

Proteger las mujeres adolescentes contra la infección del VIH/SIDA: el caso contra el matrimonio a temprana edad

CONTEXTO: En gran número de los países en desarrollo, la mayoría de las adolescentes sexualmente activas están casadas. Aunque con frecuencia se asume que las adolescentes casadas tienen poco riesgo de contraer la infección por VIH, se conoce muy poco acerca de los verdaderos riesgos que corren estas adolescentes o sobre las formas de minimizar estos riesgos.

MÉTODOS: Se usaron datos recopilados por las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en 29 países de África y América Latina para examinar los factores que pueden incrementar el riesgo que tienen las mujeres casadas de 15–19 años de contraer la infección por VIH.

RESULTADOS: Varios factores sociales y de comportamiento pueden incrementar la vulnerabilidad de las adolescentes casadas ante la infección por VIH. En primer lugar, estas jóvenes tienen relaciones sexuales frecuentes y sin protección: en la mayoría de los países, más del 80% de las adolescentes que habían tenido relaciones sexuales sin protección durante la semana anterior estaban casadas. Segundo, las mujeres que contraen matrimonio siendo muy jóvenes tienden a casarse con hombres mayores (promedios de diferencia de edad, 5–14 años) y, en las sociedades poligámicas, con frecuencia estas jóvenes son las esposas secundarias; ambos son factores que pueden incrementar las probabilidades de que los esposos estén infectados y pueden debilitar el poder de negociación de la mujer dentro del matrimonio. Tercero, las adolescentes casadas tienen relativamente poco acceso a la educación y a las fuentes de información sobre el VIH. Finalmente, las estrategias más comunes de protección contra el SIDA (abstinencia, uso del condón) no son opciones realistas para muchas de estas adolescentes casadas.

CONCLUSIÓN: Es necesario contar con nuevas políticas e intervenciones, especialmente dirigidas a los perfiles sexuales y del comportamiento de las mujeres en cada país, para abordar las vulnerabilidades de las esposas adolescentes. En algunos países, postergar la edad para casarse puede ser una importante estrategia; en otros, puede resultar más valioso lograr que las relaciones sexuales dentro del matrimonio sean más seguras.

Publicado originalmente en inglés en International Family Planning Perspectives, 2006, 32(2):79–88

Por Shelley Clark,
Judith Bruce y
Annie Dude

En el momento en que se escribió este artículo, Shelley Clark era profesora asistente en la Harris Graduate School of Public Policy, University of Chicago, Chicago, IL, EEUU. Judith Bruce es directora de familia, género y desarrollo, Population Council, Nueva York. Annie Dude es una estudiante de doctorado en la Harris Graduate School of Public Policy.

Durante la década pasada, dos importantes tendencias demográficas en los países en desarrollo han recibido considerable atención: el tamaño sin precedentes del actual grupo de adolescentes y el continuo aumento del porcentaje de mujeres infectadas por el VIH.¹ Gran parte de la aceleración en la propagación de la infección por VIH entre las mujeres ha ocurrido en las adolescentes. En algunas regiones del mundo, particularmente en el África Subsahariana, la prevalencia del VIH entre las mujeres de 15–24 años es de dos a ocho veces superior a la de los hombres del mismo grupo de edad.² Como respuesta ante esta situación, de manera creciente los responsables de formular políticas han intentado abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes, en particular las de las mujeres adolescentes. No obstante, es sorprendente que la mayoría de las políticas y programas implantados presen poca atención al elevado porcentaje de mujeres adolescentes que están casadas.

El matrimonio a temprana edad continúa siendo una práctica común en muchas partes del mundo en desarrollo.³ Casi un tercio de las más de 330 millones de niñas y mujeres jó-

venes, de 10–19 años de edad, que actualmente viven en países en desarrollo (excluida la China), estaban o estarán casadas al llegar a los 18 años de edad.⁴ En la mayoría de estos países, la mayor parte de la actividad sexual de las mujeres adolescentes ocurre dentro del matrimonio.⁵

Si bien el riesgo del contagio de la infección por VIH entre los cónyuges bajo ciertas condiciones es extremadamente bajo—específicamente, cuando ambos miembros de la pareja no están infectados en el momento de contraer matrimonio y luego tienen relaciones sexuales solamente entre ellos—con frecuencia no se cumplen estas condiciones. Cuando se violan estas condiciones, y esto es frecuente en el caso de las mujeres que se casan a muy temprana edad, el coito con un esposo es riesgoso. De hecho, en algunos países, las adolescentes casadas presentan tasas más elevadas de infección por VIH que sus pares no casadas y sexualmente activas.⁶ En consecuencia, las mujeres adolescentes casadas no sólo representan una proporción importante de los adolescentes en riesgo de contraer la infección por VIH a través del coito heterosexual, sino que son también un grupo que tiene altas tasas de infección

CUADRO 1. Porcentaje de mujeres de 20–24 años en África y América Latina y el Caribe que se casaron siendo adolescentes, por edad y país

País	Año de la encuesta	% que se han casado		
		Antes de los 15	Antes de los 18	Antes de los 20
África Austral y Oriental				
Etiopía	2000	19.1	49.1	64.7
Kenya	2003	5.6	37.8	70.8
Malawi	2000	10.2	46.9	72.9
Mozambique	2003	18.4	55.9	74.9
Namibia	2000	8.3	34.3	58.3
Rwanda	2000	2.1	19.5	41.6
Sudáfrica	1998	1.1	7.9	14.2
Tanzania	2003	4.3	22.1	39.2
Uganda	2001–2002	17.5	62.9	87.5
Zambia	2001–2002	7.8	42.1	63.3
Zimbabwe	1999	4.6	28.7	52.9
África Occidental				
Benin	2001	7.5	36.7	58.5
Burkina Faso	2003	6.2	62.2	90.2
Camerún	2004	16.5	47.2	64.0
Costa de Marfil	1998–1999	14.3	49.7	76.2
Gabón	2000	10.8	33.6	48.9
Ghana	2003	10.4	48.0	79.8
Guinea	1999	27.5	64.5	78.8
Mali	2001	24.5	65.4	80.9
Níger	1998	39.5	86.6	95.9
Nigeria	2003	30.0	67.6	86.8
Togo	1998	14.3	49.7	77.6
América Latina/Caribe				
Brasil	1996	4.4	23.7	38.8
Colombia	2000	4.1	21.4	37.1
Guatemala	1998–1999	9.3	34.3	55.4
Haití	2000	5.3	24.1	43.0
Nicaragua	2001	16.0	50.3	65.6
Perú	2003	2.6	17.0	27.9
Rep. Dominicana	2002	9.6	31.0	45.4

Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud correspondientes a los años indicados.

por VIH.

No obstante, muchos padres y encargados de formular políticas, y aun las propias mujeres jóvenes, continúan percibiendo el matrimonio como un refugio para protegerse del riesgo del VIH. Los padres en Malawi, por ejemplo, alientan a sus hijas a casarse a temprana edad para protegerse del VIH.⁷ Además, muchos mensajes internacionales y nacionales sobre protección del SIDA alientan a que los jóvenes practiquen la abstinencia antes del matrimonio; estos mensajes implican que el sexo dentro del matrimonio es

*Creamos dos variables adicionales utilizando las preguntas de las EDS sobre las intenciones de embarazo, la fecha de la última relación sexual y el uso del condón. Primero, codificamos a las mujeres jóvenes como aquellas que habían tenido “relaciones sexuales sin protección durante la última semana”, si durante los siete días previos habían tenido relaciones y su pareja no había usado un condón durante su último coito. En segundo lugar, clasificamos a las mujeres como “procuraban activamente quedar embarazadas” si indicaban que querían quedar embarazadas durante los próximos dos años.

†En la serie de EDS III, se les formuló a las mujeres en primer lugar una serie de preguntas sobre sus parejas actuales y su actividad sexual. Luego se les preguntó a las entrevistadas que tenían experiencia sexual, “¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual?” En la serie EDS+, a todas las mujeres se les preguntó “¿Cuántos años tenía usted cuando tuvo su primera relación sexual (si ha tenido)?” Se formularon preguntas sobre la actual conducta sexual y las parejas sexuales sólo si una entrevistada indicaba que ya había iniciado la actividad sexual.

más aceptado socialmente que el sexo antes del matrimonio y que, además, de alguna manera ofrece completa protección contra el VIH.

En este artículo, presentamos pruebas obtenidas con base en encuestas internacionales sobre cuatro aspectos importantes de la vida de las mujeres jóvenes. Estos datos cuestionan la creencia profundamente arraigada de que el matrimonio protege a las jóvenes del VIH. En primer lugar, para muchas adolescentes—en particular para las novias más jóvenes—el matrimonio en realidad les aumenta en gran medida su potencial de estar expuestas al virus, dado que el matrimonio resulta en la transición de la virginidad hacia las relaciones sexuales frecuentes y sin protección. Aun entre las adolescentes que ya son sexualmente activas, en general el matrimonio conlleva un aumento en la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección, especialmente cuando la pareja busca tener hijos. En segundo lugar, las parejas de las adolescentes casadas generalmente son hombres mayores de edad que los novios de las adolescentes no casadas; y debido a su mayor edad, dichos maridos son más proclives a ser VIH-positivos. Adicionalmente, en las sociedades poligámicas, las novias niñas y adolescentes son más proclives que las de mayor edad de ser una segunda o tercera esposa. En tercer lugar, las mujeres que se casan durante la adolescencia tienen menos educación formal y están menos expuestas a los medios de comunicación que sus pares no casadas, lo cual reduce en gran medida sus oportunidades de recibir información sobre el VIH/SIDA a través de estos medios y, por ende, socava su capacidad para negociar prácticas sexuales seguras. En cuarto lugar, además de estar implementados en lugares que son relativamente inaccesibles a las adolescentes casadas, los programas de alcance sobre el VIH con frecuencia están dirigidos a los adolescentes no casados y a otros grupos que son considerados de alto riesgo. A menudo estos programas promueven unas estrategias de protección que no son apropiadas para las adolescentes casadas o que les resulta de difícil implementación, tales como el uso de condones o la abstención de la actividad sexual.

DATOS Y MÉTODOS

Los datos utilizados en nuestro análisis fueron obtenidos en las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) realizadas desde 1996 hasta 2004, en 22 países africanos y siete países de América Latina y el Caribe. En cada país se entrevistó a una muestra representativa a nivel nacional de mujeres de 15–49 años de edad. Aunque la mayoría de las encuestas utilizaron la versión del cuestionario de la EDS+, también se utilizó la antigua versión (EDS III) en cinco países (Brasil, Costa de Marfil, Níger, Togo y Sudáfrica). Estos instrumentos incluyeron preguntas idénticas con relación a las características demográficas y socioeconómicas de las entrevistadas, estado civil, reciente actividad sexual, intenciones de embarazo y actual uso de métodos anticonceptivos.* Hubo diferencias sutiles entre la EDS III y la EDS+ con respecto a las preguntas sobre la edad que tenía la entrevistada cuando tuvo su primera relación sexual,[†] pero

estas diferencias tienen poco efecto sobre los informes sobre la actividad sexual actual.⁸

Nuestros análisis centran la atención en las dinámicas sexuales y sociales de las adolescentes de 15–19 años de edad. La mayoría de nuestros análisis se basan en los informes de la situación actual de las mujeres jóvenes casadas y las jóvenes no casadas y sexualmente activas dentro de este grupo de edad; en algunos análisis, utilizamos datos de una cohorte de mujeres de más edad para evitar el truncamiento de los datos de las adolescentes más jóvenes que aún no estaban casadas o que no habían completado su educación. Todos los datos fueron ponderados mediante el uso de la ponderación de la muestra probabilística suministrada por la EDS.

RESULTADOS

Tasas de matrimonio a temprana edad y estado serológico del VIH

En el África Subsahariana es común el matrimonio antes de cumplir los 20 años de edad (Cuadro 1, página 2). En todos los países africanos que estudiamos, con la notable excepción de Sudáfrica, por lo menos cuatro de cada 10 mujeres se casan antes de cumplir los 20 años. En América Latina y el Caribe, entre un cuarto y dos tercios de las mujeres jóvenes se casan durante su adolescencia. Algunos de los datos obtenidos a nivel nacional ocultan una variación considerable a nivel local; por ejemplo, los porcentajes de las mujeres jóvenes casadas antes de los 18 años, en la región de Amhara, Etiopía (80%; datos no indicados) y en Kayes, Mali (83%), son sustancialmente más elevados que las tasas nacionales de los países mencionados (49% y 65%, respectivamente).

Se desconoce el estado serológico del VIH de la mayoría de las adolescentes de África y América Latina, aunque varios estudios sugieren que la prevalencia del VIH entre las mujeres adolescentes casadas es relativamente elevada. En algunas zonas urbanas de Kenya y Zambia, por ejemplo, la prevalencia de la infección por VIH entre las adolescentes casadas es del 33% y 27%, respectivamente; en cambio, la prevalencia entre las mujeres no casadas sexualmente activas en estas mismas áreas es del 22% y 17%.⁹ Las muestras representativas a nivel nacional revelan tendencias similares, aunque con tasas de infección más bajas. Por ejemplo, datos recientes de las EDS señalan que la prevalencia de la infección por VIH es mayor entre las adolescentes casadas de 15–19 años que entre sus pares no casadas sexualmente activas en países tales como Kenya (6.6% contra 2.5%), Tanzania (3.1% contra 2.5%) y Camerún (3.9% contra 2.0%), aunque estas diferencias son estadísticamente significativas sólo en Kenya.

Actividad sexual e intenciones de embarazo

En el Cuadro 2 se examina la asociación entre el estado civil y la reciente relación sexual sin protección entre las adolescentes de 15–19 años. En todos los países, excepto Sudáfrica y Namibia, más de la mitad de las adolescentes que habían tenido una relación sexual sin protección (es decir, coito sin condón) durante la semana anterior estaban ca-

CUADRO 2. Porcentaje de mujeres adolescentes de 15–19 años que estaban casadas (entre todas las mujeres y entre las que habían tenido relaciones sexuales no protegidas en la última semana) y porcentaje que indicaron haber tenido relaciones sexuales sin protección la semana previa, según la actividad sexual y estado civil—todo por país

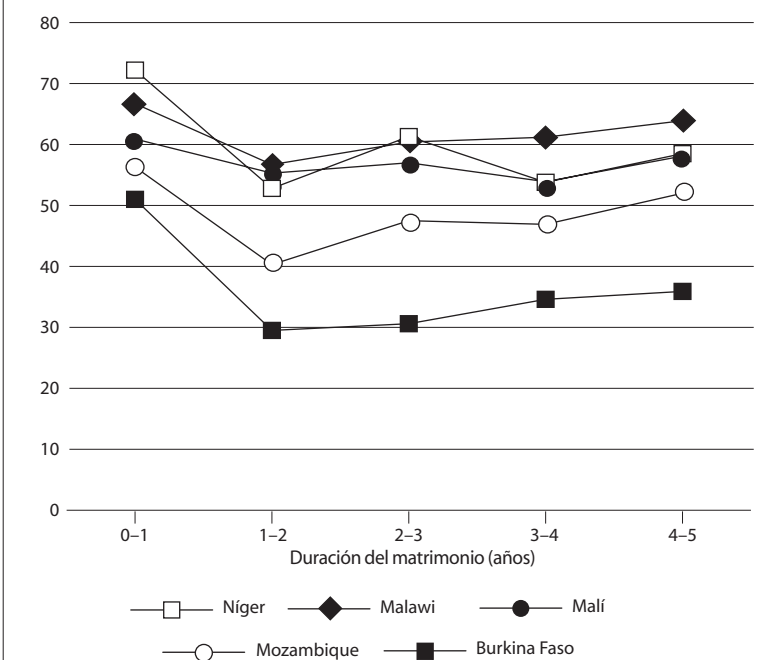
País	% que estaban casadas		% que tuvieron relaciones sin protección		
	Entre todas	Entre las que tuvieron relaciones sin protección	Casadas	Todas no casadas†	No casadas y sexualmente activas†
África Austral y Oriental					
Etiopía	24.9	97.9	73.6	0.5	25.9
Kenya	18.4	90.5	60.7	1.4	5.2
Malawi	34.0	92.6	63.1	2.6	8.0
Mozambique	40.2	72.5	50.2	12.8	24.2
Namibia	5.0	42.2	39.2	2.8	6.3
Rwanda	6.6	97.2	88.5	0.2	2.6
Sudáfrica	3.3	12.6	33.6	7.9	18.4
Tanzania	12.4	68.0	68.6	4.6	12.5
Uganda	29.9	93.7	75.6	2.2	7.5
Zambia	24.9	81.7	54.9	4.1	9.8
Zimbabwe	21.9	94.7	63.9	1.0	7.9
África Occidental					
Benin	23.4	68.1	36.2	5.2	12.4
Burkina Faso	31.8	90.0	45.2	2.4	9.9
Camerún	31.6	90.1	45.8	2.3	7.1
Costa de Marfil	24.3	56.0	48.8	10.4	20.0
Gabón	18.9	53.2	48.3	9.9	16.1
Ghana	12.2	63.6	34.3	2.7	9.2
Guinea	44.6	84.0	39.7	6.1	23.1
Mali	47.2	89.6	54.7	5.7	19.0
Niger	61.2	99.4	58.3	0.6	14.3
Nigeria	32.3	93.4	73.2	2.5	9.2
Togo	19.3	51.6	70.6	6.9	14.2
América Latina/Caribe					
Brasil	14.2	71.7	77.1	5.1	26.3
Colombia	14.9	77.6	75.6	3.8	14.0
Guatemala	24.3	100.0	55.8	0.0	0.0
Haití	16.6	82.6	27.8	1.2	6.3
Nicaragua	24.3	97.3	70.8	0.6	9.8
Perú	9.9	82.9	59.5	1.4	10.4
Rep. Dominicana	24.1	93.5	75.2	1.3	14.9

†Excluye a las adolescentes anteriormente casadas. Nota: En todos los 29 países, el porcentaje de entrevistadas casadas que habían tenido relaciones sexuales sin protección la semana anterior fue significativamente superior al porcentaje de las entrevistadas no casadas sexualmente activas que también lo habían hecho ($p < .001$ en todos los países excepto Sudáfrica, donde $p < .01$).

sadas; en 18 de los 29 países, más del 80% estaban casadas. Estos resultados reflejan tanto una menor frecuencia de la actividad sexual como un mayor uso del condón entre las adolescentes no casadas que entre las casadas. Si las adolescentes no casadas son más renuentes que sus pares casadas a indicar que están sexualmente activas, que tienen relaciones con frecuencia y sin un condón, resulta que nuestros datos entonces pueden sobrestimar la proporción de la actividad sexual sin protección que tiene lugar dentro del matrimonio; no obstante, estos datos sugieren que en estos entornos culturales que son tremendamente diversos, el matrimonio continúa siendo el principal contexto en el que las adolescentes tienen relaciones sexuales.

En el Cuadro 2 también se presentan los porcentajes de mujeres casadas, las no casadas, y las jóvenes no casadas sexualmente activas que habían tenido relaciones sexuales sin protección durante la semana previa. Ese porcentaje es muchísimo más elevado entre las adolescentes casadas que entre las no casadas. Aun cuando el grupo de las

GRÁFICO 1. Para ciertos países africanos, porcentaje de adolescentes casadas de 15–19 años de edad que habían tenido relaciones sexuales sin protección la semana anterior, según la duración de su matrimonio



entrevistadas no casadas se restringió únicamente a aquellas sexualmente activas, el porcentaje de adolescentes que recién habían tenido relaciones sexuales sin protección fue significativamente más elevado entre las que estaban casadas que entre las que no lo estaban.

Para muchas esposas adolescentes, el primer año de matrimonio—cuando las parejas a menudo están tratando de concebir su primer hijo—puede ser el período de mayor actividad sexual de toda su vida. En el Gráfico 1 se indica la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección, según la duración del matrimonio, entre las mujeres que contrajeron matrimonio antes de los 20 años en Burkina Faso, Malawi, Malí, Mozambique y Níger; éstos son los cinco países subsaharianos que presentan los porcentajes más elevados de mujeres casadas de 18 y menos años de edad. (Se pueden solicitar de la autora los datos correspondientes a todos los 29 países). En muchos países africanos, incluidos la mayoría de los que figuran en el Gráfico 1, el porcentaje de esposas adolescentes que habían tenido relaciones sexuales sin protección durante la semana anterior disminuyó en 10–20 puntos porcentuales entre el primero y el segundo año de matrimonio. Una gran parte de esta disminución podría atribuirse a que estas mujeres quedaron embarazadas o que dieron a luz a su primer hijo.

Las diferencias de intenciones de embarazo* pueden explicar en parte las diferencias de la frecuencia de las rela-

*Los deseos de embarazo son determinados según la respuesta de la mujer a la siguiente pregunta, “¿Desearía tener un hijo en los próximos dos años?” Observamos que las respuestas afirmativas a esta pregunta podían reflejar las expectativas o deseos de embarazo de la mujer, del hombre o de sus familiares.

†Este promedio es a nivel de país y no a nivel individual.

ciones sexuales sin protección entre las adolescentes casadas y las no casadas. Para investigar este aspecto, examinamos el porcentaje de adolescentes que recién habían tenido relaciones sexuales sin protección según sus intenciones de embarazo y su estado civil (Cuadro 3, página 5). Si bien la intención de quedar embarazada fue más común entre las adolescentes casadas que entre aquellas que no lo estaban pero que eran sexualmente activas, este dato no explica totalmente las diferencias de la frecuencia de las relaciones sexuales no protegidas: en casi todos los países, las adolescentes casadas fueron significativamente más proclives que las adolescentes no casadas y sexualmente activas a haber tenido relaciones no protegidas durante la semana previa, fueren cuales fueren sus intenciones de embarazo. Estas diferencias fueron generalmente mayores entre las mujeres que no deseaban quedar embarazadas, en particular en el sur y en el este de África y en América Latina; sin embargo aun entre aquellas que procuraban activamente quedar embarazadas durante los próximos dos años, en promedio, las adolescentes casadas eran cerca de tres veces[†] tan proclives como las adolescentes no casadas a haber tenido relaciones sexuales sin protección durante la semana anterior (datos no indicados).

Características de las parejas sexuales

Una razón por la cual generalmente se considera que las adolescentes casadas tienen menor riesgo que las no casadas de contraer una infección por VIH es porque se cree que las casadas tienen menos parejas sexuales. Sin embargo, contrario a lo esperado, en la mayoría de los países el número promedio de parejas sexuales indicado por las adolescentes casadas excede el promedio indicado por las no casadas con experiencia sexual (Cuadro 4, página 6). No obstante, hubo variaciones considerables dentro de los países con respecto al número de parejas sexuales que indicaron las adolescentes no casadas con experiencia sexual; la mayoría señaló que durante el año previo habían tenido una pareja sexual, aunque la cuarta parte estaba practicando la “abstinencia secundaria” (es decir, no habían tenido relaciones sexuales durante más de un año), y un pequeño pero potencialmente muy importante porcentaje indicó que habían tenido dos o más parejas sexuales.

Este último subgrupo de mujeres jóvenes no casadas puede estar en considerable riesgo, según sugiere un estudio reciente que indicó que tener parejas múltiples, en particular en forma concomitante, está sólidamente relacionado con la infección por VIH.¹⁰ En todos los países con datos disponibles, excepto Kenya y Namibia, las adolescentes no casadas eran más proclives que sus pares casadas a indicar que durante el año anterior habían tenido dos o más parejas sexuales; el porcentaje de entrevistadas no casadas con parejas múltiples varió desde menos del 1% (Kenya) a casi el 19% (Etiopía).

A pesar de los porcentajes más bajos de adolescentes casadas con parejas múltiples, varios factores cuestionan la relativa “seguridad” de los maridos con relación a los novios.¹¹ En primer lugar, los maridos son, en promedio, ma-

yores que los novios. Segundo, los datos de las EDS indican que en la mayoría de los países, la brecha de edad entre los esposos es mayor cuando la mujer se ha casado antes de los 18 años de edad (Cuadro 5, página 7). Entre estas mujeres, el promedio de la diferencia de edad entre los cónyuges varía desde 4.7 años en Guatemala a 14.2 años en Guinea. La diferencia de edad fue generalmente reducida en un año o dos, si la mujer tenía 18 o más años al inicio de su matrimonio.

La poligamia es una costumbre muy difundida en la mayoría de los países del África Subsahariana: entre las cohortes recientes se reveló que el 25–43% de las mujeres casadas de 20–24 años de edad del África occidental, y aproximadamente 10–15% de las del África oriental y austral, se encontraban en matrimonios poligámicos.¹² Los datos de las EDS revelan que en todos los países del África Subsahariana, excepto Namibia y Sudáfrica (donde es poco común el matrimonio a temprana edad), las mujeres que se casaban antes de los 18 años eran más proclives que las que lo hicieron a más edad a tener maridos poligámicos (Cuadro 5); en muchos de estos países, la diferencia fue sustancial.

Acceso restringido a la educación y a la información

Además de diferir de sus pares no casadas con respecto a su conducta sexual y las características de la pareja, las mujeres jóvenes casadas también dedicaban menos tiempo a la escuela y estaban menos expuestas a los medios de comunicación. Como se indica en el Cuadro 6, página 8, la edad de la mujer al casarse por primera vez está positivamente relacionada con el total de años de su educación; en los 29 países, las mujeres que estaban casadas cuando tenían 18 o más años de edad, tenían un nivel educativo más alto que aquellas que se casaron más jóvenes. La diferencia más grande se registró en Nigeria, donde las mujeres que tenían por lo menos 18 años al casarse habían logrado, en promedio, 9.3 años de estudio, en tanto que aquellas que se habían casado antes de los 18 años tenían un promedio de 2.5 años de educación. Las diferencias de escolaridad según la edad que tenía la mujer al casarse por primera vez fueron evidentes tanto en los países con bajos niveles de educación, tales como Burkina Faso, Etiopía y Mali, como en países con niveles educativos superiores, como Sudáfrica, Perú y Zimbabwe.

Si bien los centros de estudios son los sitios fundamentales para impartir educación sobre el VIH, otro canal mediante el cual se puede llegar a los grupos poblacionales deseados con mensajes sobre salud reproductiva son los medios de comunicación; no obstante, también en este área las mujeres que se casan a muy temprana edad tienen una gran desventaja. En todos los países con datos disponibles, las adolescentes casadas fueron significativamente menos proclives que las adolescentes no casadas a mirar televisión; en todos los países, salvo uno, éstas eran menos proclives a leer los periódicos por lo menos una vez a la semana (Cuadro 6). Las diferencias con respecto a la exposición a la radio fueron menos pronunciadas, aunque sí fueron significativas en más de la mitad de los países.

CUADRO 3. Porcentaje de adolescentes sexualmente activas de 15–19 años de edad que habían tenido relaciones sexuales sin protección la semana anterior, por país, según el estado civil y deseo de quedar embarazada durante los próximos dos años

País	Desean embarazo		No desean embarazo	
	Casadas	No casadas	Casadas	No casadas
África Austral y Oriental				
Etiopía	88.9	73.6	67.5	22.3***
Kenya	72.2	8.2***	56.4	5.1***
Malawi	79.5	37.8***	57.3	6.4***
Mozambique	69.0	43.2***	37.3	21.7***
Namibia	55.9	33.5	35.2	4.7***
Rwanda	81.9	0.0***	91.1	2.8***
Sudáfrica	70.6	43.1	26.7	18.1
Uganda	83.5	15.2***	71.6	6.5***
Zambia	68.4	28.3***	48.4	7.2***
Zimbabwe	70.5	6.6***	61.2	8.2***
África Occidental				
Benin	62.8	17.6***	26.8	12.1***
Burkina Faso	70.7	7.8***	29.9	10.0***
Camerún	70.6	21.5***	35.3	6.4***
Costa de Marfil	70.8	28.2***	38.5	23.5*
Gabón	69.8	30.8***	42.3	15.0***
Ghana	65.6	25.5*	29.5	8.7***
Guinea	58.8	40.6	25.7	22.7
Mali	67.0	25.2***	49.4	18.5***
Niger	66.6	71.6	52.5	5.7***
Nigeria	85.4	13.3***	60.5	9.0***
Togo	57.9	22.2***	20.7	12.3**
América Latina/Caribe				
Brasil	71.4	36.6**	77.9	25.3***
Colombia	88.2	42.9***	74.1	14.0***
Guatemala	67.6	0.0***	52.0	0.0***
Haití	36.6	30.1	27.1	5.6***
Nicaragua	92.4	23.5**	66.7	9.5***
Perú	91.4	22.6*	57.5	10.0***
Rep. Dominicana	80.8	15.8***	75.1	17.1***

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. Nota: No se dispone de datos para Tanzania.

Falta de estrategias apropiadas de prevención del VIH

Quizás debido a este limitado acceso a la información sobre el VIH en las escuelas o emitida por los medios de información, las adolescentes casadas fueron menos proclives que las adolescentes no casadas y con experiencia sexual a conocer una o más formas para evitar la infección por VIH (Cuadro 7, página 9). Aun cuando se las compara con todas las adolescentes no casadas, muchas de las cuales aún no han tenido relaciones sexuales, las adolescentes casadas con frecuencia tenían muy poca información en el tema.

Además, parece que hay muy pocas estrategias de protección disponibles y accesibles para las adolescentes casadas. En los 14 países de los cuales se disponen de datos, las adolescentes casadas indicaron que su principal estrategia para evitar la infección por VIH era no hacer nada o limitar su actividad sexual a una sola pareja (eso es, a su marido, datos no indicados). Ninguna de esas estrategias ofrece un medio eficaz para reducir el nivel de riesgo. Si bien las mujeres jóvenes no casadas y con experiencia sexual, al igual que sus contrapartes casadas, tendían a tener una sola pareja sexual, en varios países las adolescentes no casadas indicaron que su estrategia de protección más común consistía en usar el condón o en abstenerse de relaciones sexuales. Entre todas las mujeres jóvenes no casadas, las estrategias de protección más populares en la abrumadora mayoría de los países fueron abstenerse de relaciones sexuales o no iniciar la actividad sexual. Estas opciones,

CUADRO 4. Entre las adolescentes de 15–19 años con experiencia sexual, promedio de parejas sexuales durante el año previo, y porcentaje con dos o más parejas durante el año previo, por país, según estado civil

País	No. promedio de parejas		% con ≥2 parejas	
	Casadas	No casadas	Casadas	No casadas
África Austral y Oriental				
Etiopía	0.98	1.53‡	1.4	18.6*
Kenya	1.01	0.67***	4.3	0.8
Malawi	0.99	0.78***	1.3	2.0
Mozambique	0.95	1.02*	5.8	11.2***
Namibia	1.01	0.88***	2.9	2.8
Rwanda	1.01	0.39***	1.1	2.2
Sudáfrica	1.06	1.07	5.6	7.2
Tanzania	1.07	1.00	9.0	15.8**
Uganda	1.01	0.80***	1.7	6.1**
Zambia	0.98	0.77***	1.9	6.9***
Zimbabwe	1.00	0.89†	0.7	6.8*
África Occidental				
Benin	0.84	0.89	0.3	4.5***
Burkina Faso	0.87	0.93**	2.0	5.5*
Camerún	0.99	0.99	6.0	14.3***
Ghana	0.90	0.85	1.4	5.4*
Guinea	1.05	0.94	1.0	12.8***
Malí	0.96	0.91	1.4	6.7**
Nigeria	0.98	0.91**	0.7	3.8*
América Latina/Caribe				
Brasil	1.05	1.19***	2.9	13.1***
Haití	0.98	0.79***	1.1	2.2
Nicaragua	1.01	0.77***	1.1	6.4
Perú	1.02	0.70***	0.0	0.0
Rep. Dominicana	1.03	1.00	2.3	8.8**

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. †p<.10. ‡Excluye a tres casos—una entrevistada que indicó que había tenido 80 parejas y dos que indicaron 90 parejas. Nota: No se dispone de datos para Costa de Marfil, Gabón, Níger, Togo, Colombia y Guatemala.

en general, no están disponibles para las mujeres jóvenes casadas.

En muchos casos la posibilidad de rehusarse a tener relaciones sexuales dentro del matrimonio está virtualmente eliminada debido a la amenaza de la violencia. El 43% de las mujeres adolescentes casadas de Etiopía y el 64% de las de Malí indicaron que ellas consideraban que se justificaba que los maridos golpearan a sus esposas si ellas se rehúsan a tener relaciones sexuales (resultados no indicados). El sexo bajo coerción, en particular en ocasión de la primera relación sexual, ha estado vinculado con problemas de salud reproductiva en las mujeres jóvenes, incluido el aumento del riesgo de contraer la infección por VIH.¹³

DISCUSIÓN

Identificamos cuatro asociaciones que apuntan a la necesidad de desarrollar programas de prevención del VIH centrados en las adolescentes casadas. Primero, el matrimonio coincide con una mayor exposición a las relaciones sexuales sin protección. Para gran porcentaje de las novias jóvenes de los países en desarrollo, el matrimonio marca la transición de no tener relaciones sexuales a tenerlas en forma regular. Aun en los casos de las mujeres que han tenido relaciones sexuales premaritales, el matrimonio puede resultar en un aumento dramático de la frecuencia de la actividad sexual no protegida. Estos cambios pueden derivar y ser impulsados en parte por el deseo del embarazo.

Segundo, los maridos de las adolescentes tienden a tener mucho más edad que ellas. Debido a su mayor edad, estos hombres generalmente tienen mucho más experiencia sexual en comparación con los novios de las adolescentes no casadas, lo cual resulta en que los maridos son, por lo menos en ciertos lugares, más propensos que los novios a ser VIH-positivos. En Kenya y Zambia, por ejemplo, las parejas de las esposas adolescentes tenían mayores probabilidades que las parejas de las adolescentes no casadas a estar infectados con el VIH en las ciudades de Kisumu, Kenya (30% contra 12%) y Ndola, Zambia (32% contra 17%).¹⁴

No obstante, es posible que los maridos tengan menores probabilidades que los novios de transmitir el virus.¹⁵ Este argumento se basa en hallazgos que indican que la carga viral y la virulencia y infectabilidad son muy elevadas durante los primeros meses después de la infección, y que luego generalmente declinan hasta que aparecen los síntomas del SIDA.¹⁶ Si los novios VIH-positivos, debido a su menor edad, han sido infectados más recientemente que los maridos VIH-positivos, es de esperar que la infectabilidad de los jóvenes puede ser mayor, en promedio, que la de los maridos. No se dispone de datos confiables para apoyar o refutar esta suposición. Sin embargo, observamos que la prevalencia de la infección por VIH entre los hombres continúa aumentando hasta los 35 años de edad en muchos países,¹⁷ lo cual sugiere que un gran número de las nuevas infecciones ocurren entre los hombres que tienen 25–29 y 30–34 años—los grupos de edad que incluyen a los maridos de muchas adolescentes. Es evidente que la relación entre la infectabilidad y la edad de los compañeros y esposos amerita que se realicen mayores estudios.

Otro hallazgo demográfico potencialmente importante es que la diferencia absoluta de edad tiende a ser mayor cuando las mujeres se casan antes de los 18 años. En general, son débiles y algunas veces contradictorios los datos que demuestran una asociación entre las grandes diferencias de edad de los esposos y un mayor desequilibrio de poder en el matrimonio.¹⁸ Sin embargo, un grupo de expertos sobre adolescentes en los países en desarrollo de la National Academy of Sciences (Academia Nacional de Ciencias) concluyó que “hay razones para creer que los matrimonios de las mujeres jóvenes con hombres mayores son menos equitativos” que otros matrimonios.¹⁹ Si las mujeres jóvenes casadas con hombres mucho mayores tuvieran menos poder en su relación, tendrían menos posibilidades y capacidad para negociar estrategias para protegerse contra la infección por VIH o para influenciar en la conducta de sus maridos, ya fuere para que usaran un condón en sus relaciones sexuales dentro del matrimonio, que no tuvieran relaciones sexuales fuera del matrimonio o que usaran condones con parejas extramaritales. Además, en el África Subsahariana, las novias jóvenes son más proclives que las de más edad a entrar en uniones poligámicas y, por lo tanto, a compartir sus riesgos sexuales con las otras esposas de sus maridos.

Tercero, las esposas adolescentes tienen menos acceso que sus contrapartes no casadas a las fuentes sociales y pú-

blicos de información y de apoyo.²⁰ Nuestros resultados sugieren que las mujeres jóvenes casadas permanecen menos años en la escuela—el principal centro de difusión de los programas de prevención del VIH—que las mujeres jóvenes no casadas. En forma similar, las adolescentes casadas tienen menores probabilidades de estar expuestas a los medios de comunicación, otra importante fuente de mensajes destinados a prevenir la propagación del VIH. Es de vital importancia eliminar estas brechas de acceso a los mensajes de prevención del VIH. Además, en las sociedades patrilocales, donde las mujeres abandonan sus pueblos natales para ir a vivir con sus maridos, su contacto con las amigas y familiares se ve seriamente limitado. En Amhara, Etiopía, por ejemplo, el 15% de las adolescentes casadas indicaron que durante la última semana se habían visitado con sus amigas, en comparación con el 24% de las adolescentes no casadas.²¹ Esta falta de contacto social puede ser importante, dado que nuevos estudios sugieren que el consejo y las experiencias de las amigas y de los familiares pueden tener efectos sólidos y positivos con relación a la adopción de estrategias adecuadas de prevención del VIH.²²

Finalmente, las mujeres jóvenes casadas que tienen conocimiento de los riesgos de la infección por VIH con frecuencia utilizan como su única estrategia viable de protección permanecer siendo fieles a sus maridos—y esperan que ellos también les sean fieles a ellas. Las estrategias alternativas o de respaldo que son utilizadas por las adolescentes no casadas, tales como abstenerse de la actividad sexual o usar condones, son pocas veces consideradas o aun pensadas como viables entre las adolescentes casadas. Actualmente, las estrategias recomendadas para la protección y reducción del riesgo son abstenerse de la actividad sexual, bajar la frecuencia de las relaciones sexuales, cambiar a una pareja más segura, usar el condón, conocer el propio estado serológico del VIH y el de su pareja, y mantener una relación mutuamente monógama con una persona no infectada. Las novias más jóvenes pueden estar dispuestas e incluso ansiosas de conocer su estado serológico del VIH y de su pareja, pero pueden tener serias dificultades en que su pareja cumpla con los exámenes correspondientes y que éste comparta los resultados. Además, aunque ellas estén muy motivadas a permanecer fieles, su capacidad para influenciar en semejante conducta sexual de su marido puede ser mínima.

Limitaciones

Si bien muchos de nuestros análisis indican diferencias congruentes y significativas entre las adolescentes casadas y las no casadas sexualmente activas, resaltamos que estas son asociaciones y no relaciones causales. Aunque el casamiento a temprana edad está claramente vinculado a las relaciones sexuales frecuentes y sin protección, a tener una pareja sexual de más edad y a una menor exposición a las fuentes de información, estos resultados no prueban que es el matrimonio lo que causa estas diferencias. Una posible interpretación es que las adolescentes con dichas ca-

CUADRO 5. Promedio de diferencia de edad entre esposos y esposas, y porcentaje de esposas en matrimonios poligámicos, por la edad de la mujer al casarse—ambos por país

País	Diferencia de edad (años)		% en matrimonio poligámico	
	Mujer se casó <18	Mujer se casó ≥18	Mujer se casó <18	Mujer se casó ≥18
África Austral y Oriental†				
Etiopía	8.5	7.5†	11.5	7.1*
Kenya	9.1	6.5***	20.0	10.3***
Malawi	6.2	4.7***	17.1	11.3**
Mozambique	6.7	6.2	26.7	24.7*
Namibia	7.2	5.9	4.9	18.3**
Rwanda	8.0	5.5***	12.9	4.9**
Sudáfrica	7.1	5.3**	5.2	6.1
Tanzania	7.9	6.1***	7.6	4.5†
Uganda	6.5	5.1***	30.7	20.8**
Zambia	6.7	5.8**	15.2	11.0†
Zimbabwe	9.1	5.9***	20.4	11.2**
África Occidental‡				
Benin	9.9	7.7***	46.4	36.1**
Burkina Faso	12.1	10.4***	46.4	13.9***
Camerún	11.1	7.9***	34.7	15.2***
Costa de Marfil	nd	nd	35.3	20.0*
Gabón	7.5	7.3	18.5	10.5*
Ghana	7.1	7.1	18.0	14.6
Guinea	14.2	12.8*	50.5	46.2
Mali	11.8	10.3***	41.8	29.4***
Niger	9.7	10.1	30.9	25.0
Nigeria	11.0	9.2**	42.2	14.7***
Togo	8.9	7.2***	41.4	35.4†
América Latina/Caribes				
Brasil	6.3	7.7***	nd	nd
Colombia	7.7	3.7***	nd	nd
Guatemala	4.7	2.8***	nd	nd
Haití	7.6	5.0***	24.9	23.4
Nicaragua	5.7	3.5***	nd	nd
Perú	5.6	3.0***	nd	nd
Rep. Dominicana	7.3	4.3***	nd	nd

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. †p<.10. ‡Entre las mujeres de 25–29 que estaban casadas con su primer esposo. §Entre mujeres de 30–34 años que estaban casadas con su primer esposo. Nota: nd=no disponible.

racterísticas—por ejemplo, aquellas con limitadas oportunidades de educación—tienen mayores probabilidades de optar o a ser presionadas a contraer matrimonio a temprana edad. Por otro lado, es posible que estas asociaciones resulten de una combinación de los efectos causales y los de selección.

Los errores de medición, en particular en lo que respecta a los datos auto-suministrados, también pueden introducir un sesgo a nuestros resultados. Por ejemplo, la posibilidad de que una adolescente indique que está casada depende de su interpretación de lo que significa “estar casado”, lo cual en muchas culturas es una cuestión compleja; algunas veces las uniones son arreglos fluidos propensos a una considerable ambigüedad y variación. A pesar de que dependemos de los datos ofrecidos por las propias entrevistadas, encontramos claras diferencias con respecto a las conductas sexuales, la edad de las parejas, las intenciones de embarazo, y otros atributos sociales y económicos relacionados con el estado civil.²³

Los informes sobre las conductas sexuales, especialmente entre las adolescentes, son notoriamente poco fiables.²⁴ Los errores de información pueden variar sistemáticamente si la persona entrevistada está casada. Por ejemplo, si las

CUADRO 6. Nivel educativo de las jóvenes por su edad al matrimonio, y su exposición a los medios de televisión, periódico y radio, ambos según su estado civil—todo por país

País	Promedio de años de escolaridad‡		% miró televisión semanalmente§		% leyó periódico semanalmente§		% escuchó la radio todos los días§	
	Se casó <18 años	Se casó ≥18 años	Casadas	No casadas	Casadas	No casadas	Casadas	No casadas
África Austral y Oriental								
Etiopía	0.7	2.5***	2.4	9.1***	0.7	4.0***	8.0	11.7*
Kenya	5.7	9.0***	13.8	31.6***	10.1	26.9***	57.7	53.5
Malawi	3.4	6.2***	1.5	6.5***	8.6	17.9***	38.1	44.3**
Mozambique	1.8	4.0***	10.3	34.4***	1.5	9.9***	47.1	54.3**
Namibia	6.2	8.8***	13.0	33.4***	17.0	39.8***	33.1	51.8***
Rwanda	3.6	4.9***	4.0	8.7**	2.3	6.7***	25.0	23.7
Sudáfrica	8.2	10.3***	51.2	66.0*	27.4	42.6*	67.0	70.8
Tanzania	4.5	6.6***	12.2	27.8***	10.7	28.2***	34.4	42.0*
Uganda	3.7	6.9***	5.4	17.8***	6.4	26.7***	30.3	40.7***
Zambia	4.7	7.5***	14.9	33.1***	2.9	13.8***	20.0	30.3***
Zimbabwe	7.3	9.7***	23.3	35.8***	19.2	36.1***	41.5	43.2
África Occidental								
Benin	0.8	3.0***	10.5	37.5***	1.5	9.7***	39.8	32.0*
Burkina Faso	0.6	3.5***	13.6	40.0***	1.4	10.9***	18.3	23.8**
Camerún	4.0	8.3***	28.6	51.9***	6.9	19.0***	22.6	30.8***
Costa de Marfil	1.8	4.5***	53.1	80.8***	8.8	20.1***	30.7	24.7
Gabón	6.1	7.8***	59.8	75.4***	24.0	38.9***	67.4	62.3
Ghana	4.6	7.6***	28.2	58.9***	2.0	22.5***	37.7	43.4
Guinea	0.7	3.5***	17.4	46.4***	2.0	12.9***	26.2	29.3
Malí	0.6	3.1***	30.2	57.0***	2.5	13.3***	41.8	48.2**
Níger	0.6	4.1***	22.9	45.1***	1.6	16.2***	51.9	60.9***
Nigeria	2.5	9.3***	18.8	51.9***	2.2	17.3***	32.6	33.9
Togo	1.6	3.7***	30.9	62.3***	6.2	29.3***	6.3	9.9†
América Latina/Caribe								
Brasil	5.2	7.8***	81.1	92.1***	48.7	67.1***	68.9	83.1***
Colombia	6.1	9.8***	nd	nd	nd	nd	nd	nd
Guatemala	2.8	6.5***	47.9	71.3***	38.0	63.0***	64.8	81.7***
Haití	3.6	6.3***	24.1	41.2***	24.5	43.5***	40.3	50.1†
Nicaragua	5.0	9.0***	57.8	76.4***	36.7	51.3***	68.6	80.4***
Perú	7.6	11.2***	47.6	66.3**	28.5	25.4	70.3	75.6
Rep. Dominicana	6.9	11.5***	87.6	95.0***	34.4	62.2***	75.0	90.2***

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. †p<.10. ‡Entre mujeres de 20–24 años. §Entre mujeres de 15–19 años. Nota: nd=no disponible.

mujeres jóvenes no casadas son más proclives que las casadas a no declarar con exactitud los datos sobre su conducta sexual, las diferencias entre los dos grupos serán irremediablemente sobrestimadas. En Camerún, Kenya y Tanzania, el 1–2% de las adolescentes no casadas que indicaron que nunca habían tenido relaciones sexuales eran VIH-positivas. Si bien algunas de estas jóvenes pudieron haber sido infectadas por otras causas no sexuales, la magnitud de estos números sugiere que algunas entrevistadas no casadas fueron renuentes a declarar con exactitud sobre su actividad sexual. En forma similar, las diferencias en el número de parejas sexuales pueden ser subestimadas si las adolescentes casadas fueron menos proclives que sus pares no casadas a declarar sobre sus parejas múltiples. Las comparaciones entre las mujeres jóvenes casadas y no casadas deben ser interpretadas a la luz de los mencionados sesgos potenciales.

Finalmente, tanto los datos sobre la situación actual como los sobre la situación en el pasado están sujetos a sesgos potenciales.²⁵ Los indicadores que miden la situación actual de las adolescentes no toman en cuenta que las adolescentes casadas tienden a ser mayores que sus pares no casadas, aun dentro del grupo de las de 15–19 años de edad. No obstante, el sesgo de recuerdo en este grupo de edad

con respecto a la edad que tenía la entrevistada cuando tuvo su primera relación sexual y su edad cuando se casó por primera vez es probablemente mínimo, porque ambos eventos probablemente recién hayan tenido lugar.

Repercusiones en materia de las políticas

Las mujeres jóvenes no casadas que tienen parejas múltiples han sido objeto de la mayor parte de la atención de los programas de prevención del VIH y continúan necesitando estrategias muy bien dirigidas y específicas. Por otro lado, las adolescentes casadas—a pesar de enfrentar significativos riesgos sociales y de comportamiento—han sido marginadas por las políticas sobre el VIH/SIDA para adolescentes y no han sido el centro de atención de los programas de salud reproductiva dirigidos a las mujeres adultas casadas.²⁶ De hecho, en muchos estudios las adolescentes casadas han sido caracterizadas como un grupo de bajo riesgo. Establecer intervenciones eficaces para estas mujeres jóvenes en materia de políticas y programas puede ser un desafío muy particular. No obstante, es importante superar estos desafíos por lo menos por dos razones. En primer lugar, asistir a estas esposas jóvenes a evitar la infección del VIH podría servir como un muro contrafuegos crítico para prevenir que el VIH/SIDA cambie de ser una

CUADRO 7. Porcentaje de adolescentes de 15–19 años que conocen por lo menos una forma para prevenir el SIDA, por país, según su estado civil

País	Casadas	Todas no casadas	No casadas y sexualmente activas
África Austral y Oriental			
Etiopía	68.3	64.4	87.9
Kenya	78.1	80.8	85.4
Malawi	91.3	91.5	93.9
Mozambique	59.3	71.9***	79.1
Namibia	86.6	87.2	90.7
Rwanda	93.6	93.0	96.6
Sudáfrica	97.0	96.0	97.8
Tanzania	81.2	84.0	92.6
Uganda	82.1	85.7	89.4
Zambia	78.8	78.3	80.6
Zimbabwe	74.4	80.8*	82.2
África Occidental			
Benin	26.8	22.8	82.3
Burkina Faso	56.7	62.8*	78.7
Camerún	75.9	84.7***	89.4
Costa de Marfil	91.5	95.6	97.5
Gabón	78.9	83.6†	88.0
Ghana	59.1	78.9***	81.2
Guinea	80.5	80.9	84.8
Mali	48.6	56.6**	72.4
Niger	61.6	67.2	67.2
Nigeria	57.3	59.6	64.0
Togo	61.6	74.0***	79.7
América Latina/Caribe			
Brasil	82.5	90.4***	94.7
Colombia	78.4	89.5***	91.3
Guatemala	nd	nd	nd
Haití	50.4	53.8	68.9
Nicaragua	33.8	40.7**	36.9
Perú	70.4	83.9**	78.2
Rep. Dominicana	90.4	91.6	95.6

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. †p<.10. *Notas:* Las pruebas de significación se refieren a las diferencias entre las adolescentes casadas y todas las adolescentes no casadas. Los datos correspondientes a Camerún, Tanzania y Mozambique provienen de las encuestas de las EDS previas a aquellas que se presentan en el Cuadro 1, porque en las encuestas más recientes realizadas en estos países, no se formuló la pregunta sobre cómo se podía prevenir el SIDA. nd=no disponible.

epidemia concentrada y se convierta en una epidemia generalizada. En los países en desarrollo donde la prevalencia actual del VIH es elevada sólo entre las trabajadoras del sexo y sus clientes, las esposas de estos clientes con frecuencia son el próximo grupo que pasará a ser infectado. Segundo, si bien los modelos epidemiológicos de contagio del VIH pocas veces identifican a las mujeres casadas como importantes vectores, la mayoría de estas mujeres están iniciando su período de reproducción más intensiva; en consecuencia, protegerlas podría reducir en gran forma el contagio del VIH de madre a hijo y podría reducir notoriamente la probabilidad de la orfandad del niño debido al fallecimiento de ambos padres.

La prescripción de intervenciones específicas en materia de políticas y programas va más allá del ámbito de este trabajo. Cada país (o región dentro de un país) deberá evaluar el nivel y las fuentes específicas del riesgo del VIH en las mujeres jóvenes casadas.* Nuestros análisis indican que en casi todos los países que examinamos, incluidos varios de ellos con epidemias maduras de SIDA, las adolescentes casadas pueden enfrentar riesgos más elevados que las ado-

lescentes no casadas por medio de estar más expuestas a relaciones sexuales sin protección y tener una gran diferencia de edad con sus parejas y un limitado acceso a la información. Hay dos excepciones notables a esta tendencia generalizada: Sudáfrica y Namibia. En estos dos países, menos del 50% de las adolescentes con experiencia sexual están casadas y los niveles de poligamia son relativamente bajos. En consecuencia, en estos dos países las necesidades de las adolescentes casadas pueden no ser tan grandes y tan urgentes como las necesidades de las mujeres jóvenes no casadas y sexualmente activas.

A la inversa, en algunos países no incluidos en nuestro estudio, el riesgo de la infección por VIH mediante el matrimonio a temprana edad puede ser particularmente elevado. En la India, por ejemplo, el bajo nivel de actividad sexual premarital y el alto porcentaje de mujeres adolescentes que están casadas sugieren que la actividad sexual de las adolescentes ocurre esencialmente dentro del matrimonio.²⁷ Las mujeres casadas monógamas son consideradas como un grupo de bajo riesgo. Sin embargo, un estudio realizado en las zonas urbanas de la India reveló que el 14% de las mujeres casadas monógamas cuya única fuente de riesgo era su marido eran VIH-positivas.²⁸

En breve, las intervenciones de políticas específicas deben ser elaboradas de conformidad con los perfiles sexuales y de comportamiento de las mujeres jóvenes de cada país. El efecto potencial sobre el riesgo del VIH de la estrategia de incrementar la edad de la mujer cuando contraiga matrimonio, dependerá de la forma en que cambie la conducta sexual de estas mujeres jóvenes (y sus parejas). Algunos encargados de formular políticas temen que la postergación del matrimonio iría acompañada por el aumento de la actividad sexual entre las adolescentes no casadas, lo cual superaría con mucho la disminución de la actividad sexual entre las adolescentes casadas. Sin embargo, datos obtenidos en América Latina y África indican que si bien ha cambiado el contexto en el cual tienen lugar las relaciones sexuales de las adolescentes (desde dentro del matrimonio hasta antes del matrimonio), el porcentaje general de las mujeres jóvenes sexualmente activas ha permanecido constante, o aun ha disminuido levemente, a medida que ha aumentado la edad en que se casan por primera vez.²⁹

En los países donde es común el matrimonio a temprana edad y donde es muy poco común la actividad sexual de las mujeres jóvenes antes del matrimonio, la postergación del matrimonio por sí misma podría no resultar en un intervalo más prolongado entre el inicio sexual y el matrimonio, y realmente podría postergar la pérdida de la virginidad, con frecuencia involuntaria, de muchas mujeres jóvenes. Además, en estos países, postergar la edad del matrimonio hasta por lo menos 18 años podría ofrecerles a estas mujeres la oportunidad de prolongar su educación, desarrollar su capacidad para producir y pagar su sustento y fortalecer su autoestima, los cuales podrían ayudarlas

*Los ejemplos de cómo se pueden aplicar estos datos en tres diferentes países (Burkina Faso, República Dominicana y Zambia) están disponibles a solicitud de la primera autora.

a crear uniones más saludables y más estables.

En otros países, lograr que las relaciones sexuales dentro del matrimonio sean más seguras puede ser una estrategia más importante. El propio proceso del casamiento puede ser utilizado como una oportunidad para lograr que los novios reciban información sobre el VIH/SIDA y para ofrecerles las pruebas serológicas del virus del VIH. Tanto las instituciones religiosas como las estatales podrían incorporar estos elementos en el proceso de contraer el matrimonio. Reducir las diferencias de edad de los esposos en los países donde el marido suele ser mucho mayor que la mujer también podría reducir los riesgos relacionados con el matrimonio, teniendo en cuenta que se considera que el sexo intergeneracional desempeña un importante papel al perpetuar la epidemia en muchos países.³⁰ Si bien ha recibido una gran atención en algunos lugares del África Subsahariana las grandes diferencias de edad entre las mujeres jóvenes no casadas y sus parejas sexuales de más edad y de mejor nivel económico (i.e., los hombres mayores que ofrecen regalos a sus amantes más jóvenes³¹), en realidad la diferencia de edad entre las esposas adolescentes y sus maridos es, en promedio, mucho mayor que la entre las mujeres jóvenes no casadas y sus parejas sexuales.³²

Finalmente, nuestros análisis sugieren que para muchas mujeres, el primer año de matrimonio es un período de una actividad sexual inusualmente intensa. Se han propuesto programas de difusión especialmente dirigidos a los recién casados.³³ Si bien el uso del condón dentro del matrimonio aún es relativamente poco popular,³⁴ se podría alentar su uso como anticonceptivo estrategia de protección para los recién casados que procuran postergar los nacimientos. Ayudar a estos recién casados para afianzar sus uniones y ajustar su vida en común también podría reducir el número de mujeres en una de las categorías de más alto riesgo, aquellas que han estado casadas anteriormente.³⁵

La combinación de políticas dirigidas a postergar el matrimonio hasta por lo menos los 18 años y de políticas que reconocen y reducen los riesgos de la infección por VIH dentro del matrimonio, podría ser clave en lograr que los matrimonios sean más seguros. Al igual que las mujeres jóvenes no casadas, algunos subgrupos de adolescentes casadas pueden estar en una situación de riesgo más elevada que otros. Las adolescentes casadas con hombres que no están infectados y que tienen relaciones sexuales exclusivamente dentro de la pareja tienen riesgos mínimos; en cambio, aquellas mujeres que se casaron a una edad muy joven con hombres mucho mayores y que tienen o ha tenido múltiples parejas sexuales son sumamente vulnerables—especialmente si estas jóvenes están tratando de quedar embarazadas. Desde hace mucho tiempo, los encargados de formular políticas han promovido la estrategia de desalentar la actividad riesgosa sexual premarital y extramarital para reducir los riesgos de infección por VIH que enfrentan las adolescentes. Es hora de que también se promuevan las estrategias concomitantes y complementarias para reducir la actividad riesgosa sexual de las adolescentes dentro del matrimonio y que se fomenten prác-

ticas sexuales conyugales más seguras.

REFERENCIAS

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)/Organización Mundial de la Salud (OMS), *Situación de la epidemia de SIDA*, 2004, Ginebra: ONUSIDA, 2004.
- Laga M et al., To stem HIV in Africa, prevent transmission to young women, *AIDS*, 2001, 15(7):931–934; y ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*, 2000, Ginebra: ONUSIDA, 2000.
- Singh S y Samara R, Early marriage among women in developing countries, *International Family Planning Perspectives*, 1996, 22(4):148–157.
- Tabulaciones especiales de datos de las Encuesta Demográficas y de Salud, Population Council, Nueva York, 2005.
- 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, págs. 14–22.
- Clark S, Early marriage and HIV risks in Sub-Saharan Africa, *Studies in Family Planning*, 2004, 35(3):149–160; Glynn J, Buvé A y Caraël M, Decreased fertility among HIV-1-infected women attending antenatal clinics in three African cities, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000, 25(4):345–352; y Kelly RJ et al., Age differences in sexual partners and risk of HIV-1 infection in rural Uganda, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 32(4):446–451.
- Bracher M et al., Assessing the potential of condom use to prevent the spread of HIV: a microsimulation study, *Studies in Family Planning*, 2004, 35(1):48–64.
- Curtis SL y Sutherly E, Measuring sexual behavior in the era of HIV/AIDS: the experience of the Demographic and Health Surveys and similar enquiries, *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl. 2):ii22–ii27.
- Clark S, 2004, op. cit. (ver referencia 6); Glynn J, Buvé A y Caraël M, 2000, op. cit. (ver referencia 6); y Kelly RJ et al., 2003, op. cit. (ver referencia 6).
- Morris M y Kretzschmar M, A microsimulation study of the effect of concurrent partnerships on the spread of HIV in Uganda, *Mathematical Population Studies*, 2000, 8(2):109–133; Halperin DT y Epstein H, Concurrent sexual partnerships help to explain Africa's high HIV prevalence: implications for prevention, *Lancet*, 2004, 364(9428):4–6; y Morris M y Kretzschmar M, Concurrent partnership and the spread of HIV, *AIDS*, 1997, 11(5):641–648.
- Clark S, 2004, op. cit. (ver referencia 6);
- Lloyd CB, ed., *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*, Washington, DC: National Academies Press, 2005, p. 452.
- Jejeebhoy S y Bott S, Non-consensual sexual experiences of young people: a review of the evidence from developing countries, *South & East Asia Regional Working Paper*, Nueva Delhi: Population Council, 2003, No. 16; y Koenig M et al., Coerced first intercourse and reproductive health among adolescent women in Rakai, Uganda, *International Family Planning Perspectives*, 2004, 30(4):156–163.
- Clark S, 2004, op. cit. (ver referencia 6).
- Bongaarts J, Late marriage and the HIV epidemic in Sub-Saharan Africa, manuscrito sin publicar, Population Council, Nueva York, 2005.
- Quinn TC et al., Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1, *New England Journal of Medicine*, 2000, 342(13):921–929; Chakraborty H et al., Viral burden in genital secretions determines male-to-female sexual transmission of HIV-1: a probabilistic empirical model, *AIDS*, 2001, 15(5):621–627; y Gray RH et al., Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1 discordant couples in Rakai, Uganda, *Lancet*, 2001, 357(9263):1149–1153.
- ONUSIDA/OMS, 2004, op. cit. (ver referencia 1).
- Jejeebhoy S, Women's autonomy in rural India: its dimensions, determinants, and the influence of context, en: Presser H y Sen G, eds., *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*,

Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 2000; Kishor S, Empowerment of women in Egypt and links to the survival and health of their infants, en: Presser H and Sen G, eds., *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*, Oxford, Reino Unido: Oxford University Press, 2000; y Kishor S y Johnson K, *Profiling Domestic Violence: a Multi-country Study*, Calverton, MD, EEUU: ORC Macro International, 2004.

19. Lloyd CB, 2005, op. cit. (ver referencia 12).

20. Habery N, Chong E y Braken H, A world apart: the disadvantage and social isolation of married adolescent girls, Nueva York: Population Council, 2004, pp. 1-12.

21. Erulkar AS et al., *The Experience of Adolescence in Rural Amhara Region, Ethiopia*, Accra, Etiopía: Population Council, 2004.

22. Stoneburner RL y Low-Beer D, Population-level HIV declines and behavioral risk avoidance in Uganda, *Science*, 2004, 304(5671): 714-718.

23. Singh S y Samara R, 1996, op. cit. (ver referencia 3).

24. Curtis SL y Sutherly E, 2004, op. cit. (ver referencia 8).

25. Zaba B et al., Age at first sex: understanding recent trends in African demographic surveys, *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80 (Suppl.2):ii28-ii35.

26. Santhya KG y Jejeebhoy SJ, Sexual and reproductive health needs of married adolescent girls, *Economic and Political Weekly*, 2003 38(41):4370-4377; Erulkar A et al., Adolescent life in low-income and slum areas of Addis Ababa, Ethiopia, Accra, Ghana: Population Council, 2004; y Mekbib T, Erulkar AS y Belete F, Who are the targets of youth programs: results of a capacity building exercise in Ethiopia, *Ethiopian Journal of Health and Development*, 2005, 19(1):60-62.

27. Santhya KG y Jejeebhoy SJ, 2003, op. cit. (ver referencia 26).

28. Gangakhedkar RR et al., Spread of HIV infection in married monogamous women in India, *Journal of the American Medical Association*, 1997, 278(23):2090-2092; y Newmann S et al., Marriage, monogamy and HIV: a profile of HIV-infected women in south India, *International Journal of STD & AIDS*, 2000, 11(4): 250-253.

29. Mensch B, Singh S y Casterline J, Trends in the timing of first mar-

riage among men and women in the developing world, en: Lloyd CB et al., eds., *The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries: Selected Studies*, Washington, DC: National Academies Press, 2006; y Zaba B et al., 2004, op. cit. (ver referencia 25).

30. Gregson S et al., Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe, *Lancet*, 2002, 359(9321):1896-1903.

31. Kuate-Defo B, Young people's relationships with sugar daddies and sugar mummies: what do we know and what do we need to know? *African Journal of Reproductive Health*, 2004, 8(2):13-37; y Luke N y Kurz K, *Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: Prevalence of Behavior and Implications for Negotiating Safer Sexual Practices*, Washington, DC: International Center for Research on Women and Population Services International, 2002.

32. Clark S, 2004, op. cit. (ver referencia 6).

33. Bruce J y Clark S, The implications of early marriage for HIV/AIDS policy, Nueva York: Population Council, 2004.

34. Prata N, Vahidnia F y Fraser A, Gender and relationship differences in condom use among 15-24-year-olds in Angola, *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(4):192-199.

35. Gray R et al., Marriage and HIV risk: data from Rakai, Uganda, ponencia presentada en el taller del Population Council, Exploring the Risk of HIV/AIDS Within the Context of Marriage, Nueva York, 10 de noviembre, 2004.

Reconocimientos

Las autoras reconocen el apoyo financiero de la Organización Mundial de la Salud, Bill and Melinda Gates Foundation, Department for International Development del Reino Unido, Ford Foundation y MacArthur Foundation. Además, agradecen al siguiente personal del Population Council por su asistencia en la preparación de este manuscrito—Nicole Haberland, Sara Rowbottom, Amy Joyce, Rachel Goldberg y Erica Chong.

Para comunicarse con la autora: shelley.clark@mcgill.ca