

# SERVICIOS DE SALUD PARA LOS POBRES

2007

## Nepal

### La planificación participativa mejora la salud reproductiva de los jóvenes desfavorecidos

En Nepal, un país donde las necesidades en materia de salud reproductiva de los jóvenes son especialmente graves, un planteamiento participativo de la comunidad ha reducido la brecha existente en los resultados en materia de salud reproductiva de los jóvenes desfavorecidos. Este planteamiento ha permitido aumentar el acceso, mejorar la calidad de servicios, como así también los conocimientos y las conductas de los jóvenes respecto de la salud reproductiva.

#### Una crisis mundial

En la actualidad, el mundo cuenta con la generación más grande de jóvenes que jamás se haya visto, más de mil millones de personas de entre 10 y 19 años de edad, la mayoría de las cuales vive en países en desarrollo. Muchos se casan y forman una familia, pero debido a opiniones y supuestos sociales y morales con respecto a la sexualidad de los jóvenes y la necesidad de servicios conexos, no tienen acceso a información ni servicios de salud reproductiva. Quienes están en peor posición son las mujeres pobres, del sector rural y no instruidas. Las brechas en el acceso a los servicios y la información no sólo afectan la vida de estas personas sino también el bienestar futuro de sus sociedades.

#### El Proyecto para adolescentes de Nepal (PAN)

Las comunidades de desarrollo consideran a los planteamientos participativos como eficaces para aumentar el empoderamiento y la responsabilidad, dos de los principales factores para mejorar los servicios de salud de la población desfavorecida. El Proyecto para adolescentes de Nepal (PAN) fue un proyecto de cinco años que se llevó a cabo entre 1998 y 2003, con la colaboración de una organización internacional

de prestación de servicios (EngenderHealth), una institución internacional de investigación (Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer), y ONG locales de Nepal (New ERA Ltd. y BP Memorial Health Foundation). Para probar la eficacia de los planteamientos participativos en comparación con los no participativos respecto de la salud reproductiva de los jóvenes, con el proyecto se pusieron en marcha programas en un total de cuatro emplazamientos urbanos y rurales de estudio y control.

En los emplazamientos de estudio, se centró la atención en lograr, en todas las etapas del programa, la participación de la comunidad y la participación activa de los grupos que carecían de poder, como los pobres, las mujeres jóvenes y las minorías étnicas. En el PAN se tuvieron en cuenta prioridades más amplias de desarrollo según la opinión de diversos miembros de la comunidad. Por lo tanto, las medidas destinadas a mejorar los servicios orientados a los jóvenes, la enseñanza y el asesoramiento impartidos por personas del mismo grupo se vincularon con medidas más amplias, a las que la comunidad asignaba prioridad con miras a mejorar el medio socioeconómico y las oportunidades para los jóvenes. Las medidas comprendieron programas de enseñanza de adultos, actividades encaminadas a abordar las normas sociales y el acceso a oportunidades de obtener medios de vida. En consecuencia, el conjunto de medidas abordaba los obstáculos estructurales, normativos y sistémicos a la salud reproductiva de los jóvenes. Además se logró la participación activa de jóvenes, padres y otros miembros de la comunidad en la puesta en práctica de actividades del programa en los emplazamientos de estudio a través de una amplia variedad de grupos basados en la comunidad constituidos durante el proyecto. En cambio, en los emplazamientos de control, el personal del proyecto diseñó y puso en práctica medidas



estándar de salud reproductiva que abordaban sólo los factores de riesgo más inmediatos, como las enfermedades de transmisión sexual o los embarazos no deseados. En el diseño y planteamiento de las medidas aplicadas en los emplazamientos de estudio se prestó especial atención a la situación de desventaja socioeconómica, teniendo en cuenta el género, el lugar de residencia rural o urbano, los recursos, el origen étnico, el nivel de escolaridad y estado civil, en tanto que no sucedió lo mismo en los emplazamientos de control.

Se midió la pobreza de acuerdo con la propiedad de activos de los hogares. Si bien la pobreza es fundamental, no es la única desventaja que impide a los jóvenes acceder a la información y los servicios adecuados de salud reproductiva. En el estudio se tuvieron en cuenta múltiples tipos de desventajas de los jóvenes, además de la pobreza, a saber: el género, el lugar de residencia rural o urbano y el nivel de educación. Se eligieron como resultados importantes de salud reproductiva la atención prenatal, los partos en un centro de salud y los conocimientos acerca de la transmisión del VIH para examinar el impacto de los distintos tipos de desventajas que experimentaban los jóvenes. Los datos correspondientes a este estudio provinieron de encuestas transversales cuantitativas de referencia (965 hogares) y finales (1003 hogares), así como también de métodos cualitativos y participativos. El grupo de edad de referencia tenido como meta estaba constituido por hombres y mujeres de entre 14 y 21 años de edad, casados y solteros. Al final del programa de medidas se recopilaban datos acerca de las personas de entre 14 y 25 años de edad, a fin de captar a todos los jóvenes que podrían haber participado o que se podrían haber beneficiado del proyecto.

## Conclusiones

El planteamiento participativo por lo general fue más eficaz para reducir las diferencias en los resultados en materia de salud reproductiva de los jóvenes entre los que se encontraban en situación de desventaja y los que no lo estaban. Los resultados se midieron respecto de tres indicadores: prestación de servicios institucionales, atención prenatal y conocimiento acerca de la transmisión del VIH/SIDA. En ambos grupos, el patrimonio de los hogares guardaba estrecha relación con el hecho de que la residencia fuera urbana o rural, y la brecha entre ambos grupos era amplia. Otras dos medidas de desventaja, la educación y la edad, también guardan considerable relación tanto con el patrimonio como con la residencia urbana o rural.

*Partos en un centro de salud.* Según los datos de referencia, tanto en los emplazamientos de estudio como en los de control se observaron diferencias considerables entre las mujeres ricas y pobres en el acceso a un centro de salud para tener los partos (Gráfico 1). Al final, en los emplazamientos de estudio el acceso de las mujeres jóvenes pobres a la atención prenatal se acercaba más al de las mujeres en mejor situación económica; sin embargo, en los emplazamientos de control no se observó lo mismo. Como se muestra en el Gráfico 1, esto se debe a que el aumento del acceso a tener un parto en un centro de salud se registró exclusivamente entre el 50% más pobre de la población de los emplazamientos de estudio, en tanto que en los emplazamientos de control aumentó el acceso tanto de ricas como de pobres.

*Atención prenatal.* Los Resultados del análisis de regresión revelan que antes de aplicarse la medida, una mujer joven del sector urbano en los emplazamientos de estudio tenía 16 veces más probabilidades de obtener atención prenatal que su contraparte del sector rural. Al final del proyecto esas probabilidades se reducían a 1,2 veces más. Los emplazamientos de control no revelan una mejora semejante en el acceso a la atención prenatal de las mujeres del sector rural (Malhotra y otros, 2004).

*Conocimientos precisos acerca de la transmisión del VIH.* En todos los emplazamientos de referencia, las niñas tenían menos probabilidades que los niños de poder identificar correctamente por lo menos dos modos de transmisión del VIH. En los emplazamientos de estudio urbanos, las medidas aplicadas redundaron en una mejora tan grande en el conocimiento de las niñas que la proporción de éstas que tenía conocimientos acerca del VIH superó en realidad a la de los niños. En los emplazamientos de control no se observó un cambio similar. Sin embargo, al mismo tiempo, ninguna de las clases de medidas aplicadas pudo reducir considerablemente la diferencia en los conocimientos acerca del VIH de los jóvenes instruidos frente a los no instruidos (Malhotra y otros, 2004).

## ¿Por qué dio resultados el enfoque participativo?

El planteamiento participativo fue eficaz fundamentalmente debido a tres de sus aspectos: 1) la facilitación de la coproducción de servicios; 2) el empoderamiento de los jóvenes y el aumento de la responsabilidad de los prestadores de servicios y responsables de la formulación de políticas ante la

comunidad, y 3) el aumento de la demanda de información y servicios parte de las comunidades.

### Coproducción

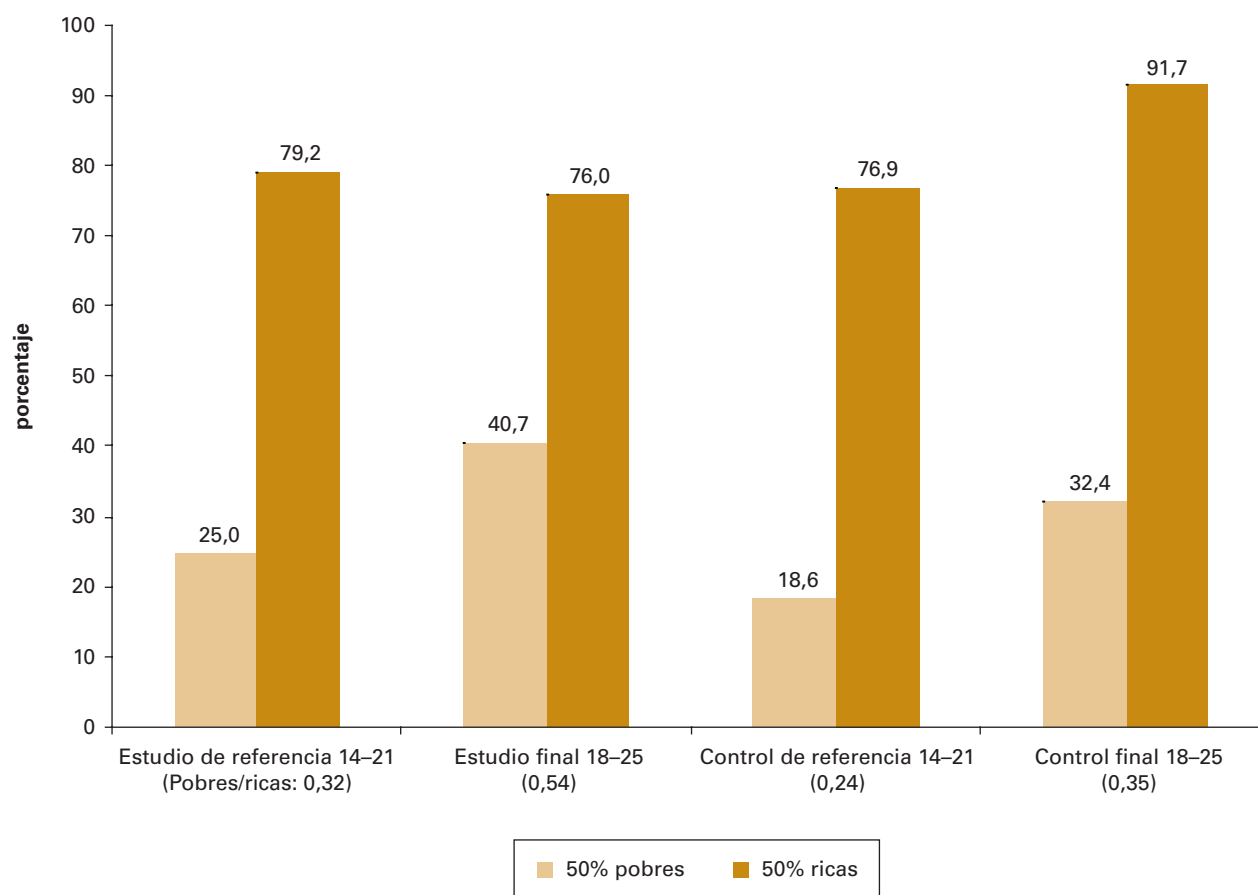
La naturaleza de la salud reproductiva de los adolescentes la hace especialmente apta para la coproducción y autoprestación del servicio por los usuarios, y el diseño participativo de las medidas facilitó dicha coproducción. Los pares bien informados y capacitados, así como las redes sociales confiables surgieron como fuentes de prestación del servicio. Las medidas aplicadas en los emplazamientos de estudio aprovecharon y reforzaron las redes sociales en lo que se refiere a intercambio de información y asesoramiento, en tanto que no sucedió lo mismo con las medidas aplicadas en los emplaza-

mientos de control. El entendimiento de los jóvenes acerca del significado de los servicios y la mejor manera de hacer uso de ellos también mostró una mejora mayor en los emplazamientos de estudio que en los de control.

### Empoderamiento y responsabilidad

Se realizaron esfuerzos activos para impartir información y crear estructuras decisorias y coaliciones. El planteamiento participativo fue más eficaz en lo que respecta a empoderar a los miembros jóvenes y adultos de la comunidad y aumentar la responsabilidad de los proveedores de servicios y los responsables de la formulación de políticas frente a las comunidades. Los Comités, grupos de tareas y clubes de jóvenes establecidos en los emplazamientos de estudio promovieron

Gráfico 1. Partos en centros de salud: primer embarazo, mujeres jóvenes casadas pobres y no pobres, Nepal



Fuente: Proyecto para adolescentes de Nepal, encuestas de referencia de 1999 de adolescentes y hogares, y encuestas finales de 2003 de adolescentes y hogares.

las aptitudes de la comunidad en materia de logro de consenso, toma de decisiones, planificación, organización, consultoría y exigencia de recursos y rendición de cuentas de los distintos agentes. Por ejemplo, los jóvenes y adultos aprendieron a negociar con el comité de desarrollo de la aldea y llegaron a la convicción de que *juntos* podían pedir fondos públicos para continuar las actividades del proyecto. Gracias al programa, se entrenó a los proveedores de servicios a orientarse más a los jóvenes, a ser corteses y atentos a las necesidades de éstos, y se concienció a los jóvenes de que podían exigir el cumplimiento de estas expectativas.

### **Demanda de la comunidad**

En los emplazamientos de estudio, la atención se centró no sólo en modificar los resultados en materia de salud reproductiva, sino también en modificar las instituciones y normas sociales básicas, como factor importante para aumentar la demanda de información y servicios por parte de las personas desfavorecidas. El planteamiento participativo generó una nueva mentalidad en las comunidades, caracterizada por un entendimiento más profundo y avanzado en materia de salud reproductiva de los jóvenes y sus repercusiones para la vida. Las comunidades también tienen más claridad acerca de la manera en que la familia, el género, las estructuras sociales y las normas obstan para adoptar conductas sexuales y reproductivas más sanas. Este mejor entendimiento garantiza una demanda sostenible de servicios de salud reproductiva de los jóvenes.

### **Conclusiones**

Pequeños esfuerzos de las comunidades pueden llevar al logro del empoderamiento y la responsabilidad. Concretamente, los enfoques participativos pueden brindar a los jóvenes, especialmente a los desfavorecidos, los medios para negociar con sus padres, proveedores de servicios y responsables de la formulación de políticas el suministro de información y la prestación de servicios adecuados, accesibles y precisos. Debería admitirse la necesidad apremiante de contar con definiciones más amplias del término “desfavorecido” o “en desventaja”. No se discute que la pobreza es una medida clave e inequívoca de la desventaja. Sin embargo, en muchas comunidades rurales del mundo en desarrollo, la desventaja de los más desfavorecidos se debe a interacciones complejas y vinculadas entre distintos factores contextuales que deben analizarse. Los análisis de la pobreza como medida de la desventaja deben acompañarse de análisis del lugar de residencia, rural o urbano, el género y el acceso a educación, pues éstas son otras señales importantes de los diferenciales sociales, culturales y económicos.

---

Esta sinopsis tiene por objeto resumir las prácticas recomendadas en materia de salud, nutrición y población. Es una adaptación de “Nepal: The Distributional Impact of Participatory Approaches on Reproductive Health for Disadvantaged Youths”, Capítulo 11 de la publicación titulada: *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*, (Ciudad de Washington, Banco Mundial, 2005), y el informe especial titulado “Do Participatory Programs Work? Improving Reproductive Health for Disadvantaged Youth in Nepal” publicado en la edición de mayo de 2006 de *Development Outreach* del Instituto del Banco Mundial. Las opiniones expresadas en esta nota no representan necesariamente la posición del Banco Mundial.

