

POBREZA E INEQUIDAD: SUS IMPLICANCIAS EN LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES DR. GUSTAVO ALFREDO GIRARD

De citar este artículo: Girard G.; Poverty and Inequity in Adolescent Health Care, AM:STARs International Health Issues in Adolescents, December 2009, volume 20: 887-899

RESUMEN

La pobreza no es un hecho nuevo, aunque presenta en la actualidad particulares características: la globalización, la inequidad, la educación con sus nuevas características, la exclusión, las desigualdades desde la perspectiva de género, la marginación de pueblos originarios y migraciones, la dificultad en el acceso a la tecnología por parte de diversos sectores y el desempleo. Estos hechos no son privativos de países considerados como subdesarrollados, sino que afectan a todo el planeta.

La actual crisis financiera internacional, esta vez originada en países industrializados representa un hecho agravante cuyas consecuencias son aún difíciles de estimar. En la adolescencia y juventud se da una particular incidencia en su salud integral, en tasas de mortalidad, en la violencia, en la nutrición, en la salud reproductiva, en el HIV/AIDS, en el abuso de sustancias, en la salud mental y en las capacidades diferentes, todo ello agravado por la dificultad en el acceso a servicios de salud adecuados.

El capital social, se ve seriamente afectado y esto representa un fuerte y deletéreo impacto no solo para las presentes generaciones sino para las futuras. Es un desafío que no puede ser ignorado.

La pobreza y su relación con la salud de las personas no es sin duda un hecho nuevo, pero en la actualidad se han incorporado una serie de circunstancias que repercuten en toda la comunidad y muy especialmente en adolescentes y jóvenes.

Con el propósito de promover la reflexión sobre el tema, podemos formularnos las siguientes preguntas: ¿Qué ha cambiado en el mundo actual?, ¿Qué elementos nuevos han surgido?, ¿Cómo afecta esta situación a los diferentes estratos de la sociedad?, ¿Cómo repercute la pobreza en la salud de los adolescentes?, ¿Cuáles deberían ser los pasos a cumplimentar a los efectos de revertir la situación de riesgo en la edad adolescente?

¿Qué ha cambiado en el mundo actual?

Como cambio esencial corresponde citar la **globalización**. No es el objetivo de este trabajo defenderla ni atacarla sino simplemente reconocer su existencia y de que manera incide en los individuos, particularmente con respecto a la pobreza. Hoy ya resulta inadmisibles atribuir las causas de la pobreza a aspectos meramente individuales o personales. Los mismos sin duda existen pero cuando hay millones de personas que responden a las características de pobres o cuando gran parte de los habitantes de un país en espacios cortos de tiempo ingresan en estas categorías es debido a aspectos estructurales que crearon condiciones donde las oportunidades desaparecieron.

Es bien sabido que América Latina es uno de los continentes donde las carencias de todo tipo se hacen más evidentes, pero sería sin lugar un razonamiento simplista el pensar que la pobreza le es propia y menos aún exclusiva.

Corresponde asimismo desmitificar ciertos aspectos como por ejemplo el de clasificar a países como ricos o como pobres y que es esta característica de las naciones que se transmite en forma directa a sus habitantes. En este mundo globalizado grandes bolsones de pobreza son factibles de encontrar aún dentro de los países mas desarrollados.

Junto con la pobreza material, es dable de observar una pobreza afectiva. Los esfuerzos destinados a superar los problemas económicos ejercen un inevitable efecto sobre la familia, cuyos miembros deben multiplicar sus esfuerzos laborales. El número de familias capaces de subsistir con el aporte económico de uno solo de sus miembros se encuentra en constante disminución. Esto representa un importante desequilibrio en la familia tradicional que enfrenta la crisis. (1)

En América Latina, Brasil ocupa el puesto número 8, dentro del concierto de las naciones en el Producto Bruto Interno anual pero el 58 en el Producto Interno per capita y cifras similares se pueden citar con respecto a indicadores de analfabetismo, de mortalidad infantil o de expectativa de vida.

Argentina como productor de alimentos es uno de los mayores del planeta, no obstante presenta una economía errática y de desequilibrios que la llevó a entrar en "default" de su deuda externa, a principios de este siglo, en el momento en que los precios de los alimentos comenzaban a subir en los mercados internacionales y pese a ello la desnutrición infantil y de grandes sectores de la población es una realidad que en algunas zonas se asemeja a las zonas mas carenciadas del planeta.

El ingreso representa solo una variable. La calidad de vida depende de diversas condiciones físicas y sociales tales como: ámbito epidemiológico, disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, desarrollo e inclusión de comunidades rurales, la naturaleza de servicios públicos y privados, la educación básica, el orden, la disciplina de la vida urbana y la seguridad. (2)

Otro aspecto a considerar de gran importancia con respecto a la salud esta dada por las **migraciones**. En la actualidad poseen características diferentes a las que se produjeron, en siglos anteriores. Los grandes grupos que migraron a América, si bien lo hacían por diferentes carencias en sus países de origen eran no solo bien recibidos, sino que el proceso migratorio era fomentado por los gobiernos receptores. En no pocos casos se les ofrecían tierras para la labranza y diversas fuentes de trabajo. Hoy por el contrario los grupos emigran en forma clandestina e ilegal lo que los coloca en una vulnerabilidad muy particular. No pocas veces estos inmigrantes son centro de la xenofobia que los convierte en victimas del racismo, la intolerancia y la violencia particularmente en grupos de adolescentes y jóvenes. Los grupos de emigrantes se suelen encontrar así, carentes de trabajo estable, con dificultad en el acceso a la vivienda, educación y servicios de salud, la mayoría de las veces en condiciones de ilegalidad.

El **proceso educativo** en la actualidad no se limita a la alfabetización o a la obtención de un título. El tiempo que una persona dedica a formarse es mucho mas que lo que era esperable hace menos de 100 años. Los estudios de post grado no se encuentran limitados a una elite dedicada a la investigación y el costo de los mismos esta vedado a grandes grupos poblacionales lo que implica un importante diferencia formativa que incidirá en los ingresos y la inclusión social. La asistencia a establecimientos educativos en algunos de los países mas carentes en América Latina, como es el caso de Haití y Bolivia es de solo 3 y 4 años respectivamente. (3) Se reconoce en la actualidad que aspectos lúdicos de los niños estimulan su inteligencia desde etapas muy tempranas en su desarrollo y al respecto los estudios del cerebro por parte de las neurociencias son concluyentes. La educación formal en los jardines de infantes o los llamados juegos didácticos no son accesibles a grandes sectores poblacionales, mientras que suelen ser

obligatorios en países desarrollados y esto, va marcando una importante desigualdad desde etapas muy tempranas de la vida. Los niños de la calle son un ejemplo vivo de esta situación.

¿Qué elementos nuevos han surgido?

Un hecho ligado a la pobreza está dado por la **exclusión**. Exclusión de: una nutrición adecuada, de educación, de accesibilidad a servicios de salud, de ambiente y vivienda digna, de acceso a la recreación y tiempo libre, de cobertura por la seguridad social, de poder ejercer plenamente la ciudadanía, de poder expresarse libremente y así ejercitar plenamente lo establecido en la declaración de los derechos humanos.

Muchos son los años transcurridos desde la firma de dicho tratado pero la realidad nos muestra que lejos estamos que los mismos se conviertan en una realidad palpable.

Una particular situación se da también en la desigualdad de acceso a la **tecnología** y al ciberespacio, pudiendo hablar en esos casos de analfabetismo cibernético.

Todos los países de la región de América Latina y el Caribe registraron en el año 2007 un incremento neto del PBI per cápita y varios de ellos lo hicieron a un ritmo superior al 7% anual y 12 de 18 países de la región presentaron tasas de crecimiento superiores a las alcanzadas en el año anterior. No obstante las tasas de pobreza en la región fueron en este período el 34,1 % y las de indigencia el 12,6% del total de la población. En números absolutos para la región esto significa la existencia de 184 millones de personas pobres, incluyendo a 68 millones de indigentes. El enfoque empleado para esta categorización por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) clasifica como “pobre” a una persona cuando el ingreso por habitante de su hogar es inferior al valor de la línea de pobreza o monto mínimo que le permitiría satisfacer sus necesidades esenciales. En el caso de la indigencia, la línea utilizada permitiría solo satisfacer las necesidades básicas de alimentación.

La misma fuente aclara que la crisis financiera internacional desatada recientemente podría incrementar, de manera moderada, tanto la pobreza como la indigencia hacia 2009. (4) Los criterios del Banco Mundial para estas determinaciones difieren de los aquí consignados y no obstante ser elevados son menores. (5)

Uno de los hechos que influyó para que el descenso de la pobreza en la región latinoamericana fuese solo moderado, pese a los altos índices de crecimiento se debió al incremento del precio de los alimentos en el período 2000 al 2008, especialmente aquellos básicos de la alimentación popular (arroz, trigo y maíz), que en el período 2007 al 2008 se incrementaron en un 90%. (6)

En septiembre del año 2000, 189 estados miembros de las Naciones Unidas firmaron los objetivos y metas del desarrollo del milenio. El primero de esos objetivos es: “Erradicar la pobreza extrema y el hambre”. Un importante avance se había alcanzado en los primeros 7 años, pero una desaceleración parece advertirse en los últimos dos, lo que representa que los indicadores propuestos no puedan ser cumplidos. (7)

Existen amplias diferencias con respecto a como la pobreza se manifiesta en distintos subgrupos de población. Su incidencia es mayor en los casos en los cuales los jefes/as de hogar no han alcanzado una educación primaria completa.

Desde la perspectiva de **género**, en los hogares monoparentales existe una notable diferencia que beneficia a aquellos con jefatura masculina con respecto a los de jefatura femenina. Una de cada cuatro personas en América Latina, vive en un hogar en el que el jefe es mujer y este hecho representa una mayor vulnerabilidad. Un grupo importante de países de la región presenta una reducción más rápida de la indigencia en los hogares con jefatura masculina. (8)

La enorme brecha existente entre la franja del ingreso de los que mas ganan con referencia los de menores ingresos, conocido como **inequidad**, se ha ido ampliando hasta alcanzar niveles que podríamos clasificar como de escandalosos. Las políticas de ajuste y la pésima distribución del gasto público y la riqueza, tienden a incrementar las irritantes inequidades sociales, no existiendo signos de que el proceso tienda a revertirse. La perspectiva es incluso más tenebrosa cuando analizamos la carencia de alternativas funcionales y fundamentadas destinadas a modificar el sistema. (9)

Diversos índices son utilizados a los efectos de la medición de la desigualdad. Uno de los más conocidos es el índice de Gini, que puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual en los ingresos. Este índice se expresa como un equivalente numérico que es un número entre 0 y 1. El 0 implicaría una igualdad total y el 1 (100) la máxima desigualdad posible de alcanzar. Sobre un total de 122 países el promedio ponderado es de 40,5 correspondiendo una mejor distribución de los ingresos a Suecia con un índice de Gini de 23, seguida muy cerca de Dinamarca con 23,2 y Finlandia 26. Los Estados Unidos de América presentan un índice: 45 o sea se encuentran por encima del promedio. En América Latina, la República Oriental del Uruguay posee un índice de Gini de 45,2, Brasil 57 y Bolivia 60,6. La peor distribución registrada se da en Namibia con 70,7. (10)

El tema de la desigualdad o inequidad tiene asimismo una estrecha relación con otro aspecto como es el de la **corrupción**. Según cálculos del Banco Mundial se pierde en todo el planeta debido a la corrupción el 5% del Producto Bruto Mundial). (11)

Un estudio de la Universidad de Harvard sobre la base de estudios econométricos en más de 100 países concluye que existe una neta correlación entre desigualdad y corrupción. En las sociedades altamente polarizadas los grupos de mayor poder cuentan con más oportunidades e incentivos para prácticas corruptas con mayores posibilidades de impunidad. Su acceso a la compra de influencias legales e ilegales es muy importante. (12)

Solamente un punto en el índice de corrupción hace aumentar el coeficiente de Gini en 5,4 puntos. (13)

La desigualdad y la pobreza se correlacionan con las percepciones de inclusión/exclusión. Sería complejo analizar el índice de Gini en la edad media y de hacerlo sería seguramente muy elevado. No obstante en la sociedad actual se da un hecho agravante de la desigualdad, dado por los medios de comunicación que la ponen particularmente en evidencia. A modo de ejemplo, desde viviendas precarias, “fabelas” o “villas de emergencia”, mediante la televisión se suele transmitir en forma ostentosa y hasta impúdica la forma de vida de ricos y famosos. La sociedad de la abundancia y el derroche entra así en los núcleos más carentes y marginados.

Los grupos mas desfavorecidos presentan carencias de todos los aspectos constitutivos de la inclusión, presentando sentimientos tales como: soledad, impotencia, angustia, desorientación, que comprometen seriamente su participación social y el ejercicio de la ciudadanía, despertando sentimientos de ira y violencia.

La situación global de la salud, se verá sin duda afectada por la **crisis financiera** que desde mediados del año 2008 esta afectando los mercados internacionales.

La Organización Mundial de la Salud, como respuesta a las inquietudes expresadas por los Estados Miembros, ha convenido en un alto nivel de consulta antes de la apertura de las deliberaciones del Consejo Ejecutivo, en su sesión 124^o referida al impacto de la crisis global, tanto financiera como económica. Teniendo en cuenta que los efectos secundarios derivados de la misma aún no pueden ser evaluados.

En la introducción podemos leer: “Todos los países se verán afectados, pero algunos mas que otros”. Solamente el impacto debido al incremento de los costos de alimentos

y combustibles ha motivado que más de 100 millones de personas ingresaran al grupo que se encuentra debajo de la línea de pobreza. El desafío que ahora enfrenta el mundo es de como prevenir que la crisis económica devenga en una crisis social y de salud de la población.

Originariamente las crisis se iniciaban en los países en desarrollo. En este caso la crisis se inició en el mundo desarrollado e industrializado. Es por ello que los peores efectos aún no se hayan visto en los países en vías de desarrollo.

Una importante crisis humana ya esta ocurriendo. En los países ya sea de altos o de bajos ingresos, son los pobres o los que han devenido pobres, por pérdida del trabajo o la vivienda quienes seguramente serán los que sentirán muy especialmente el impacto. Identificar poblaciones vulnerables es hoy hasta más importante que indentificar países vulnerables. (14)

¿Cómo afecta esta situación los distintos estratos de la sociedad?

La tasa de **desempleo** para la región para el 2008 esta prevista en el 7,5% y la misma se duplica cuando de adolescentes o jóvenes menores de 24 años se trata.

La Organización Internacional del Trabajo al respecto afirma, que a nivel mundial en el periodo de 1995 a 2005 el número de jóvenes desempleados aumentó de 74 a 85 millones y concluye:

- Uno de cada tres integrantes de la población juvenil mundial, de entre 15 y 24 años está buscando trabajo sin éxito.
- La población juvenil creció 13,2 % entre 1995 y 2005 y la disponibilidad de empleos aumentó en 3,8%.
- Los jóvenes desempleados representan el 44% del total del mundo, a pesar de que su participación en población en edad de trabajar es de solo 25%.
- Mientras que el desempleo adulto a nivel mundial se consideró en el año 2005 en 4,6% el juvenil asciende a 13,5%.

En cuanto a la distribución geográfica de esta situación la tasa mas elevada corresponde a Medio Oriente y África (25,7%), Europa del Este (19,9%), América Latina y el Caribe (16,6%), mientras que los países industrializados y la Unión Europea (13,1%). (15)

Distintas investigaciones demuestran claramente la importancia que tiene el índice de desempleo y su correlación con la **violencia**. En tal sentido es terminante el informe de la CEPAL titulado: "Desempleo y frustración de expectativas exacerban la violencia juvenil". Al respecto señala que la crisis financiera internacional podría agravar los factores que exacerban la violencia juvenil en América Latina, en la medida que provoque un aumento en el desempleo juvenil y mayor frustración de expectativas de movilidad social de jóvenes.

Reconoce asimismo este Organismo que la violencia creció en la mayor parte de la región en los últimos años y los jóvenes están sobre representados en esta tendencia, como víctimas y como perpetradores. En una encuesta realizada en el año 2008 por la CEPAL, a autoridades de los ministerios del interior de los diferentes países estos coincidieron en señalar que lo que mas afecta a los jóvenes de ambos sexos es la pobreza, en tanto que el mayor problema percibido por los varones es el desempleo y por las mujeres la violencia intrafamiliar. Falta de empleo, deserción educacional, desigualdad de oportunidades, segregación urbana y falta de espacios de expresión son circunstancias que agravan la violencia en la juventud latinoamericana. (16)

En cuanto a la desigualdad podemos verla acrecentada en diferentes **grupos étnicos**. En América Latina la población indígena supera los 40 millones de habitantes lo que

representa el 6% del total y estos grupos suelen vivir en condiciones más desfavorables que el resto de la población.

Según los análisis del Banco Mundial en muchos de sus documentos existen 4 formas básicas de capital en un determinado país: el **natural** que está constituido por la dotación de recursos naturales; **el construido** que esta dado por su infraestructura, bienes de capital, financiero, comercial, etc.; **el humano** determinado por los niveles de nutrición, educación y salud de la población y el **capital social**, descubrimiento reciente de las ciencias del desarrollo.

El concepto de **capital social** fue introducido por Robert Putnam. y estaría conformado por: grado de confianza entre los actores sociales de una comunidad, comportamiento cívico, nivel de asociatividad, y participación cívica. (17). Bernardo Kliksberg en sus escritos realiza una importante reseña bibliográfica sobre lo que distintos autores e investigaciones fueron aportando al concepto de capital social y de dicha reseña se desprende que corresponde hablar de un capital social individual y otro colectivo. Se desprende así una estrecha correlación entre el capital humano y el capital social, dado que ambos factores se potencian entre sí. (18)

Es en la familia donde el individuo atesora el capital social interno, basado en las relaciones que se establecen entre padres e hijos. Por fuera de las familias encontramos el capital social externo, basado en las redes sociales que se establecen y que ejercen un importante factor protector en el crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes.

Posteriores investigaciones demostraron que uno de los aspectos que mas comprometen la generación del capital social esta dado por la inequidad. Las irritantes desigualdades sociales tanto en los ingresos económicos, como en las posibilidades educativas, en la accesibilidad a servicios de salud y a las fuentes de trabajo es capaz de comprometer seriamente la posibilidad de generar un capital social.

Un conocido estudio de Kawachi y col en el ya citado trabajo de Kliksberg, brinda datos demostrativos sobre la relación entre capital social, equidad y salud pública, para lo cual se miden estadísticamente las correlaciones entre capital social y mortalidad en 39 estados de Estados Unidos, concluyendo que cuanto menor es el grado de confianza entre los ciudadanos, mayor es la tasa de mortalidad promedio y los investigadores introducen en el análisis el grado de desigualdad económica y demuestran que cuanto mas alto es el mismo, menor es la confianza que unos ciudadanos tienen en otros. En el modelo estadístico utilizado se concluye que por cada punto de aumento en la desigualdad en la distribución de los ingresos, la tasa de mortalidad sube entre dos a tres puntos de lo que debiera ser. Ilustran su análisis con cifras comparadas de EEUU, con Holanda, Israel y España. (19)

Las sociedades con mayor esperanza de vida mundial como Suecia (78,3) y Japón (79,6), se caracterizan por poseer altos niveles de equidad. Concluyen los investigadores que la desigualdad hace disminuir el capital social y ello afecta fuertemente la salud de la población.

Pero el capital social puede asimismo ser reducido o destruido siendo especialmente vulnerable la población mas pobre, frente a las crisis económicas muchas veces las mismas se ven obligadas a emigrar y esto afecta sin duda su capital social.

Corresponde finalmente señalar aquellas formas de **capital social negativo**, pudiendo considerar como tales a las organizaciones criminales o con marcados comportamientos antisociales. Sin menoscabar el efecto deletéreo que pueden causar en la comunidad estas organizaciones desde un aspecto macro en un tiempo mayor o menor suelen directa o indirectamente autodestruirse y desaparecer.

¿Cómo repercute la pobreza en la salud?

De todo lo que hasta aquí hemos señalado corresponde determinar como repercute la pobreza y todo lo que la misma implica en la salud, especialmente en la de adolescentes y jóvenes.

La organización mundial de la Salud, recientemente a establecido 10 hechos que afectan la salud de los adolescentes. En la introducción del documento podemos leer: "Los adolescentes tienen necesidades específicas de salud y de desarrollo y muchos se enfrentan con desafíos que afectan su bienestar tales como: pobreza, falta de accesibilidad a la salud y a la información, todo ello en medio de un medio altamente desfavorable.

Casi las dos terceras partes de las muertes prematuras y un tercio de las muertes en adultos se encuentran asociadas con condiciones y comportamientos que comienzan en la adolescencia o juventud tales como: tabaco, carencia de actividad física, sexo no protegido o exposición a la violencia. La promoción de hábitos saludables en la adolescencia y esfuerzos para proteger mejor a este grupo etario, puede asegurar una vida mas larga y productiva para muchos. (20)

Mortalidad por causas externas:

La mayor parte de las muertes de adolescentes y jóvenes es debida a causas externas (homicidios, accidentes de transporte terrestre y suicidios). La tasa de mortalidad en 16 países de América Latina, en varones entre los 15 y 29 años, o sea el número de defunciones por cada 100.000 personas correspondía en primer lugar a los homicidios, seguido por accidentes de transporte terrestre y suicidios. Por cada 7 varones muere una mujer. En Brasil, Colombia, El Salvador, Ecuador, Paraguay, Nicaragua, Panamá y Venezuela la primera causa esta dada por los homicidios.

En Costa Rica, Cuba, México, Perú y Dominicana la primera causa se debe a los accidentes de transporte terrestre; mientras que en Uruguay, Chile y Argentina la primera causa en la población masculina es debida a los suicidios. (21)

Injurias no intencionadas son una causa muy importante de muerte y discapacidad en adolescentes. Estas tasas son mayores en los países en desarrollos, y dentro de todos los países ocurren en adolescentes debajo del nivel de pobreza. (22)

Salud Reproductiva

Alrededor de 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años dan a luz anualmente, lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacimientos. La gran mayoría de los recién nacidos de madres adolescentes provienen de los países en desarrollo. La tasa de mortalidad materna es mayor en las adolescentes que en las mujeres de mayor edad. (23). Dentro de las mismas las mujeres provenientes de estratos pobres es mas factible que mueran por embarazo o parto. Un adecuado abordaje y solución al problema de la mortalidad materna y discapacidad constituiría un importante paso especialmente para los sectores pobres. (24)

En la Argentina uno de cada 6 recién nacidos es hijo de una madre adolescente, pero existe una enorme disparidad por regiones dentro del propio país. Así mientras en zonas de altos ingresos como ciudad de Buenos Aires o la provincia de Tierra del Fuego la incidencia es de uno de cada 10 nacimientos en provincias del Noroeste o del Noreste representan uno de cada 4. (25)

Al respecto de la salud reproductiva merece destacarse que las estadísticas sobre fecundidad en general y fecundidad adolescente en particular se realizan en base a las mujeres que devienen madres. De esta manera se excluyen aquellas mujeres que deciden interrumpir el embarazo. Al estar el **aborto** penalizado en gran parte de la

región, se realiza en la clandestinidad y no se contabilizan los mismos salvo estimaciones por métodos indirectos como son los casos de altas hospitalarias por complicaciones de dicha intervención que se realiza en condiciones precarias, tanto más cuanto menor sea el nivel adquisitivo de la mujer y/o su familia. No obstante a pesar de la creencia generalizada es importante destacar que las adolescentes no solicitan la interrupción del embarazo que aquellas mujeres de mayor edad. Un tercio de la mortalidad materna en la Argentina tanto en mujeres mayores como adolescentes es debida a la práctica del aborto.

HIV/SIDA

Las cifras del año 2007 estiman que el 45% de las nuevas infecciones por HIV, ocurren en la población comprendida entre los 15 y 24 años. (26)

Hoy podemos afirmar que la pandemia de SIDA, cada día es más femenina, más joven y más pobre.

La incidencia de la mortalidad por SIDA en jóvenes en América Latina se estima en 2.9 cada 100.000 y que por cada una de estas muertes existen entre 5 y 7 portadores positivos para el HIV. Por otra parte si bien entre el 70 y el 73% de la población considera estar bien informados sobre el tema es mucho menor el número que utiliza medidas adecuadas para la prevención. Esta brecha es particularmente importante en base al nivel educacional alcanzado lo que a su vez se relaciona estrechamente con los niveles de pobreza e indigencia. La región latinoamericana presenta asimismo graves situaciones derivadas del tráfico de personas y prostitución juvenil. En República Dominicana, la tasa de mortalidad en mujeres jóvenes por SIDA es un 300% mayor que la de hombres jóvenes: 12,2 mujeres por cada 100000 comparado con 3,9 hombres.

(27)

MALNUTRICIÓN

Muchos niños y niñas en países en desarrollo, ingresan en la adolescencia desnutridos, haciéndolos mucho más vulnerables a enfermedad y muerte prematura. Por el contrario el sobrepeso y la obesidad, con serias consecuencias en la preservación de la salud se encuentra en aumento en diversos países con diferentes niveles de desarrollo.

Junto con la desnutrición calórico proteica deberíamos considerar la educativa y la psicoafectiva, esta última sumamente ligada al efecto contenedor que suele brindar el ambiente familiar. Si bien el gran porcentaje de adolescentes vive con sus familias y reconocen en ellas su efecto contenedor, la capacidad de contención ha disminuido debido a los efectos adversos del medio ambiente, la violencia doméstica y carencias de diverso orden.

Salud Mental

Las estadísticas son muy disímiles sobre la incidencia de problemas de salud mental en la población adolescente. Existe una variedad de grados de la incidencia y gravedad de procesos que comprometen la salud mental tales como: cambios de humor, trastornos de la conducta alimentaria y depresión que puede manifestarse desde pequeños desajustes emocionales hasta conductas suicidas.

La **exposición al estrés** representa un determinante de problemas psicológicos.

Las personas en desventaja ya sea por pobreza y/o exclusión presentan mayores tasas de desorden mental en la medida que afrontan condiciones de vida más duras, están más expuestas a riesgos y tienen un menor acceso a los recursos para afrontar situaciones de crisis. Así una mayor presión provendría del desajuste entre las condiciones de vida que tienen las personas con sus aspiraciones. Esto es particularmente importante en situaciones de crisis, como la internacional que estamos transitando donde ingresan bruscamente en la pobreza y/o situaciones de exclusión personas que hasta hace poco tiempo no podían ser consideradas como tales. Son

estos “nuevos pobres”, muchas veces producto de la desocupación y falta de oportunidades quienes mas padecen los desajustes psico-emocionales.

En la actualidad son importantes y concluyentes diversos estudios sobre estrés post-traumático en etapas muy tempranas de la vida de una persona, que al comienzo pueden pasar totalmente inadvertidas pero surgen con especial fuerza en la etapa adolescente y lo mismo ocurre en carencias afectivas en la infancia.

Si bien los sectores de menores recursos suelen tener menor accesibilidad a los servicios de salud en general, esto es particularmente difícil en el área de la salud mental donde la exclusión de los sectores pobres se pone muy especialmente de manifiesto.

Con respecto al suicidio, es importante destacar que aparentemente no existe una correlación directa con la incidencia del mismo y los niveles de pobreza en la medida que no son mayores las tasas de suicidio en los países con menor poder adquisitivo.

En América Latina la mayor incidencia de suicidio en adolescentes y jóvenes se encuentra en los tres países del Cono Sur del continente que son los que tienen un mejor ingreso per capita, siendo Perú, República Dominicana y Brasil los países con una menor tasa de suicidio en esta edad pese a la existencia de importantes bolsones de pobreza en los mismos. (28)

Uso abusivo de sustancias

La mayoría de los fumadores habituales de tabaco han comenzado en la adolescencia. Se calcula que consumen tabaco en el mundo alrededor de 150 millones de adolescentes y este número se encuentra en incremento particularmente en los países con menores niveles de desarrollo.

El consumo abusivo de alcohol, entre la gente joven se encuentra en incremento en todos los países. Reduce sensiblemente el auto control e incrementa las conductas de riesgo. Es la primera causa de lesiones y se encuentra tanto ligada a los accidentes, la violencia en general y el suicidio en particular. (29)

En la actualidad el abuso de sustancias afecta a todas las capas sociales, económicas y también de edad, dado que no es solo propia de la adolescencia o de sectores marginales. Lo que si cambia según el poder adquisitivo de quien las consume es la “calidad” y “pureza” de las mismas.

Existen diversas ofertas de drogas ilícitas para los adolescentes de menores recursos. La pasta base, crack, “paco” o como se la designe es el desecho de la cocaína y es ofertada a precios bajos, pero a expensas de un alto nivel de adicción y toxicidad con efectos rápidos de deterioro en la salud tanto física como mental y psíquica. El uso de la misma genera conductas de alto nivel de violencia y la dependencia en forma tan severa que se relaciona estrechamente con conductas delictivas y agresivas.

Más allá del consumo de sustancias por parte de los adolescentes, el narcotráfico internacional suele seducir a los provenientes de clases económicamente carenciadas con importantes promesas de “fácil” y “rápida” rentabilidad. El hecho que la legislación de varios países establece que los menores de edad que delinquen no sean punibles para la justicia es aprovechado por los comerciantes de la droga para utilizar a los menores como mano de obra barata, que suele ser desechada al alcanzar la mayoría de edad.

Discapacidad

El padecer una determinada discapacidad, no es solamente debido a la pobreza pero indudablemente la misma puede ser la causa de no pocas de ellas. Gran cantidad de niños, en ambientes carentes, nacen de embarazos no debidamente controlados ni de partos atendidos por personal especializado. La malnutrición materna, la carencia de ácido fólico como prevención del cierre del tubo neural, la anemia, el tabaco, alcohol u otras drogas recibidas por la madre durante el embarazo junto con la prematurez, el

bajo peso al nacer o los partos distócicos son solo algunas de las causas maternas capaces de generar discapacidad. Con respecto al recién nacido la detección tardía de enfermedades tales como el hipotiroidismo, fenilcetonuria, galactosemia y otras metabolopatías inciden para que la incidencia de discapacidades sea notablemente mayor en los núcleos con menor acceso a una adecuada atención perinatal.

Una vez presente la discapacidad los aspectos de tratamiento médico temprano, el seguimiento y control, rehabilitación física y psíquica, tanto como la posibilidad de una mayor o menor reinserción social crea una diferencia abismal entre los hogares de bajos recursos con respecto a aquellos de clases socio-económicas más favorecidas. Estos aspectos no se limitan solamente al nivel personal sino que inciden fuertemente en la familia, que ve imposibilitado su crecimiento y la posibilidad de emerger de la situación de carencia en que se encuentran. Todo ello sin contar el gasto social que esto representa tanto por los costos como por el potencial perdido. Los países que cuentan con legislación, presupuestos e infraestructura adecuados permiten que más allá de los aspectos personales una similar discapacidad resulte más llevadera. Al llegar los niños portadores de discapacidad a la adolescencia deben enfrentar nuevos desafíos para los cuales corresponde hablar más de habilitación que de rehabilitación.

¿Cuáles deberían ser los pasos a cumplimentar a los efectos de revertir la situación de riesgo en la edad adolescente?

Como afirmábamos al comienzo de este capítulo no sería conducente pensar que solo a través de la reducción de los niveles de pobreza obtendríamos un resultado directo en la mejoría de la salud de nuestros adolescentes y jóvenes. Tal vez correspondería proceder a un razonamiento diferente y opuesto afirmando que: “Si no somos capaces como sociedades de mejorar la salud integral de nuestros adolescentes y jóvenes nuestras comunidades cada día seguirán siendo más y más carentes”. Al respecto podríamos resumir con el premio Nobel de Economía: Amartya Sen cuando afirma que: “Preparando un bien razonado grupo de programas de intervención pública y asegurando el empeño tanto nacional como internacional, será posible lograr un cambio radical que dé frutos aún antes que se pueda elevar significativamente el nivel general de ingresos. (30) Personalmente he acuñado una frase que creo puede representar adecuadamente lo que trato de expresar: “Los adolescentes son el fusible que salta de una sociedad que entra en cortocircuito”.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido algunas herramientas para la consecución de los objetivos: “Los desafíos de salud de los adolescentes se encuentran interrelacionados estrechamente con intervenciones exitosas, que en un área determinada pueden tener efectos positivos en otra”.

La OMS está ayudando a los países a:

- Recolectar, analizar y comparar datos en la salud de los adolescentes que puedan servir de soporte para el desarrollo de políticas públicas.
- Promover políticas públicas y programas en pro de la salud integral de los adolescentes.
- Incrementar el acceso y el uso de servicios de salud para adolescentes.
- Fortalecer contribuciones desde la educación, los medios de comunicación y otros sectores destinados a mejorar la salud integral de los adolescentes. (31)

Esto exige una importante conceptualización de cómo considerar a los adolescentes y jóvenes. Hasta mediados del siglo XX se los trataba en forma despectiva y se afirmaba que la adolescencia era una enfermedad que se curaba con el transcurrir de los años. En la actualidad la tendencia generalizada de la sociedad es profundamente ambivalente a saber: se admira a la adolescencia y juventud tratando desde todas las

edades de permanecer siempre jóvenes y por el contrario se la sataniza y criminaliza como si gran parte de los males de la sociedad provinieran de esta juventud rebelde, inculta, que abusa de las drogas, es violenta y desde ya mucho peor si es pobre. Al decir de una gran pensadora latinoamericana Dina Krauskopf, según sea nuestro concepto de la adolescencia serán los mecanismos que utilizaremos para encarar las acciones. Si la pensamos en una etapa de **transición**, nuestra actitud será netamente pasiva y no haremos nada. Si la consideramos **como problema**, nos deberemos “proteger”, intentando por todos los medios que los jóvenes cambien y se adapten a “nuestra” sociedad y si no lo hacen: criminalizando, recluyendo y excluyendo directa o indirectamente a nuestros jóvenes del cuerpo social. Un ejemplo de esto puede ser el del propio sistema educativo cuando bloquea actitudes resilientes y obturador de sus expresiones, debido a su falta de empatía y al uso de la descalificación. Existe una tercera postura y es aquella de creer profundamente en los adolescentes y jóvenes como importantes **herramientas para el desarrollo humano**, plena de potencialidades de creatividad y entusiasmo, capaces de actuar como motores de un cambio social siempre y cuando nuestras comunidades les den las posibilidades para que todo este potencial se ponga de manifiesto. Resulta necesario que la juventud sea reconocida como un grupo meta de alto valor para el desarrollo de la sociedad. (32)

Para lograr estos objetivos es fundamental contar con la activa **participación** de adolescentes y jóvenes para lo cual se debe favorecer, propender y abrir canales que la promuevan.

La adolescencia se puede comparar con un cristal en bruto al cual el mundo adulto cual orfebre intenta pulirla y limarla para adaptarla a sus gustos o ideas de cómo debería ser; sin advertir que debajo de sus impurezas y rugosidades existe un enorme potencial y energía que en la medida que sea tenida en cuenta podrá manifestarse en plenitud. Es ese potencial y energía que se podrá poner en evidencia respetando su esencia y promoviendo los pilares de la resiliencia.

Bibliografía:

1. Girard Gustavo, Deprivation in Latin America – How are youth affected?. *Journal of adolescent Health and Welfare*. 1998; 11,1:19-22.
2. Sen Amartya, La mortalidad como indicador económico. In Sen A., Kliksberg B. *Primero la Gente*. Barcelona, Deusto; 2007, 79-117.
3. Kliksberg Bernardo. El caso de la salud pública. In Sen Amartia, Kliksberg Bernardo *Primero la Gente*. Deusto, Barcelona, 2007. 7:121-187.
- 4.(CEPAL, *Panorama social de América Latina 2008. Capítulo 1, Pobreza, Exclusión Social y Desigualdad distributiva*). Available at: www.cepal.org.
5. (<http://web.iresearch.worldbank.org/PoycalNet.2009>)
6. <http://www.fao.org/worldfoodsituation>. 2009.
7. <http://www.cepal.org/mdg.2009>
8. CEPAL, *Panorama social de América Latina 2008. Capítulo 1, Pobreza, Exclusión Social y Desigualdad distributiva*. Available at: <http://cepal.org>.
- 9.Girard Gustavo, Deprivation in Latin America – How are youth affected?. *Journal of adolescent Health and Welfare*. 1998; 11,1:19-22.
- 10.Gini Index by Country, 2007. Available at: www.nationmaster.com.
11. The World Bank. The quality of growth, 2000.
12. Jon-Sung, You y Sanjeev Khagram. *Inequality and corruption*. John F. Kennedy School of Government, Harvard University, Faculty Research Working Papers Series,2004).
13. Gupta, Sanjeev, Hamid Davoodi and Rosa Alono Terme. *Does corruption affect income inequality and poverty*. IMF Working Paper. Nº 98/76. 1998.-

14. World Health Organization “*The financial crisis and global health*” Report of a high-level consultation, Geneva, Switzerland, 19th January 2009). Available at: <http://www.eclac.org>.
15. OIT, “*El desempleo juvenil aumenta en todo el mundo*”, Informe modificado el 16 de julio de 2007. Available at: (<http://oit.org.pe/portal/index>.)
16. <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml>
- (17) Putnam Robert, “Bowling alone: America’s declining social capital”, *Journal of Democracy*.1995 january, 6-1: 65-78.
18. Kliksberg Bernardo: “*Más ética, mas desarrollo*” El Capital Social y la cultura. Buenos Aires, 2º edición: 33-41, Temas grupo editorial, 2004.
19. Kawachi, Ichiro y Bruce P. Kennedy: “*The health of nations: why inequality is harmful to your health*. The New Press. New Cork. 2002.
20. (http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/) 2008
21. (OMS, 2007, CELADE-División de Población de CEPAL y División de Población de las Naciones Unidas.)
22. (http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/) 2008
23. (http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/) 2008.
24. (<http://www.unfpa.org/mothers/facts>). Facts about save motherhood. June 15th. 2008)
25. (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Estadísticas Vitales, 2008). Available at: <http://www.msal.gov.ar>
26. (http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/) 2008.
27. Kliksberg Bernardo, Mitos sobre la Juventud Latinoamericana. In Sen Amartya, Kliksberg Bernardo *Primero la Gente*, Deusto Barcelona, 2007, 8: 187-224.
28. (OMS, 2007, CELADE-División de Población de CEPAL y División de Población de las Naciones Unidas.
29. (http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/) 2008.
30. Sen Amartya. La mortalidad como indicador. In Sen Amartya y Kliksberg Bernardo “*Primero la gente*” Ediciones Deusto Barcelona 2007, 6:79-117.
31. (http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/) 2008
32. (Krauskopf Dina in *Sociedad Adolescencia y Resiliencia en el siglo XXI*. In *Adolescencia y Resiliencia* Munist M, Suarez O.N., Krauskopf D., Silber T., Mabel Munist, Elbio Nestor Suarez Ojeda, Dina Krauskopf y Tomás Silber. Paidós, Buenos Aires; 2007,1: 19-35.)