

Explorando la dimensión socioeconómica de la salud reproductiva de las adolescentes: un análisis multinacional

Por Manju Rani y
Elizabeth Lule

Manju Rani es científica, del Expanded Program of Immunization, Western Pacific Regional Office, Organización Mundial de la Salud, Manila; en el momento en que se escribió este artículo, era consultora del Banco Mundial, en Washington, DC. Elizabeth Lule es asesora del Grupo de Salud Reproductiva del Banco Mundial.

CONTEXTO: El diseño y evaluación de los programas de salud para adolescentes por lo general no toman en cuenta las diferencias socioeconómicas entre las mujeres jóvenes de los países en desarrollo con respecto a sus necesidades en materia de salud reproductiva y su utilización de los servicios conexos.

MÉTODOS: Se utilizaron datos representativos a nivel nacional de las Encuestas Demográficas y de Salud correspondientes a 12 países en desarrollo para evaluar las diferencias socioeconómicas con relación a los resultados en materia de salud reproductiva y al uso de los servicios por parte de las mujeres jóvenes. Se realizaron pruebas de chi-cuadrado para cada país para identificar las diferencias estadísticamente significativas entre los quintiles más pobres y más ricos, los cuales se construyeron utilizando el índice de riqueza de los hogares.

RESULTADOS: En la mayoría de los países, las mujeres jóvenes de los hogares más pobres eran más propensas que sus pares que pertenecían a hogares más ricos a estar casadas a la edad exacta de 18 años y también a tener por lo menos un hijo a esa edad; eran menos propensas a informar que habían tenido un nacimiento no planeado, que practicaban la anticoncepción, que utilizaban los servicios de salud materna, y que estaban informadas acerca de cómo prevenir la transmisión sexual del VIH. La independencia económica, la matrícula escolar y la exposición a los medios de información fueron características menos comunes entre las adolescentes pobres que entre las ricas.

CONCLUSIONES: Las adolescentes pobres pueden ser ignoradas por los modelos actuales de distribución de servicios, los cuales confían únicamente en los medios masivos, las clínicas o los centros de estudio. Se deben adoptar estrategias alternativas para satisfacer las necesidades de las jóvenes pobres, tales como programas de alcance y distribución a nivel comunitario.

Publicado anteriormente en inglés en *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(3):110–117

Aproximadamente 1.700 millones de personas—más de la cuarta parte de la población mundial—tienen entre 10 y 24 años de edad, y el 86% de ellas viven en los países en desarrollo.¹ Se prevé que en un futuro cercano, la estructura de edad en los países en desarrollo presentará una proporción aún mayor del grupo de 10–24 años a medida que cohortes más y más grandes de jóvenes ingresan al período de la adolescencia. El comportamiento sexual y la salud reproductiva de este grupo de edad afectarán profundamente las tendencias del crecimiento demográfico mundial.

Además, las jóvenes tienen necesidades especiales en materia de salud sexual y reproductiva debido a su nivel relativamente elevado de riesgo de estar expuestas a información inexacta o incompleta, a contraer el VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente, y a tener embarazos no planeados y complicaciones maternas. Estudios previos han documentado la marginación de los jóvenes y las barreras que éstos enfrentan cuando necesitan acceder a información y servicios.² Durante la última década, los programas de salud para los jóvenes han recibido una mayor atención debido a la creciente importancia que reviste el crecimiento de la población de jóvenes y sus especiales necesidades en materia de salud.

Las publicaciones y los programas actuales sobre la salud

de los jóvenes se han caracterizado por tratar a este grupo de edad como un grupo homogéneo; se han hecho pocos esfuerzos para explorar las diferencias en los contextos de salud reproductiva y las necesidades de los jóvenes de diversos entornos demográficos—en particular con respecto a su condición socioeconómica. Algunos estudios han subrayado la importancia de prestar más atención a los diferenciales de género y han recomendado una mayor sensibilidad con respecto al género en los programas de salud dirigidos a los jóvenes.³ Si bien muchos estudios han incluido algunos indicadores sobre la estratificación social, tales como educación, residencia urbana o rural, grupo étnico o estructura familiar, la mayoría incluyen estas características como variables de control en vez de presentarlas como características de interés básico.

Asimismo, pocos programas de salud para jóvenes enfocan un grupo socioeconómico específico, y las evaluaciones de la mayoría de estos programas no distinguen entre los jóvenes ricos y pobres en determinar la eficacia de las intervenciones. Por ejemplo, un examen de varios programas de salud para adolescentes realizado por el Centro de Programas de la Comunicación de la Universidad Johns Hopkins indicó que los estudios de monitoreo y evaluación pocas veces eran desglosados por subpoblaciones socioeconómicas.⁴ Tam-

bién se deben examinar las diferencias entre los grupos socioeconómicos con respecto a su acceso a las diferentes formas de prestación de servicios que utilizan generalmente los programas de salud para jóvenes (por ejemplo, medios de comunicación, programas con base en las escuelas, clínicas, *hotlines* [líneas telefónicas de información], educación de pares, mercadeo social, y enfoques con base en la comunidad).

El presente estudio utiliza datos de encuestas nacionalmente representativas realizadas en 12 países en tres importantes regiones del mundo en desarrollo (Asia, África Subsahariana y América Latina) para evaluar la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en los resultados de salud reproductiva y la utilización de servicios entre las mujeres jóvenes. También se examinan las consecuencias programáticas de las disparidades observadas en los contextos de salud reproductiva de las jóvenes y el acceso a diversas modalidades de servicios.

MÉTODOS

Datos

Los datos han sido obtenidos de las más recientes Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) llevadas a cabo en Bangladesh, India (representada por el estado de Rajasthan), Nepal y Turquía, en el Asia; el Chad, Guinea, Kenya, Níger, Nigeria y Tanzania en el África Subsahariana; y en Bolivia y Nicaragua en América Latina. Estas encuestas abarcan el período comprendido entre 1996 y 2000 (Cuadro 1).

Los instrumentos utilizados en las encuestas—un cuestionario de hogares y otro cuestionario para las mujeres en edad reproductiva—eran por lo general comparables entre todos los países. El cuestionario para las mujeres solicitó información acerca de sus características demográficas; comportamiento e intenciones reproductivos; conducta anticonceptiva; y antecedentes de partos, inclusive información sobre el uso de atención prenatal y de parto para todos los nacimientos ocurridos durante los 3–5 años previos a la encuesta. Las encuestas realizadas en América Latina y el África Subsahariana incluyeron a mujeres casadas y solteras; las realizadas en los países del Asia se llevaron a cabo únicamente con las mujeres casadas alguna vez.

Con respecto a la mayoría de los indicadores, las muestras analizadas en este estudio se limitaron a las mujeres de 15 a 19 años de edad;* sin embargo, las medidas de edad en el momento de casarse y la edad del primer parto se basaron en datos recogidos de mujeres de 20–24 años. (Los tamaños de las muestras se presentan en el Cuadro 1.) Las medidas utilizadas para examinar las diferencias socioeconómicas con respecto a los resultados de la salud reproductiva de las adolescentes y su uso de los servicios de salud fueron la edad al casarse, la edad cuando dieron a luz por primera vez, la actividad sexual entre jóvenes no casadas, el uso actual de anticonceptivos, el uso de los servicios de salud materna, el conocimiento de una o más for-

*Si bien la Organización Mundial de la Salud define las adolescentes como las personas de 10–19 años de edad, nuestra definición se limitó a las de 15–19 años, de acuerdo con la disponibilidad de datos correspondientes a varios indicadores incluidos en el análisis.

CUADRO 1. Indicadores económicos nacionales de 12 países según datos de las Encuestas Demográficas y de Salud, año de la encuesta y número de mujeres entrevistadas, por edad, todo según el país

Región y país	Paridad del poder adquisitivo†	% de población que vive con <\$1 al día	Año de la encuesta	No. de mujeres		
				15–49	15–19	20–24
Asia						
Bangladesh	1.382	36	2000	10.544	1.451	1.910
India (Rajasthan)	1.422	35	1999	6.813	608	1.361
Nepal	1.145	38	1996	8.429	955	1.629
Turquía	5.516	<2	1998	8.576	1.763	1.539
África Subsahariana						
Chad	1.172	64‡	1996	7.454	1.716	1.391
Guinea	1.270	40‡	1999	6.753	1.339	1.099
Kenya	1.438	23	1998	7.881	1.852	1.542
Níger	765	61	1998	7.577	1.782	1.372
Nigeria	1.270	70	1999	9.810	1.611	1.774
Tanzania	636	11	1999	4.029	933	773
América Latina						
Bolivia	2.617	14	1998	11.187	2.479	1.891
Nicaragua	1.837	82	1998	13.634	3.357	2.443

†La Paridad del Poder Adquisitivo (PPA) es un indicador utilizado para comparar los ingresos y niveles de vida entre los países que se realiza mediante la conversión de los ingresos de cada país en dólares de Estados Unidos, ajustados a las tasas de cambio. La PPA toma en cuenta las diferencias entre los países con respecto al costo de los bienes o costo de vida y es más exacta que los métodos de conversión que se utilizan regularmente, los cuales están basados en las tasas del cambio de moneda oficial o en las tasas de cambio del mercado. ‡El porcentaje de la población que vive con menos de US \$1 al día no estaba disponible para el Chad o Guinea; por lo tanto se utilizó el porcentaje que vive por debajo de la línea de pobreza nacional. Fuentes: PPA—Population Reference Bureau (PRB), *World Population Data Sheet*, Washington, DC: PRB, 2002. Porcentaje de personas que viven con menos de US \$1 al día—Banco Mundial, *World Development Indicators*, 2003, Washington, DC: Banco Mundial, 2003.

mas para prevenir la transmisión sexual del VIH, y el control sobre los ingresos en efectivo. La matrícula actual escolar y la exposición a los medios de información también fueron examinadas porque tienen un impacto directo sobre la prestación de servicios y el acceso a la información.

Análisis

Debido a que no disponíamos de datos sobre ingresos y consumo, utilizamos los informes sobre riqueza de hogares obtenidos con el cuestionario de hogares de la EDS para dife-

CUADRO 2. Entre las mujeres de 20–24 años, porcentaje de la población en general y de los quintiles más pobres y más ricos, que casaron antes de los 18 años, y medidas de la diferencia entre los quintiles más pobres y más ricos, por país

Región y país	Población en general	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón pobre-rico	Diferencia pobre-rico
Asia					
Bangladesh	87,2	94,1*	72,3	1,3	21,8
India (Rajasthan)	82,5	88,6*	54,9	1,6	33,7
Nepal	81,3	90,0*	64,1	1,4	25,9
Turquía	33,3	41,5*	18,1	2,3	23,4
África Subsahariana					
Chad	80,9	82,1	70,6	1,2	11,5
Guinea	72,5	84,8*	46,9	1,8	37,9
Kenya	35,0	52,8*	20,2	2,6	32,6
Níger	82,4	90,0*	54,7	1,7	35,3
Nigeria	46,1	78,5*	22,1	3,6	56,4
Tanzania	50,0	66,0*	31,5	2,1	34,5
América Latina					
Bolivia	30,1	42,2*	14,4	2,9	27,8
Nicaragua	59,1	78,6*	36,2	2,2	42,4

*La diferencia desde el quintil de las más ricas es significativa a $p < .05$.

CUADRO 3. Entre la población en general y entre los quintiles más pobres y más ricos, porcentaje de mujeres de 20–24 años que dieron a luz antes de los 18 años y porcentaje de mujeres de 15–19 años cuyo último parto fue no planeado, y razón de quintiles pobres-ricos, por país

Región y país	Nacimiento antes de los 18				Nacimiento no planeado			
	Población en general	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón pobre-rico	Población en general	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón pobre-rico
Asia								
Bangladesh	65,0	73,9*	43,7	1,7	28,4	29,4	31,8	0,9
India (Rajasthan)	47,5	53,8*	27,5	2,0	13,2	6,9*	23,8	0,3
Nepal	46,0	56,8*	33,2	1,7	33,7	30,0*	46,2	0,7
Turquía	19,1	27,5*	8,3	3,3	23,4	21,4	25,0	0,9
África Subsahariana								
Chad	58,6	59,3	47,1	1,3	7,9	2,3*	16,6	0,1
Guinea	58,1	63,4*	37,4	1,7	18,1	12,9*	31,7	0,4
Kenya	33,6	50,8*	20,6	2,5	57,0	42,7*	69,2	0,6
Níger	59,5	72,1*	38,7	1,9	11,5	6,5*	17,6	0,4
Nigeria	34,3	59,1*	14,9	4,0	21,2	12,1*	33,5	0,4
Tanzania	41,0	51,7*	33,5	1,5	24,5	15,6	18,2	0,9
América Latina								
Bolivia	26,1	41,5*	12,3	3,4	47,4	49,7	43,4	1,2
Nicaragua	42,1	63,4*	21,0	3,0	29,2	30,9*	45,4	0,7

*La diferencia desde el quintil de las más ricas es estadísticamente significativa a $p < .05$.

renciar entre hogares pobres y ricos; la riqueza se midió de acuerdo con los bienes de propiedad de las personas, tales como ventiladores, refrigeradoras y autos, y también tomamos en cuenta las características de vivienda, tales como el material de los pisos, fuente de agua potable y tipo de servicio sanitario. Utilizando el mismo enfoque de Filmer and Pritchett,⁵ hicimos uso del análisis de componente principal para generar una ponderación o un valor de factores para cada bien del hogar; los valores ponderados de todos los bienes del hogar fueron sumados para crear un índice de riqueza del hogar. En general, los bienes eran similares entre todos los países, si bien se registraron diferencias con respecto a la disponibilidad local, lo cual produjo una variación del 5–10% en los diferentes tipos de bienes incluidos en el índice. Las ponderaciones de un determinado bien variaban entre un país y otro para reflejar la disponibilidad local de ese bien.⁶

Todos los miembros del hogar compartían el mismo índice de riqueza. Sobre la base de estos valores, se dividió cada muestra nacional en aproximadamente cinco grupos

(quintiles). Las mujeres de 15–19 años (o de 20–24, para algunas medidas) de cada quintil nacional componían los quintiles socioeconómicos para ser analizados. En consecuencia, debido a diferencias de las tasas de fecundidad entre las poblaciones de ricas y pobres, el número de las mujeres de 15–19 años puede ser mayor entre los quintiles de las pobres que entre los quintiles de las ricas.

Debido a la facilidad que ofrece la recopilación de datos sobre los bienes de los hogares, este enfoque es ventajoso con respecto a las medidas convencionales de riqueza, tales como aquellas que se basan en el consumo y los gastos, especialmente en los países donde un gran porcentaje de la población trabaja en los sectores agrícola e informal. Sin embargo, este índice presenta sus limitaciones metodológicas: la más notable es que los quintiles de riqueza miden solamente las desigualdades dentro de cada país y no son comparativos entre los diferentes países.

Todas las estimaciones fueron ponderadas a nivel nacional y ajustadas para el diseño del muestreo por conglomerado estratificado de la encuesta. Para todos los cálculos estadísticos se utilizó STATA 8.0. Además, las razones de quintiles pobres-ricos y las diferencias absolutas entre los quintiles más pobres y los más ricos se presentan como medidas de la condición socioeconómica. Se utilizaron las pruebas de chi-cuadrado de Pearson para evaluar la significación estadística de las diferencias entre los quintiles de riqueza. Los resultados se presentan como simples tabulaciones de dos variables.

RESULTADOS

Indicadores de salud reproductiva

• *Matrimonio temprano.* En el Cuadro 2 se presentan los diferenciales socioeconómicos de los porcentajes de mujeres de 20–24 años que se casaron antes de la edad exacta de los 18 años. En todos los países excepto el Chad, los

CUADRO 4. Entre las mujeres nunca casadas de 15–19 años, porcentaje de la población en general y de las de los quintiles más pobres y los más ricos que tenían experiencia sexual, y medidas de la diferencia entre los quintiles más pobres y más ricos, por país

Región y país	Población en general	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón pobre-rico	Diferencia pobre-rico
África Subsahariana					
Chad	12,2	10,4†	20,2	0,5	–9,8
Guinea	26,4	20,5†	30,7	0,7	–10,2
Kenya	32,4	29,5	34,3	0,9	–4,8
Níger	4,0	3,8	4,2	0,9	–0,4
Nigeria	22,5	25,2†	16,8	1,5	8,4
Tanzania	34,9	26,8†	41,0	0,7	–14,2
América Latina					
Bolivia	8,6	10,9	9,7	1,1	1,2
Nicaragua	3,1	2,6	2,4	1,1	0,2

†La diferencia desde el quintil de las más ricas es estadísticamente significativa a $p < .10$.

porcentajes de mujeres que se casaron antes de cumplir esta edad fueron significativamente más elevados en el quintil más pobre que en el quintil más rico: en el quintil más pobre los porcentajes variaron desde el 42% en Turquía y Bolivia al 94% en Bangladesh, y en el quintil más rico oscilaron desde el 14% en Bolivia al 72% en Bangladesh. La razón de quintiles pobres-ricos en el indicador de matrimonio temprano fue superior a 2,0 en la mitad de los 12 países estudiados. Las diferencias fueron mucho más pequeñas en los países pobres del Asia Meridional (Bangladesh, India y Nepal) y en los países francófonos del África Subsahariana (el Chad, Guinea y Níger). En estos países, más del 80% de las mujeres jóvenes del quintil más pobre ya se habían casado a la edad exacta de los 18 años.

• **Procreación temprana.** En el Cuadro 3 se presentan los diferenciales en los porcentajes de mujeres de 20–24 años que a llegar a los 18 años, ya habían tenido por lo menos un hijo. En casi todos los países fueron significativamente más elevados los porcentajes de mujeres que habían dado a luz antes de los 18 años en el quintil más pobre que en el quintil más rico, excepto en el Chad, donde la diferencia fue sólo marginalmente significativa. Entre las mujeres más pobres, los porcentajes de las de 20–24 años que habían tenido un hijo antes de los 18 años variaron desde el 28% en Turquía al 74% en Bangladesh; entre las más ricas, estas proporciones oscilaron desde el 8% en Turquía al 47% en el Chad. La razón de quintiles pobres-ricos fue de 3,0 o superior en cuatro países (Turquía, Nigeria, Bolivia y Nicaragua). Los diferenciales correspondientes a la procreación temprana, como los relacionados al matrimonio temprano, fueron generalmente más estrechos en los países asiáticos y del África Subsahariana francófona, y fueron más elevados en países de mejor estándar económico que en los países más pobres (no indicado). No obstante, las razones de quintiles pobres-ricos en cuanto a la procreación temprana fueron más elevadas que las de matrimonio temprana

no en todos los países excepto Guinea, Kenya y Tanzania.

• **Nacimientos no planeados.** En el Cuadro 3 se indica el porcentaje de mujeres de 15–19 años que indicaron que su último nacimiento fue no planeado (es decir, deseado para algún tiempo posterior, o no deseado). En general, porcentajes sustanciales de adolescentes en Bangladesh, Nepal, Kenya, Bolivia y Nicaragua manifestaron que su último nacimiento no había sido planeado (28–57%). En ocho de los 12 países estudiados, el porcentaje de adolescentes cuyo último nacimiento era no planeado fue significativamente más elevado en el quintil más rico que en el más pobre; no se registraron diferencias estadísticamente significativas entre los quintiles socioeconómicos más pobres y los más ricos en Bangladesh, Turquía, Tanzania o Bolivia.

• **Experiencia sexual premarital.** Se dispuso de datos sobre la experiencia sexual entre las adolescentes que nunca se habían casado solamente en los países del África Subsahariana y de América Latina. Debido al tamaño relativamente pequeño de las muestras, el nivel de significancia estadística de este indicador se fijó en $p < .10$. En el Chad, Guinea y Tanzania, las adolescentes que nunca se habían casado del quintil más rico fueron significativamente más propensas que sus pares del quintil más pobre a indicar que habían tenido experiencia sexual (Cuadro 4). Solamente en Nigeria este porcentaje de mujeres que nunca se habían casado y que tenían experiencia sexual fue significativamente más elevado en el quintil más pobre que en el más rico. No hubo otras diferencias significativas entre los niveles de experiencia sexual identificadas entre los grupos socioeconómicos.

Uso de los servicios de salud y conocimiento del VIH/SIDA

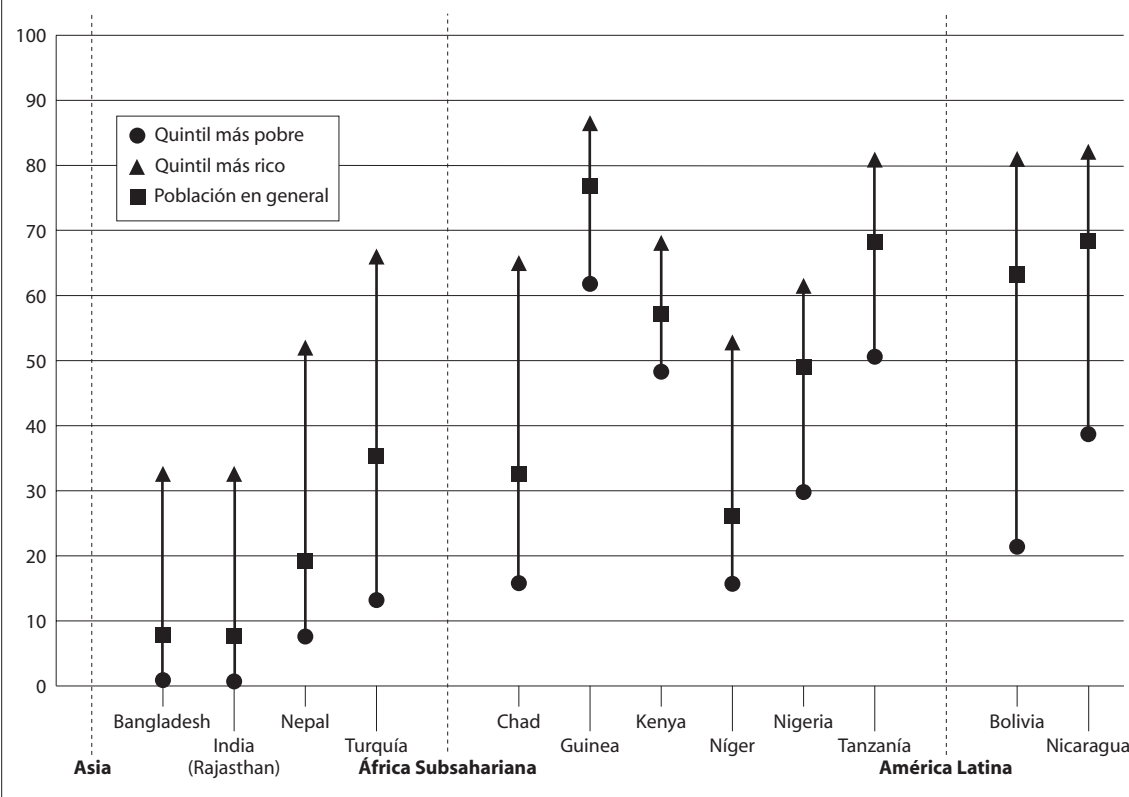
• **Uso de métodos anticonceptivos modernos.** En el Cuadro 5 se presentan los diferenciales en los porcentajes de mujeres con experiencia sexual, de 15–19 años (casadas y no casadas) que indicaron que usaban un método anticon-

CUADRO 5. Entre las mujeres de 15–19 años, porcentaje de las que estaban usando un método anticonceptivo moderno y porcentaje de los partos entre las encuestadas durante los 3–5 años previos que habían sido atendidos por personal especializado, en la población en general y en los quintiles más pobres y los más ricos, y razón de quintiles pobres-ricos, por país

Región y país	Usando un anticonceptivo				Usaron personal especializado del parto			
	Población en general	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón pobre-rico	Población en general	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón pobre-rico
Asia								
Bangladesh	30,2	23,0	41,3	0,6	10,8	3,4	36,8	0,1
India (Rajasthan)	2,9	0,7	1,5	0,5	40,7	23,5	83,1	0,3
Nepal	4,3	2,0	9,1	0,2	12,9	5,8	34,6	0,2
Turquía	15,4	5,6	39,1	0,1	80,6	53,9	98,8	0,5
África Subsahariana								
Chad	0,8	0,3	4,2	0,1	17,9	3,5	59,9	0,1
Guinea	4,9	2,0	11,4	0,2	43,3	20,3	85,5	0,2
Kenya	9,7	4,3	15,1	0,3	45,8	31,4	69,1	0,5
Níger	2,1	1,1	6,8	0,2	17,1	7,3	60,1	0,1
Nigeria	7,6	2,8	20,2	0,1	23,9	9,1	57,8	0,2
Tanzania	11,1	4,4	22,6	0,2	56,1	52,2	67,8	0,8
América Latina								
Bolivia	8,2	3,4	12,9	0,3	65,3	36,0	91,1	0,4
Nicaragua	29,8	19,4	28,7	0,7	68,4	37,3	89,7	0,4

Nota: La diferencia entre los quintiles más pobres y los más ricos es estadísticamente significativa a $p < .05$ para todos los países.

FIGURA 1. Entre las mujeres de 15–19 años, las diferencias de quintiles pobres-ricos en los niveles del conocimiento de por lo menos una manera de evitar el contagio sexual de VIH, por país



Nota: La diferencia entre los quintiles más pobres y los más ricos es estadísticamente significativa a $p < .05$ para todos los países.

ceptivo moderno en el momento en que se realizó la encuesta. La prevalencia promedio de uso de anticonceptivos modernos fue muy baja (1–15%) excepto en Bangladesh y Nicaragua, donde aproximadamente un tercio de las mujeres jóvenes indicaron que estaban usando un método moderno. Se notan diferencias significativas de prevalencia entre los grupos socioeconómicos en todos los países estudiados: el uso de anticonceptivos fue significativamente menos común entre las mujeres del quintil más

pobre que entre aquellas del grupo más rico, aunque dicho uso estuvo muy lejos de ser universal entre este último grupo. La razón de quintiles pobres-ricos varió desde 0,1 en Turquía, el Chad y Nigeria, a 0,7 en Nicaragua. Los diferenciales más elevados se presentaron en los países del África Subsahariana, donde el uso de anticonceptivos estuvo concentrado casi enteramente en los dos grupos más ricos (no indicado).

• **Uso de servicios de salud materna.** En el Cuadro 5 también se indica el porcentaje de nacimientos de mujeres de 15–19 años durante los 3–5 años previos a la encuesta que habían recibido atención por parte de un proveedor de atención médica (es decir, un médico, una enfermera o una partera). Si bien el porcentaje promedio de nacimientos que se beneficiaron con este tipo de atención especializada varió desde el 11% en Bangladesh al 81% en Turquía, hubo diferencias significativas entre los diferentes grupos socioeconómicos en cada uno de los países examinados. Las adolescentes de los hogares más pobres fueron significativamente menos propensas que sus pares de los hogares más ricos a recibir atención de parto especializada: el porcentaje de los partos entre las adolescentes del quintil más pobre que recibieron la atención especializada varió desde el 3% en Bangladesh al 54% en Turquía, en tanto que esta proporción en el quintil más rico varió desde el 35% en Nepal al 99% en Turquía. Las razones de quintiles pobres-ricos variaron desde 0,1 en Bangladesh, el Chad y Níger a

CUADRO 6. Entre las mujeres de 15–19 años que trabajaban para ganar en efectivo, porcentaje de la población en general y de las de los quintiles más pobres y los más ricos que indicaron que no tenían control sobre sus ingresos, y medidas de la diferencia entre los quintiles más pobres y más ricos, por país

Región y país	Población en general	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón pobre-rico	Diferencia pobre-rico
Asia					
Nepal	39,8	64,4*	16,0	4,0	48,4
Turquía	29,7	53,0*	16,7	3,2	36,3
África Subsahariana					
Chad	19,3	27,3*	2,5	10,9	24,8
Kenia	23,9	31,2*	16,0	2,0	15,2
Níger	22,2	26,2	27,1	1,0	-0,9
Nigeria	20,2	10,3*	25,1	0,4	-14,8
Tanzanía	20,4	15,7	14,8	1,1	0,9
América Latina					
Bolivia	9,9	9,7	7,2	1,3	2,5
Nicaragua	7,9	9,5*	3,2	3,0	6,3

*La diferencia desde el quintil de las más ricas es significativa a $p < .05$.

CUADRO 7. Entre las mujeres de 15–19 años, porcentaje de la población en general y de las de los quintiles más pobres y los más ricos que estaban matriculadas en la escuela y que estaban expuestas a los medios masivos por lo menos una vez a la semana, y razón de los quintiles pobres-ricos, por país

Región y país	Matriculadas en escuela				Expuestas a los medios			
	Población en general	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón pobre-rico	Población en general	Quintil más pobre	Quintil más rico	Razón pobre-rico
Asia								
Bangladesh	33,8	9,2	56,8	0,2	55,8	25,1	89,4	0,3
India (Rajasthan)	10,3	3,3	40,9	0,1	31,9	5,6	81,1	0,1
Nepal	25,0	9,8	53,3	0,2	38,1	17,4	72,6	0,2
Turquía	26,9	9,0	59,8	0,2	35,8	15,7	68,8	0,2
África Subsahariana								
Chad	13,1	3,2	33,5	0,1	24,7	4,3	79,4	0,1
Guinea	nd	nd	nd	nd	47,7	14,8	91,4	0,2
Kenya	30,5	27,4	27,0	1,0	70,0	38,8	93,6	0,4
Níger	47,6	14,9	73,1	0,2	60,0	39,3	89,1	0,4
Nigeria	49,6	17,3	72,0	0,2	59,9	23,2	95,5	0,2
Tanzanía	9,7	7,5	16,9	0,4	27,6	6,5	49,4	0,1
América Latina								
Bolivia	63,8	28,8	79,3	0,4	93,2	72,4	99,8	0,7
Nicaragua	40,9	10,8	67,8	0,2	92,0	67,5	99,5	0,7

Notas: La diferencia entre los quintiles de las más pobres y las más ricas con respecto a la matrícula escolar es estadísticamente significativa a $p < ,05$ para todos los países excepto Kenya. La diferencia entre los quintiles de las más pobres y las más ricas con respecto a la exposición a los medios es estadísticamente significativa a $p < ,05$ para todos los países. nd = no disponible.

0,8 en Tanzania, y la diferencia absoluta entre los partos atendidos de las adolescentes pobres y ricas varió desde unos 16 puntos porcentuales en Tanzania a 65 puntos porcentuales en Guinea (no indicado).

• **Conocimiento de formas de prevención del VIH.** En la Figura 1 se presentan los diferenciales en los porcentajes de las mujeres de 15–19 años quienes, al responder a una pregunta abierta, mencionaron por lo menos una de las siguientes maneras para evitar el contagio sexual del VIH: abstención sexual, uso del condón, tener una sola pareja sexual, evitar las relaciones sexuales con prostitutas, y evitar relaciones homosexuales. Como en el caso de los anti-conceptivos modernos y de los servicios de salud materna, las mujeres más pobres en los 12 países examinados fueron significativamente menos propensas a conocer maneras de prevenir el contagio del VIH que sus pares que pertenecían a hogares más ricos. La razón de quintiles pobres-ricos varió desde 0,02 en la India a 0,7 en Guinea (no indicado).

Autonomía económica

En cinco de los nueve países examinados (no se dispuso de datos correspondientes a Bangladesh y Guinea, y el tamaño de la muestra de la India fue demasiado pequeño para ofrecer estimaciones confiables), entre las mujeres de 15–19 años que trabajaban para ganar en efectivo, las del quintil más pobre fueron significativamente más propensas que las del quintil más rico a indicar que no tenían el poder de decisión de cómo gastar el dinero. En contraste, en Nigeria un porcentaje significativamente menor de adolescentes del quintil más pobre que del más rico manifestaron que no tenían ningún control sobre sus ingresos. No se detectaron diferencias significativas entre el quintil más pobre y el más rico en Níger, Tanzania o Bolivia (Cuadro 6).

Registro escolar

En el momento en que fueron encuestadas, solamente el 10% de las mujeres de 15–19 años de Tanzania y la India estaban matriculadas en la escuela, en tanto que casi el 64% de las jóvenes de Bolivia asistían a la escuela (Cuadro 7). En todos los países excepto Kenya, las adolescentes en el quintil más pobre fueron significativamente menos propensas a estar matriculadas en la escuela que sus pares ricas. La razón de quintiles pobres-ricos varió desde 0,1 en la India y el Chad a 1,0 en Kenya.

Exposición a los medios masivos

En el Cuadro 7 también se indican los porcentajes de las mujeres de 15–19 años que estuvieron expuestas a uno o más tipos de medios masivos (TV, radio o periódicos) por lo menos una vez a la semana. En todos los países excepto Kenya, Níger, Bolivia y Nicaragua, no más de la cuarta parte de las mujeres jóvenes en el quintil más pobre estuvieron regularmente expuestas a los medios. A la inversa, más del 80% de las mujeres jóvenes del quintil más rico estaban expuestas regularmente a los medios, excepto en Nepal, Turquía, el Chad y Tanzania. En todos los países examinados, las adolescentes en el quintil más pobre eran significativamente menos propensas a indicar que estaban expuestas regularmente a los medios que aquellas del quintil más rico.

DISCUSIÓN

Este estudio exploratorio presenta solamente en forma descriptiva los resultados, y por lo tanto, no examina las causas de los diferenciales observados dentro de los países y entre los países; se pueden explicar dichos diferenciales, en parte, debido a las variaciones de las normas sociales, las disparidades con respecto a la situación de la mujer en

los diferentes grupos socioeconómicos, y los costos al cliente de los servicios de salud. Además, los quintiles de riqueza en cada uno de los 12 países incluidos en el estudio pueden representar unos niveles diferentes de riqueza de verdad: por ejemplo, el quintil más pobre en un país determinado puede ocupar un nivel de riqueza más elevado que el quintil más pobre de otro país. Si bien se observaron diferencias significativas entre los quintiles en los 12 países, el contexto de la condición socioeconómica de las adolescentes puede variar entre un país y otro.

Los datos de casi todos los países revelan grandes diferencias socioeconómicas en los resultados de salud reproductiva y utilización de los servicios. Las mujeres de los hogares más pobres eran menos propensas que las adolescentes de los hogares más ricos a estar inscritas en la escuela, a utilizar métodos anticonceptivos modernos, a dar a luz con un especialista presente, y a conocer por lo menos una forma para evitar el contagio sexual del VIH; eran más propensas a haberse casado antes de cumplir los 18 años y a tener un hijo antes a esa edad. Estos resultados sugieren que las mujeres jóvenes de los hogares pobres y ricos pueden ser observadas como dos grupos diferentes o dos segmentos del mercado que varían con respecto al contexto de salud reproductiva y acceso a la información y a los servicios.

Las razones de quintiles pobres-ricos relacionadas con los resultados de la salud reproductiva fueron más pequeñas en las regiones más pobres del mundo en desarrollo (el Asia Meridional y el África Subsahariana francófono) que en los países relativamente ricos, principalmente debido a que los porcentajes de mujeres ricas con resultados de salud negativos fueron más elevados en los países muy pobres que en los otros países del mundo en desarrollo. Sin embargo, los diferenciales entre quintiles pobres y ricos en cuanto al uso de los servicios de salud materna tienden a ser más grandes en los países más pobres. Esto sugiere que los diferenciales socioeconómicos entre los países más pobres se ampliarán a través del tiempo—a medida que los resultados de salud en los quintiles ricos mejoren con un mayor uso de los servicios—al menos que se realicen esfuerzos para lograr un aumento comparable entre los segmentos más pobres de la población.

Las diferencias significativas entre grupos socioeconómicos observadas en el uso de servicios de salud reproductiva por parte de las jóvenes sugiere que los actuales enfoques programáticos en estos 12 países no han tenido éxito en llegar al sector de las jóvenes más pobres, en satisfacer sus necesidades específicas o en abordar los obstáculos sociales, culturales y económicos que éstas enfrentan para el uso de servicios de salud. Para que los programas sean efectivos, su contenido y estrategias de prestación de servicios deben ser concebidos tomando en cuenta el contexto socioeconómico. Con frecuencia las mujeres pobres son analfabetas, desempleadas, residen en zonas rurales y están fuera de las redes sociales; por lo tanto, es más difícil llegar a ellas y prestarles servicios que llegar a otras mujeres jóvenes que tienen acceso a los medios de comunicación, clínicas o escuelas.

Además, las jóvenes pobres son más propensas que las ricas a estar casadas y a carecer de autonomía económica, y pueden ser menos proclives a reunirse en lugares fijos, tales como escuelas o centros juveniles. Como sugieren los datos de Bangladesh e India, es probable que las mujeres casadas en el Asia Meridional sean controladas por sus maridos o por las familias de sus cónyuges, y que tengan poca movilidad fuera del hogar y poco poder para tomar decisiones, incluso acerca de su propia salud.⁷ En consecuencia, las estrategias formuladas con base en la clínica o con grupos de pares quizá no son una forma eficaz para llegar a las mujeres desaventajadas en estas áreas; preferiblemente, los servicios adecuados para los segmentos más pobres de la población deben incluir proyectos de alcance basados en la comunidad que centren la atención en grupos específicos de mujeres jóvenes pobres y de regiones particulares.

Los programas basados en la comunidad les prestan servicios a las personas en su lugar de residencia, y generalmente están preparados de forma de lograr la participación de los jóvenes, los padres y los líderes políticos y religiosos, un enfoque que con frecuencia reduce la oposición a servicios beneficiosos para la juventud. Las organizaciones con base en la comunidad han desempeñado un importante papel al movilizar esfuerzos a nivel local y al servir a los pobres, incluidos los adolescentes pobres. Los programas de desarrollo de los jóvenes que, además de proveer información y servicios de salud reproductiva, abordan una amplia gama de necesidades (por ejemplo, aptitudes para la vida, alfabetismo, capacitación vocacional, y actividades para el sustento) han tenido más éxito en llegar a los jóvenes que otros tipos de programas. Por ejemplo, el proyecto *Better Life Options* (Mejores Opciones para la Vida) en India tuvo éxito al potenciar a mujeres jóvenes a través de clases de alfabetización y vínculos a cursos de educación formal y capacitación vocacional.⁸ Las participantes lograron mejores resultados en cuestiones de salud reproductiva que sus pares que no participaron en el programa: se casaron a una fecha posterior, tuvieron menos hijos, ganaron un sueldo, y lograron tener una mayor autoconfianza en sí mismas.

Se puede atribuir las diferencias socioeconómicas en el nivel de conocimiento con respecto a la prevención del VIH en parte a la dependencia de los programas actuales de los medios de información, los cuales son menos accesibles para las mujeres pobres. Esto indica que existe una necesidad de contar con programas especiales sobre el VIH/SIDA que utilicen estrategias alternativas para llegar a las jóvenes pobres. Una estrategia eficaz puede ser implantar programas de alcance comunitario, como hizo un proyecto en Brasil que fijó explícitamente como objetivo a las adolescentes desaventajadas, concentrándose en las áreas residenciales más pobres.⁹ En Mumbai, India, tuvo éxito un programa especial para trabajadoras del sexo al lograr que mejoraran su conocimiento y disminuyera la propagación del VIH/SIDA entre un grupo particularmente pobre y socialmente marginado de mujeres jóvenes (el 80% de las participantes tenían entre 12 y 25 años).¹⁰

Los hallazgos sobre el uso de anticonceptivos y los na-

cimientos no planeados pueden reflejar, entre otros factores sociales y económicos, una mayor aceptación de la procreación prematura entre las adolescentes más pobres que entre las jóvenes pertenecientes a hogares más adinerados. Las barreras culturales y psicológicas de las comunidades pueden obstaculizar a las mujeres jóvenes—especialmente a aquellas muy pobres—a usar los servicios de salud reproductiva de las clínicas aun cuando estén disponibles. Por lo tanto, los programas que están dirigidos a las adolescentes pobres no solamente deben trabajar para mejorar el acceso de estas jóvenes a dichos servicios; también deben abordar el tema de las normas sociales que fomentan la procreación prematura y que pueden desalentar a las jóvenes pobres que usen métodos anticonceptivos.

Los bajos niveles del uso de servicios de atención materna y del conocimiento de métodos para prevenir el contagio del VIH identificados en los quintiles más pobres—a pesar de la elevada necesidad que existe entre esas adolescentes—sugieren que la “ley de cuidados inversos,” propuesta por primera vez por Hart en 1971, aún existe en los países en desarrollo.^{*11} Los programas a nivel nacional que utilizan el contenido estandarizado y uniforme de modalidades de prestación de servicios (por ejemplo, programas nacionales de maternidad segura) con frecuencia no toman en cuenta las diferencias según el nivel de riqueza en los contextos socioculturales que afectan la posibilidad de las jóvenes para obtener servicios de salud. Los enfoques con base en las clínicas de prestación de servicios anticonceptivos no han igualado el uso de métodos anticonceptivos entre los diferentes grupos socioeconómicos; las mujeres pobres aún se encuentran muy atrasadas en comparación con sus pares más pudientes, en parte porque tienen menos dinero a su disposición con el cual podrían pagar por la atención y también porque pueden encontrar barreras geográficas para llegar a los sitios donde están ubicadas las clínicas. Además, como se ha indicado en numerosos estudios,¹² las adolescentes pobres pueden enfrentar actitudes poco amistosas por parte de los proveedores debido a la disparidad social que existe entre las pacientes pobres y los profesionales médicos. Estrategias alternativas de prestación de servicios que han sido implementadas en Bangladesh,¹³ tales como el uso de mujeres asistentes de planificación familiar y los servicios de distribución comunitaria de anticonceptivos para jóvenes recién casados, pueden explicar los niveles relativamente elevados de uso de anticonceptivos en este país, aun entre las mujeres más pobres. La entrega de los servicios a jóvenes desaventajadas puede requerir de proyectos de alcance con base en la comunidad que son más costosos que los enfoques y prácticas tradicionales, los cuales pueden no estar justificados por análisis convencionales de costo-beneficio.

Los resultados de este estudio también tienen un impacto

*La “ley de cuidados inversos” establece que la atención médica adecuada tiende a estar menos disponible cuanto más se la necesita en una población determinada. La teoría se basa en un estudio sobre asignación de recursos para servicios de salud que se llevó a cabo en Gales, Inglaterra, casi 30 años antes que las políticas gubernamentales comenzaran a abordar la situación (véase la referencia 11).

con respecto a la evaluación de los programas. En general, los programas son evaluados en términos de su efecto sobre los indicadores agregados en la población. Por ejemplo, una evaluación de un programa de planificación familiar podría indicar un aumento del 3% en el uso de anticonceptivos durante un período de dos años; sin embargo, todo el cambio en el indicador agregado se puede deber al mejor uso realizado entre los grupos ricos. La evaluación de un programa de los medios masivos puede indicar que sus mensajes sobre la postergación del matrimonio llegaron hasta a casi la mitad de la población, aunque los mensajes en realidad hayan llegado únicamente a los segmentos de la población con mejores ingresos. Las evaluaciones futuras de los programas de salud dirigidos a las adolescentes deberán desglosar por la condición socioeconómica de las jóvenes, o concentrar la atención en los grupos a quienes está específicamente dirigido el programa.

Si bien los datos presentan una tendencia que indica que están mejorando las perspectivas de salud y de educación de las jóvenes,¹⁴ la distribución de este progreso entre los diferentes grupos socioeconómicos debe ser examinada. La distribución desigual de los beneficios del desarrollo y el acceso inequitativo a los diversos servicios de salud pueden conducir a que se produzcan brechas aún más grandes con respecto a la salud reproductiva y las necesidades de servicios conexos entre las adolescentes ricas y pobres; el riesgo de una mayor “polarización epidemiológica” tiene claras consecuencias para los sistemas de salud, los cuales deben procurar abordar el problema de las necesidades específicas de salud de las jóvenes de diferentes estratos socioeconómicos.

REFERENCIAS

1. Population Reference Bureau (PRB), *The World's Youth 2000*, Washington, DC: PRB, 2000.
2. Ibid.
3. Singh S et al., Diferencias según sexo en el momento de la primera relación sexual: datos de 14 países, *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 2000, 14–22; Speizer IS, Mullen SA y Amégee K, Gender differences in adult perspectives on adolescent reproductive behaviors: evidence from Lomé, Togo, *International Family Planning Perspectives*, 2001, 27(4):178–185; y Mahy M y Gupta N, *Trends and Differentials in Adolescent Reproductive Behavior in Sub-Saharan Africa*, DHS Analytical Studies, Calverton, MD, EE.UU.: ORC Macro, 2002, No. 3.
4. Johns Hopkins University Center for Communications Programs (JHU/CCP), *Reaching young people worldwide: reproductive health communication activities to date, 1985–1995*, Working Paper, Baltimore, MD, EE.UU.: JHU/CCP, 1995, No. 2.
5. Filmer D y Pritchett L, Estimating wealth effects without expenditure data—or tears: an application to educational enrollments in states of India, *World Bank Policy Research Working Paper*, Washington, DC: Development Economics Research Group, Banco Mundial, 1998, No. 1994.
6. Gwatkin D et al., *Socioeconomic differences in health, nutrition and population*, Health, Nutrition and Population Discussion Paper, Washington, DC: Banco Mundial, 2000.
7. National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates y ORC Macro, *Bangladesh Demographic and Health Survey, 1999–2000*, Dhaka, Bangladesh, y Calverton, MD, EE.UU.: NIPORT, Mitra and Associates y ORC Macro, 2001; e International Institute for Population Sciences (IIPS) y ORC Macro, *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998–99: India*, Mumbai, India: IIPS, 2000.

8. Levitt-Dayal M et al., Adolescent girls in India choose a better future: an impact assessment, en: Bott S et al., eds., *Adolescent Sexual and Reproductive Health: Evidence and Program Implications for South Africa*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
9. Raffaelli M et al., Sexual practices and attitudes of street youth in Belo Horizonte, Brazil, *Social Science & Medicine*, 1993, 37(5):661-670.
10. Bhawe G et al., Impact of an intervention on HIV, sexually transmitted diseases and condom use among sex workers in Bombay, India, *AIDS*, 1995, 9(Suppl.1):S21-S30.
11. Hart JT, The inverse care law, *Lancet*, 1971, 1(7696):405-412.
12. Khan ME, Gupta RB y Patel BC, Quality and coverage of family planning services in Uttar Pradesh: client perspectives, en: Koenig MA y Khan ME, eds., *Quality of Care Within the Indian Family Planning Program*, Nueva York: Population Council, 1999; Schuler SR y Hossain Z, Family planning clinics through women's eyes and voices: a case study from rural Bangladesh, *Studies in Family Planning*, 1998, 24(4):170-175 & 205; Huntington D y Schuler SR, The simulated client method: evaluating client-provider interactions in family planning clinics, *Studies in Family Planning*, 1993, 24(3):187-193; y Schuler SR et al., Barriers to effective family planning in Nepal, *Studies in Family Planning*, 1985, 19(1): 29-38.
13. Barkat A et al., The RSDP/Pathfinder Bangladesh newlywed strategy: results of an assessment, Washington, DC: FOCUS on Young Adults, 1999.
14. PRB, 2000, op. cit. (véase referencia 1).

Para comunicarse con la autora: manju_rani@yahoo.com