y Servicios Sociales) (2004), *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Madrid, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, diciembre.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2005), *Una alianza global contra el trabajo forzoso*, Ginebra.
- Salvioli, Fabián (1997), “El desarrollo de la protección internacional de los derechos humanos, a partir de las Declaraciones Universal y Americana”, *Relaciones internacionales*, N° 13, La Plata, Instituto de Relaciones Internacionales.
- Sampeiro, M.A. (2006), “Pasamos de la beneficencia a la ciudadanía”, *El Diario Montañés*.



# ESTADÍSTICA DE POBLACIÓN

Primera edición

Impreso en Naciones Unidas • Santiago de Chile • S0700540

ISSN impreso 0303-1829 • ISSN electrónico 1681-0333

ISBN 978-92-1-323103-6 • N° de venta: S.07.II.G.105

Copyright © Naciones Unidas 2007

ISBN 978-92-1-323103-6



9 789213 231036